

A KONGRESSZUS VÉDNÖKE

Kovács Gábor
a Magyar Tüdőgyógyász Társaság elnöke

A SZERVEZŐ BIZOTTSÁG

Szilasi Mária
az Allergológiai és Légzésphysiológiai Szekció elnöke

Tamási Lilla
az Allergológiai és Légzésphysiológiai Szekció Szekció titkára

valamint az Allergológiai és Légzésphysiológiai Szekció vezetőségének tagjai:

Fónay Károly

Gálffy Gabriella

Horváth Ildikó

Márk Zsuzsa

Müller Veronika

Rónai Zoltán

Szalai Zsuzsanna

TUDOMÁNYOS PROGRAMBIZOTTSÁG

Balikó Zoltán

Losonczy György

Somfay Attila

Strausz János

Szilasi Mária

A MAGYAR TÜDŐGYÓGYÁSZ TÁRSASÁG FIATALOK KAZUISZTIKAI FÓRUMÁNAK SZERVEZŐJE

Bártfai Zoltán

KONFERENCIA TITKÁRSÁG

CHEMOL TRAVEL (Weco Travel Kft.) Beutazási és Kongresszusi Osztály

Tel.: 266-7032 Fax: 266 7033 E-mail: incoming@chemoltravel.hu

KÖSZÖNTŐ

Kedves Kollegák !

Nagy örömmre szolgál, hogy megrendezhetjük a Magyar Tüdőgyógyász Társaság, Allergológiai és Légzéspathológiai Szekciójának soron következő tudományos ülését, közösen a Fialat Pulmonológusok Kazuisztikai Fórumával.

A konferencia helyszínéül ezúttal, a történelmi Eger városát választottuk.

Reméljük, hogy tudományos programjaink és a hely varázsa maradandó emléket jelent.

A szakmai program mellett figyelmükbe ajánljuk Eger és környéke nevezetességeit, látnivalóit.

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

Dr.Szilasi Mária

az Allergológiai és Légzéspathológiai Szekció elnöke

FONTOS TUDNIVALÓK

A kongresszus helyszíne: Hotel Eger & Park (cím: H-3300 Eger, Szálloda út 1–3.)

Regisztrációs iroda nyitvatartási ideje a kongresszus helyszínén:

március 24. (csütörtök) 12.00 – 18.00

március 25. (péntek) 07.30 – 19.00

március 26. (szombat) 07.30 – 12.00

Előadások

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

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

Szakmai kiállítás

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

Akkreditálás

A kredit pontok igazolásához a jelenléti ív aláírása (pontos cím és orvosi pecsétszám feltüntetésével) valamint sikeres írásbeli tesztvizsga szükséges. Kérjük jelentkezék a regisztrációnál

Társasági Programok, étkezések

Március 24. (csütörtök) 20.00 - Nyitó fogadás a Hotel Eger & Park éttermében (részvételi díj tartalmazza)

Március 25. (péntek) 20.00 Záró vacsora a Vörös Ökör Történelmi Díszvendéglőben
Az étterembe, mely 10 perc séta távolságban található
közösén megyünk át.
Találkozás a Hotel Eger recepciójánál 19.50-kor

Poszterekkel kapcsolatos információk

A poszter-kiállítás helyszíne a Hotel Eger & Park konferencia terme.

A posztereket kérjük 2011. március 24. (csütörtök) 14 óráig a programfüzetben jelzett poszterszámoknak megfelelően a kihelyezett poszterállványokra felerősíteni. A felerősítéshez szükséges eszközöket a szervezők biztosítják. A poszterek a konferencia egész ideje alatt megtekinthetők. A posztereket szíveskedjenek 2011. március 26. (szombat) 12 óráig az állványokról leszedni.

Absztraktok

Az absztraktok az előadó szerző nevek szerinti ABC sorrendben megtalálhatók a programfüzet absztraktokra vonatkozó részében

Parkolás

Parkolásra térítés ellenében a Hotel Eger & Park szálloda parkolójában van lehetőség (1000 Ft/nap/autó)

TUDOMÁNYOS PROGRAM

IDŐ ÉS TEREMBEOSZTÁS

2011. március 24 (csütörtök)		
14.00 – 14.15	Megnyitó	<i>Plenáris terem</i>
14.15 – 15.15	Asztma – Tudományos előadások	<i>Plenáris terem</i>
15.15 – 16.15	MSD szimpózium	<i>Plenáris terem</i>
16.15 – 16.30	<i>Kávészünet</i>	<i>kiállítási terület</i>
16.30 – 17.00	AstraZeneca szimpózium	<i>Plenáris terem</i>
17.00 – 17.45	Transzplantációs blokk	<i>Plenáris terem</i>
17.45 – 18.30	Poszterséta	<i>Poszter kiállítás</i>
18.30 – 19.45	MTT Közgyűlés	<i>Plenáris terem</i>
20.00 - től	Nyitó fogadás <i>Hotel Park étterme</i>	
2011. március 25 (péntek)		
08.30 - 09.30	COPD Előadások <i>Plenáris terem</i>	Szakdolgozói tudományos előadások <i>Szekció terem</i>
09.30 – 10.00	Nemzeti Erőforrás Minisztérium - Tájékoztató <i>Plenáris terem</i>	
10.00 – 10.30	<i>Kávészünet</i>	
10.30 – 11.30	GlaxoSmithKline szimpoziium <i>Plenáris terem</i>	
11.30 – 11.45	<i>Szünet</i>	
11.45 – 13.00	ASZTMA előadások <i>Plenáris terem</i>	Szakdolgozói tudományos előadások <i>Szekció terem</i>
13.00 – 14.00	<i>Ebédészünet</i>	
14.00 – 15.00	Novartis szimpoziium <i>Plenáris terem</i>	
15.00 – 15.15	<i>Kávészünet</i>	
15.15 – 16.15	Torrex Chiesi szimpoziium <i>Plenáris terem</i>	
16.15 – 16.30	<i>Szünet</i>	
16.30 – 17.45	Szabad előadások <i>Plenáris terem</i>	
17.45 – 18.00	<i>Szünet</i>	
18.00 – 19.00	Nycomed szimpoziium <i>Plenáris terem</i>	
20.00 -	Záróvacsora a Vörös Ökör Történelmi Díszvendéglőben	
2011. március 26 (szombat)		
08.30 – 10.15	Fiatál Pulmonológusok Kazuisztikai Fóruma	<i>Plenáris terem</i>
10.15 – 10.30	<i>Kávészünet</i>	
10.30 – 12.00	Fiatál Pulmonológusok Kazuisztikai Fóruma	<i>Plenáris terem</i>
12.00 – 12.30	<i>Szünet</i>	
12.30 – 12.45	Eredményhirdetés	<i>Plenáris terem</i>
12.45	A Konferencia zárása	<i>Plenáris terem</i>

Március 24. (csütörtök)

12.00 – től

Regisztráció a szálloda halljában

14.00 – 14.15

Megnyitó

14.15-15.15

TUDOMÁNYOS ELŐADÁSOK – ASZTMA

Üléselnök: Márk Zsuzsa – Gálffy Gabriella

AZ ASTHMA BRONCHIALE KONTROLL SZINTJE ÉS AZ AZT BEFOLYÁSOLÓ TÉNYEZŐK FELMÉRÉSE AMBULÁNS BETEGEK BEN MAGYARORSZÁGON

Gálffy G., Böszörményi Nagy Gy., Balikó Z., Bauknecht É., Fónay K., Herjavec I., Horváth I., Losonczy Gy., Márk Zs., Müller V., Orosz M., Somfay A., Strausz J., Szilasi M., Tamási L.
Magyar Tüdőgyógyász Társaság vezetősége

A RHINITIS ALLERGICA KONTROLL SZINTJÉNEK FELMÉRÉSE MAGYARORSZÁGON I.

Tamási L.¹, Fónay K.², Gálffy G.¹, Horváth I.¹, Márk Zs.³, Müller V.¹, Rónai Z.⁴, Szalai Zs.⁵, Szilasi M.⁶

¹*Semmelweis Egyetem Pulmonológia Klinika, Budapest;* ²*Erzsébet Oktatókórház, Sopron;*

³*Pest Megyei Tüdőgyógyintézet, Törökbálint;* ⁴*Arany Kehely Egészségcentrum, Pécs;*

⁵*Karolina Kórház-Rendelőintézet, Mosonmagyaróvár,* ⁶*Debreceni Egyetem OEC, Tüdőgyógyászati Klinika, Debrecen*

A RHINITIS ALLERGICA KONTROLL SZINTJÉNEK FELMÉRÉSE MAGYARORSZÁGON II.

Szilasi M.¹, Fónay K.², Gálffy G.³, Horváth I.³, Márk Zs.⁴, Müller V.³, Rónai Z.⁵, Szalai Zs.⁶, Tamási L.³

¹*Debreceni Egyetem OEC, Tüdőgyógyászati Klinika, Debrecen;* ²*Erzsébet Oktatókórház,*

Sopron; ³*Semmelweis Egyetem Pulmonológia Klinika, Budapest;* ⁴*Pest Megyei*

Tüdőgyógyintézet, Törökbálint; ⁵*Arany Kehely Egészségcentrum, Pécs;* ⁶*Karolina Kórház-Rendelőintézet, Mosonmagyaróvár*

GYÓGYSZERHASZNÁLAT ÉS KÓRHÁZI FELVÉTEL ÖSSZEFÜGGÉSE ASTHMÁBAN ÉS COPD-BEN

Márk Zs.¹, Strausz J.²

¹*Pest Megyei Tüdőgyógyintézet, Törökbálint;* ²*Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Budapest*

15.15-16.15

MSD A LÉGÚTI BETEGEKÉRT – MSD SZIMPÓZIUM

Üléselnök: Szilasi Mária

1. ACCEPT 1-2: ÚJABB VIZSGÁLAT VAGY BIZONYÍTÉK?

Szilasi Mária

2. JUTTASUK BETEGEINKET LEVEGŐHÖZ! AZ ORRDUGULÁS KEZELÉSE

Tóth László

3. AZ ALLERGIÁS RINITISSZEL TÁRSULT ASZTMA KONTROLLJA A VALÓ ÉLETBEN

Gálffy Gabriella

16.30-17.00**ASTRAZENECA SZIMPÓZIUM**

1. AZ ALLERGIÁS BETEGSÉGEK PREVENCIÓJA: ÁLMOK ÉS VALÓSÁG
Uhreczky G.
2. HOGYAN KEZELJÜK ALLERGIÁS-ASZTMÁS BETEGEINKET?
Csoma Zs.

17.00-17.45**TRANSZPLANTÁCIÓS BLOKK**

Üléseelnök: Müller Veronika – Czebe Krisztina

17.45-18.30**POSZTERSÉTA**

Üléseelnök: Csoma Zsuzsanna – Horváth Gábor

P 1

TÜDŐDAGANATOS BETEGEK INFLUENZA ELLENI VÉDŐOLTÁSA - TAPASZTALATOK
Szabó P.

Jósa András Oktatókórház Egészségügyi Szolgáltató Nonprofit Kft., Pulmonológia Osztály, Nyíregyháza

P 2

EGY MRSA JÁRVÁNY ÉS ANNAK TANULSÁGAI, KÖLTSÉGHATÉKONYSÁGI ELEMZÉSE
Szabó P., Orosz M., Farkas A.

Jósa András Oktatókórház Egészségügyi Szolgáltató Nonprofit Kft., Pulmonológia Osztály, Nyíregyháza

P 3

A RHINOCONJUNCTIVITIS SZEMÉSZETI VONATKOZÁSAI

Endre L.

Heim Pál Gyermekkórház, Budapest

P 4

EGY TRAGIKUSAN VÉGZŐDŐ KRÓNIKUS ABSZCEDÁLÓ PNEUMONIA ESETE.

Farszki É., Kukuly A., Szabó P.

Jósa András Oktatókórház Kft., Pulmonológia Osztály, Nyíregyháza

P 5

RITKA KÓRKÉP A HYPERINFEKTIV STRONGYLOIDOSIS PULMONÁLIS MANIFESZTÁCIÓVAL
Dulka E.¹, Putz Zs.¹, Lohinai Gy.², Kucsera I.³, Csiszár K.¹, Márk Zs.¹

¹Pest Megyei Tüdőgyógyintézet, Törökbálint; ²Bőrgyógyászati Szakrendelés, Budapest, ³OEK Parazitológia, Budapest

P 6

ÁLLAPOT FELMÉRŐ ASZTMÁSOKNAK

HERKE P.

SZ.R.I. Szigetszentmiklós – Tüdőgondozó, Szigetszentmiklós

18.30 – 19.45

MTT KÖZGYŰLÉS

20.00 -

**Nyitó fogadás a Hotel Eger & Parkban,
a Park szálló éttermében**

Március 25. (péntek)

08.30 – 09.30

TUDOMÁNYOS ELŐADÁSOK – COPD

Üléseelnök: Szilasi Mária – Tamási Lilla

KÖPET BIOMARKEREK VIZSGÁLATA COPD EXACERBÁCIÓBAN

Sótér Sz., Barta I., Antus B

Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet,

COPD EXACERBÁCIÓK GYAKORISÁGA ÉS A KILÉGZETT NITROGÉN MONOXID SZINT KÖZÖTTI KAPCSOLATOK ELEMZÉSE

Antus B., Sótér Sz. , Barta I

Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet, Budapest

A REHABILITÁCIÓ EFFEKTIVITÁSÁNAK MÉRÉSE AKTIVITÁS MONITOROZÁSSAL COPD-S BETEGEKBEN

Varga J.^{1,2}, Aranyász K.², Béres I.³ , Somfay A.¹

¹Szegedi Tudományegyetem ÁOK, Tüdőgyógyászati Tanszék, Szeged; ²Csongrád Megyei Önkormányzat, Mellkasi Betegségek Szakkórháza , Deszk; ³Szegedi Tudományegyetem, Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar, Gyógytornász Szakirány, Szeged

DEXAMETHASONE ÉS DOHÁNYFÜST EGYÜTTES HATÁSA AZ ALVEOLÁRIS EPITHELSEJT HŐSOKKFEHÉRJE (HSP) 72 RENDSZERÉRE

Kovács Zs.¹ , Müller V.¹ , Lukácsovits J.¹ , Cseh Á.² , Gál K.^{1,2}

¹Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Budapest; ²Semmelweis Egyetem I. sz. Gyermekklinika , Budapest

EGY SIKERES MUNKAHELYI DOHÁNYZÁS LESZOKÁS TÁMOGATÁSI PROGRAM BEMUTATÁSA (SZERVEZETT LESZOKÁS TÁMOGATÁS A MÁTRAJ HŐERŐMŰ ZRT-NÉL)

Fülek I.¹ , Kovács G.²

¹ERGO-MED Gyöngyös Kft, Gyöngyös; ²Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Budapest

A TERV, AMI NEM MENT FÜSTBE KOMPLEX DOHÁNYZÁS LESZOKÁST TÁMOGATÓ PROGRAM AZ UZSOKI KÓRHÁZ TÜDŐGONDOZÓJÁBAN

Tót É.

Fővárosi Önkormányzat Uzsoki utcai Kórház, Tüdőgondozó, Budapest

09.30-10.00

NEMZETI ERŐFORRÁS MINISZTERIUM:

TÁJÉKOZTATÁS A „REHABILITÁCIÓS SZOLGÁLTATÁSOK FEJLESZTÉSE” CÍMMEL AZ ÚJ SZÉCHENYI TERV KERETÉBEN 2011. FEBRUÁR 10-ÉN MEGJELENT PÁLYÁZATRÓL

10.00 – 10.30

Kávészünet

10.30-11.30

„ASTHMA ÉS COPD management 2011”

GSK SZIMPÓZIUM

Üléseknök: Szilasi Mária

AZ ÁLLAPOTROMLÁSOK JELENTŐSÉGE AZ OBSTRUKTÍV BETEGSÉGEKBE

Somfay Attila

ECLIPSE

Böszörményi Nagy György

ASZTMAKONTROLL

Márk Zsuzsa

11.30-11.45

Szünet

11.45-13.00

TUDOMÁNYOS ELŐADÁSOK - ASZTMA

Üléseknök: Somfay Attila – Herjavec Irén

A SÚLYOS ASZTMA FENOTÍPUSAI. A HAZAI SÚLYOS ASZTMA ADATBÁZIS KEZDETI FELMÉRÉSE.

Herjavec I., Csoma Zs., Antus B., Barta I., Kovács G., Strausz J.

Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Budapest

SÚLYOS ASZTMA HAZAI EPIDEMIOLÓGIA A TÜDŐGONDOZÓI HÁLÓZAT ÉS AZ ORSZÁGOS SÚLYOS ASZTMA ADATBÁZIS ADATAI ALAPJÁN

Csoma Zs., Antus B., Barta I., Kovács G., Strausz J., Herjavec I.

Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Budapest

T LYMPHOCYTA SZUBPOPULÁCIÓK ÉS FENO ASTHMÁS TERHESEKBE

Bohács A.¹, Eszes N.¹, Cseh Á.², Toldi G.², Bikov A.¹, Tamási L.¹, Horváth I.¹, Losonczy Gy.¹ Vászárhelyi B.³

¹Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Budapest; ²Semmelweis Egyetem, I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest; ³Semmelweis Egyetem, Klinikai Laboratórium; MTA Nephrológiai és Gyermekgyógyászati Kutatócsoportja, Budapest

ASZTMÁS TERHESSÉGBEN ELMARAD A LÉGÚTI PH FIZIOLÓGIÁS EMELKEDÉSE

Bikov A.¹, Eszes N.¹, Bohács A.¹, Lázár Zs.¹, Rigó J.², Losonczy Gy.¹, Tamási L.¹, Horváth I.¹

¹Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Budapest; ²1. számú Nőgyógyászati Klinika, Budapest

A LÉGZÉSI MINTÁZAT BEFOLYÁSOLJA A KILÉGZETT LEVEGŐ KONDEZÁTUMÁBAN MÉRHETŐ HIDROGÉN-PEROXID SZINTET

Gajdócsi R.¹, Bikov A.², Balázs Antus B.¹, Horváth I.², Barnes J. P.³, Kharitonov A. S.³

¹Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Budapest; ²Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Budapest; ³Imperial College London, Department of Thoracic Medicine, NHLI, London, United Kingdom

PÁRHUZAMOS SZEKCIÓ

08.30 – 09.30

SZAKDOLGOZÓI SZEKCIÓ I.

Szekció terem

Üléselnök: Zahorecz Gabriella

CPD-S TÜNETEK A CAT - KÉRDŐÍV ALAPJÁN

Kissné Galamb Julianna¹, Kardos Katalin¹, Somfay Attila¹

¹*CSMŐ Mellkasi Betegségek Szakkórháza,*

A KÖRTRÉNING ÉS DINAMIKUS ALSÓ VÉGTAJGI KERÉKPÁROS TRÉNING HATÁSA A COPD-S BETEGEK AMBULÁNS REHABILITÁCIÓJÁBAN

Máthéné Köteles Éva^{1*}, Mára Anikó², Varga János¹, Somfay Attila³

¹*Csongrád Megyei Önkormányzat, Mellkasi Betegségek Szakkórháza;* ²*Csongrád Megyei Önkormányzat, Mellkasi Betegségek Szakkórháza, Tüdőgondozó Intézet;* ³*Szegedi Tudományegyetem ÁOK, Tüdőgyógyászati Tanszék,*

'TERV, AMI NEM MENT FÜSTBE' KOMPLEX DOHÁNYZÁS LESZOKÁST TÁMOGATÓ PROGRAM SZAKDOLGOZÓI KEZDEMÉNYEZÉSRE AZ UZSOKI UTCAI KÓRHÁZ TÜDŐGONDOZÓBAN

Nagy Katalin¹

¹*Fővárosi Önkormányzat Uzsoki utcai Kórház, Tüdőgondozó,*

MRSA JÁRVÁNY A NYÍREGYHÁZI KÓRHÁZ PULMONOLÓGIAI OSZTÁLYÁN-ÁPOLÓI SZEMMEL

Dobos Ágnes¹, Péter Szabó¹

¹*Jósa András Oktatókórház Kft., Pulmonológia Osztály*

11.45 – 13.00

SZAKDOLGOZÓI SZEKCIÓ II.

Szekció terem

Üléselnök: Zahorecz Gabriella

AZ ÁPOLÓ, MINT EGÉSZSÉGFEJLESZTŐ. A NÖVÉR SZEREPE A COPD-S BETEG HELYES INHALÁCIÓS TECHNIKÁJÁNAK ELSAJÁTÍTÁSÁBAN, ELLENŐRZÉSÉBEN.

Kisari Krisztina, Szabó Péter

¹*Jósa András Oktatókórház Kft., Pulmonológia Osztály;*

AKIRE A XOLAIR RÁMOSOLYOG

Szabó K., Brugós L. Szilasi M.

Debreceni Egyetem OEC, Tüdőgyógyászati Klinika, Debrecen

ELLENŐRZÖTT TERÁPIA FONTOSSÁGA A TBC KEZELÉSÉBEN

Molnár Ildikó, Szabó Péter

Jósa András Oktatókórház Kft., Pulmonológia Osztály,

ERŐFEJLESZTŐ ÉS FOLYAMATOS LÉGZŐIZOM TRÉNING ÖSSZEHASONLÍTÁSA A COPD-S BETEGEK REHABILITÁCIÓJÁBAN

Aranyász K.¹, Varga J.¹, Máthéné Köteles É.², Kozma Á.², Kuklis Á.², Somfay A.³

¹*Csongrád Megyei Önkormányzat Mellkasi Betegségek Szakkórháza, Deszk;* ²*Szegedi Tudományegyetem, Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar, Gyógytornász Szakirány, Szeged;* ³*Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Tüdőgyógyászati Tanszék, Deszk*

13.00 – 14.00

Ebédszünet

14.00-15.00

NOVARTIS SZIMPOZIUM

Üléselnök: Szilasi Mária

GONDOLJON RÁ:

...Két súlyos betegség a tüdőgyógyászatban

...ÉS CSELEKEDJEN!

I. Egy füst alatt

1. Mi hiányzik még a COPD terápiába.?

Tamási Lilla

2. Négy hónapja fellélegezve:

Saját tapasztalatok az Onbrez® Breezhaler® alkalmazásával

Gálffy Gabriella

3. IgE – kötő tudomány: SA Aktion & SAANK - shine

Orosz Márta

interjúvezető: Dr. Major Tamás

4. Diskusszió

15.00 – 15.15

Kávészünet

15.15-16.15

**ÚJ TRENDK, ÚJ KÉRDÉSEK, ÚJ EREDMÉNYEK
TORREX CHIESI SZIMPOZIUM**

Üléselnök: Böszörményi Nagy György

1. OVERLAP SZINDRÓMA

Müller Veronika

2. A KISLÉGUTAK KLINIKAI JELENTŐSÉGE ASTHMA BRONCHIALEBAN

Tamási Lilla

3. JELEN ÉS JÖVŐBELI KOCKÁZATOK, AVAGY A TERÁPIA ÁRA

Szalai Zsuzsa

16.15 – 16.30

Szünet

16.30 - 17.45

TUDOMÁNYOS ELŐADÁSOK – SZABADELŐADÁSOK

Üléselnök: Balikó Zoltán – Müller Veronika

AZ ÉTELALLERGIÁK KORSZERŐ DIAGNOSZTIKÁJA ÉS KEZELÉSE

Szalai Zs.¹, Szjártó L.^{1,2}

¹Karolina Kórház Rendelőintézet, Mosonmagyaróvár; ²Sionsberg Kórház Dokkum, Hollandia

VAN-E SZEREPE A METODIKÁNAK AZ ASZTMA KONTROLL TESZT(ACT) ÉRTÉKELÉSÉBEN?
HERKE P.

Sz.R.I. Szigetszentmiklós – Tüdőgondozó, Szigetszentmiklós

ASZTMA TERÁPIA-MONITOROZÁS A TELEMEDICINA MÓDSZEREIVEL

Daragó L.¹, Tamási L.², Remete G.³, Engi Cs.³

¹Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Informatikai Fejlesztő és Továbbképző Intézet, Budapest; ² Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Budapest; ³Answare Kft., Budapest

KERINGŐ MIKROVEZIKULÁK CIRKADIÁN VÁLTOZÁSAI OBSTRUKTÍV ALVÁSI APNOÉS BETEGEKBEN

Kunós L.¹, Kis A.¹, Bartusek D.¹, Bikov A.¹, Horváth G.¹, Pállinger É.², Losonczy Gy.¹, Komlósi Zs.¹

¹Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Budapest; ²Semmelweis Egyetem Genetikai, Sejt- és Immunbiológiai Tanszék, Budapest

A RECIDÍVA JELLEGZETESSÉGEI SARCOIDOSISBAN

Zsiray M.

Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet, Budapest

A VENTILÁCIÓ HATÉKONYSÁGÁNAK MEGÍTÉLÉSE SUBLINGUALIS TONOMETRIÁVAL

Rózsavölgyi Zoltán

Deszki Mellkasi Betegségek Szakkórháza

17.45 – 18.00

Szünet

18.00-19.00

AZ ASZTMA ÉS A COPD KEZELÉSÉNEK AKTUÁLIS KÉRDÉSEI – NYCOMED SZIMPÓZIUM

Üléselnök: Szilasi Mária

I. ASZTMA

MINDEN ICS EGYFORMA?

A CICLESONID TERÁPIA ELŐNYEI AZ ASZTMA HOSSZÚTÁVÚ KEZELÉSÉBEN

Brugós László, Debrecen

II. COPD

COPD SPECIFIKUS GYULLADÁSGÁTLÁS: MIT REJT A KÖZELI JÖVŐ?

A PDE4 ENZIMGÁTLÁS SZEREPE ÉS JELENTŐSÉGE A COPD ÚJ TERÁPIÁS MEGKÖZELÍTÉSÉBEN

Müller Veronika, Budapest

III. Megbeszélés

20.00 -

Záróvacsora a Vörös Ökör Történelmi Díszvendéglőben
(cím: Eger, Sertéskapu u.3.)

Március 26. (szombat)

08.30. – 10.15 FIATAL PULMONOLÓGUSOK KAZUISZTIKAI FÓRUMA I.

1. TÜDŐ FIBROSISNAK IMPONÁLÓ DIFFÚZ NAGY B SEJTES NON-HODGKIN LYMPHOMA PULMONALIS MANIFESZTÁCIÓJA,
Décsi Melinda, Krizsó Eszter, Mórocz István, Takács István, Hanyik János Csánky Eszter
Miskolci Semmelweis Ignác Egészségügyi Központ és Egyetemi Oktató Kórház Non Profit Kft. Tüdőgyógyászati Osztály
2. EGY RITKA BETEGSÉG
Rózsavölgyi Zoltán
Deszki Mellkasi Betegségek Szakkórháza
3. FANTOM METASTASISOK A TÜDŐBEN
Pusztai Éva
SZTE Tüdőgyógyászati Tanszék, Deszk
4. ENDOBRONCHIALIS TUMOR DIFFERENCIÁLDIAGNOSZTIKAI NEHÉZSÉGEI,
Lajtós Melinda, Sárközi Anna Teréz, Szilasi Mária
DE-OEC Tüdőgyógyászati Klinika
5. SARCOIDOSIS AZ AGYBAN
Fujsz Eszter, Bráz Petra, Horváth Zsolt, Gyömöri Éva, Balikó Zoltán, Sárosi Veronika, Bártfai Zoltán
Soproni Erzsébet Oktatókórház, Tüdőgyógyászati Osztály
6. HUSZONÉVES KRÓNIKUS KÖHÖGÉS HÁTTÉRÉBEN?
Vincze Krisztina
SE Pulmonológiai Klinika
7. MULTIPLEX PULMONALIS NODULUSOK DIFFERENCIÁL DIAGNOSZTIKAI PROBLÉMÁI
Kelemen Zsuzsanna
Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet
8. HÁROM PRIMER TUMOR SZIMULTÁN MEGJELENÉSE
Lengyel Veronika, Antalfi Bálint, Krizsó Eszter, Korcsmáros Anikó, Kiszely Péter, Csánky Eszter
Miskolci Semmelweis Ignác Egészségügyi Központ és Egyetemi Oktató Kórház Non Profit Kft. Tüdőgyógyászati Osztály
9. A KORTIKOSZTEROID KEZELÉS RITKA (?) SZÖVŐDMÉNYE
Illés Miklós Balázs
PTE KK I.sz. Belgyógyászati Klinika, Pulmonológiai Tanszék, Pécs

10.15 – 10.30

Kávészünet

10. MELLKASI UH-DIAGNOSZTIKA SZEREPE A MINDENNAPI TÜDŐGYÓGYÁSZATI GYAKORLATBAN, NÉHÁNY ESET BEMUTATÁSÁVAL
Kondora Zsanett, Barta Miklós, Szima Barna
Markusovszky Kórház, Tüdőgyógyászati Osztály, Szombathely
11. LYMPHANGIOLEIOMYOMATOSIS – EGY ESET KAPCSÁN
Bráz Petra, Fujsz Eszter, Kecskés László, Bátor Győző, Tahin Balázs, Csernai Ádám, Lanczki Éva, Bártfai Zoltán
Soproni Erzsébet Oktató Kórház, Tüdőgyógyászati Osztály
12. INVAZÍV PULMONALIS ASPERGILLOSIS H1N1 INFEKCIÓBAN
Paraicz Gábor
PTE KK I.sz. Belgyógyászati Klinika, Pulmonológiai Tanszék, Pécs
13. EGY NEHÉZ SORSÚ BORSOD MEGYEI TBC-S CSALÁD TÖRTÉNETE
Kun Csaba, Krizsó Eszter, Barna Tibor, Csánky Eszter
Miskolci Semmelweis Ignác Egészségügyi Központ Nonprofit Kft. Pálföldi Regina, Szabó Tamás: Késői diagnózis?, SZTE Tüdőgyógyászati Tanszék, Deszk
14. KÉSŐI DIAGNÓZIS?
Pálföldi Regina, Szabó Tamás
SZTE Tüdőgyógyászati Tanszék, Deszk
15. BRONCHITIS PLASTICA FIBRINOSA NÉGY ÉVES FIÚ GYERMEKNÉL
Magyar Katalin, Újszászi Éva, Kádár László, Győrfy Ágnes, Simon Noémi, Subicz Ágnes, Lőwy Tamás
Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház Nonpr. Zrt, Gyermekosztály, Pest Megyei Tüdőgyógyintézet, Gyermekosztály, Törökbálint
16. GERINCÁTTÉT VAGY VALAMI EGÉSZEN MÁS?
Szabó Miklós, Krizsó Eszter, Csánky Eszter
Miskolci Semmelweis Ignác Egészségügyi Központ és Egyetemi Oktató Kórház Non Profit Kft. Tüdőgyógyászati Osztály
17. HIHETÜNK-E A KÉPALKOTÓ VIZSGÁLATOKNAK?
Szabó Emese:
Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet
18. NAGYLÉGUTAKAT ÉRINTŐ POLYCHONDRITIS
Lőwy Tamás, Gács Éva, Győrfy Ágnes, Simon Noémi, Subicz Ágnes, Újszászi Éva, Kádár László
Pest Megyei Tüdőgyógyintézet, Gyermekosztály, Törökbálint

12.00. – 12.30. Szünet

12.30 Eredményhirdetés

12.45 A Konferencia zárása

ABSZTRAKTOK

COPD EXACERBÁCIÓK GYAKORISÁGA ÉS A KILÉGZETT NITRÓGÉN MONOXID SZINT KÖZÖTTI KAPCSOLATOK ELEMZÉSE

Antus B, Sótér Sz., Barta I

Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet, Budapest

A korábbi munkánk során igazoltuk, hogy a kilégzett nitrogén monoxid (NO) szint és a krónikus obstruktív tüdőbetegség (COPD) akut exacerbációjának kezelése során elért FEV1 növekedés szignifikáns korrelációt mutatnak egymással. Az NO érték prediktív optimuma 27 ppb volt. Jelen prospektív munkánk során az alacsony (<27 ppb, 1. csoport) vagy magas (>27 ppb, 2. csoport) NO szinttel jellemzett COPD-s betegek exacerbációs gyakoriságát vizsgáltuk. 2007 januárja és 2010 decembere között 66 COPD-s betegnél (életkor: 65.6±1.4 év; 31 férfi, 35 nő; követési idő: 33.9±1.1 hónap) regisztráltuk a kórházi osztályos felvételt igénylő exacerbációk számát és ezek klinikai jellemzőit. Az 1. csoportba tartozó betegek (n=39) között mind az exacerbációk gyakorisága (1.0±0.19 vs. 0.37±0.09 exacerbáció/beteg-év; p<0.05), mind az exacerbációk miatt kórházban töltött napok száma (18.5±3.9 vs. 6.9±1.0 hospitalizációs nap/beteg-év; p<0.05) szignifikánsan nagyobb volt a 2. csoporthoz (n=27) képest. Az 1. csoportban az első exacerbációig rövidebb idő telt el (6.9±1.5 vs. 8.2±2.3 hónap, p>0.05), gyakoribban volt a pozitív köpettenyésztési lelet (24 poz. és 15 neg. vs. 9 poz. és 18 neg; p<0.05), a betegek többször részesültek antibiotikus kezelésben (33 igen és 5 nem vs. 14 igen és 13 nem; p<0.01) és gyakrabban került sor intenzív osztályos áthelyezésre is (p>0.05). A követési periódusban az 1. csoportban 7, míg a 2. csoportban 1 halálozás történt. A COPD súlyossága (GOLD stádium alapján) nem különbözött szignifikánsan a két alcsoportban (p>0.05). Eredményeink arra utalnak, hogy az exacerbáció idején különböző NO szinttel rendelkező COPD-s betegek későbbi kórlefolysa is eltérő az exacerbációk gyakoriságát tekintve.

ASZTMÁS TERHESSÉGBEN ELMARAD A LÉGÚTI PH FIZIOLÓGIÁS EMELKEDÉSE

Bikov A.¹, Eszes N.¹, Bohács A.¹, Lázár Zs.¹, Rigó J.², Losonczy Gy.¹, Tamási L.¹, Horváth I.¹

¹Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Budapest; ²1. számú Nőgyógyászati Klinika, Budapest

Bevezetés: Ismert, hogy asztmás betegeknél a terhesség megváltoztathatja a szisztémás és légúti gyulladást, ami hatással lehet a terhesség és az asztma kimenetelére is. Ezért a légúti gyulladás megbecslése asztmás terheseknél klinikai jelentőségű, ugyanakkor invazív technikák ennél a betegcsoportnál nem alkalmazhatók. Az alacsony kilégzett levegő kondenzátum (EBC) pH a légúti gyulladás és oxidatív stressz megbízható markere, ugyanakkor terhességben eddig még nem vizsgálták a szerepét. A jelen vizsgálat célja az EBC pH mérése volt asztmás terhesekben, illetve az EBC pH és a klinikai jellemzők közötti összefüggés leírása. Módszerek: A vizsgálatba összesen 65 nőt vontunk be (16 asztmás terhes, 17 asztmás nem-terhes, 16 nem-asztmás terhes, 16 nem-asztmás nem-terhes). A vizitek során minden alanytól EBC-t gyűjtöttünk. Az asztmás betegekben ezen kívül kilégzett nitrogén-monoxid (FENO) mérés és légzésfunkció történt, és a betegek kitöltötték az asztma kontroll tesztet (ACT). Az egyes paramétereket ANOVA-val, és Tukey poszt hoc tesztel hasonlítottuk össze, a változók közötti összefüggést Pearson-tesztel elemeztük.

Eredmények: A két asztmás csoport között nem találtunk különbséget sem a légzésfunkcióban, sem a FENO-ban, sem az ACT-ben ($p > 0,05$). Az EBC pH-ban ugyanakkor szignifikáns különbség volt a csoportok között ($p = 0,004$, ANOVA). Az egészséges csoportokat összehasonlítva a terhesek pH-ja magasabb volt a nem-terhesekéhez képest ($8,00 \pm 0,43$ vs. $7,64 \pm 0,22$, $p < 0,05$), ugyanakkor a két asztmás csoportban nem volt különbség ($7,66 \pm 0,36$ vs. $7,56 \pm 0,36$; terhes vs. nem-terhes). A terhes asztmás csoportban szignifikáns összefüggést találtunk az EBC pH és az erőtett vitálkapacitás között (FVC; $p = 0,02$, $r = 0,55$).

Következtetések: Az egészséges terhességben tapasztalt EBC pH növekedés elmarad az asztmás terhességben, ami arra utalhat, hogy ebben a csoportban elégtelen a fiziológiás, terhesség hatására kialakuló légúti gyulladás és oxidatív stressz csökkenése.

T LYMPHOCYTA SZUBPOPULÁCIÓK ÉS FENO ASTHMÁS TERHESEK BEN

Bohács A.¹, Eszes N.¹, Cseh Á.², Toldi G.², Bikov A.¹, Tamási L.¹, Horváth I.¹, Losonczy Gy.¹ Vásárhelyi B.³

¹Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Budapest; ²Semmelweis Egyetem, I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest; ³Semmelweis Egyetem, Klinikai Laboratórium; MTA Nephrológiai és Gyermekgyógyászati Kutatócsoportja, Budapest

Bevezetés: Korábbi vizsgálataink során asthmás terhesekben összefüggést igazoltunk az egyes perifériás lymphocyta szubpopulációk nagysága és az anyai asthma klinikai jellemzői között, továbbá kimutattuk, hogy a kilégtett levegő nitrogén-monoxid (FENO) szintje magasabb asthmás terhesekben, mint egészséges terhesekben. Allergiás asthmában ismert a perifériás Thelper2 (Th2) lymphocyta szubpopuláció nagysága és az asthmás légúti gyulladás mértéke közötti pozitív korreláció. A terhesség által létrejövő immunológiai változások, melyek a terhességi toleranciához vezetnek, felfüggeszthetik ezt az összefüggést. Vizsgálatunk célja az említett összefüggés meglétének igazolása vagy kizárása volt asthmás terhességben.

Módszer: 22 perisztáló allergiás asthmás, 2. és 3. trimeszterben lévő terhes perifériás véréből áramlási citometriával határoztuk meg Th1, Th2 sejtek, a regulációs T sejtek (Treg) és természetes ölősejtek (NK) megoszlását. A betegeknek légzésfunkciós vizsgálat és asthma kontroll tesztet (ACT) történt. A légúti gyulladás súlyosságának meghatározása céljából NIOX MINO készülékkel mértük meg a FENO szintjét.

Eredmények: A perifériás vér Th1, Th2, Treg, NK megoszlása és a FENO között nem találtunk szignifikáns korrelációt ($p > 0,05$; a vizsgálat ereje (power) $> 75\%$). A Th2 populáció nagysága és az ACT összpontszám között szignifikáns ($p = 0,03$) inverz korreláció volt kimutatható, azonban az inhalációs szteroid kezelésre korrigálva ez az összefüggés trendé mérséklődött. A légúti ellenállás (Raw) és FENO között korrelációt észleltünk ($p = 0,03$).

Következtetés: Asthmás terhesekben megszűnik a T sejt populációk és légúti gyulladás közötti ismert összefüggés, ami háttérében részben a terhesség indukálta fiziológiás immuntolerancia állhat. Közvetlen kapcsolat állhat fenn azonban az asthmás tünetek és a cellularis folyamatok között terhes asthmásokban. A vizsgálatot az OTKA K 68758 és 68808 és a Magyar Tüdőgyógyász Társaság 2010-es kutatási támogatása segítette.

SÚLYOS ASZTMA HAZAI EPIDEMIOLÓGIA A TÜDŐGONDOZÓI HÁLÓZAT ÉS AZ ORSZÁGOS SÚLYOS ASZTMA ADATBÁZIS ADATAI ALAPJÁN

Csoma Zs., Antus B., Barta I., Kovács G., Strausz J., Herjavec Z.

Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Budapest

A súlyos asthma előfordulási gyakoriságát nemzetközi szinten 5-10%-ra becsülik. Az Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet epidemiológiai adatgyűjtési feladatai között az asztma bronchiale évek óta nevesített betegségként szerepel. 2002 – 2005 között, a szakmai ajánlásoknak megfelelően a jelentett betegek 79-81%-nál súlyossági besorolás is történt: intermittáló (1.), enyhe perzisztáló (2.), középsúlyos perzisztáló (3.) és súlyos perzisztáló (4.) súlyossági fokokat megjelölve. A súlyos perzisztáló asztmának megfelelő 4. lépcsőn az összes jelentett eset 4,9-5,5%-a, az asztma súlyosságát is figyelembe véve regisztrált betegek 6,2-6,7%-a szerepelt. Az akkori nemzetközi és hazai ajánlás alapján regisztrált súlyos asztmások aránya egyezik a nemzetközi adatok alapján becsülhető értékkel, mindamelllett, hogy rontja az adatok értékelhetőségét a „nem besorolt” betegek relatíve magas aránya. 2006-tól a GINA és az ennek nyomán készült hazai módosított ajánlás külön csoportként kezeli azokat a betegeket, akiknél a 4. terápiás lépcsőnek megfelelően beállított kezelés nem eredményez megfelelő asztma kontrollt. Az 5. terápiás lépcső szerint kezelt legsúlyosabb betegek előfordulási gyakoriságáról megbízható hazai adataink nem voltak. 2009-ben ezért kezdeményeztük ezen asztma alcsoport külön jelentését a tüdőgyógyászati hálózatban nyilvántartott betegekről. A 2010-ben regisztrált első hazai, célzott epidemiológiai adatok alapján a 5. lépcső szerint kezelt legsúlyosabb betegek aránya az összes regisztrált asztmás 1,7%-a. Ezzel egy időben egy Országos Súlyos Asztma Klinikai Adatbázis felállítását kezdtük meg, amelyben a betegek személyes azonosítókkal és az asztmájukra jellemző adatokkal szerepelnek. Az adatbázis célja az epidemiológiai adatok pontosítása mellett, az asztma ezen fenotípusának vizsgálata, alcsoportok tipizálása klinikai és genetikai kutatási adatok alapján. 16 megye és Budapest, összesen 49 tüdőgondozója részvételével eddig 384 beteg adatai állnak rendelkezésre.

ASZTMA TERÁPIA-MONITOROZÁS A TELEMEDICINA MÓDSZEREIVEL

Daragó L.¹, Tamási L.², Remete G.³, Engi Cs.³

¹Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Informatikai Fejlesztő és Továbbképző Intézet, Budapest; ² Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Budapest; ³Answare Kft., Budapest

Az eHealth8 pályázat megvalósítására létrejött konzorcium célja, hogy olyan telemedicina eljárások megvalósítására fejlesszen ki rugalmasan bővíthető eszköz- és eljárásrendszert, amelyek hatásosságát irodalmi adatok támasztják alá, és emellett alkalmazásuk az egyén a társadalom és az egészségügyi ellátórendszer számára összességében véve előnyöket hordozhat a konvencionális eljárásokhoz képest. A konzorcium klinikusok, gazdasági és műszaki szakemberekből álló csoportja, másodlagos forrásokra támaszkodva végzett kutatást a tüdőgyógyászat, a vascularis neurológia, nőgyógyászat és sürgősségi ellátás területein alkalmazható távgyógyászati eljárások technikai megvalósíthatóságának, hatásosságának és gazdasági hatékonyságának terén. Az asztma terápia-monitorozás telemedicina eszközökkel az egyik azon eljárások közül, amelyet a projekt az elvégzett elemzések alapján megvalósításra javasolt. A projekt, létrehozta az asztma terápia-

monitorozás telemedicina folyamatának formalizált leírását, amely támogatja annak informatikai rendszerekben történő egyértelmű szabályok szerinti végrehajtását, valamint kifejleszti a végrehajtáshoz szükséges eszközrendszert. Az így létrejött asztma terápia-monitorozás telemedicina protokoll a fejlesztett eszközrendszerre támaszkodva lehetővé teszi a páciens asztmájának távoli monitorozását, beépítve a telemedicinális orvos-beteg találkozásokat az ellátási rendszerbe, potenciálisan javítva a betegek ellátási szintjét és munkaképességét.

EGY SIKERES MUNKAHELYI DOHÁNYZÁS LESZOKÁS TÁMOGATÁSI PROGRAM BEMUTATÁSA (SZERVEZETT LESZOKÁS TÁMOGATÁS A MÁTRAI HŐERŐMŰ ZRT-NÉL)

Fülek I.¹, Kovács G.²

¹ERGO-MED Gyöngyös Kft, Gyöngyös; ²Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Budapest

A Mátrai Erőmű Zrt. vezetése a dohányzás egészségkárosító hatásának és tűzvédelmi veszélyének jelentőségét szem előtt tartva dohányzásról leszokás támogató programot indított. A leszokás támogató programot a dohányzás leszokás támogatás szakmai irányelve alapján a vállalat foglalkozás-egészségügyi szolgálata, az ERGO-MED Gyöngyös Kft. vezette. A programba 270 fő, az összes dolgozó 14,8, a dohányzók 41%-a kapcsolódott be. A jelentkezők 70%-a szívott 20 szál cigarettánál többet naponta. Valamennyi jelentkező részesült farmakoterápiás támogatásban. Nikotintartalmú tapaszt alkalmaztak 37 páciensnél (17%), nikotinmentes szerként vareniklint adtak 233 esetben (83%). A program 12 hetes aktív szakaszának a végén megállapítható, hogy a program sikeres volt, a jelentkezők 49 %-a absztinenssé vált. Ez az arány magasabb a nemzetközi irodalomban leírt 30-35%-os aránynál, ami a páciensek jobb motiválásával is magyarázható. A nikotin pótló készítményt használók körében a leszokási arány 30 %, a vareniklint szedők között ez az arány 57 %, tehát a programban a vareniklin tableta eredményesebbnek bizonyult. Mindkét szer alkalmazása mellett jelentkeztek mellékhatások, amelyek többnyire kezelhetőek voltak, és csak mérsékelt arányban vonták maguk után a szer alkalmazásának megszakítását. Mellékhatások miatt 29 fő (10%) hagyta abba a leszokási programot, két esetben a nikotin pótlásról vareniklinre tértek át. Az első három hónapos periódus után tovább követik a pácienseket, bízva abban, hogy többségük 12 hónap után sem gyújt rá, és elmondhatják magukról, hogy véglegesen leszoktak a dohányzásról.

A LÉGZÉSI MINTÁZAT BEFOLYÁSOLJA A KILÉGZETT LEVEGŐ KONDENZÁTUMÁBAN MÉRHETŐ HIDROGÉN-PEROXID SZINTET

Gajdócsi R.¹, Bikov A.², Balázs Antus B.¹, Horváth I², Barnes J. P.³, Kharitonov A. S.³

¹Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Budapest; ²Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Budapest; ³Imperial College London, Department of Thoracic Medicine, NHLI, London, United Kingdom

Irodalmi háttér: A hidrogén peroxid (H₂O₂) molekula jól detektálható a kilégzett levegő kondenzátumában (EBC) és a légutakban zajló oxidatív stressz biomarkere lehet. Munkánkban az EBC-ben mérhető H₂O₂ szint változását mértük különböző légzési típusok esetén.

Módszerek: EBC-t először normál alaplégzés (1) mellett, majd mély (2) légvételek mellett gyűjtöttük 10 percen át 16 egészséges önkéntestől. A H₂O₂ szintet egy on-line mérési módszerrel határoztuk meg (EcoCheckTM biosensor system). A módszer reprodukálhatóságát is vizsgáltuk méréseink alatt.

Eredmények: Mély légvételek során a percventilláció, légzési térfogat és a kilégzési áramlási sebesség szignifikánsan nőtt ($p < 0.05$). Ezzel párhuzamosan az EBC mennyisége is emelkedett (1413 ± 59 vs. 1959 ± 71 μ l, $p < 0.001$), míg a kondenzátum H₂O₂ szintje szignifikánsan csökkent (1400 ± 170 vs. 840 ± 130 nmol/l, $p < 0.001$). H₂O₂ szint és annak változása nem korrelált más légzési paraméterrel ($p > 0.05$). A H₂O₂ szintek személyek közötti (inter-subject) variabilitására vonatkozó variációs koefficiense az egyes légzési típusokban 49, illetve 54% volt.

Következtetés: Eredményeink azt mutatják, hogy a kondenzátumban mérhető H₂O₂ koncentráció függ a gyűjtés alatt alkalmazott légzési technikától, amit figyelembe kell venni a kondenzátum H₂O₂ mérésénél.

AZ ASTHMA BRONCHIALE KONTROLL SZINTJE ÉS AZ AZT BEFOLYÁSOLÓ TÉNYEZŐK FELMÉRÉSE AMBULÁNS BETEGEKBEN MAGYARORSZÁGON

Gálfy G., Böszörményi Nagy Gy., Balikó Z., Bauknecht É., Fónay K., Herjavec I., Horváth I., Losonczy Gy., Márk Zs., Müller V., Orosz M., Somfay A., Strausz J., Szilasi M., Tamási L.
Magyar Tüdőgyógyász Társaság vezetősége

Annak ellenére, hogy egyre korszerűbb antiasztmatikus kezelések állnak rendelkezésünkre, a nemzetközi felmérések azt igazolják, hogy az asztmás betegek nagy része nem kontrollált. Magyar reprezentatív betegszámot felmérő adat az elmúlt tíz évben nem volt. Emiatt szerveztünk egy multicentrikus felmérést nagy asztmás betegszámmal azért, hogy megtudjuk, hogy Magyarországon a jelenleg elérhető asztma kezelések mellett milyen betegek kontroll foka. A felmérés 2009. június és 2010. április között zajlott ambuláns asztmás betegeknél. Az asztma bronchiale kontrollszintjének felderítésére a nemzetközi ajánlásnak (GINA) megfelelő kritériumrendszert tartalmazó kérdőívet alkalmaztuk (ACT). A kontroll fokát befolyásoló tényezők megítélése egy saját, kiegészítő kérdőívvel történt, ezen kívül minden betegnél légzésfunkciós vizsgálat is készült. Az 5000 kiosztott kérdőívből 1014 beteg adatait tudtuk értékelni. Az átlagéletkor 52 év volt. Asztmás betegek 15.5%-a még mindig aktívan dohányzik, 43%-uk jelenleg is, vagy valaha dohányzott. A betegeknél 61%-ban allergiás rhinitis is fennállt. A kontroll fokot vizsgálva asztmás betegek 52%-a jól kontrollált, 33%-a részlegesen és 15%-a nem kontrollált volt. A szubjektív kérdésre 90%-uk kontrolláltnak érezte magát, tehát a betegek felülértékelik saját állapotukat. A betegek 93%-a nem volt kórházban az asztma miatt. Betegek 64%-át korlátozza a fennálló asztma a mindennapi életben. Az asztmások 16%-nak concomitáló COPD-je is van.

Magyar adataink, hasonlóan a nemzetközi adatokhoz azt igazolják, hogy asztmás betegek nagy része nem kontrollált. A betegek felülértékelik saját állapotukat. A kontroll fokát befolyásolja a dohányzás, a fennálló allergiás rhinitis és a concomitáló COPD.

A SÚLYOS ASZTMA FENOTÍPUSAI. A HAZAI SÚLYOS ASZTMA ADATBÁZIS KEZDETI FELMÉRÉSE.

Herjavec I., Csoma Zs., Antus B., Barta I., Kovács G., Strausz J.
Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Budapest

A súlyos, terápiareszisztens asztma előfordulási gyakoriságát világszerte 5-10%-ra becsülik. Ennek megfelelőek a 2002-2005-ből származó, az asztma súlyossági besorolását is figyelembe vevő hazai adatok. 2006-tól a GINA és az ennek nyomán készült hazai módosított ajánlás külön csoportként kezeli azokat a betegeket, akiknél a 4. terápiás lépcsőnek megfelelően beállított kezelés nem eredményez megfelelő asztma kontrollt. 2009-ben a hazai tudógyógyászati hálózatban nyilvántartott, az 5. terápiás lépcső szerint kezelt betegek az összes regisztrált asztmás 1,7%-át tették ki. A súlyos asztma önmagában sem egységes kórkép. A lehetséges fenotípusok osztályozására számos kísérlet történt, korábban gyermekkori vagy felnőttkori kezdetű, eosinophil vagy nem eosinophil gyulladással jellemzett csoportokat megjelölve. Az utóbbi néhány év kutatásai nyomán -a betegeket részben klinikai, részben gyulladással paraméterekkel jellemezve-, a súlyos asthma 4-5 alcsoportja körvonalozódik. 2010-ben egy hazai Súlyos Asztma

Klinikai Adatbázis felállítását kezdtük meg, amelyben a betegek személyes azonosítóik mellett, az asztmájukra jellemző adatokkal szerepelnek. Az adatbázis célja az asztma ezen fenotípusának vizsgálata, alcsoportok tipizálása. A 16 megye és Budapest, összesen 49 tudógondozójából beérkező adatokat szelektálva, a tudógyógyászati hálózatból származó adatbázisban jelenleg 329 beteg szerepel, egyelőre a betegség kezdetére, a funkcionális paraméterekre, az atopiás statusra, salicylat intoleranciára, társuló rhinosinuszitisre, valamint a szisztémás szteroid igényre vonatkozó klinikai adatokkal. Az Intézetünkben gondozott további 85 súlyos asztmás beteg adatait, mint reprezentatív mintát az egyéni kórlefolyást - beleértve a több éves követés során megfigyelt funkcionális változásokat -, a társbetegségeket és a légúti gyulladást jellemzőit figyelembe véve tovább bővítettük, amit a hazai súlyos asztmások részletesebb fenotipizálásának első lépéseként értelmezünk.

VAN-E SZEREPE A METODIKÁNAK AZ ASZTMA KONTROLL TESZT(ACT) ÉRTÉKELÉSÉBEN?

Herke P. *SZ.R.I. Szigetszentmiklós - Tüdőgondozó, Szigetszentmiklós*

Tapasztalataink alapján felmerült, hogy a kitöltés körülményei befolyásolhatják az ACT pontszámot. MÓDSZER: 205 betegből két csoportot $n_1=103$, ill. $n_2=102$ fős képeztünk. Az első csoport a LF vizsgálat és az orvossal való találkozás után -ahol feltettük az ACT kérdéseit is-még a rendelőben töltötte ki a tesztet. A második csoport a LF után- az orvossal való találkozást megelőzően tesztelt. EREDMÉNYEK: Azok közül akik először az orvossal beszéltek (I. csoport) a betegek 15,5%-a ért el több pontot írásban, míg a II. csoportból a betegek 11,7 %-a adott pozitívabb szóbeli választ az orvosnak, mint az eredeti tesztpontszáma. Ugyanezen szempontok alapján a betegek 3,8% illetve 4,9%-nál volt megfigyelhető negatív irányú eltérés. Kitöltésnél a 4. és 5. kérdésnél értelmezési gondot jeleztek mindkét csoportbeli betegek (19%). Esetről-esetre egyeztetve a betegek véleményét saját kontrolláltságukról és az ACT alapján számított kontroll fokot: ez 107 páciensnél egyezett, 98-nál eltért (=48%). Az önminősítés nem torzította jelentősen az ACT

eredményét. Ha a betegeket összesítve nézzük: teszt jól elhatárolja a nem kontrollált csoportot a részben+jól kontrollált csoporttól, ha a határt 17 és 18 pont között húzzuk meg. Nem alkalmas viszont a részben és a jól kontrollált szint elkülönítésére. Ugyanakkor esetről-estire egyeztetve az adatokat a GINA és az ACT által meghatározott kontroll fok csak a betegek 60 %-ában egyezik meg ténylegesen. A légzésfunkciós paraméterek enyhe korrelációt mutatnak az ACT-vel. **KÖVETKEZTETÉS:** Az ACT alkalmas megfelelő betanítás után a beteg állapotkövetésére ha a tesztet saját magánaktölti ki. Ebben az esetben kiszűrhető vele a nem kontrollált, ill. a részben kontrollált fokozat alacsonyabb pontszámú csoportja. Az ACT nem alkalmas (nem is volt célja): sem új betegek automatikus besorolására, sem szakorvosi használatnál: GINA szerinti 3 kontrollfokba soroláshoz.

DEXAMETHASONE ÉS DOHÁNYFÜST EGYÜTTES HATÁSA AZ ALVEOLÁRIS EPITHELSEJT HŐSOKKFEHÉRJE (HSP) 72 RENDSZERÉRE

Kováts Zs.¹, Müller V.¹, Lukácsovits J.¹, Cseh Á.², Gál K.^{1,2}

¹*Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Budapest;* ²*Semmelweis Egyetem I. sz. Gyermekklinika, Budapest*

A dohányzás a legfőbb rizikófaktor a COPD és a tüdőrák kialakulásában. COPD-ben vezető halálok a tüdőrák. A szteroidok széles körben alkalmazottak a tüdőbetegségek terápiájában. A hőszokkfehérjék (HSP) központi szerepet játszanak a sejtintegritás fenntartásában, az apoptózis gátlásban és a celluláris immunválasz szabályozásában. Nem ismert, hogy a szteroidok hogyan befolyásolják a celluláris HSP választ, és a dohányfüst mennyiben változtatja azt. Alveolaris epithelsejtek (A549) HSP72 fehérje expresszióját dexametazon (Dex) kezelés (0; 0.1; 1; 10µM/µl médium) mellett, illetve ugyanezen dózisok alkalmazása és együttes dohányfüstextraktum (CSE) kezelést alkalmazva, FACS analízissel. A HSP72 mRNS-t valósídejű PCR-el határoztuk meg. Vizsgáltuk a fenti sejtek apoptózisát és nekrozisát, valamint a HSP72 szteroidhatást befolyásoló szerepét. CSE hatására szignifikánsan nőtt az apoptotikus és nekrotikus sejtek száma a kontroll csoporthoz képest. Dex kezelés dóziszfüggően csökkentette az apoptotikus sejtek számát és a celluláris HSP72 expressziót kontroll körülmények között. CSE kezelés hatására a sejtek HSP72 fehérje expressziója nőtt. CSE+Dex kombinált kezelésnél emelkedő szteroiddózissal emelkedett a sejtek HSP72 expressziója és csökkent az apoptózis. Az epithelsejtek HSP72 mRNS expressziója a fehérjeszinttel párhuzamosan változott. HSP72 silencing RNS-előkezelés megerősítette, hogy a DEX kezelést követő megnövekedett sejtülélés a CSE – kezelt sejtekben jelentős mértékben a HSP72 rendszeren keresztül mediált. Összefoglalva megállapíthatjuk, hogy CSE kezelés hatására nő az alveolaris epithelsejt HSP72 expressziója. Hozzáadott szteroid hatására a celluláris HSP72 expresszió tovább fokozódik, míg az apoptózis csökken. Eredményeink alapján a szteroidok részben a HSP72 rendszeren keresztül fejthetik ki sejtülélést javító hatásukat.

MPA 2008. évi kutatási támogatási pályázat beszámolója

KERINGŐ MIKROVEZIKULÁK CIRKADIÁN VÁLTOZÁSAI OBSTRUKTÍV ALVÁSI APNOÉ S BETEGEK BEN

Kunós L.¹, Kis A.¹, Bartusek D.¹, Bikov A.¹, Horváth G.¹, Pállinger É.², Losonczy Gy.¹, Komlósi Zs.¹

¹*Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Budapest;* ²*Semmelweis Egyetem Genetikai, Sejt- és Immunbiológiai Tanszék, Budapest*

Az obstruktív alvási apnoe (OSA) a kardiovaszkuláris megbetegedések ismert rizikófaktora. A keringő mikropartikulák (MP) jelentősége igazolt az endotél diszfunkció és az ateroszklerózis létrejöttében és progressziójában, szerepük azonban nem teljesen tisztázott az OSA szövödményeinek kialakulásában. Vizsgálatunkban 11 kezeletlen, súlyos alvási apnoés és 7 egészséges kontroll személynél végeztünk poliszomnografiát (apnoe-hypopnoe index, AHI 40,4+-19,5 vs 2,4+-2,2). Az alvászvizsgálatot megelőző nap 11, 17 és 21 órákor, illetve éjszaka 1óra 30 perckor és reggel 6 órákor a betegektől vért vettünk MP analízis céljából. A trombocita eredetű (CD41+) és Annexin V+ MP azonosítását flowcitometriás módszerrel végeztük. Kilenc OSÁ-s betegnél a vizsgálatokat 2 hónapos CPAP kezelést követően megisméltük (AHI 1,9+-1,7). Az eredmények elemzéséhez ANOVA, ill. független és párosított t-tesztet alkalmaztunk. A kezeletlen OSÁ-s betegek esetében a délután 5 és 9 órai mérések esetében mind a CD41+ ($p < 0,05$), mind az Annexin V+ ($p < 0,01$) MP-k esetében magasabb értékeket mértünk a kontroll csoport eredményinél. Szignifikáns pozitív korreláció mutatkozott a CD41+ és Annexin V+ MP szintek nappali variabilitása és az AHI érték között is ($p < 0,01$, $r = 0,70$ ill. $p < 0,05$, $r = 0,60$). Két hónapos CPAP kezelést követően mind a CD41+, mind az Annexin V+ MP-k száma és nappali variabilitása szignifikáns csökkenést mutatott ($p < 0,01$ post-CPAP vs pre-CPAP).

Eredményeink alapján obstruktív alvási apnoés betegekben a keringő MP-k számában jellemző napszaki emelkedés figyelhető meg. A tapasztalt növekedés CPAP kezelés mellett jelentősen mérsékelhetőnek bizonyult. OSÁ-s betegek esetén a MP-k mérésére tervezett mintavételek időpontja jelentősen befolyásolhatja a vizsgálati eredményeket.

ENDOBRONCHIALIS TUMOR DIFFERENCIÁLDIAGNOSZTIKAI NEHÉZSÉGEI

Lajtos M., Sárközi A. T., Szilasi M.

Debreceni Egyetem OEC, Tüdőgyógyászati Klinika, Debrecen

24 éves korában nagyobb betegséggel nem kezelt fiatal nőbeteg esetét mutatjuk be, akit köhögés, purulens köpetürítés, hőemelkedés miatt vettünk fel osztályunkra. A vizsgálatok és tünetek atipus abszcondáló pneumonia lehetőségét vetették fel, de kombinált antibiotikumos terápia adása mellett perzisztáló panaszok, mellkas röntgenen ábrázolódott árnyék alapján tumor lehetősége is felmerült. Mellkas CT-n gyulladásozó kép mellett tüdő tumor és TBC diagnózisa is felvetődött. Hypererg Mantoux-teszt és antituberkulotikus kezelés elindítása után elvégzett bronchoscopos vizsgálati kép is tumorra utalt. Fiberoscopos kefe kenete direktben saválló pálcát mutatott, azonban a citológia eredménye az atypusos laphámsejtek alapján carcinoma alapos gyanúját vetette fel. Az ismételt bronchoscopos vizsgálat szövettani eredménye alapján nekrotikus tuberkulotikus szövet betörése igazolódott a hörgőben, környezetében reaktív atypiával, kevert laphám metaplasziával, azonban tumor szövet nem volt azonosítható. Az esetünket azért tartottuk ismertetésre alkalmasnak, mert ez egy ritka megjelenési formája a TBC-nek és adekvát terápia nélkül súlyos szövödményeket, akár endobronchialis szűkületet is okozhatott volna.

GYÓGYSZERHASZNÁLAT ÉS KÓRHÁZI FELVÉTEL ÖSSZEFÜGGÉSE ASTHMÁBAN ÉS COPD-BEN

Márk Zs.¹, Strausz J.²

¹*Pest Megyei Tüdőgyógyintézet, Törökbálint*, ²*Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Budapest*

Bevezetés: Az asthmás és COPD-s betegek kezelése nemzetközi és hazai ajánlásokban rögzített. Feltételezhetően az asthmás és COPD-s exacerbációk miatt történt hospitalizációk egy része a nemzetközi irányelvek szerint történő megfelelő gyógyszeres kezeléssel elkerülhető lenne. A vizsgálat célja: Jelen vizsgálatban arra kerestük a választ, hogy a hospitalizált asthmás és COPD-s betegek gyógyszerkiváltási szokásai különböznek-e a kórházi kezelésre nem szoruló, ambuláns kontrollra járó betegektől. **Betegek és módszer:** Megvizsgáltuk, hogy 2009-ben a legalább két alkalommal kórházi kezelésben részesült 538 asthmás és 2203 COPD-s beteg a kezeléshez szükséges gyógyszerekből egy év alatt hány dobozt váltott ki. Összehasonlítással ugyanebben az évben a csak ambuláns kezelésre járó 415 asthmás és 178 COPD-s beteg hasonló gyógyszerkiváltási szokásait vizsgáltuk. **Eredmények:** Eredményeink szerint a kórházi kezelésre szoruló asthmások 4,09%-a váltott ki a kezelésükhöz szükséges controller gyógyszert az ambulánsok 40,96%-ához képest. A kórházi kezelésre szoruló COPD-s betegek 1,09%-a váltott ki legalább 6 doboz hosszú hatású anticholinerg hörgőtágítót és 1,63%-a legalább 6 doboz inhalációs kortikoszteroid+hosszú hatású béta-2 agonista készítményt szemben az ambulánsok 50-, illetve 31,46%-ával.

KÖPET BIOMARKEREK VIZSGÁLATA COPD EXACERBÁCIÓBAN

Sótér Sz., Barta I., Antus B

Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet,

A köpet biomarkerek vizsgálatával a légúti gyulladás mértékére és típusára lehet következtetni COPD-s betegekben. Munkánkban az exacerbációban lévő COPD-s betegek köpetét elemeztük citológiai szempontból és néhány, irodalmi adatok alapján kiválasztott marker tekintetében.

A vizsgálat során 54 nem dohányzó, exacerbációban lévő COPD-s betegből gyűjtöttünk spontán köpetmintát a kórházi felvételt követő 1-2 napon belül és távozáskor. A köpet gyűjtése mellett egyéb rutin pulmonológiai vizsgálatokra (mellkas röntgen, légzésfunkció, vérgáz, klinikai labor) és kilégzett nitrogén monoxid (NO) mérésre is sor került.

Eredményeink alapján szignifikáns korreláció mutatkozott a kiinduláskor mért NO szint és a köpet eosinophil sejtszáma között ($r=0.65$, $p<0.001$). A kórházi kezelés alatt a köpet eosinophiliát ($>3\%$) mutató betegekben az eosinophil sejtszám csökkent (13.7 ± 5.8 vs. 1.6 ± 0.9 , $p<0.05$). A vizsgált, jellemzően neutrophil dominanciájú gyulladást mutató köpetben a biomarkerek közül a leukotrién B₄, ciszteinil-leukotrién és a 8-isoprostane szintjében nem mutatkozott szignifikáns változás a kezelés hatására ($p>0.05$), míg a prosztoglandin E metabolitok szintje szignifikánsan csökkent ($p<0.05$).

Továbbiakban a COPD-s betegek alcsoportokra való bontását tervezzük, és ennek fgyelembevételével kívánjuk adatainkat elemezni.

AZ ÉTELALLERGIÁK KORSZERŐ DIAGNOSZTIKÁJA ÉS KEZELÉSE

Szalai Zs.¹, Szíjjártó L.^{1,2}

¹Karolina Kórház Rendelőintézet, Mosonmagyaróvár; ²Sionsberg Kórház Dokkum, Hollandia

Világszerte a lakosság akár 10-20 % -a is túlérzékenynek véli magát valamilyen ételre és diétát folytat, amely nemcsak indokolatlan, de jelentős anyagi terhet jelent mint a beteg, mint az ellátó számára. A valódi ételallergiák előfordulási gyakorisága 1-4 % közötti, és elsősorban a 6 év alattiakat érinti, Európában leggyakrabban a tej és a tojás túlérzékenység fordul elő. A spec. IgE meghatározás, vagy a bőrtesztek tesztek specifikitása és szenzitivitása nem elégséges a diagnózis felállításához, ezért sokáig az eliminációs diétát követő nyílt provokációs tesztet használtuk. Ám ez a módszer is inkább csak az allergia kizárására, mintsem igazolására alkalmas, mivel a fals pozitív eredmények akár a 30-60 %-ot is elérhetik. Mára már tankönyvi ajánlás, az ételallergiák diagnosztizálásának "arany sztandardja" a kettős vak placebo kontrollált provokáció. Ennek a módszernek egy validált és könnyen bevezethető változatával szerzett tapasztalatainkat mutatjuk be holland – magyar együttműködés eredményeként. A pontos diagnózis felállítása lehetőséget teremthet a jelenleg még általánosan alkalmazott eliminációs diétás kezelés helyett tolerancia indukciós terápia alkalmazására és a szakirodalomban egyre gyakrabban olvasható 90% feletti eredményességének és biztonságosságának kontrollálására hazai körülmények között.

A RHINITIS ALLERGICA KONTROLL SZINTJÉNEK FELMÉRÉSE MAGYARORSZÁGON II.

Szilasi M.¹, Fónay K.², Gálffy G.³, Horváth I.³, Márk Zs.⁴, Müller V.³, Rónai Z.⁵, Szalai Zs.⁶, Tamási L.³

¹Debreceni Egyetem OEC, Tüdőgyógyászati Klinika, Debrecen; ²Sopron; ³Semmelweis Egyetem Pulmonológia Klinika, Budapest; ⁴Pest Megyei Tüdőgyógyintézet, Törökbálint;

⁵Arany Kehely Egészségcentrum, Pécs; ⁶Karolina Kórház-Rendelőintézet, Mosonmagyaróvár

Az allergiás rhinitis/rhinoconjunctivitis (AR) a nyálkahártya allergiás eredetű IgE mediált gyulladásos elváltozása. A megbetegedés az életminőséget jelentősen rontó tüneteket okoz: orrvizketés, tüsszögés, orrfolyás, orrdugulás, torokkaparás, torokviszketés, fülviszketés, amelyekhez az esetek egy részében könnyezés, szemviszketés, vörös szem is társul. A betegség csökkent koncentrációképességet, alvászavart, munkahelyi és iskolai teljesítmény jelentős romlását okozhatja. A jelen adatgyűjtés szervezője a Magyar Tüdőgyógyász Társaság Allergológiai és Légzőszpatológiai Szekciója volt. A vizsgálat célját az AR tüneti kontrollszintjének felderítése jelentette, a nemzetközi ajánlásnak (ARIA) megfelelő kritériumrendszert alkalmazó kérdőív segítségével. A kontroll fokát befolyásoló tényezők megítélése egy saját, kiegészítő kérdőívvel történt. A kutatásban tüdőbeteg gondozók, tüdőbeteg szakrendelések, fül-orr-gégészeti szakrendelések, háziorvosi rendelők vettek részt 2009 június-2009 október között. A jelen nagy betegszámon történt hazai adatgyűjtés alapján az AR tüneteinek súlyosságát tüneti pontszámok alapján rögzítettük: orrfolyás, orrdugulás, szemviszketés, szemvörösség, szemkönnyezés, tüsszögés és

torokkaparás. A tünetek súlyosságát 1-4-ig terjedő skálán értékelte a beteg (0: nincs, 1: enyhe, 2: mérsékelten súlyos, 3: súlyos). Az enyhe AR-ban a betegek 55,5%-ának nem volt orrdugulása, a középsúlyos/súlyos AR-ban a betegek 14,6%-a nem jelzett tünetet. Az enyhe orrdugulás az enyhe AR-ban a betegek 44,5%-ában fordult elő, a középsúlyos/súlyos AR-ban 31,3 %-ban, mérsékelten súlyos orrdugulás enyhe AR-ban 0%, középsúlyos/súlyos AR-ban 41,8%, míg súlyos orrdugulás enyhe AR-ban 0%, középsúlyos/súlyos AR-ban 12,2%-ban fordult elő. Szemtünetek: a szemtünetek esetében is hasonló eredményeket kaptunk, itt is a tünetek előfordulási gyakorisága összefüggésben volt az AR súlyosságával. Ezt követően felmérésre került, hogy okoz-e AR további tüneteket mint alvászavart, teljesítményromlást, koncentrálóképeség csökkenését, illetve a betegek életminőségének befolyásolásában van-e szerepe. A kérdőívek alapján a betegeknek jelentős százalékában romlott az életminőségük, különösen a mérsékelten súlyos és súlyos betegek között. Jelenleg megfelelő hatékonyságú, biztonságos, jól tolerálható antihisztamin és nazális kortikoszteroid készítmények, antihisztamin szemcseppek széles körben hozzáférhetőek a nem kellő tünetmentesség hátterében számításba kell venni a betegek compliance-t és az orvosok hozzáállását, értékelését a betegség megítélésében.

A RHINITIS ALLERGICA KONTROLL SZINTJÉNEK FELMÉRÉSE MAGYARORSZÁGON I.

Tamási L.¹, Fónay K.², Gálffy G.¹, Horváth I.¹, Márk Zs.³, Müller V.¹, Rónai Z.⁴, Szalai Zs.⁵, Szilasi M.⁶

¹*Semmelweis Egyetem Pulmonológia Klinika, Budapest;* ²*Sopron;* ³*Pest Megyei Tüdőgyógyintézet, Törökbálint;* ⁴*Arany Kehely Egészségcentrum, Pécs;* ⁵*Karolina Kórház-Rendelőintézet, Mosonmagyaróvár;* ⁶*Debreceni Egyetem OEC, Tüdőgyógyászati Klinika, Debrecen*

Az allergiás rhinitis (AR) hazánkban 15-25%-os előfordulási gyakorisággal bír. Tünetei az életminőséget jelentősen ronthatják. A jelen adatgyűjtés szervezője a Magyar Tüdőgyógyász Társaság Allergológiai és Légzéspathológiai Szekciója volt. A vizsgálat célja az AR tüneti kontrollszintjének felderítése volt, a nemzetközi ajánlásnak megfelelő kritériumrendszert alkalmazó kérdőív segítségével. A kontroll fokát befolyásoló tényezők megítélése egy kiegészítő kérdőívvel történt. A kutatásban tüdőbeteg gondozók, tüdőbeteg és fül-orr-gégészeti szakrendelések vettek részt 2009 június – október között. A vizsgálatba 933 beteg került bevonásra, akik 66%-a nő volt, az átlagos életkor 42±15 év volt. Bőrpróba a betegek 99%-ában történt a diagnózis kapcsán. Az enyhe betegek között 61%, a mérsékelten súlyos és súlyos betegek között 70% volt a nők aránya. Az orvosi vizit oka az esetek 87%-ában nem állapotromlás volt. A betegség hátterében az esetek 35,1%-ában perreniális, 52,5%-ában szezonális allergén állt. A betegek 42%-a enyhe, 58%-a mérsékelten súlyos/súlyos betegségben szenvedett. A mérsékelten súlyos/súlyos betegek körében alvászavar a betegek 31-, teljesítmény csökkenés 24%-ában volt jelen; mindössze 25,5% volt azon betegek gyakorisága, akiknél a RA nem okozott semmilyen korlátozottságot. Az együttesen előforduló asztma 58%-ban volt igazolható. A jelen nagy betegszámon történt hazai adatgyűjtés eredményei alapján a RA gyakrabban és súlyosabb formában jelentkezik nőkben. A rutin kontroll céljából orvosnál jelentkező betegek esetében is gyakran kell alvászavarral, munkahelyi teljesítményromlással és egyidejű asztmával számolni, különösen a mérsékelten súlyos és súlyos betegek között. Tekintve,

hogyan az ebben a betegcsoportban elsővonalbeli kezelésként ajánlott nazális kortikoszteroid készítmények hozzáférhető, a tünetesség hátterében feltehetően szerepe lehet a beteg-együttműködés problémáinak, a betegség kezelőorvosok által alulbecsült súlyosságának.

A TERV, AMI NEM MENT FÜSTBE KOMPLEX DOHÁNYZÁS LESZOKÁST TÁMOGATÓ PROGRAM AZ UZSOKI KÓRHÁZ TÜDŐGONDOZÓJÁBAN

Tót É.

Fővárosi Önkormányzat Uzsoki utcai Kórház, Tüdőgondozó, Budapest

A budapesti Uzsoki utcai Kórház Amerikai úti Tüdőgondozójában 6. éve működik dohányzásról való leszokást segítő program, a többi rendeléstől időben elkülönítetten. A program eredményessége alapján elhatároztuk, hogy kiemelt figyelmet szentelünk a tüdőszűrésre tünetmentesen jelentkező dohányosoknak. 2010. nyarán kérdőívet helyeztünk ki a tüdőszűrő állomásra, kérve, hogy a dohányosok töltsék ki. 428 kérdőívet dolgoztunk fel, melynek eredményeként 220-an jelezték, hogy szeretnének részt venni a programban. A kérdőív segítségével összegyűlt nagyszámú érdeklődőt egy előre megszervezett szűrőnapra hívtuk el. A jelentkezők igényeinek felmérése után az egyéni tanácsadást kiegészítő támogató csoport indításával egy új, komplex leszokást segítő programot hoztunk létre, mely az előzetes eredmények szerint igen hatékonyak bizonyul a dohányzó páciensek kezelésére. Tapasztalatunk szerint a kérdőív alkalmat ad arra, hogy a szűrésre tünetmentesen jelentkező dohányosok figyelmét felhívja a leszokást segítő programra, motiválja őket a segítségnyújtás elfogadására és arra, hogy bekapcsolódjanak a komplex leszokást támogató programba.

A REHABILITÁCIÓ EFFEKTIVITÁSÁNAK MÉRÉSE AKTIVITÁS MONITOROZÁSSAL COPD-S BETEGEK BEN

Varga J.^{1,2}, Aranyász K.², Béres I.³, Somfay A.¹

¹Szegedi Tudományegyetem ÁOK, Tüdőgyógyászati Tanszék, Szeged; ²Csongrád Megyei Önkormányzat, Mellkasi Betegségek Szakkórháza, Deszk; ³Szegedi Tudományegyetem, Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar, Gyógytornász Szakirány, Szeged

Bevezetés: A krónikus obstruktív tüdőbetegek (COPD) életminőségét aktivitásszintjük meghatározza. A COPD-s betegek rehabilitációjának hatásfoka a terheléses élettani változók mellett a napi aktivitással jellemezhető.

Módszerek: 10 COPD-s beteg (FEV1: 59±17 ref%, életkor: 62±10 év, BMI: 22±5 kg/m²) 8 hetig heti 2 alkalommal 40 percig felügyelt, magas intenzitású kerékpárkondicionálást végzett. A program előtt és 8 hét múlva a terheléses élettani változókat, és 12 órán keresztül napközben a napi aktivitást, lépésszámot, és a becsült energiafelhasználást mértük.

Eredmények: A COPD-s betegek maximális teljesítőképessége nem (WRmax: 77±19 vs. 84±20 Watt), azonban az aerob kapacitás (VO₂: 1,07±0,36 vs. 1,31±0,07 L/min.; p<0,05) és a laktát küszöb (LAT: 0,70±0,19 vs. 0,87±0,21 L/min.; p<0,05) jelentősen javult. A tréningprogramot követően változott a betegek napi aktivitása (fekvéses idő: 24±14 vs. 12±11%; mozgási idő: 8±4 vs. 13±3%, p<0,05). A fekvésre fordított becsült energiafelhasználás változott (fekvés: 20811±16443 vs. 13836±18712 Watt, p<0,05). A

rehabilitáció hatása a lépésszám növekedésben is megnyilvánult (3332 ± 2871 vs. 5058 ± 2920 , $p < 0,05$). A mozgással töltött idő összefüggést mutatott a WRmax-szal ($r^2 = 0,44$, $p < 0,05$) illetve a FEV1-gyel (ref%) ($r^2 = 0,24$, $p < 0,05$).

Következtetések: Az aktivitásmonitorok többlet információt adnak a rehabilitáció hatásfokáról, az elért napi aktivitásnövekedésről.

A RECIDÍVA JELLEGZETESSÉGEI SARCOIDOSISBAN

Zsiray M.

Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet, Budapest

A szerző 32 sarcoidososisos beteg 47 recidíváját ismerteti. A kiújulások zöme prolongált szteroidkezelést igényelt, néhány esetben a szteroidot el sem lehetett hagyni. Néhány betegnél szteroid-dependenciáról beszélhetünk, amikor is a korticoszteroid elhagyása után annak néhány héten- hónapon belüli, gyakran sokadszori újraindítása szükséges a panaszok kiújulása, új rtg-infiltrátumok, légzésfunkciós romlás, progresszív tüdőfibrozis miatt. Az előadás bemutatja a radiológiai és légzésfunkciós követés eredményeit, definiálja és elemzi a ritkább, ún. perzisztáló chronikus lefolyás néhány jellegzetességét.

ERŐFEJLESZTŐ ÉS FOLYAMATOS LÉGZŐIZOM TRÉNING ÖSSZEHASONLÍTÁSA A COPD-S BETEGEK REHABILITÁCIÓJÁBAN

Aranysz K.¹, Varga J. ¹, Máthéné Köteles É.², Kozma Á.², Kuklis Á.², Somfay A.³

¹Csongrád Megyei Önkormányzat Mellkasi Betegségek Szakkórháza, Deszk; ²Szegedi Tudományegyetem, Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar, Gyógytornász Szakirány, Szeged; ³Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Tüdőgyógyászati Tanszék, Deszk

Bevezetés: Az emphysema túlsúlyú COPD-s betegekben a kóros légzésmechanikai állapot, a légzőizom diszfunkció nehézlégzésük fokozódáshoz, és terhelési toleranciájuk csökkenéséhez vezethet. A légzőizmok kondicionálásával, erőkifejtő képességük, illetve állóképességük javításával ezek a következmények mérsékelhetők. Célul tűztük ki az erőfejlesztő és állóképességi légzőizom tréning hatásának összehasonlítását súlyos emphysemás betegeknél.

Módszerek: 27 emphysemás beteg (FEV₁: 0,73±0,17 L)vett részt a vizsgálatban. A vizsgálat előtt és után komplett légzésfunkciós tesztet végeztünk. 20 beteg két héten keresztül napi 3x10 perc állóképességi légzőizom tréninget végzett Spirotiger (S) készülékkel. 7 beteg két héten keresztül PEP (P) maszkkal 3x15 perc erőfejlesztő légzőizom tréningben vett részt.

Eredmények: A légúti obstrukció jelentősen nem változott (FEV₁ S: 33 ± 13 vs. 37 ± 16 ref%, P:36±17 vs 37±18 ref%; FEV₁/FVC (%) S: 39 ± 9 vs. 40 ± 9, P: 43±10 vs. 38±8 valamennyi esetben n.s.). A ki- és belégzési csúcsáramlás javuló tendenciát mutatott (PEF: S:2,4 ± 0,9 vs. 2,5 ± 1,2 L/s, P: 1,9±0,6 vs. 2,4±1 L/s; PIF: S: 1,4 ± 0,5 vs. 1,6 ± 0,6 L/s, P: 1,5±0,4 vs. 1,7±0,3 L/s valamennyi esetben n.s.). A légzőizom tréningek hatására a maximális be- (MIP) és kilégzési nyomás (MEP) javulásának a mértéke még nem érte el a statisztikai szignifikancia szintjét (MIP S: 50 ± 22 vs. 54 ± 21 H₂Ocm, P:48±21 vs. 55 ±25 H₂Ocm mindkét esetben n.s.); (MEP S: P: 72 ± 27 vs. 93 ± 46 H₂Ocm, P: 80±44 vs. 90±52 H₂Ocm mindkét esetben n.s.).

Következtetések: A két hetes tréningprogram mindkét esetben kedvező tendenciát mutatva befolyásolta a be- és kilégzési csúcsáramlás, valamint a maximális be- és kilégzési nyomás értékét ezen súlyos, irreverzibilis légzési károsodást mutató betegcsoportban. A két hetes időtartam a tréninghatás kiváltásában rövidnek számít, a légzőizom tréningek hatékonyságának pontosabb megítélésére a tréninghossz meghosszabbítását tervezzük legalább 8 hétre.

MRSA JÁRVÁNY A NYÍREGYHÁZI KÓRHÁZ PULMONOLÓGIAI OSZTÁLYÁN-ÁPOLÓI SZEMMEL

Dobos Ágnes ¹, Péter Szabó²

¹Pulmonológia Osztály, Jósa András Oktatókórház Kft., HUNGARY ; ² , Jósa András Oktatókórház Kft., Pulmonológia Osztály ,

2010 májusában az elrendelt teljes körű MRSA szűrés a 180 ágyas Pulmonológiai Osztályon egy „néma” járvány gyanúját igazolta. Erre azért volt szükség, mert a megelőző hetekben megemelkedett az MRSA pozitívák száma az osztályon. (Szigorú MRSA surveillance van kórházunkban már 4 éve!) Azonban nemcsak a betegek között találtunk MRSA pozitívokat, hanem a dolgozók között is, meglepően nagy számban (összesen 22 főnél). Kórtermi, un. „csoportos szűréssel” 3 nap alatt megtaláltuk a pozitív betegeket, a dolgozók teljes körű

szűrése pedig 1 hetet vett igénybe. (68 fő). A kiszűrt, majd kitiltott dolgozók „hiánya”, valamint az oxigén terápiás igények korlátozott volta kifejezetten nehezítették a járvány eradikálását, ami 2 hétig tartó teljes körű felvételi zárlattal is járt. A közel 5 hónap alatt felvett 384 un. „exponált” beteg közül 32-nél is az itt dolgozó 68 dolgozó közül 22-nél találtunk MRSA pozitivitást. Közöttük 1 beteg és 4 dolgozó MRSA infekciós tüneteket is mutatott (sinusitis, bronchitis, chr. bronchitis). 3 féle AB-rezisztenciájú / 3 különböző fág típusú MRSA-t találtak, tehát többféle törzs is „cirkulált” az osztályon. Sajnálatos módon a járvány 3 hónap múlva ismételten fellángolt, de szeptember végére –a szigorított intézkedéseink betartásával megszűnt. Nem egy esetben un. „családi szűréseket” is végeztünk de a dolgozók mindenben együttműködtek. Különös figyelemmel kell lenni járványügyi szempontból egyes ellátó területekre, különösen igaz ez a tüdőosztályra. A járvány kialakulásának „feltételei” adottak: rossz építészeti adottságok, kevés nővér/orvos, sok un. „hosszú ápolású” és „rizikós” beteg (immunszuppresszált, visszajáró, stb.), pénzhiány, higiénés eszközök „központi megszorítása”, takarítás hiányosságai, stb A járvány visszaszorításában, ill. megelőzésében nagyon fontos szerepe van a team munkának.

AZ ÁPOLÓ, MINT EGÉSZSÉGFEJLESZTŐ. A NŐVÉR SZEREPE A COPD-S BETEG HELYES INHALÁCIÓS TECHNIKÁJÁNAK ELSAJÁTÍTÁSÁBAN, ELLENŐRZÉSÉBEN.

Kisari Krisztina¹, Szabó Péter²

¹*Pulmonológia Osztály, Jósa András Oktatókórház Kft.,;* ²*Jósa András Oktatókórház Kft., Pulmonológia Osztály*

A magyar lakosság egészségi állapota és életkilátásai kedvezőtlenül alakulnak. Az iparilag fejlett országokban, így Magyarországon is az elmúlt két évtizedben folyamatosan emelkedett a krónikus légzőszervi betegek száma. A COPD óriási népegészségügyi probléma világszerte, ez a kór minősül a 4-6. vezető haláloknak a világon. Európában, hazánkban halnak meg a legtöbben COPD-ben. Az inhalációs terápia használatos mind a heveny, mind az idült légúti obstruktív betegségekben. Alkalmazhatjuk a köhögés elősegítésére, valamint lokális hatás elérésére. A légző rendszer nyálkahártyájáról bizonyos gyógyszerek rendkívül jól szívódnak fel, és szinte az intravénás injekció adásához hasonló gyors hatás eredményez Inhalációs kezeléssel a légutakban, a hörgőnyálkahártyán magas gyógyszer-koncentráció alakul ki, így kisebb dózis szükséges a kezeléshez, kevesebb szisztémás mellékhatás lép fel. Hátránya, hogy az inhalációs technikát nem mindenki tudja elsajátítani, mivel a legtöbb készülék használata komoly koordinációt igényel a beteg részéről. A helytelen használat mellett hatástalanná válhat a kezelés, a beteg elveszíti bizalmát a gyógyszerben. A nővér feladata megtanítani a beteget a helyes inhalációs technikára, és a későbbiekben rendszeresen ellenőriznie kell ezt. A COPD gyógyítására jelenleg rendelkezésre álló szerek sokkal jobb életminőséget tudnának biztosítani, ha a betegek a gyógyszerek használatával, illetve életmódjukkal hatékonyabban tudnák befolyásolni állapotukat. A betegoktatás szempontjából legfontosabbak: a folyamatos fenntartó kezelés szükségességének megértetése, az inhalációs szerek használatának helyes technikájára való oktatás, a rohamkiváltók és elkerülésük módjának meghatározása, valamint a megfelelő életmódra és fizikai tevékenységre való oktatás. A betegoktatásnak a legfőbb és legnehezebben elérhető célja az, hogy megnyerjük a beteg együttműködését a

fenntartó kezelés számára. A legjobban elsajátított elméleti megfontolások sem vezetnek eredményre, ha a beteg rosszul használja a belégző szereit.

COPD-S TÜNETEK A CAT - KÉRDŐÍV ALAPJÁN

Kissné Galamb Julianna¹, Kardos Katalin², Somfay Attila³

¹ CSMÓ Mellkasi Betegségek Szakkórháza; ² CSMÓ Mellkasi Betegségek Szakkórháza; ³ CSMÓ Mellkasi Betegségek Szakkórháza,

COPD-S TÜNETEK A CAT - KÉRDŐÍV ALAPJÁN Kissné Galamb J, Kardos K, Somfay A Szegedi Tudományegyetem, Tüdőgyógyászati Tanszék, Deszk A COPD-s betegek kezelésének fontos eleme a légzőszervi rehabilitáció. A progresszió fokának megítélésére kérdőíveket használunk az ápolás során. Az életminőség kérdőív kitöltése által átfogó képet kapunk a betegek szubjektív tüneteiről. Célkitűzés: A betegek fizikális paramétereinek (testsúly, BMI), légzésfunkciós értékeinek (FEV1), és az életminőséget felmérő CAT (COPD Assessment Test) kérdőív értékeinek összevetése. Módszerek: 128 COPD-s beteg töltötte ki a kérdőívet. A GOLD stádium alapján 5 I.stádiumú, 40 II.stádiumú, 53 III.stádiumú, 30 IV.stádiumú beteg vett részt a vizsgálatban. A CAT kérdőívben 0 (legjobb) és 5 (legrosszabb) közötti értéket lehetett megjelölni. Eredmények: A felmérés a következő pontszámokat eredményezte (átlag±SD): A vizsgált (GOLD I-II; III; IV stádiumú) betegek BMI-je (26±6; 25±6; 22±5), FEV1(%)-értéke (63±12; 39±5; 23±3), CAT kérdőívre adott összpontszáma (21±7; 25±7; 27±7), ezen értékeket eredményezte. Továbbiakban az egyes kérdésekre adott válaszok átlagát mutatjuk be a GOLD besorolás alapján (GOLD I-II, III, IV). Köhögés (2,7; 3; 3,1), köpetürítés (2,5; 3; 3,1), mellkasi feszülés (2; 2,4; 2,5), terhelésre jelentkező fulladás (3,8; 4; 4,3), otthoni tevékenységben való korlátozottság (2,5; 3,3; 3,7), otthonról elmenés (2,5; 3,2; 3,2), alvás (2,8; 2,9; 3,1), energia-szint (2,9; 3,4; 3,7). A betegek BMI-je és FEV1 értékük közötti lineáris regresszió korrelációs eredménye: $r=0,27$ $p=0,05$ Összegzés: Megállapítható, hogy a progresszió előrehaladtával, a betegek BMI-je, és FEV1-értéke csökken, a CAT kérdőív kérdéseire adott válaszok pontszáma emelkedik. A CAT- kérdőív jól kiegészíti a mindennapi gyakorlatban használatos diagnosztikus eljárásokat, segít a betegek funkcionális állapotának felmérésében.

A KÖRTRÉNING ÉS DINAMIKUS ALSÓ VÉGTAGI KERÉKPÁROS TRÉNING HATÁSA A COPD-S BETEGEK AMBULÁNS REHABILITÁCIÓJÁBAN

Máthéné Köteles Éva^{1*}, Mára Anikó², Varga János³, Somfay Attila⁴

¹ Csongrád Megyei Önkormányzat, Mellkasi Betegségek Szakkórháza; ² Török utca 3. Csongrád Megyei Önkormányzat, Mellkasi Betegségek Szakkórháza, Tüdőgondozó Intézet; ³ Csongrád Megyei Önkormányzat, Mellkasi Betegségek Szakkórháza; ⁴ Szegedi Tudományegyetem ÁOK, Tüdőgyógyászati Tanszék

Célkitűzés: A dinamikus intervallum körtréning és a dinamikus alsó végtagi kerékpáros tréning egymáshoz viszonyított hatását vizsgálták COPD-s betegek ambuláns rehabilitációja során.

Módszerek: 20 stabil COPD-s beteg (15 ffi, 5 nő; életkor: 64±7 év; FEV1=57±18ref%) 2 csoportban (kerékpáros tréning=KEK és körtréning=KÖR) vett részt a vizsgálatban. Mindkét csoport 8 héten keresztül, heti 2 alkalommal 45 percig gyógytornászok által felügyelt tréninget végzett.

Eredmények: A COPD-s betegek légzésfunkciója a tréninget követően jelentős dinamikát nem mutatott. A 6 perces sétateszt (6MWD) és maximális aerob kapacitás (VO₂max) kedvező tendenciát jelzett a tréningek hatására (6MWD KEK: 386±79 vs 414±52 m; KÖR: 417±79 vs 447±88 m; VO₂max: KEK: 1,29±0,37 vs 1,32±0,51 L/min; KÖR: 1,34±0,36 vs 1,42±0,47 L/min, valamennyi esetben ns.). A kedvező tréninghatást jelezve a KEK csoportban a laktát küszöb jelentősen javult {LT (VO₂max%):38±7 vs 46±9, p<0,05}. Az életminőség felmérésére használt kérdőívek (CAT, Deszki) jelezték az életminőség javulását, a KÖR csoportban a CAT kérdőív pontértéke statisztikailag jelentős különbséget ért el (CAT KEK: 19±8 vs 17±6, ns. KÖR: 14±5 vs 9±4 p<0,05; Deszki: KEK: 9±8 vs 7±3, ns.; KÖR: 7±3 vs 5±2, ns).

Következtetések: A COPD-s betegek rehabilitációja során használt mindkét típusú tréning hatásosnak bizonyult. Az irreverzibilis légzészavarú COPD-s betegek terhelhetőségének és életminőségének javításában az újonnan beépített körtréning hasznos alternatívát jelent

ELLENŐRZÖTT TERÁPIA FONTOSSÁGA A TBC KEZELÉSÉBEN

Molnár Ildikó¹, Szabó Péter²

¹*Pulmonológia Osztály, Jósa András Oktatókórház Kft.,* ² *Jósa András Oktatókórház Kft., Pulmonológia Osztály*

Évente mintegy 8 millió ember betegszik meg tuberkulózisban, és 2 millióan halnak meg évente a fertőzés vagy annak szövődményei következtében. Minden 3. ember fertőzöttnek tekinthető a Földön. A XXI. Század első két évtizedében közel 1 milliárd ember válik újonnan fertőzöttté a WHO adatai szerint. A 200 millió megbetegedett közül mintegy 35 milliányi ember fog meghalni 2000 és 2020 között, hacsak valamilyen forradalmi változás nem következik be a kezelés vagy a megelőzés terén. A legnagyobb hangsúly a megelőzésen van. A tuberkulózis felismerésében nagy jelentősége van a kötelező évenkénti tüdőszűrésnek, amely segítségével már korai szakaszban kiszűrhető a betegség, illetve annak gyanúja. A mellkas rtg felvétele azonban még nem elegendő a diagnózis felállításához. A betegség igazolásához mikroszkópos és tenyésztéses vizsgálat szükséges. A betegek nagy százaléka rossz szociális környezetből érkezik és többségüknél a kezeléssel kapcsolatos együttműködés hiánya is tapasztalható. Ez utóbbi abban nyilvánul meg, hogy a gyógyszeres terápiát nem az előírásoknak megfelelően alkalmazzák. A tuberkulózis kezelésének egyik legfontosabb lépése a gyógyszerek rendszeres és pontos adagolása. Amennyiben a beteg ezt nem tartja be, nagy az esélye annak, hogy rezisztencia alakul ki egyes gyógyszerekkel szemben. A tapasztalatok azt mutatják, hogy a legtöbb esetben szükség van az ellenőrzött terápiára, amelyet a leggyakrabban a szakápoló végez. Összegzésül elmondhatjuk, hogy a legfontosabb a prevenció. Amennyiben kialakult a betegség célunk, hogy megakadályozzuk a fertőzés tovább terjedését és minél előbb megkezdődjön a gyógyszeres terápia. Az Egészségügyi Világszervezet „STOP TB” néven egy olyan stratégiát dolgozott ki, amely reményeink szerint lehetővé teszi, hogy 2015-től a TBC-s betegek száma csökkenjen.

'TERV, AMI NEM MENT FÜSTBE' KOMPLEX DOHÁNYZÁS LESZOKÁST TÁMOGATÓ PROGRAM SZAKDOLGOZÓI KEZDEMÉNYEZÉSRE AZ UZSOKI UTCAI KÓRHÁZ TÜDŐGONDOZÓBAN

Nagy Katalin¹

¹*Fővárosi Önkormányzat Uzsoki utcai Kórház, Tüdőgondozó,*

Hogyan válik hatékonyabbá egy meglévő dohányzás leszokást támogató program 3 szakdolgozó konferencia utáni beszélgetése nyomán? Milyen módszert találnak ki a Tüdőszűrő Állomáson megjelenő nagyszámú dohányos megszólítására és a dohányzásról való leszokásának segítésére? Hogyan jött létre egy csapat az Uzsoki utcai Kórház Tüdőgondozójában a dohányzás leszokás támogatására, mely most már így egy komplex programot működtet?

AKIRE A XOLAIR RÁMOSOLYOG

Szabó K., Brugós L., Szilasi M.

Debreceni Egyetem OEC, Tüdőgyógyászati Klinika, Debrecen

Nyolc éve ismert, súlyos, nehezen kezelhető asthmás nőbeteget szakrendelésünk Xolair terápiára javasolta. Ismertetjük a kezelés indikációit, a kezelés lefolyását, a beteg tüneteit és a légzésfunkciós paramétereit. Összefoglalásként elmondhatjuk, hogy légzésfunkciója a centrális légutakban a kezelés következményeként FEV-1 értéke 46%-kal, a kishörgőkben pedig 49%-kal javult, valamint az ACT teszt 15 ponttal javult és kontrollált tartományba került.

P 5**RITKA KÓRKÉP A HYPERINFEKTIV STRONGYLOIDOSIS PULMONÁLIS MANIFESZTÁCIÓVAL**

Dulka E.¹, Putz Zs.¹, Lohinai Gy.², Kucsera I.³, Csiszár K.¹, Márk Zs.¹

¹Pest Megyei Tüdőgyógyintézet, Törökbálint; ²Bőrgyógyászati Szakrendelés, Budapest,

³OEK Parazitológia, Budapest

Strongyloidosis trópusi és subtropusai területeken gyakori. Mérsékelt égövi területeken előfordulása sporadikus. Az immunodeficiens kórképek és terápiák mellett azonban megjelenhetnek szerény és nem specifikus bevezető tünetek mellett, gyakran eosinofilia nélkül, változatos radiomorfológiai képet okozva, kezelés hiányában multiplex szervi érintettséggel, nagy mortalitással. A strongyloidosis tüdő manifesztaiójáról néhány nemzetközi tanulmány számol be. Jelen összefoglalóban 71 éves COPD-s nőbeteg ismétlődő pneumóniájának hátterében bőrgyelenséggel kísért sputum, bronchusmosó és széklet pozitivitással járó hyperinfektiv strongyloidosist igazoltunk. Az elnyújtott Vermox kezelés nem volt hatásos, azonban az Ivermectin adása mellett tünetmentesség lépett fel, csökkentve az exacerbatiók és hospitalizációk számát. Az eset felhívja a figyelmet a szisztémás steroid kezelés mellett fellépő pulmonológiai osztályon ritkán látott kórképre, a korai diagnózis és kezelés jelentőségére.

P 3**A RHINOCONJUNCTIVITIS SZEMÉSZETI VONATKOZÁSAI**

Endre L.

Heim Pál Gyermekkorház, Budapest

A rhinitis allergica prevalenciáját hazánkban 20-25%-ra becsülik és az allergiás náthában szenvedők 80-90%-ának (hosszabb-rövidebb ideig) allergiás kötőhártya gyulladása is van. A kimagaslóan leggyakoribb heveny szezonális allergiás kötőhártya gyulladás tünetei (viszketés, könnyezés, vérbőség, oedema) rendkívül kellemetlenek ugyan de nem okoznak maradandó látásromlást. Létezik azonban az allergiás kötőhártya gyulladásnak két olyan formája is -a keratoconjunctivitis vernalis és az atopiás keratoconjunctivitis- melyek nem megfelelő kezelés esetén, a cornea károsítása révén akár vakságot is okozhatnak. Az allergiás kötőhártya gyulladás 4. formája az óriás papillás conjunctivitis, melyet általában valamilyen (tartósan a szemben lévő) idegentest, leggyakrabban, kontakt lencse okoz. Valamennyi formában jellemző tünet a viszketés, ezért kezelésük során fontos szerepe van a helyileg adható antihisztaminoknak, különösen a többszörös támadáspontú (az antihisztamin mellett membrán stabilizáló és gyulladáscsökkentő hatással is rendelkező) szemcseppeknek. Szerző két ilyen szerrel (emedastin, olopatadin) heveny szezonális allergiás kötőhártya gyulladásban szenvedő gyermekeken szerzett saját (kedvező) tapasztalatait is ismerteti.

P 4**EGY TRAGIKUSAN VÉGZŐDŐ KRÓNIKUS ABSZCEDÁLÓ PNEUMONIA ESETE.**

Farszki É., Kukuly A., Szabó P.

Jósa András Oktatókórház Kft., Pulmonológia Osztály, Nyíregyháza

Egy fiatal 33 éves nőbeteg esetét mutatjuk be, aki 2009. októberében került osztályunkra MEF kiemelés után. Pánikbetegsége és klauszrofóbiája miatt a vizsgálatok egy része csak altatásban volt kivitelezhető. Az akkor elvégzett vizsgálatok során E. coli okozta krónikus pneumonia igazolódott. Célzott antibiotikus kezelés mellett követtük a beteget 2010. júliusig. A kórházi befevéseket mindvégig elutasította. 2010. júliusában radiológiai progresszió miatt került felvételre osztályunkra. 10 napos obszerváció után önkényesen távozott. 2010. szeptemberében ismételt felvételre került anaemiás állapotban, további progresszió és cachexia kísérte betegségét. Ismételt távozásni készült, de sikerült rábeszélni a maradásra. Kombinált, intravénás antibiotikus kezelést indítottunk. Nem megfelelő regresszió miatt további kóroki tényezők keresése után (ismételt bronchosopia és mikrobiológiai vizsgálat) Klebsiella pneumoniae és Enterococcus faecalis jelent meg a mintában, az antibiotikus kezelést célzottan folytattuk. A beteg állapota néhány hetes stabilizációs szakasz után romlott. Sebészeti konzílium túl kockázatosnak tartotta a sebészi beavatkozást, az antibiotikus kezelés folytatását javasolta. Ismételt sebészeti konzílium során drain behelyezése történt, közben a beteg állapota fokozatosan romlott, végül 2011. január 25-én elvesztettük a beteget. Az esetbemutatás tanulságai: a rossz beteg compliance valamelyest befolyásolható a kommunikációval (Vajon mi mindent megtettünk?). Korai sebészeti beavatkozással vajon megmenthető lett volna a beteg?

P 6

ÁLLAPOT FELMÉRŐ ASZTMÁSOKNAK

HERKE P.

SZ.R.I.Szigetszentmiklós - Tüdőgondozó, Szigetszentmiklós

Kérdés, lehet-e olyan – a betegek számára (nem kutatási célból) készült- állapotfelmérő tesztet alkotni, amely alkalmas lenne az önmenedzselésen túl a szakorvosi döntések támogatására mind szakmai, mind dokumentációs szempontból. Az AFA INTERNATIONAL© 6 kérdésből álló teszt. A betegek tüneteik alapján 1-5 pontot adhatnak, a magasabb pontszám jobb állapotot jelez. Összpontszám: 6-30. Értékelés: Kontrollált: 25-30. Részlegesen kontrollált: 19-24. Nem kontrollált: 6-18. Módszer: Az AFA próbaverzióját a ráckevei tüdőgondozóban kontrollra megjelenő asztmásokon teszteltük önkéntesen kitöltve, név és előzetes válogatás nélkül. A tesztelésbe 149 beteget (37 férfi és 112 nő, életkor 18-78 év) vontunk be. A tesztet a légzésfunkciós vizsgálat után, az orvossal való találkozás előtt töltötték ki 145 fő magyarul, 4 anyanyelvén. LF: LUNGTEST 1000. EREDMÉNYEK: Ha összevetjük az AFA és a GINA szerinti kontroll- besorolását a betegeknek, esetről-estre egyeztetve az adatokat: 149 betegből 123 beteg besorolása egyezik-, 26 beteg besorolása különbözik. Az egyezés tehát 82%. FEF25-75 mérésével korrigálva:szintén 82 %-os egyezést kaptunk. A kontrolláltság összesített megoszlása az AFA-eredmény és a GINA szempontok alapján (táblázat): jól elhatárolható a betegek nem kontrollált (33 vs. 35 %)- a részlegesen kontrollált (36 vs. 36%) és a kontrollált (31 vs.28%) csoportja. Összefoglalás:A tesztnek a szubjektív tényezőkkel és a kísérőbetegségek panaszokat fokozó hatásával ugyanúgy számolnia kell, mint a korábbi teszteknek.A betegek számára jól érthető, gyorsan kitölthető. Összhangban áll a GINA irányelvekkel. Könnyíthet a dokumentációs terheken – érv lehetne a finanszírozás felé. Segít a betegek önmenedzselésében és támpont a házi orvos számára a szakkonzílium

igénybe vételéhez. Jobban korrelál a GINA-val, mint az ACT. Jelenleg 7 európai nyelven létezik fordítása. Célja, hogy soknyelvű környezetünkben segítse a betegellátást.

P 2**EGY MRSA JÁRVÁNY ÉS ANNAK TANULSÁGAI, KÖLTSÉGHATÉKONYSÁGI ELEMZÉSE**

Szabó P., Orosz M., Farkas A.

Jósa András Oktatókórház Egészségügyi Szolgáltató Nonprofit Kft., Pulmonológia Osztály, Nyíregyháza

2010 májusában egy a higiénikus főorvos által elrendelt teljes körű MRSA szűrés során egy MRSA járvány igazolódott. A szűrésre azért került sor, mert egyéb osztályokon megnövekedett az MRSA pozitív esetek száma és a betegátvételek alapján a Tüdőgyógyászati Osztál, mint kiindulási pont merült fel. Az intézkedések hatására sikerült visszaszorítani a járványt, azonban 2010 augusztusra ismét egy második fellángolást tapasztaltunk. A szűrés során nemcsak a betegek között találtunk MRSA pozitívokat, hanem a dolgozók között is, meglepően nagy számban (összesen 22 főnél). A Kórház Higiéné és az Infektológia aktív közreműködésével kórtermi, ún. „csoportos szűréssel” megtaláltuk a pozitív betegeket, a dolgozók teljes körű szűrése is megtörtént, mindez egy hetet vet igénybe (68 fő). Két hetes felvételi zárlattal, szigorúbb higiénés előírásokkal és átmeneti extra kiadásokkal is járt a járvány visszaszorítása. 2010. augusztusban ismét fellángolt a járvány, ennek során 22 dolgozót kellett kitiltani, az osztály egy részét átmenetileg be kellett zárni a dolgozók hiánya miatt (180 ágyból csak 120 működött), a működést így is csak extra munkaerő igénybevételével, túlóra terhére történő foglalkoztatással lehetett fenn tartani. A korábbi intézkedések bevezetésével, logisztikai döntésekkel (betegátcsoportosítás, elkülönítés), valamint azok kiegészítésével és szigorításával (egy hónapos látogatási tilalom, minden beérkező beteg MRSA szűrése) sikerült egy hónap alatt teljesen eradikálni a járványt és a kiesett dolgozókat visszaállítani. A járvány jövőbeni felbukkanását megelőzendő számos tartós intézkedést kellett hozni, melyeknek jelentős költségvonzata van. A közel 5 hónap alatt felvett 384 ún. „exponált” beteg közül 32-nél és az itt dolgozó 68 dolgozó közül 22-nél találtunk MRSA pozitivitást. Közöttük 1 beteg és 4 dolgozó MRSA infekciós tüneteket is mutatott (sinusitis, bronchitis, chr. bronchitis). 3 féle AB-rezisztenciájú / 3 különböző fág típusú MRSA-t találtak, tehát többféle törzs is „cirkulált” az osztályon. A bezárt kórtermek miatt bevétel kiesésünk volt, a betegfelvétel kolátozása további teljesítmény csökkenést eredményezett. A kiadások megnövekedtek a szűrés, a dekolonizációra fordított gyógyszerek és a megnövekedett védőöltözetre, kézfertőtlenítőre fordított összegek miatt. A néma járvány okai a rossz kubatúra, nem megfelelően ellenőrzött munkafolyamatok, költségek lefara gása rossz helyen (lásd: szűrés, védőruházat) egy eleve nagy rizikójú osztályon. A járvány jelentős költséggel járt kétszer is egy éven belül (kórtermek bezárása, munkaerő kiesése). A járvány megszűnte után egy tartósan magasabb kiadás jelent megelőző intézkedések miatt, azonban ez hosszútávon költséghatékonyság is lehet. Megfontolandó a magas rizikójú nagy tüdőosztályokon a rendszeres szűrés bevezetése.

P 1**TÜDŐDAGANATOS BETEGEK INFLUENZA ELLENI VÉDŐOLTÁSA - TAPASZTALATOK**

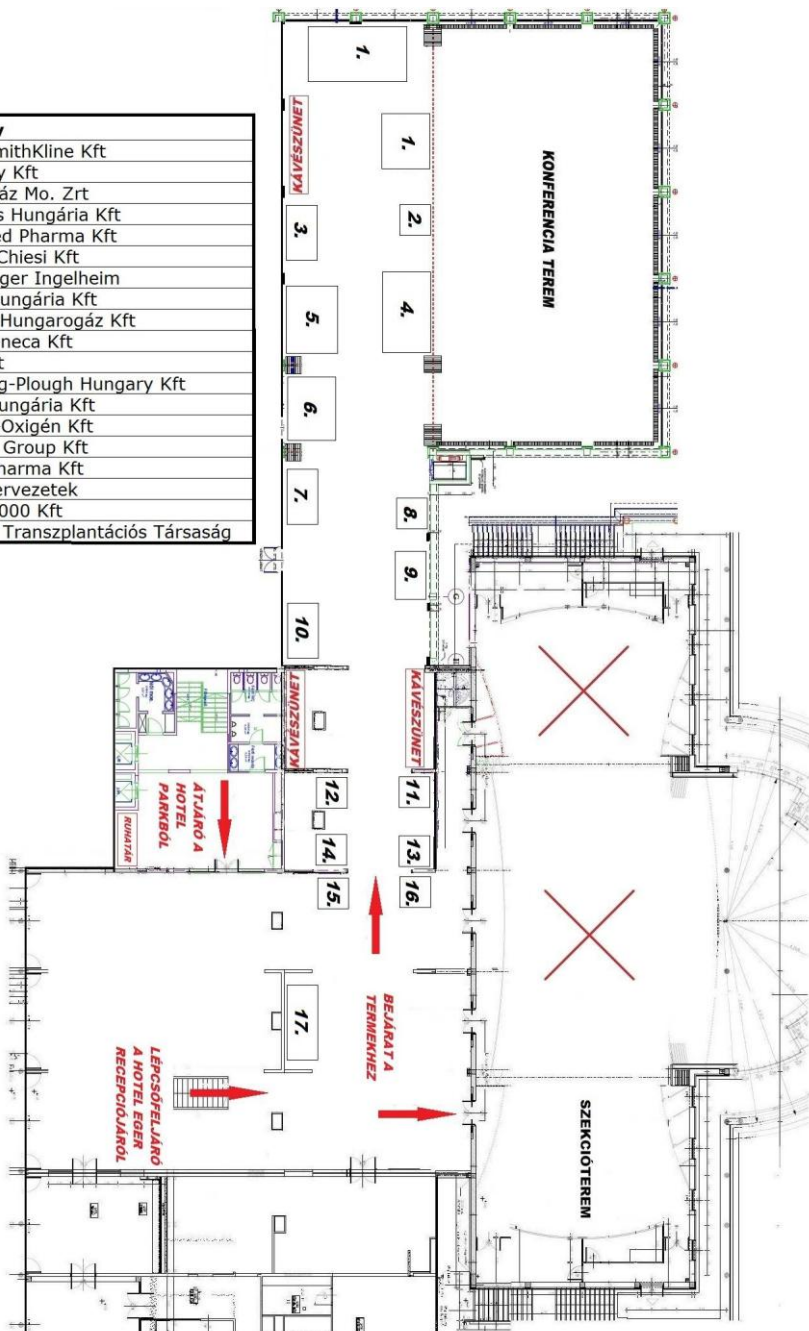
Szabó P.

Jósa András Oktatókórház Egészségügyi Szolgáltató Nonprofit Kft., Pulmonológia Osztály, Nyíregyháza

2009. Őszen egy új influenza járvány ütötte fel a fejét Mexikóban és végigsöpört a világban (utoljára az 1968-as járvány volt ilyen), a kórokozó, mely "2009 A(H1N1)" vagy sertés influenza néven vált ismertté valójában két típusú influenzavonalat hordoz magában: az észak-amerikai és az eurázsiai sertésinfluenza génjeit tartalmazza. Az új influenza vírusból hiányoznak azok a mutációk, melyek az egyéb influenza törzsek patogenitásáért felelősek. Az új influenza vírus kapcsán számos érv és ellenérv csapott össze az elmúlt időszakban a társadalomban így elbizonytalanítva a populáció jelentős részét a vakcinációval kapcsolatban. A rizikótényezők között szerepel többek között az immunszuppresszió is. A tumoros betegekkel kapcsolatban több állásfoglalás született már, mégis a mai napig számos biznytalanság tükröződik mind a betegek, mind a kollegák egy részének megnyilvánulásában. 87 aktív onkoterápiában részesülő tüdő tumoros beteget kérdeztünk 2010 május és 2011. január között az oltással kapcsolatban illetve hogy miért oltatták be magukat vagy miért nem. Csak 6 beteg kapott influenza oltást, szövődmény nem volt, a nem oltottak közül csak egy influenza megbetegedésre gyanús beteget észleltünk, akit sajnos el is veszítettünk pneumonia és annak szövődményei miatt. 5 beteg nem tudott semmilyen információt az influenzáról, 12 beteg nem érdeklődött és spontán információt sem kapott, 16 beteg esetében a háziorvos vagy tüdőgyógyász vagy onkológus nem javasolta (!) az oltást, 37 beteg esetében javasolták az oltást, de a betegre volt bízva a döntés és nem kaptak részletes tájékoztatást. 11 beteg az érdeklődés ellenére nem kapott adekvát információt. Az ajánlásokat áttekintve többé-kevésbé egyértelmű állásfoglalások léteznek a tumoros betegek influenza vakcinációjával kapcsolatban, további adatok és vizsgálatok azonban szükségesek még ebben a betegcsoportban. Összességében elmondható, hogy az aktív onkoterápiában részesülő beteg is kaphat, sőt kellene, hogy kapjon influenza elleni vakcinációt a megfelelő tájékoztatás birtokában, megfelelő időben és a speciális szempontok figyelembe vételével.

A KONGRESSZUS ALAPRAJZA

Nr.	Cégnév
1.	GlaxoSmithKline Kft
2.	Bus-Oxy Kft
3.	Linde Gáz Mo. Zrt
4.	Novartis Hungária Kft
5.	Nycomed Pharma Kft
6.	Torrex Chiesi Kft
7.	Boehringer Ingelheim
8.	Pfizer Hungária Kft
9.	Messer Hungarogáz Kft
10.	AstraZeneca Kft
11.	MSD Kft
12.	Schering-Plough Hungary Kft
13.	Alcon Hungária Kft
14.	Elektro-Oxigén Kft
15.	Medical Group Kft
16.	Orion Pharma Kft
17.	Civil szervezetek
18.	Orma 2000 Kft
19.	Magyar Transzplantációs Társaság



A KONGRESSZUS TÁMOGATÓI

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

A RENDEZVÉNY FŐ TÁMOGATÓI

AstraZeneca Kft.

GlaxoSmithKline Kft.

MSD Kft.

Nycomed Pharma Kft.

Novartis Hungária Kft.

Schering-Plough Hungary Kft.

Torrex Chiesi Kft.

KIÁLLÍTÓK

Alcon Hungária Kft.

Biropharma Kft.

Boehringer Ingelheim Kft.

Bus-Oxy Kft.

Elektro-Oxigén Kft.

Lilly Hungária Kft.

Linde Gáz Magyarország Zrt.

Medical Group Kft.

Messer Hungarogáz Kft.

Orion Pharma Kft.

Pfizer Hungária Kft.