

PROGRAM ÁTTEKINTŐ

| 2017.11.09. | |
|--------------------|---|
| 13 órától | <i>Regisztráció</i> |
| 15:00-15:15 | <i>Megnyitó, köszöntések</i> |
| 15:15-16:15 | Újszülött- és csecsemőkori pulmonológia |
| 16:15-16:45 | <i>Kávészünet</i> |
| 16:45-18:15 | Bronchológia |
| 18:15-19:00 | Visszaemlékezés tanulságokkal |
| 19:15-20:15 | <i>Társasági program</i> |
| 20:15-22:00 | <i>Vacsora</i> |
| 2017.11.10. | |
| 08:30-09:30 | Varia |
| 09:30-10:00 | <i>Kávészünet</i> |
| 10:00-11:45 | Asztma |
| 11:45-12:15 | Orion szimpózium |
| 12:15-13:30 | <i>Ebéd</i> |
| 13:30-14:55 | Infektológia, tbc |
| 14:55-15:25 | <i>Kávészünet</i> |
| 15:25-17:10 | Cystas fibrosis |
| 17:10-17:30 | <i>Kávészünet</i> |
| 17:30-18:10 | Közgyűlés |
| 20:00 - | <i>Bankett</i> |
| 2017.11.11. | |
| 09:00-10:15 | Allergológia, immunológia |
| 10:15-10:45 | Ewopharma szimpózium |
| 10:45-11:10 | <i>Kávészünet</i> |
| 11:10-13:05 | Mellkas sebészet, morfológiai diagnosztika |
| 13:05 | <i>Kongresszus zárása</i> |
| 13:15 - | <i>Ebéd</i> |

TUDOMÁNYOS PROGRAM

2017.11.09. csütörtök

13 órától REGISZTRÁCIÓ

15:00-15:15 MEGNYITÓ, KÖSZÖNTÉSEK

15:15-16:15 ÚJSZÜLÖTT- ÉS CSECSEMŐKORI PULMONOLÓGIA

Üléselnök: Dr. Szabó Éva, Dr. Uherezky Gábor

Tüdőprotektív stratégia az élet kezdetén - Referátum

Szabó Éva

Csolnoky Ferenc Kórház, Veszprém

Gyermekgyógyászati Centrum

Volt koraszülöttek utánkövetése légzésfunkció alapján

Magyar Katalin, Kelemen Éva, Szabó Éva

Csolnoky Ferenc Kórház, Veszprém

Gyermekgyógyászati Centrum

„TEMPORA MUTANTUR”: Bronchiolitis 2013-2017.

Uherezky Gábor, Gács Éva, Zsigmond, Borbála, Csuzdi Vera, Tóth G Ágnes, Stéger Gabriella, Szabó László

Heim Pál Gyermekkórház, Budapest

Spanyolviasz

Pölöskey Péter

Gyermekorvosi Rendelő, Szombathely

16:15-16:45 KÁVÉSZÜNET

16:45-18:15 BRONCHOLÓGIA

Üléselnök: Dr. Kovács Lajos, Dr. Péterfia Csaba

Új endoscopos beavatkozások a gyermek-, és felnőtt tüdőgyógyászat határán

Medgyasszay Balázs

Veszprém Megyei Tüdőgyógyintézet, Farkasgyepű

Idegentestek a bifurcatiós carinán

Bánfi Andrea, Kapus Katalin, Juhász László, Huri Anikó, Draskóczy Miklós, Novák Zoltán

SZTE Gyermekgyógyászati Klinika Pulmonológiai és Sebészeti Osztály, Kiskunhalasi Semmelweis Kórház Csecsemő és Gyermekosztály

Krónikus légúti idegentest „csemegék”

Györfy Á., Horváth B., Gyürüs É., Löwy T., Sándor Zs., Simon N., Subicz Á., Ujszászi É., Laki I.

Tüdőgyógyintézet Törökbálint

Kromoszóma rendellenesség kapcsán észlelt nagylégúti szűkület – esetismertetés

Löwy Tamás¹, Györfy Ágnes¹, Gyürüs Éva¹, Horváth Bernadett¹, Sándor Zsuzsa¹, Simon Noémi¹, Subicz Ágnes¹, Ujszászi Éva¹, Laki István¹, Tálosi Gyula²

¹Tüdőgyógyintézet, Törökbálint

²Bács-Kiskun Megyei Kórház Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Oktató Kórháza Gyermekgyógyászati Osztály

Két hónap, négy kórház, két lélegeztetés, három bronchosocopia – visszatérő stridor furcsa előzményekkel

Péterfia Csaba, Kopcsányi Gábor, Rózsai Barnabás, Stankovics József, Adonyi Mária
PTE KK Gyermekgyógyászati Klinika

Rekuráló légúti papillomatosis

Kapus Katalin, Draskóczy Miklós, Novák Zoltán, Bánfi Andrea, Haraga Viktória, Szakács László, Rovó László
SZTE Gyermekklinika, SZTE Fül-Orr-Gégészeti Klinika

Bronchoszkópia cisztás fibrózis esetén – Referátum

Kovács Lajos
Semmelweis Egyetem I. Gyermekklinika, Budapest

18:15-19:00 **Visszaemlékezés tanulságokkal**
Prof. Dr. Székely Edgár

19:15-20:15 **TÁRSASÁGI PROGRAM**

20:15 -22:00 **VACSORA**

2017.11.10. péntek

08:30-09:30 VARIA

Üléselnök: Prof. Dr. Gyurkovits Kálmán, Dr.Madarasi Anna

Környezetérzékenység és kommunikáció a praxisvezetésben

Szánthó András
Szánthó és Társa Kkt, Budapest

Az alternatív, komplementer diagnózis és terápia értékelése a bizonyítékokon alapuló gyógyítás szempontjai szerint

Kelemen József
Semmelweis Egyetem, Budapest I. Sz. Gyermekgyógyászati Klinika

A SÓ: élelelem – tápszer – mérge – vagy gyógyszer? Sóterápia a nyákoldásban obstruktív légzőszervi kór állapotokban

Gyurkovits Kálmán
Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Mosdós, Gy.rehab.o.

Swyer-James-Macleod syndroma 13 éves fiú betegünkénél

Kiss Ildikó¹, Hegyi Andrea¹, Aradi Mihály¹, Laki István ²
Zala Megyei Szent Rafael Kórház, Zalaegerszeg ¹
Törökbálint Tüdőgyógyintézet ²

7 év köhögés. Nehéz diagnózis?

Demeter Botond¹, Takács Tamás², Katona Gábor³, Laki István⁴

¹Szent Lázár Megyei Kórház, Gyermektüdőgyógyászati Rendelés, Salgótarján ²B.- A. -Z. Megyei Központi Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, Urológiai Osztály, Miskolc ³Heim Pál Gyermekkorház, Fül- orr- gégegyógyászati osztály- és Gyermek fül- orr- gégegyógyászati sürgősségi centrum, Budapest ⁴Pest Megyei Tüdőgyógyintézet, Gyermekosztály, Törökbálint

09:30-10:00 KÁVÉSZÜNET

10:00-11:45 ASZTMA

Üléselnök: Prof. Dr. Novák Zoltán, Dr. Gács Éva

Régi módszer új köntösben? – Referátum

Novák Zoltán,
SZTE Gyermekklinika, Szeged

Új lehetőség a gyermekkori asztma kezelésében: Tiotropium Respimat Soft Mist hatásossága és biztonságossága iskoláskorúak közepesen súlyos és súlyos asztmájában

Bene Zsolt, Papp Ágnes, Nagy Béla
Debreceni Egyetem, Klinikai Központ, ÁOK, Gyermekklinika, Debrecen

Akut asztma. Van új terápia?

Gács Éva
Heim Pál Gyermekkorház

Az eosinofiliáról az idiopátiás hipereozinofil szindróma kapcsán

Laki István¹, Györfy Ágnes¹, Gyűrűs Éva¹, Horváth Bernadett¹, Löwy Tamás¹, Simon Noémi¹, Subicz Ágnes¹, Ujszászi Éva¹, László Erzsébet²

¹Tüdőgyógyintézet Törökbálint, ²Gyermekosztály, Dunaiújváros

Asztmás úszás gyermekkorban

Endre László
Vasútegészségügyi Központ, Budapest

Perlingualis parlagfű immunterápiával szerzett tapasztalataink

Nagy Adrienne, Balogh Katalin, Mohácsi Edit, Csáki Csilla, Papp Gábor, Fábos Beáta
Heim Pál Gyermekkorház, Budapest

Pulmoment – okos eszközök az asztma gondozásban

Eke Dániel ELTE informatikus hallgató
Szánthó András, Szánthó és Társa Kkt, Budapest

Okostelefonos alkalmazás az asztma gondozásban

Szánthó András, Eke Dániel, Bernáth Levente
Szánthó és Társa Kkt, Budapest

11:45-12:15 ORION SZIMPÓZIUM

12:15-13:30 EBÉD

13:30-14:55 INFEKTOLÓGIA, TBC

Üléselnök: Dr. Laki István, Dr. Subicz Ágnes

A gyermek és serdülőkori (felnőttkori) tuberkulózis néhány jellemzője – Referátum

Prof. Dr. Székely Edgár

MDR tuberkulózis gyermekkorban

Subicz Ágnes, Györfy Ágnes, Gyürüs Éva, Horváth Bernadett, Lőwy Tamás, Ujszászi Éva, Laki István

Tüdőgyógyintézet Törökbálint

Szélmalomharc? A migráció problémája egy eset kapcsán

Kapus Katalin, Draskóczy Miklós, Németh Tibor, Novák Zoltán

SZTE Gyermekklinika

A QuantiFERON TB Plus teszt jelentősége a klinikai gyakorlatban

Sipos Beáta

BioMarker Kft.

Mellkasi térfoglalás vagy egészen más?

Kapus Katalin, Pásztor Gyula, Novák Zoltán

SZTE Gyermekklinika

Multiplex kerekárnyékok a tüdőben tonsillectomia után

Kincs Judit, Krikovszky Dóra, Kovács Lajos

Semmelweis Egyetem, Budapest I. Sz. Gyermekgyógyászati Klinika

14:55-15:25 KÁVÉSZÜNET

15:25-17:10 CYSTAS FIBROSIS

Üléselnök: Prof. Dr. Nagy Béla, Dr. Póder György

CF ellátás Stockholmban - lehetőségek és akadályok az új terápiák hajnalán – Referátum

Kárpáti Ferenc

Karolinska University Hospital, Huddinge, Stockholm

CFTR modulátor terápiák – Referátum

Nagy Béla

Debreceni Egyetem, Klinikai Központ, ÁOK, Gyermekklinika, Debrecen

Az első magyarországi chloridometerrel (Chloro-Chek®) szerzett tapasztalataink cisztás fibrózis diagnosztikájában

¹Bodnár Réka, ¹Papp Eszter, ²Gács Éva, ³Széles Szilvia, ¹Ujhelyi Rita

¹*Heim Pál Gyermekkorház, Mucoviscidosis Szakrendelő*

²*Heim Pál Gyermekkorház, Gyermek-belgyógyászati és Tüdőgyógyászati Osztály*

³*Heim Pál Gyermekkorház, Központi Laboratórium*

Nehézségeink 17 éves betegünk kezelése és gondozása során

Póder Gy., Kovács L., Kincs J., Kiss I.

Semmelweis Egyetem, Budapest I. Sz. Gyermekgyógyászati Klinika

Malnutrició konzervatív terápiás lehetősége cystas fibrosisban: A falánk CF-es

Gyürüs Éva, Subicz Ágnes, Györfy Ágnes, Horváth Bernadett, Lőwy Tamás, Ujszászi Éva, Laki István

Tüdőgyógyintézet Törökbálint

Napi 8 Nutridrink

Dr. Papp Eszter, dr. Bodnár Réka, Dr. Újhelyi Rita, Dr. Holics Klára, Bartha Csilla
Heim Pál Kórház, Budapest

A cisztás fibrózis táplálásterápiája

Bartha Csilla dietetikus, Numil Kft
Heim Pál Gyermekkórház

17:10-17:30 KÁVÉSZÜNET

17:30-18:10 KÖZGYŰLÉS

Quo vadis hazai gyermektüdőgyógyászat?

20:00 - BANKETT

2017.11.11. szombat

09:00-10:15 ALLERGOLÓGIA, IMMUNOLÓGIA

Üléselnök: Prof. Dr. Cserhádi Endre, Dr. Mezei Györgyi

Villanások a gyermekpulmonológia és allergológia múltjából – Referátum

Cserhádi Endre

Semmelweis Egyetem, Budapest I. Sz. Gyermekgyógyászati Klinika

A táplálékallergiák prognosztikai megítélése a komponens alapú allergén-meghatározás segítségével

Hidvégi Edit

Országos Korányi Pulmonológiai Intézet, Budapest

A probiotikumok szerepe a csecsemők immun-rendszerének érésében és az allergia megelőzésében

Hidvégi Edit

Vitaminkosár Kft

Védőoltások utáni allergiás reakciók

Mezei Györgyi, Kulcsár Andrea*, Cserhádi Endre

*Semmelweis Egyetem I. Sz. Gyermekgyógyászati Klinika és *Egyesített Szent István és Szent László Kórház és Rendelő Intézet*

Pulmonális embólia hátterében megbúvó autoimmun betegség- Antifoszfolipid szindróma

Sándor Zsuzsa, Gyórfy Ágnes, Gyürüs Éva, Horváth Bernadett, Löwy Tamás, Simon Noéim, Subicz Ágnes, Ujszászi Éva, Laki István

Tüdőgyógyintézet Törökbálint

Élménymorzsák Ugandából

Magyar Katalin

Csolnoky Ferenc Kórház, Veszprém

10:15-10:45 EWOPHARMA SZIMPÓZIUM

Az allergén specifikus immunterápia gyakorlata

Réthy Lajos
Svábhegyi Gyógyintézet

10:45-11:10 KÁVÉSZÜNET

11:10-13:05 MELLKAS SEBÉSZET, MORFOLÓGIAI DIAGNOSZTIKA

Üléselnök: Dr. Bánfi Andrea, Dr. Kálmán Attila

Thoracoscopos lobectomy csecsemő- és gyermekkorban – az új standard?

Kálmán Attila¹, Verebély Tibor¹, Tövisházi Gyula², Kis-Tamás Melinda², Göbl Gergely², Hauser Balázs², Petróczy András², Lódi Csaba¹, Krikovszky Dóra¹, Kovács Lajos¹
¹SE I.sz. Gyermekklinika, ²SE Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Klinika

Nehézlégzés esete pulmonalis sequestrációval

Horváth Bernadett, Gyórfy Á., Gyűrüs É., Löwy T., Sándor Zs., Simon N., Subicz Á., Ujszászi É., Laki I.

Tüdőgyógyintézet Törökbálint

Spontán pneumothorax sebészi kezelésével szerzett tapasztalataink

Kálmán Attila, Antal Zsuzsanna, Kiss Imre, Tallós Zsuzsanna, Verebély Tibor, Vörös Péter, Krikovszky Dóra, Kovács Lajos
SE I.sz. Gyermekklinika

Kétoldali bronchopulmonális fistula

Jenővári Zoltán, Németh Ágnes

SE II. sz. Gyermekklinika

Kiskapu a Protokollhoz? Dekanülálási nehézségek gyermekkorban

Garay Zsolt, Csanádi Krisztina, Katona Gábor

Heim Pál Gyermekkórház, Budapest

Gyermekkori mellúri empyema kezelési módjainak összehasonlítása

Török Edina, Nagy Csilla, Kálmán Attila, Kelemen József

SE I.sz. Gyermekklinika

Mellúri empyemával kezelt gyermekek hosszú távú légzésfunkciós utánkötése

Nagy Csilla, Kálmán Attila, Kelemen József

SE I.sz. Gyermekklinika

A HNFC légzéstámogatással szerzett kezdeti tapasztalataink

Goschler Ádám, Németh Ágnes

SE II. sz. Gyermekklinika

Nem-CF eredetű bronchiectasia gyermekkorban – Referátum

Bánfi Andrea¹, Lovász Anett²

SZTE Gyermekgyógyászati Klinika Pulmonológiai Osztály¹

SZTE Általános Orvostudományi Kar VI. évfolyam²

13:05 KONGRESSZUS ZÁRÁSA

13:15 - EBÉD

ABSZTRAKTOK

Volt koraszülöttek utánkövetése légzésfunkció alapján

Magyar Katalin, Kelemen Éva, Szabó Éva

Csolnoky Ferenc Kórház, Veszprém

Gyermekgyógyászati Centrum

Tavalyi előadásomban bemutattam a veszprémi gyermekgyógyászati centrum 20 éve működő NIC III részlegén bejárt mérföldköveket a koraszülöttek légzéstámogatása szempontjából. A szteroid profilaxis, a természetes felületaktív anyag használata, a gázcsere biztosítása a legkevésbé invazív módon, mind egy komplex tüdőprotektív stratégia fontos összetevői.

Irodalmi adatok szerint a koraszülöttek fokozottan hajlamosak lehetnek légúti infekciókra, asztma kialakulására és csökkent vitálkapacitásra.

Pulmonológiai szakrendelésünkön a 2006. és 2010. között, 36. gesztációs hét alatt született volt koraszülötteinket igyekeztünk felkeresni a régióból. Beszámolunk az elvégzett légzésfunkciók és a futásterhelések eredményeiről.

„TEMPORA MUTANTUR”: Bronchiolitis 2013-2017

Uherezky Gábor, Gács Éva, Zsigmond Borbála, Csuzdi Vera, Tóth G Ágnes, Stéger Gabriella, Szabó László.

Heim Pál Kórház, Budapest

Az Amerikai Gyermekgyógyászati Akadémia 2006-os ajánlását követően világszerte jelentős változás indult el a virális bronchiolitis klinikai gyakorlatában. Az eltelt 10 év eredményei azt mutatják, hogy az ajánlásban megfogalmazott elvek alkalmazása nem jár kedvezőtlen morbiditási és mortalitási következménnyel.

A Heim Pál kórház belgyógyászat-pulmonológiai osztályán négy egymást követő év bronchiolitis szezonja alatt bebizonyosodott, hogy a „minimal handling” nem jár hosszabb ápolási idővel, és nem nő az intenzív osztályra áthelyezésre került súlyos betegek száma.

Bronchiolitises betegek száma: 2013-2017

| Bronchiolitis | 2013/14 | 2014/15 | 2015/16 | 2016/17 |
|------------------|---------|---------|---------|---------|
| Betegszám<12hó | 10 | 44 | 28 | 92 |
| Átlagos életkor | 2 hó | 2 hó | 2 hó | 3 hó |
| Átl. ápolási nap | 6,4 | 6,3 | 6,9 | 4,5 |



Vizsgálataink alapján megállapítható, hogy a virális bronchiolitisre vonatkozó ajánlásokban megfogalmazott diagnosztikus és terápiás elvek a hazai kórházi gyermekosztályok gyakorlatában is alkalmazhatók és alkalmazandók.

Spanyolviasz

Pölöskey Péter

Gyermekorvosi rendelő, Szombathely

„Feltaláltad a spanyolviaszt!” – szokták mondani annak, aki valami olyan „remek és eredeti” ötlettel áll elő, mely öelőtte minden bizonnyal már a legtöbbünk fejében is megfordult.

A csecsemőkorban jelentkező megnyúlt kilégzéssel, zihálással jellemzett kórképet hazánkban legtöbbször az obstructiv bronchitis diagnózissal illetik és az arra vonatkozó hazai ajánlások szerint kezelik. A szerző spanyolországi gyermekorvosi munkája során szembesült azzal, hogy nincs ez azonban így mindenhol Európában. Az Ibériai-félszigeten (de nemcsak ott) az ilyen csecsemőket – főként a novembertől-márciusig tartó időszakban – magától értetődően bronchiolitisként tartják számon és egy a magyar szokásoktól különböző diagnosztikus és terápiás algoritmus szerint látják el.

Valószínűleg mindannyiunk előtt jól ismert a két kórkép, és saját gyakorlatunkban is szembesülhettünk a fenti dilemmával. A szerző előadásában most arra törekszik, hogy személyes élményeit is felhasználva hasonlítsa össze az országoként eltérő gyakorlatot és annak a diagnózisra, terápiára és a későbbi gondozásra gyakorolt következményeit, melyet ezen csecsemők ellátása során tapasztalt.

Az előadás célja, hogy a „spanyolviasz feltalálása” gondolatébresztő, vitaindító legyen a hazai gyakorlat megújítása felé. Ebben a céljában támogatja az is, hogy időközben megjelent hazai közlemények szintén a magyarországi gyakorlat és a nemzetközi ajánlások közelítését szorgalmazzák.

Új endoscopos beavatkozások a gyermek-, és felnőtt tüdőgyógyászat határán

Medgyasszay Balázs

Veszprém Megyei Tüdőgyógyintézet, Farkasgyepű

A farkasgyepői tüdőgyógyintézetben működő bronchológiai laboratóriumban a klasszikus merev és videobronchoscopiákon kívül rendelkezésre áll endobronchialis ultrahang (EBUS) és pleuroscopia is. Az EBUS ill. az EBUS TBNA a pulmonalis és mediastinalis térfoglalások pontos staging vizsgálatának pontosságát emeli. Szemellenőrzés mellett vehetünk mintákat a mediastinalis és a hilusi nyirokcsomókból, elkerülve a mediastinoscopia műtéti szövödményeit, költségeit.

A pleuroscopia leginkább a malignus pleuralis folyadékok diagnosztikájában ill. a pleurodesisek kivitelezésében nyújt segítséget.

A két invazív beavatkozás a gyermekgyógyászatban is hasonló indikációs területtel bír, azonban jóval ritkábban kerülhet rá és jelenleg csak nagyobb gyerekek esetén.

Idegentestek a bifurcatiós carinán

Bánfi Andrea, Kapus Katalin, Juhász László, Huri Anikó, Draskóczy Miklós, Novák Zoltán

SZTE Gyermekgyógyászati Klinika Pulmonológiai és Sebészeti Osztály, Kiskunhalasi Semmelweis Kórház Csecsemő és Gyermekosztály

Az idegentest aspiratio megoldása mindig kihívást jelent még a legtapasztaltabb gyermekbronchológus számára is. Előadásunkban két, speciális esetet ismertetünk, amikor az idegentestek a tracheában, a bifurcatiós carinán helyezkedtek el. Bármennyire is hasonló volt azonban a két gyermeknél az idegentestek lokalizációja, a klinikai tünetek jelentősen különböztek.

1.eset: Másfél éves kisdedet egy hónapja elhúzódó, terápiarezisztens obstructiv bronchitises tünetek, hullámzó stridor miatt vettünk át a kiskunhalasi kórházból a SZTE Pulmonológiai Osztályára. Mellkas röntgenfelvétel három alkalommal készült negatív eredménnyel. Többszöri rákérdezése a szülő az idegentest aspirációt negálta. A jó állapotú, láztalan gyermeknél bronchosopia történt, mely során a bifurcatiós carinára ív alakban ráfekvő, a nyálkahártyába kissé beágyazott krónikus idegentestet (tökmaghéj) távolítottunk el.

2.eset: Egy éves kisded udvaron játék közben valamit a szájába vett, köhögési rohama volt, nehezített légzése jelentkezett, leszürkült. Ezt követően már jó állapotban érkezett a Klinikára. Fizikális vizsgálattal a tüdők felett nem volt kóros, de a vizsgálat közben köhögést, belégzési stridort és nyáladzást észleltünk. Sürgősséggel bronchosopia történt mely során a bifurcatiós carinán lovagló, oda beékelődött kődarab (kavics) került eltávolításra.

Eseteink felhívják a figyelmet arra, hogy negatív anamnesztikus adatok, és/vagy röntgenfelvétel ellenére is felmerülhet idegentest aspiratio gyanúja, mely a bronchosopia abszolút indikációját jelenti, illetve az esetek jó példák arra is, hogy a légúti idegentestek elhelyezkedése akár szokatlan is lehet.

Krónikus légúti idegentest „csemegék”

Györfy Á., Horváth B., Gyürüs É., Lőwy T., Sándor Zs., Simon N., Subicz Á., Ujszászi É., Laki I.

Tüdőgyógyintézet Törökbálint

Szerzők az elmúlt év néhány, későn felismert „légúti idegentest” esetét mutatják be, melyeknél felhívják a figyelmet a hibalehetőségekre, tanulságokra.

A gyermekkori légúti idegentestek sokszor késve kerülnek felismerésre. Ilyenkor magáról a félrenyelésről nem is számolnak be a gyermek hozzátartozói, mert nem tudnak róla, nem látták, vagy csak nem merik bevallani. Az idegentest jelenléte a légutakban gyulladást, sarjszövet képződést okoz, melynek mértéke függ az idegentest anyagától, a félrenyelés óta eltelt időtől. Az állapotot bakteriális felülfertőzés komplikálhatja. A tünetek, mint az elhúzódó köhögés, nehézlégzés, stridor, láz, nem hívják még fel a figyelmünket aspiráció lehetőségére, de a mellkas röntgenképe már felkeltheti a gyanúkat az idegentest jelenlétének indirekt jeleivel: pl. oldalkülönbség, egyik oldal fokozott légtartalmával, vagy egy lebenyre, segmentumra kiterjedt atelectasia, dystelectasia, de lehet pneumonia is, és ritkán látható maga a sugárfogó idegentest árnyéka. Segítségünkre lehet a mellkas átvilágítással észlelt pozitív Holzknech-tünet is.

Minden hirtelen kezdődő, vagy krónikus, a konvencionális terápiára nem a vártak megfelelően reagáló légúti panasz esetén felmerül az idegentest lehetősége. A legkisebb gyanú esetén is kötelező a bronchosopia elvégzése.

Kromoszóma rendellenesség kapcsán észlelt nagylégúti szűkület- esetismertetés

Löwy Tamás¹, Györfy Ágnes¹, Gyürüs Éva¹, Horváth Bernadett¹, Sándor Zsuzsa¹, Simon Noémi¹, Subicz Ágnes¹, Ujszászi Éva¹, Laki István¹, Tálosi Gyula²

¹Tüdőgyógyintézet, Törökbálint

²Bács-Kiskun Megyei Kórház Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Oktató Kórháza Gyermekgyógyászati Osztály

A szerzők egy 5 hónapos csecsemő esetét ismertetik.

A 38. gestatio hétre, 2600 g súllyal született gyermek perinatális anamnézise negatív. Születése óta észlelték hörgő légzését. Jellegzetes sírasi hangja és minor anomáliák alapján cri du chat szindróma merült fel, melyet kromoszómavizsgálat igazolt.

2 hónapos korában RSV bronchiolitis, 5 hónapos korában jobb oldali pneumonia miatt igényelt kórházi kezelést.

Nagylégúti szűkület gyanúja miatt bronchológiai vizsgálat céljából került áthelyezésre osztályunkra, ahol az elvégzett bronchofiberoscopos vizsgálat során a gégebemenet jelentős körkörös szűkületét észleltük.

Az esetbemutatás kapcsán összefoglaljuk a cri du chat szindrómával kapcsolatos legfontosabb ismereteket is.

Két hónap, négy kórház, két lélegeztetés, három bronchosopia – visszatérő stridor furcsa előzményekkel

Péterfia Csaba, Kopcsányi Gábor, Rózsai Barnabás, Stankovics József, Adonyi Mária

PTE KK Gyermekgyógyászati Klinika

Az esetbemutatásban szereplő 3 éves gyermeket első alkalommal bizonytalan rosszullet, eszméletvesztés, fokozódó plusz oxigén igény miatt gépi lélegeztetés mellett szállították Klinikánkra. 3 napos gépi ventiláció, 6 napos intenzív osztályos kezelést követően tünetmentesen adtuk haza. 10 nappal később stridoros légzés, tachy-dyspnoe miatt a szekszárdi kórházban feküdt 1 hétig. 3 nappal a hazaadását követően akut infectio kapcsán jelentkező nehézlégzés, akut légzési elégtelenség miatt ismét intubálva, gépi lélegeztetés mellett került felvételre a Gyermekklinika intenzív osztályára. Fél nap után extubálni lehetett, a tünetek mérséklődését követően elvégzett bronchosopia a trachea enyhe postintubatio szűkületét írta le. Otthonra tartós gyulladáscsökkentő kezelésre állítottuk. Néhány héttel később hasonló előzményt követően került felvételre Klinikánkra. Az ismételt broncho-fiberoscopia során a trachea felső harmad jelentős körkörös szűkületét láttuk. Hosszabb konzervatív terápiát követően a SZTE Fül-Orr-Gégészeti Klinikára helyeztük esetleges műtéti megoldás céljából. A harmadik bronchosopia alapján további konzervatív kezelését javasolták.

Rekurráló légúti papillomatosis

Kapus Katalin, Draskóczy Miklós, Novák Zoltán, Bánfi Andrea, Haraga Viktória, Szakács László, Rovó László

SZTE Gyermekklinika, SZTE Fül-Orr-Gégészeti Klinika

2 éves betegünket epiglottitis gyanúja miatt küldték a területileg illetékes kórházból. Vizsgálataink során ez kizárható volt, laryngitise zajlott. Az anamnesis felvétel kapcsán az édesanya elmondta, hogy gyermekének kisdedkora óta nincs hangja, suttog, rekedt, emiatt gyógyulását követően bronchológiai vizsgálat történt. Ekkor a hangrést majdnem teljesen kitöltő kb. 1 cm átmérőjű karfiolszerű, nyeles terime látszódott. Emiatt a fül-orr-gégészeti klinikára irányítottuk, ahol a géget szinte teljesen kitöltő elváltozást lézersebészeti módszerrel eltávolították. Az elváltozás szövettani vizsgálata laphám papillómát, szerológiai vizsgálata ennek hátterében HPV-11 fertőzést igazolt. Az irodalmi ajánlásoknak megfelelően HPV vakcinációt, Isoprinosine kezelést kezdtünk. Az egy hónapos tervezett kontroll laryngoscopiát megelőzően fokozódó nehézlégzéses panaszok miatt 3 héttel később ismét sürgősséggel lézersebészeti beavatkozásra került sor a folyamat gyors progressziója miatt, majd 3 héttel később ez megismétlődött a HPV vakcináció folytatása ellenére. Kezelését szisztémás aciklovirral, illetve a laryngoscopiás kontrollok során lokálisan injektált antivirális szer adásával egészítettük ki. Tekintettel a folyamat gyors, ismételt progressziójára, az intenzív osztályos ellátást is igénylő epizódokra, az irodalmi adatokkal összhangban a legújabb kezelést is elkezdjük.

Bronchoszkópia cisztás fibrózis esetén

Kovács Lajos

Semmelweis Egyetem I. Gyermekklinika, Budapest

A bronchoszkópiát 1965-ben javasolták először a cisztás fibrózis kezelésében, merev csöves vizsgálat során N-acetil-cisztein oldattal történő mosással távolították el a nagy mennyiségű, sűrű, obstrukciót okozó váladék dugókat. A fiberszkóp az 1970-es évektől vonult be a bronchológiai gyakorlatba, a flexibilis eszköz kisebb mennyiségű mosófolyadékkal eredményesen szabadította fel az elzárt légutakat.

A bronchológia történetét végigkíséri, hogy a kezdetben terápiás beavatkozás a technika finomodásával a diagnosztikában is megjelenik, szélesítve az indikációk körét. Az 1980-as évektől az egyre vékonyabb fiberszkópok gyermekek, csecsemők és újszülöttek bronchoszkópos vizsgálatát tette lehetővé, és számos fejlett egészségügyi ellátással rendelkező országban (Ausztrália, Egyesült Államok) a cisztás fibrózis diagnózisát bronchoszkópia, bronchoalveolaris mosás követte mikrobiológiai mintavétel, gyulladásos markerek meghatározása céljából. Kiderült, hogy CF betegek hörgőrendszerében, már a bakteriális fertőzést megelőzően magasabb gyulladásos aktivitás igazolható, amit a kolonizáló kórokozók tovább fokoznak. Az első évtizedek bronchoszkópos aktivitása valamelyest csökkent, miután bebizonyosodott, hogy a rendszeres hagyományos mikrobiológiai mintavétel (köpet, torokváladék) klinikai hatékonyságát a hörgővizsgálattal nyert bakteriológiai követés hatásfoka nem haladja meg. Jellemző, hogy a cisztás fibrózis gondozás szempontjából irányadó Royal Brompton Hospital Paediatric Cystic Fibrosis Team által publikált „Clinical guidelines for the care of children with cystic fibrosis” 2017-es irányelvek szűkebb bronchoszkópos indikációs kört javasolnak, mint a korábbi, 2014-es, kihagyva az újonnan diagnosztizált betegek hörgővizsgálatát.

A bronchoszkópia javallatait a legfrissebb irányelvek alapján tekintjük át.

Környezetérzékenység és kommunikáció a praxisvezetésben

Szánthó András

Szánthó és Társa Kkt, Budapest

Szerző 25 éves praxis vezetési tapasztalatait foglalta össze az előadásban különös tekintettel a fenntartható fejlődés irányába ható eszközökre, az orvos beteg kommunikációban használható hagyományos és korszerű médiumokra, ill. ezek közötti összefüggésekre. Kezdve az erőforrásokkal való takarékoskossággal: áram, papír, OEP kassza, humán erőforrás, páciens ideje; folytatva a hulladékgazdálkodással; áttérve a kommunikáció hagyományos - szóbeli és írásbeli tájékoztatás, előadások, cikkek, telefonos kapcsolattartás -, továbbá digitális lehetőségeire, mint e-mail, honlap, közösségi oldal, QR kód, okostelefonos applikáció.

Az alternatív, komplementer diagnózis és terápia értékelése a bizonyítékokon alapuló gyógyítás szempontjai szerint.

Kelemen József

SE I. Gyermekklinika, Budapest

A nem konvencionális orvosi diagnózist és kezelést alternatív ill. komplementer módszernek nevezik. Alternatívnak jelölik, ha a konvencionális módszerek helyett, komplementer medicinának, ha a

tradicionális orvosi diagnózis ill. kezelés mellett alkalmazzák. Az utóbbi időben inkább mindkét esetben a komplementer kifejezést használják.

A komplementer diagnosztikának és kezelésnek számos egymástól eltérő, néha meglehetősen új módszere ismeretes, számuk egyre nő. Ezen módszereket igénybe vevő páciensek száma világszerte növekvő tendenciát mutat, ennek oka nem kismértékben a televízió és bulvársajtó.

Magyarországon a jogi helyzet sem tisztázott sok szempontból, bár a MTA is állásfoglalást tett közzé, eszerint ezen módszerek is akkor elfogadhatók, ha evidenciákon alapuló bizonyítékok támasztják alá hatékonyságukat. További probléma, hogy a jelenlegi törvények szerint diagnózist és terápiás javaslatot csak orvosi diplomával rendelkező személy tehet. A komplementer módszereket pedig gyakran nem orvosok alkalmazzák. Vannak módszerek, amelyekre jelenleg is vannak evidencián alapuló bizonyítékok, többségükre azonban nincsenek. Alapvető ismeretek az orvosoknak is szükségesek, hogy betegeknek tanácsot adhassanak, az esetleges veszélyektől, felesleges kiadásoktól megvédjék őket.

A konvencionális orvoslás és a komplementer gyógyítás közötti ellentétek feloldására világszerte számos kísérlet történt. A merev elutasítás helyett számosan a hagyományos képzésbe való beillesztését tartják célravezetőnek. Egyes országokban a biztosítók által is finanszírozott és a képzés az orvosegyetemek mellett főiskolai szinten történik. Hazánkban változó a helyzet, van egyetem, ahol az egészségügyi főiskolán önálló tanszéke van, másutt tervezik, ill. szervezés alatt van.

Asztmban a komplementer módszerek diagnosztikus és terápiás hasznára evidenciákon alapuló bizonyítékok jelenleg nincsenek. A komplementer módszerek elméleti magyarázata néha logikusnak tűnik, de a hivatkozások nem relevánsak, nem bizonyított alapokra épülnek.

A SÓ: életem – tápszer – mérge – vagy gyógyszer? Sóterápia a nyákoldásban obstruktív légzőszervi kórállapotokban

Gyurkovits Kálmán

Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Mosdós, Gy.rehab.o.

Szervezetünk folyadék-, só- és elektrolit háztartása meghatározza a légúti nyák állapotát. Annak mennyiségi és minőségi változásai kritikus tényezők lehetnek számos légzőszervi kórkép kialakulásában és kezelésében. A só elengedhetetlen a nyálkahártya felszín tisztulásához és ez szabályozza a víztartalmat. Cisztás fibrózisban, ahol átjutása akadályozott a vérből a hörgőfelszínre, életet veszélyeztető tüdőkárosodás alakulhat ki. Egészséges állapotban is, de leginkább környezetszennyeződés-, fertőzések- vagy allergia okozta krónikus légúti gyulladásban – a gyógyszeres kezelési lehetőségek mellett, – legfontosabb a sópótlás. Mint minden más terápiás módszer alkalmazásában, a biztonság és a tolerancia az első elvárás, különösen érvényes ez a gyermekgyógyászati gyakorlatban. Fel kell vennünk a harcot az egyre terjedő ellenőrizetlen hamis állításokkal szemben, ugyanakkor a felnőttkorban ajánlott sószegény étrend az obstruktív légzőszervi betegeknek nem biztosítja a nyáksűrűség csökkentését. „*A gyermek nem kis felnőtt*” elvet követjük, amikor bővebb só- és folyadékfogyasztást javasolunk exsudatív hajlamú, köhögős gyermekeknek! Csakis ez és az inhalatív formában bevitt só aeroszol ill.

szárzpor só biztosíthat spontán- vagy köhögés útján könnyebben kiüríthető légúti váladékot. A nyákoldás problémaköre legsúlyosabb formában a „mukoviszcidózis (CF)” betegekben jelentkezik, ahol a hyperozmotikus sóval való nyákhígítás mellett valódi mucolysist kell alkalmaznunk, a kóros viszkozitás és elaszticitás csökkentése céljából. S bár az ideális komplex mucoregulans gyógykezelés még a kutatás tárgya, a jelenleg elérhető módszerek, - az egyéb eredetű obstruktív légzészavarokban szenvedők széles körében, - primer ill.

komplementer terápia formájában, - eredményesen alkalmazhatók.

Swyer-James-Macleod syndroma 13 éves fiú betegünkénél

Kiss Ildikó¹, Hegyi Andrea¹, Aradi Mihály¹, Laki István²

Zala Megyei Szent Rafael Kórház, Zalaegerszeg¹, Törökbálint Tüdőgyógyintézet²

Előadásunkban egy 13 éves fiúgyermek kórtörténetét szeretnénk ismertetni. Zavartalan terhességből született, perinatális adaptációja rendben zajlott. Kórtörténetében 5 éves korában kórházi kezelést igénylő tüdőgyulladás szerepel. 10 éves életkorában került először osztályunkra infekció kiváltotta légúti hurutos tünetek, jobb oldali pleuritis, majd 11 éves korában mellkasi sérülés során felmerült pneumothorax gyanúja miatt. Fizikális vizsgálat során észlelt jobb oldali gyengült légzés valamint mellkas rtg felvételen konzekvensen ábrázolódott jobb oldali emphysema miatt pulmonológiai

gondozásba került. Klinikailag tünetszegény gyermek légzésfunkciója jelentősen csökkent értékeket igazolt és pulmonális hallgatósági lelete állandósult. Ismételt felajánlott kivizsgálást 2016-ban elfogadva, az elvégzett bronchosopia, mellkasi CT perfúziós tüdőszcintigráfia, angio-pulmonális MR vizsgálat alapján Swyer–James–Macleod syndroma igazolódott.

Előadásunkban e ritka, szerzett syndroma tüneteit, diagnosztikus kritériumait, következményes szövödményeit mutatjuk be.

7 év köhögés. Nehéz diagnózis?

Demeter Botond¹, Takács Tamás², Katona Gábor³, Laki István⁴

¹Szent Lázár Megyei Kórház, Gyermektüdőgyógyászati Rendelés, Salgótarján ²B.- A. -Z. Megyei Központi Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, Urológiai Osztály, Miskolc ³Heim Pál Gyermekkórház, Fül- orr- gégegyógyászati osztály- és Gyermek fül- orr- gégeszeti sürgősségi centrum, Budapest ⁴Pest Megyei Tüdőgyógyintézet, Gyermekosztály, Törökbálint

K. S. 16 éves, szomatikusan jól fejlett fiú. 2009. januárban jelentkezett először pulmonológiai szakrendelésen gyakori visszatérő köhögés miatt. Kivizsgálása során krónikus tüdőbetegség nem volt igazolható. Gégeszeti vizsgálat adenoid túltengést kizárt. Bőrteszt allergiát nem mutatott. Hullámzó intenzitású, de változatlanul recidiváló panaszai miatt 2010. szeptemberben LTRA kezelést indítottak. Tünetek háttérben felvetődött pszichés tényező szerepe is. Tünetszegény időszak miatt 2014. októberig nem jelent meg kontroll vizsgálaton, időközben a preventív terápiát elhagyták.

Ekkor fokozódó, éjszaka is jelentkező produktív köhögés miatt vizsgáltam először. Az ellenőrző vizsgálatok alkalmával kóros eltérés továbbra sem volt észlelhető. Ismételt fül-orr-gégeszeti vizsgálat negatív eredményt adott. Gasztrooesophagealis reflux nem igazolódott.

2015-ben történt verejték ion vizsgálat értékei kétes tartományba estek (Na+Cl: 66; 78 mmol/l), ezért cystas fibrosis irányába observálva mukolitikus kezelést indítottunk. Genetikai mutáció nem volt kimutatható. Ekkor ismét történt gégeszeti vizsgálat, újra csak negatív eredménnyel.

A klinikum alapján a nem típusos tünetek, a negatív kontroll verejték teszt (Na+Cl: 18 mmol/l), illetve az időközben elvégzett andrológiai vizsgálat alapján a mucoviscidosis nagy valószínűséggel elvethető volt.

Panaszai háttérben egyre inkább felső légúti eredet vetődött fel. Ezt látszott alátámasztani az objektív vizsgálat is megerősített halláscsökkenés. Újabb (immár hatodik) fül-orr-gégeszeti vélemény alapján adenotomia vált szükségessé, ami 2016. szeptember elsején megtörtént. Azóta betegünk panaszmentes. (panaszmentes?)

Az előadásban a szerző a klinikum jelentősége, illetve a számos –sokszor fölöslegesen végzett - vizsgálati lehetőség okozta diagnosztikus zűrzavar mellett, a társszakmák által adott, sokszor ellentmondásos vélemények megfelelő értékelésére szeretné felhívni a figyelmet.

Új lehetőség a gyermekkori asztma kezelésében: Tiotropium Respimat soft mist hatásossága és biztonságossága iskoláskorúak közepesen súlyos és súlyos asztmájában

Bene Zsolt, Papp Ágnes, Nagy Béla

Debreceni Egyetem, Klinikai Központ, ÁOK, Gyermekklinika, Debrecen

A rövid hatású anticholinerg (ipratropium bromide) a SABA együttes adásával évtizedek óta az akut asztma eredményes gyógyszerelése. Az utóbbi években a hosszú hatású anticholinerg (tiotropium) hatásosnak és biztonságosnak bizonyult serdülők és felnőttek nem kontrollált közepesen súlyos és súlyos asztmájában napi egyszeri alkalmazásban. Ennek megfelelően az irányelvek 12 év felett a ICS+LABA mellett krónikus additív kezelésként ajánlják.

A 6-11 éves korúak ICS és LABA kezelés ellenére nem kontrollált asztmájában csak az utóbbi 1-2 évben vizsgálták a feltételeikben egyező 3 randomizált, kontrollált tanulmányban (összesen n=903) a tiotropium additív kezelés (2,5 és 5,0 µg naponta 1x inhalálva Respimat® készülékből) eredményességét a légzésfunkció (FEV₁), az asztmakontroll és az exacerbációk tekintetében, valamint tolerálhatóságát a placeboval szemben. A kezeléseket időtartama 4, 12 és 48 hét voltak.

A 3 vizsgálat eredményeit statisztikailag kiértékelő tanulmány szerint a FEV₁ értékek szignifikánsan magasabbak voltak a placebohoz viszonyítva, és jelentős, de statisztikailag nem szignifikáns különbség mutatkozott a nagyobb dózis javára. Hasonló összefüggések voltak megállapíthatók az ACT kérdőívek feldolgozása során. Az exacerbációk száma a placebohoz viszonyítva kifejezetten csökkent. A vizsgált

csoporthoz nem volt különbség a rohamoldó használatában, a nem-kívánatos események és a vizsgálatból történt kizárás száma tekintetében sem.

A naponta egyszer belélegzett tiotropium krónikus additív alkalmazása hatásos és jól tolerálható iskoláskorúak nem kontrollált közepesen súlyos és súlyos asztmájában.

Akut asztma. Van új terápia?

Gács Éva

Heim Pál Gyermekkórház

A téma újra és újra tárgyalása nem csak azért fontos, mert mindannyiunk hétköznapijainak jelentős részét az akut nehézlégzés miatt jelentkező gyermekek ellátása teszi ki, hanem a szülők oktatása, a háziorvosok, a kórházban dolgozó fiatalok felé átadott ismeretek is lényegesek. Ezért ismernünk kell azokat a gyógyszereket, eljárásokat is amelyek nem, vagy még nem rendelkeznek kellő evidenciával. Az összefoglaló –ellenvéleményeknek is helyet adva– ezekből ismertet néhányat: van-e helye az akut ellátásban a magnéziumnak, a leukotrien antagonistáknak? Adjunk vagy ne adjunk makrolidokat? Másként kell-e kezelni az 5 év alattiakat?

Az eosinofiliáról az idiopátiás hipereozinofil szindróma kapcsán
Laki István¹, Györfy Ágnes¹, Gyűrűs Éva¹, Horváth Bernadett¹, Lőwy Tamás¹, Simon Noémi¹, Subicz Ágnes¹, Ujszászi Éva¹, László Erzsébet²

¹Tüdőgyógyintézet Törökbálint, ²Gyermekosztály, Dunaújváros

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 vizsgálatallal pericardialis tamponadot vélelmeztek 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 IGRÁ vizsgálatok negatívak voltak. Mivel más szervrendszeri tünetek nem kísérték a kardiopulmonalis elváltozásokat, a klinikai kép alapján idiopátiás hipereozinofil szindrómát valószínűsítve szteroid 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 differenciáldiagnosztikáját.

Asztmás úszás gyermekkorban

Endre László

Vasútegészségügyi Központ Budapest

1935-ben, a Lancetben jelent meg az első olyan közlemény, melyben kontrol csoportot is „használva”, az asztmás betegek speciális légző-gyakorlattal történő kezelésének eredményéről számoltak be. 1968-ban (amerikai szerzők) javasolták először asztmás gyermekek számára az úszást, mint kiegészítő kezelést. Magyarországon 1981 augusztusa óta folyik rendszeresen a (többnyire Dr. Gyene István és dr. Jády György által kidolgozott speciális módszerrel) asztmás gyermekek úszó tréningje. Ennek eredményeként az azon évekig, rendszeresen részt vevők teljesítő képessége látványosan javul (sokkal jobb, mint a nem sportoló, egészséges kortársaiké), gyógyszer igényük csökken, betegségük súlyossága jelentősen mérséklődik.

Perlingualis parlagfű immunterápiával szerzett tapasztalataink

Nagy Adrienne, Balogh Katalin, Mohácsi Edit, Csáki Csilla, Papp Gábor, Fábos Beáta

Heim Pál Gyermekkórház, Budapest

Célkitűzés

2016-ban új biofarmáciai tulajdonságokkal rendelkező, perlingualisan felszívódó, spray adagolású immunterápiás készítmény vált elérhetővé Magyarországon. A készítményt hat allergológiai centrum

igazolts parlafü allergiás betegeinél alkalmaztunk. Célunk a készítménnyel szerzett időközi tapasztalataink megosztása.

Betegek és módszerek

57 gyermek és felnőtt parlafü allergiás beteget kezeltünk 2016-ban pre-és kozszezonálisan 4-6 hónapon át perlinguális parlafü készítménnyel. A betegeket két csoportban vizsgáltuk. Az „A” csoportban 29-en még sosem kaptak allergén immunterápiát, A „B” csoportban 28 beteget már az előző évben más sublingualis parlafü immunterápiás készítménnyel kezeltek. A két csoportban vizsgáltuk a kezelést megelőző és követő össz-tüneti pontszám és gyógyszerhasználati pontszám változását. 6 féle tünetet 0-3-ig terjedő súlyossági skálán és 8 féle tüneti gyógyszerhasználatot (igen/nem), 16 féle potenciális mellékhatást (igen/nem) vizsgáltunk. A betegnaplók és orvosi vizsgálati naplók adatait descriptív elemzés mellett egyoldalú Wilcoxon párosított statisztikai teszttel elemeztük.

Eredmények

Mindkét csoportban a kezelés hatására mind a tüneti pontszám, mind a gyógyszerhasználati pontszám csökkent. A mellékhatások ritkák és csak lokálisak voltak. Az „A csoport”-ban (n=29) szignifikáns csökkenést tapasztaltunk mind az egyes rhinoconjunctivitises tünetek ($p<0,001$; $\alpha=0,05$), mind az össz-tüneti pontszám értékeiben ($p<0,0001$; $\alpha=0,05$). A kezelés során szignifikáns csökkenést értünk el a per os antihisztamin, nazális szteroid és szemcsepp használatban ($p<0,001$; $\alpha=0,05$). Jelentős javulást mutattak a „B csoport” betegei is: az össz-tüneti pontszám mellett ($p=0,0104$, $\alpha=0,05$), az össz-gyógyszerhasználati pontszám is szignifikánsan csökkent ($p=0,0051$, $\alpha=0,05$). Enyhe, lokális mellékhatást az 57 esetből 3 esetben tapasztaltunk (5,3%).

Összefoglalás

Időszaki tapasztalataink alapján a készítményt alkalmasnak tartjuk a parlafü allergiás betegek oki kezelésére. Feltételezzük, hogy a kedvező mellékhatás profil a perlinguális egyenletes gyógyszereloszlásnak is köszönhető.

Pulmoment – okos eszközök az asztma gondozásban

Eke Dániel ELTE informatikus hallgató, Szánthó András gyermek-tüdőgyógyász

Szánthó és Társa Kkt., támogató: ELTE

A Pulmoment egy okostelefonra készült ingyenes tüdőgyógyászati applikáció, orvosok és betegek számára. A projektünk fő küldetése, hogy átláthatóbbá és gyorsabbá tegye a rendszeres viziteket mindkét fél számára.

Az előadásban bemutatjuk, hogyan tudják a páciensek a tüneteket valós időben rögzíteni és ez az adat hogyan hasznosítható a vizit folyamata során. A bemutató részét képezi az orvosok számára készített felületünk is, ahol a naplózott tünetek mellett kommunikálhatnak a betegekkel.

A programot először 2016 novemberében mutattuk be, azóta a felhasználóink visszajelzése alapján nagyon sokat fejlődött a koncepció. Az előadásból kiderül, hogy hogyan működik, fejlődik a programunk a gyakorlatban, valamint a jövőbeli funkciókról is szó esik, amihez várjuk a visszajelzéseket a helyszínen! Bemutatjuk terveinket az projekt eredményességének értékeléséről.

Okostelefon alkalmazás az asztma gondozásban

Szánthó András

Szánthó és Társa Kkt.

Szerzők az PULMOMENT projekt tapasztalatairól számolnak be. Egyrészt az ingyenes okostelefonos páciens alkalmazásról, másrészt az ehhez kapcsolódó orvosi oldalról. Ez a www.pulmoment.com honlapon regisztrált és aktivált orvosok számára elérhető betegkövető felület.

Hivatalosan 2017.09.01-től működik. Eddig 8 orvos és 50 beteg csatlakozott. Az előadás az eddigi eredményekről, tapasztalatokról és az eredményességet vizsgáló tervezett módszerekről számol be.

MDR tuberkulózis gyermekkorban

Subicz Ágnes, Györfy Ágnes, Gyürüs Éva, Horváth Bernadett, Löwy Tamás, Ujszászi Éva, Laki István
Tüdőgyógyintézet Törökbálint

Szerzők 14 éves, román állampolgár gyermek esetét ismertetik, akinél hónapok óta tartó köhögés hátterében kiterjedt, mikroszkóposan is pozitív pulmonális tuberkulózis (tbc) igazolódott. Kórelőzményében öt évvel korábban bizonytalan ideig kezelt jobb oldali pleuritis tuberculosa szerepel.

Az első rezisztenciavizsgálatok alapján multidrogrezisztens (MDR) kórokozó igazolódott, megkezdett standard kezelését ennek megfelelően módosítottuk. Végleges rezisztencia- vizsgálat a kórokozó igen kiterjedt antituberkulotikum rezisztenciáját mutatta (az összes elsővonalbeli szer mellett aminoglikozidokra, cycloserinre), mely magyarázta az érdemi radiológiai regresszió hiányát, és a további két hónapos kezelés után is tenyésztéssel pozitív mintákat.

Az esetismertetés kapcsán szeretnénk felhívni a figyelmet a specifikus folyamat lehetőségére az elhúzódó légúti tünetek differenciáldiagnosztikájában, a korai diagnózis jelentőségére, valamint a diagnosztika és a terápia legújabb irányelveire. Az eset felhívja a figyelmet arra is, hogy a tuberkulózis erélytelen kezelése után évekkal rezisztens kórokozó megjelenésével számolhatunk gyermekkorban is. Az MDR tuberkulózis fenyegető mértékű terjedése, és magas fertőzöttségű, nagyobb MDR/XDR tbc gyakoriságú, akár szomszédos országokból érkező gyermekek emelkedő száma miatt fel kell készülnünk ezen esetek ellátására.

Szélmalomharc? A migráció problémája egy eset kapcsán

Kapus Katalin, Draskóczy Miklós, Németh Tibor, Novák Zoltán

SZTE Gyermekklinika

Magát 15 évesnek valló, Magyarországon menekültstátuszért folyamodó fiatalember került felvételre a röszei tranzitónából egy önkéntes mellkas röntgen vizsgálaton észlelt jobb oldali jelentős mellkasi folyadékgyülem miatt. A kommunikációs problémák és egyéb okok miatt meglehetősen szegényes anamnézis alapján feltehetőleg korábban tüdőgyulladásra zajlott. A pleuropneumonia etiológiájára irányuló vizsgálataink (tenyésztés, ellenanyag gyorseszteszt) nem hoztak eredményt. A kombinált antibiotikus kezelés, mellkasi drainage mellett a radiológiai kép nem mutatott javulást, a szeptált, belső echókat tartalmazó mellkasi folyadék, illetve megvastagodott callus miatt mellkassebészeti osztályon decorticiatio történt. A műtéttől szövődmenymentesen felgyógyult, így a röszei tranzitónába adtuk vissza, kontroll vizsgálatra visszakértük. Belső fekvése során tuberculosis irányában is vizsgálatok indultak, mely során negatív PCR vizsgálatok mellett pozitív Mantoux próbát láttunk, Quantiferon vizsgálat is pozitív eredményt adott, mellkasi folyadékának tenyésztése M. tuberculosis irányában negatív lett. Közben a fiatalember oltalmazott statust kapott, így a tranzitónából Főtra került, ahonnan kontroll vizsgálatra már nem érkezett meg: szökése második alkalommal már sikeres volt. Az ellentmondásos, nem egyértelmű vizsgálati eredmények mellett a decorticiált pleura nested PCR vizsgálata Mycobacteriumra pozitív eredményt adott, szekvenálása folyamatban van. Esetünket a migráció egészségügyi kockázata miatt tarjuk bemutatásra érdemesnek.

Mellkasi térfoglalás vagy egészen más?

Kapus Katalin, Pásztor Gyula, Novák Zoltán

SZTE Gyermekklinika

10 éves fiú került átvételre a területileg illetékes kórházból mellkasröntgen felvételén észlelt mediastinumot kiszélesítő lágyrészárnyék miatt további vizsgálatokra. A röntgen elhúzódó visszatérő lázas állapot, produktív köhögés miatt készült. Laborvizsgálatai enyhén emelkedett CRP-n kívül lényeges eltérés nélküliek voltak. A mellkasi folyamat pontosabb megítélésére mellkas CT vizsgálat történt, amely a jobb felső lebenyben az 1-2 szegmentumok atelectasiáját okozó kiterjedt gyulladással és lymphadenomegáliát írt le. Kombinált antibiotikus kezelés, légúti váladékköztetés és fizioterápia hatására a folyamat gyógyult. Szerológiai vizsgálattal akut Mycoplasma pneumoniae fertőzés igazolódott. Az eset kapcsán a Mycoplasma pneumoniae okozta tüdőgyulladás változatos radiológiai jeleit, differenciál diagnosztikai vonatkozásaira hívjuk fel a figyelmet.

Multiplex kerekárnyékok a tüdőben tonsillectomia után

Kincs Judit, Krikovszky Dóra, Kovács Lajos

Semmelweis Egyetem, Budapest I. Sz. Gyermekgyógyászati Klinika

Előadásunkban egy 14 éves lány esetét ismertetjük, akinél tervezett tonsillectomiát követően lázas állapot, többszörös kétoldali tüdőgócok alakultak ki.

A kórállapotot multiplex tüdőgócoknak tartjuk.

Kivizsgálása során sem immunhiányra sem autoimmun betegségre nem derült fény. Releváns kórokozót kimutatni nem tudtunk. A fülészeti intézményben megkezdett amoxicillin/klavulánsav terápia mellett a

gyermek klinikailag gyógyult. Mellkas röntgenen az eltérések regresszióját láttuk, a későbbiekben mellkas CT kontrollt tervezünk.

Multiplex kerekárnyékok háttérben jó és rosszindulatú kórképek lehetségesek.

Esetünkben septicus embolizáció okozta multiplex tüdőátlyog jön szóba, mely igen ritka entitás.

Az esetbemutatás kapcsán a multiplex kerekárnyékok differenciáldiagnosztikai kihívásait mutatjuk be.

Az első magyarországi chloridometerrel (Chloro-Chek®) szerzett tapasztalataink cisztás fibrózis diagnosztikájában

¹Bodnár Réka, ¹Papp Eszter, ²Gács Éva, ³Széles Szilvia, ¹Ujhelyi Rita

¹Heim Pál Gyermekkórház, Mucoviscidosis Szakrendelő

²Heim Pál Gyermekkórház, Gyermek-belgyógyászati és Tüdőgyógyászati Osztály

³Heim Pál Gyermekkórház, Központi Laboratórium

Magyarországon - a cisztás fibrózis (CF) diagnosztikájában gold standardnak¹ minősülő - verejték kloridion koncentráció meghatározása, ez idáig nem volt elérhető. Tudomásunk szerint, elsőként az országban a Heim Pál Gyermekkórház Központi Laboratóriumában vált lehetővé, az Európában és a tengerentúlon bevett módszernek számító verejték kloridion koncentráció meghatározása chloridometerrel (Chloro-Chek®). Az Európai Cisztás Fibrózis Egyesület (ECFS) ajánlása szerint, a verejték vezetőképességének (konduktivitás) mérése helyett a verejték kloridion koncentrációjának a meghatározása a preferálandó¹. A módszer alkalmazása hazánkban azért is fontos, mert más határértékek jelzik CF diagnózisát a konduktivitás mérése (≥ 80 mmol/l) során és más határértékek a verejték kloridion koncentrációjának (> 59 mmol/l) meghatározása során^{1,2}. Ennek az eszköznek a beszerzésével a magyarországi verejték adatok is összehasonlíthatóvá válnak nemcsak az európai országokéval, hanem világviszonylatban is.

Kórházunk laboratóriumában közel 25 éve zajlik verejtékvizsgálat, amelyet az eltelt idő során négy különböző analitikai módszerrel határoztak meg. Az, hogy országunkban a CF diagnózisát az ECFS ajánlásainak megfelelő valid módszerrel állíthatjuk fel, először a Heim Pál Gyermekkórházban vált lehetővé. Az idevezető munkák lépéseit és az első mérési eredményeket szeretnénk előadásunkban bemutatni.

Nehézségeink 17 éves betegünk kezelése és gondozása során

Póder Gy., Kovács L., Kincs J., Kiss I.

Semmelweis Egyetem, Budapest I. Sz. Gyermekgyógyászati Klinika

Cs. M. gondozott várandóságból 37. hétre született 2740 g-mal. Zavartalan adaptáció után meconium ileus tünetei miatt kezeltük, amit konzervatívan sikerült oldani. Genetikai vizsgálat deltaF508 homozigotáságot igazolt. Ezután nyákoldó és enzim szubsztitúciós, valamint inhalációs kezelése indult. Kisdedkorában több ízben történt célzott antibiotikus kezelés *Pseudomonas aeruginosa* (Ps.aer.) pozitivitás miatt, valamint hyponatraemiás exsiccósisos állapotok igényeltek kórházi kezelést. 5 éves korában kezdtük TOBI intermittáló kezelését, ami után újabb Ps.aer. pozitivitást már nem észleltünk.

A gyermek mindig rossz étvágyú volt, impulzív temperamentum, szétszórt figyelem, türelmetlenség jellemezte. Psychológiai gondozása indult, ami jelenleg is folyik. Súlyfejlődése különféle étrendi, gyógyszeres próbálkozás ellenére elmaradt, BMI a 3 pc alatt mozgott. Végül 2015 novemberében PEG, majd egy év múlva Button beültetés történt és éjszakai táplálása indult. Bár súlya 32 kg-ról 38 kg-ra emelkedett, BMI értéke még mindig 3 pc alatt van.

Mellkasi CT vizsgálat már 8 éves korában bronchiectasiát ábrázolt, ami a 2 évenkénti kontrollok során lassú progressziót mutatott és 2016. nyarán a bal csúcsban már 6-8 mm-s bullák látszóttak. Légmell kialakulásának tüneteire, veszélyeire felhívtuk a szülő figyelmét. 2017. februárban alakult ki baloldalon az első légmell betegünkénél, ami becsövezés, tartós szívás és O₂ adása mellett gyógyult. Ezt követően júniusig még 4 alkalommal lépett fel azonos oldali légmell, amit egy alkalom kivételével drenálni kellett. Rendszeres ellenőrzése során légzésfunkciós értékei fokozatosan csökkentek, 2017 júliusában VC 2,02 l (53%), FEV₁ 1,3 l (41%). A szülő elmondása szerint fizikai terhelhetősége elfogadható, kb. 500 métert tud járni problémamentesen.

Júliusban betegünket részletes adataival együtt bemutattuk a Transzplantációs Bizottságnak, véleményük szerint állapota még nem igényli a várólistára vételét, de szoros követése szükséges.

Malnutrició konzervatív terápiás lehetősége cystas fibrosisban: A falánk CF-es

Gyürüs Éva, Györfy Ágnes, Horváth Bernadett, Lówy Tamás, Sándor Zsuzsanna, Simon Noémi, Subicz Ágnes, Ujszászi Éva, Laki István

Tüdőgyógyintézet Törökbálint Gyermekosztály

Cisztás fibrózisban a krónikus étvágytalanság, a nem megfelelő testsúly, a súlyfejlődés elmaradása komoly problémát és kihívást jelent mind a család, mind a gondozó orvos számára. A súlycsökkenés hátterében az alapbetegségből adódó megnövekedett energiaigény, fokozott energiafelhasználás, intesztinális malabsorpció áll, melyet a pulmonális exacerbációk és a társuló szövődmények tovább rontanak. Az alultápláltság izomtömeg vesztéssel, a fizikai terhelhetőség csökkenésével jár, romlik a légzés hatékonysága, csökkennek az immunológiai funkciók. A tápláltsági állapot és a táplálkozás minősége nagymértékben meghatározza a tüdőfunkciót és a betegség prognózisát. A tartósan alacsony testsúlyt és az ehhez társuló klinikai tüneteket a szokásos táplálási támogatással csak ritkán lehet teljes mértékben visszafordítani. A jelenlegi irányelvek az orális hiperkalorizáció sikertelensége esetén, a tápláltsági állapot javítása céljából következő lépcsőként az enteralis táplálást, percutan endoscopos gastrotomia (PEG) behelyezését javasolják. A kedvező eredmények és tapasztalatok ellenére mind a szülők, mind a serdülő gyermekek nehezen egyeznek bele a PEG-en keresztül történő táplálásba.

Az étvágy gyógyszeres fokozására cisztás fibrózisban viszonylag kevés lehetőségünk van. A jelenleg forgalomban lévő étvágyfokozó szerek a betegségben nincsenek törzskönyveztve. Kis számú CF-es betegcsoportban alkalmazott gyógyszerek másodlagos étvágyfokozó hatásával kapcsolatban, kedvező tapasztalatokról számolt be az irodalom.

Előadásukban a szerzők az étvágyfokozó hatásáról ismert megasztrol acetáttal szerzett saját tapasztalataikról számolnak be.

Napi 8 Nutridrink

Papp Eszter, Bodnár Réka, Újhelyi Rita, Holics Klára, Bartha Csilla

Heim Pál Kórház, Budapest

Egy cisztás fibrózisban szenvedő gyermek esetén keresztül szeretném bemutatni, miért tartjuk fontosnak, hogy a betegek gondozása speciális centrumban történjen a diagnózis felállításától fogva! Ne csak akkor irányítsák át a beteget, amikor „az állapota már centrumot igényel”!

A betegség multidiszciplináris jellegéből adódóan, kezelése pulmonológus, gastroenterológus, fül-orr-gégész, ortopédus, kardiológus, endokrinológus, dietetikus, gyógytornász és pszichológus együttműködését igényli. Ha külön-külön mindenki csak a saját szakterületét gondozza, és senki nem látja EGYESÉGBen a gyermek állapotát, az amúgy is rövid életük további évekkal rövidül meg!

Ha „már olyan állapotban” küldik centrumba, az addig kialakult irreverzibilis károsodásokat a legjobb kezeléssel sem lehet még a centrumban sem visszafordítani!!!

A specifikus centrumok lényege, hogy egy betegség területén tudásuk naprakész, és a kezeléshez megfelelő személyi és technikai körülményekkel rendelkeznek: a betegség felfedezésétől vagy akár csak a gyanújának felmerülésétől kezdve a kezében vannak a kezeléshez szükséges speciális kezelési lehetőségek, és a sokéves tapasztalat alapján észreveszi már azokat az apró jeleket, amelyeket felett egy nem centrumban dolgozó átsiklik!

Az esetismertetés alapján hangsúlyozzuk, hogy a cisztás fibrózist egy multidiszciplináris teamnek kell gondozni, melynek vezetője lehet egy pulmonológus, mely speciális ismeretekkel rendelkezik ezen a területen. Ilyen „centrumok” az ország nagyobb városaiban elérhetők.

A cisztás fibrózis táplálásterápiája

Bartha Csilla dietetikus

Heim Pál Gyermekórház

A CF-es gyermek életminőségét és életkilátásait döntően befolyásolja a táplálás-kalorizálás-enzimpótlás hatékonysága. Gyermek CF ambulancián végeztem testsúly követéses vizsgálatot InBODY készülékkel, ahol megfelelő táplálással pozitív eredményeket értem el. Több esetben is ezt időbeni szondatáplálás megkezdésével.

A táplálékallergiák prognosztikai megítélése a komponens alapú allergén-meghatározás segítségével

Hidvégi Edit

Országos Korányi Pulmonológiai Intézet, Budapest

A táplálékallergiák természetes lefolyása igen változó: a gyermekkori típusos allergének (tej, tojás, szója, búza) ellen a betegek jelentős részénél egy idő után orális tolerancia alakul ki, a felnőttkori esetekben a mogyoró- és halallergia azonban huzamos ideig fennállhat. Jogosan merül fel a kérdés, hogy előre meg lehet-e jósolni, hogy egy adott táplálékallergéntől milyen súlyosságú reakció várható az elfogyasztás után, valamint, hogy ez alapján egy egész életre szóló szigorú diétát kell alkalmazni, vagy várható az allergiás tünetek enyhülése, megszűnése. A legújabb – úgy nevezett komponens alapú – allergén diagnosztika lehetőséget teremt arra, hogy a fenti kérdésekre szakmai választ adjunk.

A táplálékallergiák ismertén lehetnek IgE mediáltak és nem IgE mediált folyamat révén létrejövők. A szakirodalmi adatok alapján a nem IgE mediált formákban az orális tolerancia egy idő után biztosan kialakul. Az IgE mediált típusok esetén lehetőség van az adott allergén komponensek elleni specifikus IgE-k szintjének meghatározására. Igazolták, hogy ha a kazein elleni specifikus IgE szintje emelkedett egy gyermeknél, sokkal hosszabb ideig fennáll a tejallergiája, mint ha csak az alfa-laktalbuminra és/vagy a béta-laktoglobulinra mutatható ki ellenanyag szint emelkedés. Mogyoró allergia esetén sem mindegy, hogy melyik allergén komponens okozza a tüneteket: a nyírfa Bet v 1 homológ Ara h 8 pozitivitás csak enyhe, orális allergia szindrómának megfelelő tüneteket vált ki, míg a tároló fehérjék családjába tartozó Ara h 2 és 3 allergia anafilaxiás reakcióval járhat. Ez utóbbi esetben az orális tolerancia kialakulása sem nagyon várható.

A modern komponens alapú allergén meghatározás segítségével egyes esetekben eldönthető, hogy érdemes-e várni az allergiás reakciók megszűnésére, vagy javasolt kísérletet tenni a hiposzzenibilizáló kezelés alkalmazására.

A probiotikumok szerepe a csecsemők immun-rendszerének érésében és az allergia megelőzésében

Hidvégi Edit

Vitaminkosár Kft

A probiotikumok használata a csecsemő - és gyermek-gyógyászatban egyre gyakoribb és általánossá válik.

A jótékony baktériumok és a bélflóra szerepe a kisgyermek immunrendszerének fejlődésében már evidencia szinten bizonyított.

Védőoltások utáni allergiás reakciók

Mezei Györgyi, Kulcsár Andrea*, Cserháti Endre

*Semmelweis Egyetem I. Sz. Gyermekgyógyászati Klinika és *Egyesített Szent István és Szent László Kórház és Rendelő Intézet*

A rutin védőoltásokkal történő immunizáció az egyik leghatásosabb közegészségügyi beavatkozás, mely drámaian lecsökkentette a halálozást, morbiditást számos fertőző betegségben. Bár az oltásokkal szembeni allergiás reakciók száma csekély a világ összes oltási számaihoz viszonyítva, mégis érdemesnek tartották több nemzeti és nemzetközi fórumon az oltási allergiás reakciók elemzéséről és kezeléséről konszenzus kialakítását. Legutóbb a World Allergy Organization Journal közölte a nemzetközi egyetértésen alapuló megállapításait.

Egyetértésre jutottak az azonnali típusú, anafilaxiát is magukba foglaló allergiás reakciók (azonnali típusú nem allergiás reakciók, azonnali allergiás reakciók, limitált azonnali allergiás reakciók, mint pl. az önállóan jelentkező bronchoconstriktió, rhinocnj., gastrointestinalis tünetek és/vagy bőrtünetek) meghatározásáról, valamint arról, hogy hogyan lehet megkülönböztetni a tünetek társulását az ok-okozati viszonytól. Az allergiás anamnézisű betegek előző oltásából eredő reakcióit, és az oltások egyes komponenseire adott allergiás reakciókat is értékeli.

Előadásunkban allergia miatt gyanúba vett hepatitis B elleni, valamint pneumococcus-, Diperte elleni oltási reakciós eseteink kapcsán beszámolunk a kivizsgálás, oltás lehetőségeiről, tapasztalatunkról, a jelenlegi konszenzus tükrében.

Az oltóanyagokkal történő allergiatesztelés és az oltóanyagok összetevőivel történő tesztelés mellett a leggyakoribb kérdés az, hogy mit tegyünk, ha a beteg lehet, hogy olyan ételre (tojás, tej, zselatin) allergiás, ami az oltóanyagban vagy annak csomagolásában komponensként jelen van. A kivizsgálás után a legtöbb étel allergiás reakció nélkül megkaphatja oltásait.

Pulmonális embólia háttérben megbúvó autoimmun betegség - Antifoszfolipid szindróma

Sándor Zsuzsa, Gyórfy Ágnes, Gyürüs Éva, Horváth Bernadett, Löwy Tamás, Simon Noéim, Subicz Ágnes, Ujszászi Éva, Laki István

Tüdőgyógyintézet Törökbálint

Esetismertetés kapcsán egy ma már nem is olyan ritkán észlelt betegség bemutatása.

Jó családi háttérrel rendelkező, 16 éves fiúbeteg pár napja tartó, bal kulcscsont alatt érzett mellkasi fájdalom miatt jelentkezett illetékes szakrendelésen, ahol a mellkasröntgenen bal oldalon basalisán elől egy 35x16x15 mm átmérőjű intenzív transparentia csökkenést írtak le, mely környezete felé élesen elhatárolt. Ennek okának tisztázására osztályunkra utalták további ellátásra. A marfanoid küllemű kamaszfiúnál emelkedett CRP értéket és sinus tachycardiát detektáltunk. Mellkasröntgenén kisfokú progresszió ábrázolódott. Emelkedő D-dimer értékei osztályunkon a normál érték felső határán voltak. A fájdalom intenzitása és a radiológiai kép alapján egyéb légúti tünetek hiányában felmerült pulmonális embólia. Ezt igazolta a pulmonális CT-angiográfia, mely mindkét tüdő alsó lebenyében pulmonális embóliát (PE) igazolt. A PE ellátására a GOKI-ba helyeztük át. A PE eredetének kivizsgálása a II. számú Gyermekklinikán és a Szt. László kórház Immunológiáján folytatódott, ennek során derült fény az antifoszfolipid szindrómára.

Az antifoszfolipid szindróma (APS) vagy Hughes-szindróma egy autoimmun betegség, mely befolyásolja a véralvadás folyamatát, és fokozott thrombosis készséggel jár. A véralvadások képződése mélyvénás thrombosis, PE, vagy stroke-ot is okozhat, terhességben károsíthatja a placenta keringését, így vetéléshez és koraszüléshez vezethet.

Előadásunk célja a figyelem felkeltése: a PE ritka gyermekkorban, de mortalitása magas, és sokszor a háttérben megbúvó okok miatt életen át tartó ellenőrzést és életminőség változást okoz.

Thoracoscopos lobectomia csecsemő- és gyermekkorban – az új standard?

Kálmán Attila¹, Verebély Tibor¹, Tövisházi Gyula², Kis-Tamás Melinda², Göbl Gergely², Hauser Balázs², Petróczy András², Lódi Csaba¹, Krikovszky Dóra¹, Kovács Lajos¹

¹SE I.sz. Gyermekklinika, ²SE Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Klinika

Bevezetés

A gyermeksebészetben az 1990-es évek elejétől rohamosan terjednek a különböző minimálisan invazív technikák. Ez igaz a csecsemő- és gyermekkorban végzett mellkasebészeti műtétekre is. Az egyszerűbb beavatkozások, mint az empyema, ptx, mellkasdeformitások miatt végzett műtétek mellett lehetőség van a nagyobb, anatómiai tüdőresectiók minimálisan invazív technikával való végzésére is.

Célkitűzés

Klinikánkon 2011. decemberében végeztük az első thoracoscopos lobectomiát. Azóta 34 anatómiai tüdőresectiót (segmentectomia, lobectomia, pulmonectomia) végeztünk. Célunk volt eredményeink áttekintése, annak megítélésére, hogy a minimálisan invazív technikák mely esetekben válthatják ki a hagyományos thoracotomiát.

Betegek, módszerek

Az eltelt csaknem 6 év alatt 9 segmentectomiát (köztük 2 többszörös), 23 lobectomiát és 2 pulmonectomiát végeztünk. A műtéti jegyzőkönyveket és Medsol adatbázist felhasználva retrospektíven vizsgáltuk eredményeinket.

Eredmények

A pulmonectomiákat hagyományos postero-lateralis thoracotomia útján végeztük. A segmentectomiák közül 3-nál végeztünk thoracoscopiát, de csak egyet fejeztünk be így. A lobectomiák közül 13-nál végeztünk thoracoscopiát, közülük 11-et így is fejeztünk be. Az elmúlt egy évben végzett utolsó 9 lobectomia közül 7-et thoracoscopos úton végeztünk. Ezek a műtétek 224±64 percig tartottak, transfusio adására egy esetben sem került sor. Intra- vagy postoperatív szövődményt nem észleltünk. A gyermekeket a drain eltávolítását követően, a műtét utáni 3. napon (medián; kvartilisek: 2; 3,5) engedték haza.

Következtetések

A csecsemő- és gyermekkori anatómiai tüdőresectiók közül tapasztalataink szerint a lobectomiákat kevés kivételtől eltekintve biztonsággal tudjuk thoracoscopos úton végezni. Így megelőzhetőek a thoracotomia hosszútávú, váz-izomrendszert érintő szövődményei. A hagyományos postero-lateralis thoracotomiára csak kis súlyú koraszülöttek és a mellüreg nagy részét kitöltő solid elváltozás esetén van szükség.

Nehézlégzés esete pulmonalis sequestrációval

Horváth Bernadett¹, Györfy Ágnes, Gyürüs Éva, Laki István, Lówy Tamás, Subicz Ágnes, Ujszászi Éva, Kálmán Attila², Istók Roland³

*Tüdőgyógyintézet, Törökbálint*¹

*Semmelweis Egyetem, I.sz. Gyermekgyógyászati Klinika*²

*Semmelweis Egyetem, II.sz. Patológiai Intézet*³

A szerzők egy 17 hónapos kisdied esetét ismertetik, akinek kórtörténetében visszatérő nehézlégzéses panaszok, bilaterális pneumonia kezelésének kapcsán a bal laterális mellkasfal mentén észlelt stagnáló röntgen árnyék szerepelt. Bronchoscopos vizsgálata során mérsékelten gyulladt nyálkahártyakép mellett szűkületet a légutakban nem észleltek. Stagnáló mellkas röntgen árnyéka miatt elvégzett mellkasi CT felvétel extralobaris sequestráció lehetőségét vetette fel. Mellkasebészeti konzultációt követően műtéti megoldásként thoracoscopia történt, melynek során a kérdéses léziót eltávolították, szövettan a diagnózist megerősítette. A szerzők esetük kapcsán ismertetik a pulmonalis sequestratio típusait, tünettanát, a terápiát és a differenciáldiagnosztikailag felmerülő kórképeket.

Spontán pneumothorax sebészi kezelésével szerzett tapasztalataink

Kálmán Attila, Antal Zsuzsanna, Kiss Imre, Tallós Zsuzsanna, Verebely Tibor, Vörös Péter, Krikovszky Dóra, Kovács Lajos

SE I.sz. Gyermekklinika

Bevezetés

A spontán pneumothorax gyakrabban fordul elő asthma bronchiale, cystás fibrosis vagy kötőszöveti betegség esetén, de alapbetegség nélkül is kialakulhat. Fiúkban 4x gyakoribb. Megerőltetés kapcsán, de nyugalomban is felléphet. Kezelése a tünetek súlyosságától függ. Perzisztáló levegőszökés, ismétlődő ptx, bulla jelenléte sebészi beavatkozást tesz szükségessé.

Célkitűzés

A Klinikánkon az elmúlt 10 évben ptx miatt operált betegeinknél elért eredményeket tekintettük át.

Betegek, módszerek

21 beteget operáltunk. Átlagéletkoruk 16,15±1,2 év volt. 19-nél végeztünk primeren a tüdőcsúcsban lévő bulla miatt atípusos resectiot. 2 betegünkönél primeren csúcsi pleurodesist végeztünk. A betegek adatait a kórlapokban és a Medsol adatbázisban vizsgáltuk, és betegeinket telefonon kerestük meg. 19 betegünket (90,5%) tudtuk elérni, közülük 17-nél történt primeren atípusos tüdőcsúcs resectio, egyikükönél egy ülésben kétoldali. Az utánkövetés 3,96 év volt (3 hó – 8,74 év).

Eredmények

Intraoperatív szövödmény nem fordult elő. 17 resection átesett betegünk közül 2-nél (11,8%) az utánkövetés során az ellenoldalon is atípusos resectiot végeztünk az ott kialakult ptx, bulla miatt. Az így végzett összesen 20 resectio után 6 esetben (30%) észleltünk recidívát 10 nap - 2,5 évvel a primer műtét után. Közülük 3 kis ptx observatio mellett felszívódott, egynél mellkasi drain behelyezésére volt szükség, míg két betegünkönél pleurodesist végeztünk. Pleurodesist követően az 1,2 év (1 hó – 2,1 év) utánkövetés során sem primer (2), sem secunder (2) esetben nem észleltünk recidívát. A csúcsi pleurodesist a 3 utolsó esetben a fali pleura eltávolításával értük el.

Következtetések

A kis esetszám és a rövid utánkövetés korlátozza a vizsgálatunkból levonható következtetéseket, de tapasztalatunk szerint a spontán ptx háttérében talált csúcsi bullák resectioja az esetek jelentős részében (70%) tartós megoldást biztosít. Ismételt beavatkozásra csak 15%-ban volt szükség. Recidív ptx esetén, ha a ptx okaként nem találunk bullát, a csúcsi pleurodesis (pleurectomia) segíthet a recidíva megelőzésében.

Kiskapu a Protokollhoz?

Dekanülálási nehézségek gyermekkorban.

Garay Zsolt, Csanádi Krisztina, Katona Gábor

Heim Pál Gyermekkórház, Budapest

A tartósan kanülviselő gyermekek közösségbe való beilleszkedése rendkívül nehéz, így jogos igény a szülők részéről, hogy gyermekük minél előbb dekanülálható legyen. Talán még ennél is jobban várja már az orvos, hogy a hosszúra nyúlt gondozást követően végre visszaadhassa a gyermeket gyógyultan a szülőknek.

Az alapbetegség megszüntetése, annak sikeres gyógyulása után, endoszkópos áttekintés során győződünk meg a felsőlégutak biztonságos átjárhatóságáról. Ezt követően a gyermeket fokozatosan visszaszoktatjuk a fiziológiás úton történő légzésre, majd korának megfelelő pszichés előkészítés után a kanült eltávolítjuk. A dekanülálás igen gondos és szoros felügyeletet, figyelmet igényel. A sztóma néhány óra alatt gyakorlatilag teljesen bezáródik. A szerzők egy formabontó eset kapcsán elemzik a kanül eltávolításának protokollját.

Gyermekkori mellúri empyema kezelési módjainak összehasonlítása

Török Edina, Nagy Csilla, Kálmán Attila, Kelemen József

SE I.sz. Gyermekklinika

Bevezetés: A gyermekkori empyema fibrinopurulens stádiumban invazív beavatkozást igényel. Thoracoscopia vagy drainage és fibrinolízis lehetnek eredményesek.

Célkitűzés: Célunk a két módszer perioperatív eredményeinek retrospektív összehasonlítása volt.

Betegek és módszer: 2006-2014 között az I. sz. Gyermekklinikán kezelt 51 gyermek közül 36 gyermekén végeztek thoracoscopos beavatkozást (1. csoport), közülük 30 részesült fibrinolitikus terápiában is. 15 gyermek esetében helyeztek be draint (2. csoport), ők egy kivételével fibrinolitikus terápiában is részesültek. A két csoport között nem volt különbség a gyermekek életkora (medián 3,48 év vs 3,74 év; $p=0,2428$), a tünetek óta eltelt idő (medián 6,5 nap vs 5 nap; $p=0,5739$), a sűrű, szeptált folyadék vastagsága (medián 30 mm vs 30 mm; $p=0,2682$), a kórházba kerüléstől a beavatkozásig eltelt idő (medián 2. vs 3. nap; $p=0,7730$) tekintetében. A retrospektív vizsgálat során a perioperatív időszak adatait a kórlapokból és a Medsolból gyűjtöttük ki.

Eredmények: Az 1. csoportban hosszabb volt a műtét időtartama (50 perc vs 10 perc; medián, $p=0,000005$). A két csoport között nem volt különbség a láztalanná válás idejében (posztoperatív 4. nap vs 5. nap; medián, $p=0,1341$), a posztoperatív szövödmények (vérzés, ptx, fájdalom, ázás) arányában (15/36 vs 6/15; $p=1,000$), a posztoperatív transzfúzió igényben (3/36 vs 0/15; $p=0,5462$). Ismételt beavatkozásra az 1. csoportban 2 esetben (1 drainálás, 1 ismételt thoracoscopia), a 2. csoportban 4 esetben (3 drainálás és 1 thoracoscopia) volt szükség ($p=0,054$). A hazaadás ideje mindkét csoportban a 12. posztoperatív napra esett (medián; $p=0,9668$).

Konklúzió: A műtét időtartama érthetően szignifikánsan hosszabb a thoracoscopiás csoportban. Tekintettel arra, hogy a gyermekek számára nem közömbös az altatás ideje, ez a drain behelyezés és fibrinolízis előnyét mutatja. A többi eredmény, szövödmények aránya tekintetében nincs különbség a két beavatkozás között, így a döntést befolyásolhatják egyéb, pl. költségtényezők is.

A HFNC (high flow nasal cannula) légzéstartogatással szerzett kezdeti tapasztalataink

Goschler Ádám, Németh Ágnes

SE II. Gyermekklinika

A speciális orreszközön keresztül adagolt melegített, párástított és igen nagy áramlású (akár 50 l/perc) oxigén-levegő keverékkel végzett légzéstartogatás a neonatológia és a felnőtt ellátás után a gyermekszükségleti és a gyermekintenzív terápiában is egyre nagyobb teret hódít az utóbbi években.

Az eljárás lényege, hogy mind a pozitív kilégzésvégi légúti nyomás növelése, mind pedig a légúti holtter csökkentése révén javítja a ventilációt, csökkenti a légzési munkát úgy, hogy közben optimális oxigénkoncentrációt biztosít, védi a légúti nyálkahártyát és növeli a beteg komfortját az oxigénadás hagyományos módjaihoz képest. A módszer alkalmazhatóságáról minden nehézlégzéssel járó betegségben és beteg-csoportban egyre több adat gyűlik össze világszerte.

Előadásunkban részletesen bemutatjuk a módszert és a nemzetközi irodalom kritikus elemzésével, valamint az első 20 betegünkön szerzett kezdeti tapasztalataink felhasználásával világítunk rá az eljárás előnyeire és hátrányaira és megpróbáljuk megtalálni az eljárás optimális helyét a gyermekellátásban.

Mellúri empyemával kezelt gyermekek hosszú távú légzésfunkciós utánkövetése

Nagy Csilla, Kálmán Attila, Kelemen József

SE I.sz. Gyermekklinika

Bevezetés és célkitűzés Gyermekkori parapneumoniás empyema fibrinopurulens stádiumában két elfogadott kezelési mód van: a thoracoscopia és a mellkasi drainage fibrinolízissel kiegészítve. Az I. sz. Gyerekklinikán 2006-2014 között 51 gyermeket kezeltek fibrinopurulens empyemával. Az orvos döntése alapján thoracoscopia+/-fibrinolízis (2006-2014: 36 gyerek), vagy thoracoscopia nélkül mellkasi drainage és fibrinolízis (2010-2014: 15 gyerek) történt. Az empyema thoracis késői szövődményeként callusképződés, restriktív légzészavar jöhet létre. Célunk volt összehasonlítani a két csoport hosszú távú eredményeit, légzésfunkciós értékeit.

Betegek és módszer A követéses vizsgálaton 34 gyermek (67%) jelent meg. 23-nál történt thoracoscopia (I. csoport – 18-nál fibrinolízis is), 11-nél drainage és fibrinolízis (II. csoport). A betegek kora nem különbözött a két csoportban (3,74 vs 3,37 év; $p=0,1738$), a követési idő az I. csoportnál 6,9 év, a II. csoportnál 4 év volt. Spirométerrel és pletizmográfal mértük a statikus (FVC), dinamikus (FEV1, MMEF 75/25) tüdőterfogatokat, a kis és nagy légúti ellenállást (R 5 Hz-nél, R 20 Hz-nél), és a tüdő diffúziós kapacitását (DLco). Kérdőívre adott válaszok alapján is megnéztük, van-e hosszabb távú károsodásra, légzészavarra utaló panasza a gyermekeknek.

Eredmények A légzésfunkciós értékek normál tartományba estek, a két csoport eredményei között szignifikáns eltérést nem találtunk. FVC 88,8% vs 90,5% ($p=0,69$), FEV1 94,3% vs 97,9% ($P=0,44$), MMEF 75/25 87,1% vs 88,9% ($p=0,79$), R 5 Hz-nél 95,5% vs 88,7% ($p=0,33$), R 20 Hz-nél 96,9% vs 86,3% ($P=0,17$), DLco 106,6% vs 104,0% ($p=0,81$). A kitöltött kérdőív alapján nincs szignifikáns különbség a hazamenetel utáni tartós tünet (fájdalom, elhúzódó köhögés) (4/11 vs 4/23, $p=0,39$), a műtét óta lezajlott tüdőgyulladások száma (1/11 vs 7/23, $p=0,23$), a műtét óta légúti panaszok miatti kórházi bennfekvések száma (1/11 vs 2/23 $p=1,0$) és a terhelés esetén jelentkező panaszok (1/11 vs 2/23 $p=1,0$) tekintetében sem.

Következtetés Az empyemával kezelt gyermekek légzésfunkciója évekkal a betegség után mindkét csoportban normális, hosszú távú szövődmény nem igazolódott. A két kezelési mód közötti választást egyéb szempontok, mint a műtét elérhetősége, a kezelőorvos preferenciája, a beteg intenzív osztályhoz kötöttsége határozhatja meg.

Nem-CF eredetű bronchiectasia gyermekkorban

Bánfi Andrea¹, Lovász Anett²

SZTE Gyermekgyógyászati Klinika Pulmonológiai Osztály¹

SZTE Általános Orvostudományi Kar VI. évfolyam²

A nem-CF eredetű bronchiectasia incidenciája a fejlett országok 0-14 éves korosztályában 0,5-4,2 százalékek között változik. A fejlődő országok egy részében azonban a betegség még ma is gyakori, az irodalmi adatok 15 ezrelékes prevalenciáról is beszámolnak. 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 állnak rendelkezésre.

Előadásunkban áttekintjük a gyermekkori nem-CF eredetű bronchiectasia etiológiáját, fókuszálva a primer ciliáris dyskinesia (PCD). A diagnosztika terén érintjük a bronchológiai vonatkozásokat, a HRCT szerepét. Áttekintjük a betegség terápiáját, prognózisát, beszámolunk saját eseteinkről.

Munkánkban ismertetjük azt a kérdőíves felmérésen alapuló tervezetet, mely a gyermekkori nem-CF eredetű bronchiectasia magyarországi felmérése érdekében készítettünk. Elképzeléseink szerint gyermekpulmonológiai centrumoktól adatokat nyerve lehetőség nyílik a magyarországi nem-CF eredetű 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 regisztrációban nem szerepelnek. Ezen túlmenően a magyarországi gyermekkori nem-CF eredetű bronchiectasia felmérése alkalmat adhat hazai diagnosztikus és terápiás ajánlás elkészítésére is.