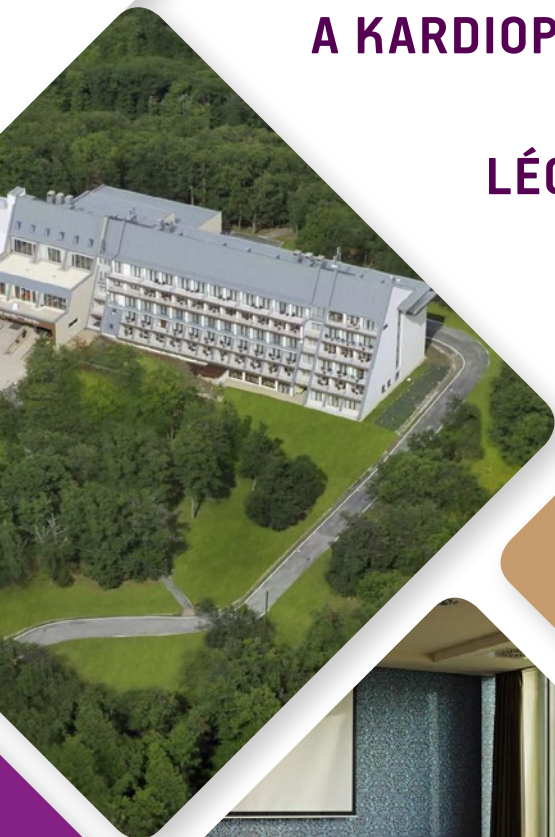


A KARDIOPULMONÁLIS SZEKCIÓ 22. ÜLÉSE ÉS LÉGZÉSREHABILITÁCIÓS SZEKCIÓÜLÉS



Szervezi
az MKT-MTT
Kardiopulmonális
Munkacsoportja és az
MTT Légzésrehabilitációs
Munkacsoportja

**Mátraháza,
2018. október 26 – 27.**

**HELYSZÍN:
Lifestyle Hotel Mátra,
3233 Mátraháza,
Hrsz. 7160.**

Ultibro® Breezhaler® 85 mikrogramm/43 mikrogramm
inhalációs por kemény kapszulában ▼

1x1

ÁLLAPOTROMLÁS MEGELŐZÉS EGYSZERŰEN



Referencia: Wedzicha JA, et al. N Engl J Med. 2016.

Bővebb információért olvassa el a gyógyszer alkalmazási előírását! A hatályos "alkalmazási előírás" teljes szövegét megtalálja az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet (www.ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis/) vagy az Európai Gyógyszerügynökség (www.ema.europa.eu) honlapokon. • **OGY honlapon keresztül történő elérési útvonal:** www.ogyei.gov.hu; Információ: Gyógyszer-adatbázis: Ultibro Breezhaler, a keresés indítása  honlapon, termék kezdetbetűjére való keresés a lenyílt listában a Ultibro Breezhaler kiválasztása/Product Information fül megnyitása/Language: magyar/GO • **Az aktuális árak tekintetében** kérjük, ellenőrizze a www.mek.gov.hu honlapon található információkat. Ételtési útvonal: http://www.mek.gov.hu; szakmának, gyógyszer/gyógyfőrdő, egészségügyi szakembereknek/publikus gyógyszerforgalmazás: végleges/publikus gyógyszerforgalmazás - lakossági tájékoztató. • **Termék:** ULTRIBO® BREEZHALER® 85 µg/43 µg inhalációs por kemény kapszulában (30x1 kemény kapszula + 1 inhalátor) **Termelési ár:** 14 187 Ft; **Bruttó fogy. ár:** 16 591 Ft; **TB árapozás:** 14 932 Ft; **Térítési díj:** 659 Ft.

▼ Ez a gyógyszer fokozott felügyelet alatt áll, mely lehetővé teszi az új gyógyszerbiztonsági információk gyors azonosítását. Ehhez Ön is hozzájárulhat a tudomására jutó bármilyen mellékhatás bejelentésével.

 **NOVARTIS**

Novartis Hungária Kft. • 1114 Budapest, Bartók Béla út 43-47.
Tel: 06-1-457-6500, Fax: 06-1-457-6600

*Kedves Kollégák!
Kedves Támogatók!*

Nagy öröm a vezetőség számára, hogy immár a 22. Kardiopulmonális Konferenciát rendezhetjük meg patinás környezetben, érdekes és izgalmas programot kínálva a hallgatóknak. A konferenciával a munkacsoport alapítójára, örökös tiszteletbeli elnökére, szellemi atyjára, sok-sok rendezvényünk legfelkészültebb hozzászólójára, Naszlady Attila professzor úrra is emlékezünk.

A felőlelt témaköröket figyelembe véve a tüdőrezekciós műtétek előtti állapotfelmérés, kamrai szinkronizáció és posztkapilláris PH, kihívások a PAH kezelésében, alvás alatti szív-tüdő funkciók, pulmonológiai és kardiológiai rehabilitáció, COPD-a modern kezelés határai, intenzív esetek és nem utolsó sorban a tüdőtranszplantáció köré szerveződik. Köszönjük szponzoraink támogatását, ami nélkülözhetetlen a rendezvényhez.

Lehetőségünk nyílik a konferencia zárását követően a gyönyörű Mátra természeti adottságaiban is gyönyörködni a saját kardiopulmonális rendszerünket használva. A vezetőség nevében mindenkinek kellemes és hasznos időtöltést kívánunk a kongresszus ideje alatt!

Varga János

*MKT-MTT Kardiopulm. Munkacsoport/Szekció
elnök*

Karlócai Kristóf

*MKT-MTT Kardiopulm. Munkacsoport/ Szekció
elnökhelyettes*

ÁLTALÁNOS TÁJÉKOZTATÓ

A XXII. KARDIOPULMONÁLIS KONFERENCIA ELNÖKE:

Varga János

A RENDEZVÉNY ELNÖKHELYETTESE:

Karlócai Kristóf

VEZETŐSÉG TOVÁBBI TAGJAI:

Péter Andrea – titkár Faludi Réka Losonczy György Péntes István

A RENDEZVÉNY SZERVEZŐJE:

MKT-MTT Kardiopulmonális Munkacsoportja és az MTT Légzésrehabilitációs Munkacsoportja

A SZERVEZŐBIZOTTSÁG ELNÖKE:

Varga János, Országos Korányi Pulmonológiai Intézet

TUDOMÁNYOS BIZOTTSÁG:

Varga János	Péter Andrea	Losonczy György
Karlócai Kristóf	Faludi Réka	Péntes István

LÉGZÉSREHABILITÁCIÓS VEZETŐSÉG:

Varga János <i>elnök</i>	Pesti Anna	Puskás Emese
Várdi Katalin <i>titkár</i>	Fehér Éva	Szendi Ildikó

A SZERVEZŐ IRODA ELÉRHETŐSÉGE:

 Régió-10 Kft. – Tanics Viktória
6720 Szeged, Dugonics tér 12.
62/710-500; 20/469-6190
info@regio10.hu

A KONFERENCIA HELYSZÍNE:

Lifestyle Hotel Mátra****superior (3233 Mátraháza, hrsz. 7160.)

A KONFERENCIA IDŐPONTJA:

2018. október 26 – 27.

INFORMÁCIÓK AZ INTERNETEN:

www.regio10.hu/kardiopulm2018

TECHNIKAI TUDNIVALÓK:

Az előadásokon a vetítés projektorral történik. Kérjük az előadókat, hogy az előadás anyagát PowerPoint file formájában, lehetőség szerint pendrive-on, legkésőbb az adott előadás/szekció megkezdése előtt fél órával adják át a technikai személyzetnek!

2018. október 26. (péntek)

- 14⁰⁰** **MEGNYITÓ**
Varga János, Karlócai Kristóf
- 14⁰⁵ – 14⁵⁰** **TÜDŐREZEKCIÓS MŰTÉTEK ELŐTTI RIZIKÓBECSLÉS**
ÜLÉSELNÖK: *Pénzes István, Rényi-Vámos Ferenc*
- 14⁰⁵ *Tallós Bernadett, Rényi-Vámos Ferenc: A műtethőség határai (10 perc)*
- 14²⁰ *Esze Tamás: Aneszteziológiai kontraindikációk (10 perc)*
- 14³⁵ *Vágvölgyi Attila: Prediktív értékek a posztoperatív komplikációk tekintetében (10 perc)*
- 14⁵⁰ – 15⁴⁰** **KAMRAI RESZINKRONIZÁCIÓ ÉS POSZTKAPILLÁRIS PH SZÍVELÉGTELENSÉGBEN**
ÜLÉSELNÖK: *Bálint Hajnalka, Zima Endre*
- 14⁵⁰ *Zima Endre – Merkely Béla: A reszinkronizáció indikációi, technikája (15 perc)*
- 15¹⁰ *Zima Endre: A reszinkronizáció hatása a tüdőkeringésre (10 perc)*
- 15²⁵ *Bálint Hajnalka: A bal kamra funkció javulás hosszútávú eredményei a posztkapilláris pulmonális hypertoniára (10 perc)*
- 15⁴⁰ – 16⁰⁰** **SZÜNET (20 perc)**
- 16⁰⁰ – 17¹⁵** **KIHÍVÁSOK A PAH KEZELÉSÉBEN**
ÜLÉSELNÖK: *Faludi Réka, Karlócai Kristóf*
- 16⁰⁰ *Faludi Réka: PAH – a többarcú betegség (10 perc)*
- 16¹⁵ *Szegedi Margit: Progresszió lassítás – mi a monoterápia szerepe? (10 perc)*
- 16³⁰ *Karlócai Kristóf: Folyamatos rizikó meghatározás a kezelés során (10 perc)*
- 16⁴⁵ *Ágoston Gergely: Célzott kezelés progresszív PAH-ban (10 perc)*
- 17⁰⁰ *Péter Andrea: Elmélettől a gyakorlatig – esetbemutató (10 perc)*
- 17¹⁵ – 17³⁵** **SZÜNET (20 perc)**
- 17³⁵ – 19²⁰** **ALVÁS ALATTI SZÍV-TÜDŐ FUNKCIÓK, VARIA**
ÜLÉSELNÖK: *Tomcsányi János, Kunos László*
- 17³⁵ *Vízi Éva: OSA CV hatásai (10 perc)*
- 17⁵⁰ *Kunos László: Gépkocsivezetés és el-alvás (10 perc)*
- 18⁰⁵ *Tomcsányi János: Centralis apnoe és szívelégtelenség (10 perc)*
- 18²⁰ *Várdi Katalin: Az alvás, mint felelősség (10 perc)*
- 18³⁵ *Boros Krisztina: A gép forog, az alkotó pihen? (10 perc)*
- 18⁵⁰ *Kis Ernő: Recidiváló AV-block carbamazepin túladagolásban (10 perc)*
- 19⁰⁵ *Kathona Brigitta: A relaxációs gyógytorna helye a szív- és tüdőbetegek komplex rehabilitációjában (10 perc)*
- 19³⁰ –** **VACSORA**

2018. október 27. (szombat)

8⁰⁰ – 9³⁰**KARDIÁLIS ÉS PULMONÁLIS REHABILITÁCIÓ**ÜLÉSELNÖK: *Varga János, Szilasi Mária*8⁰⁰*Simon Attila: Szívelégtelenség és PAH miatti rehabilitáció (10 perc)*8¹⁵*Varga János: Krónikus tüdőbetegség rehabilitációja jobb szív terhelés mellett (10 perc)*8³⁰*Czibók Csilla: A kardiológiai rehabilitáció tüdőgyógyászati vonatkozásai (10 perc)*8⁴⁵*Szilasi Mária: A krónikus tüdőbetegségek kezelésének komplex szemlélete (10 perc)*9⁰⁰*Pesti Anna: COPD és a komorbiditások (10 perc)*9¹⁵*Fehér Éva: Az ambuláns tüdőgyógyászati rehabilitáció rejtelmel Szolnok megyében (10 perc)*9³⁰ – 9⁴⁵**SZÜNET (15 perc)**9⁴⁵ – 11²⁶**COPD – A MODERN KEZELÉS HATÁRAI**ÜLÉSELNÖK: *Losonczy György, Müller Veronika*9⁴⁵*Losonczy György: A myocardialis infarctus kockázata COPD acut exacerbációjában (10 perc)*10⁰⁰*Müller Veronika: A COPD és ACOS jelentősége a tüdőgyógyászati gyakorlatban (10 perc)*10¹⁵*Somfay Attila: A spirometria értékelése az obstruktív tüdőbetegségek diagnosztikájában (10 perc)*10³⁰*Ugocsai Katalin: Kérdések egy eset kapcsán. Vascularis eredet? (10 perc)*10⁴⁵*Pákó Judit: A COPD és klotho kapcsolata (10 perc)*11⁰⁰*Lázár Zsófia: Légúti markerek COPD-ben (10 perc)*11¹⁵*Filmvetítés – Mozdulj oxigénnel! (6 perc)*12²⁶ – 11⁴¹**SZÜNET (15 perc)**11⁴¹ – 13⁵⁶**INTENZÍV ESETEK, TÜDŐTRANSZPLANTÁCIÓ**ÜLÉSELNÖK: *Pénzes István*11⁴¹*Pénzes István, Szabolcs Zoltán, Varga Tamás, Németh Endre, Bóné Erika, Komáromi Tamás: Egyénre szabott perioperatív ellátás jelentősége (10 perc)*11⁵⁶*Madurka Ildikó, Kormosói Tóth Krisztina, Schönauer Nóra, Bartók Tibor, Elek Jenő, Rényi-Vámos Ferenc, Lang György: JET lélegeztetés pulmonalis hypertóniás betegek tüdőtranszplantációja esetén (10 perc)*12¹¹*Elek Jenő, Gieszer Balázs, Radeczky Péter, Ghimesy Áron, Farkas Attila, Csende Kristóf, Bogyó Levente, Fazekas Levente, Kovács Nóra, Madurka Ildikó, Kocsis Ákos, Török Klára, Bartók Tibor, Dancs Tamás, Schönauer Nóra, Tóth Kriszta, Szabó József, Bohács Anikó, Czebe Krisztina, Csiszér Eszter, Kovács Lajos, Müller Veronika, Rényi-Vámos Ferenc, Lang György: Hol tart ma Magyarországon a tüdőtranszplantáció? – az első három év eredményei (10 perc)*

- 12²⁶ Szántó Annamária, Tóth Judit, Nyulasi Tibor: Az ARDS differenciáldiagnosztikai kérdései egy betegünk kapcsán (10 perc)
- 12⁴¹ Gyulai Márton, Péntes István, Bíró Hajnalka, Putz Zsuzsanna, Madurka Ildikó, Elek Jenő, Péntes István, Lantos Ákos: ARDS-t okozó Chlamydia psittaci fertőzés – esetbemutató (10 perc)
- 12⁵⁶ – 13⁵⁶ FÓRUM A MINISZTERREL**
ÜLÉSELNÖK: *Karlócai Kristóf, Varga János*
Kásler Miklós miniszter (60 perc)
- 13⁵⁶ – 14⁰¹ ZÁRSZÓ**
Karlócai Kristóf, Varga János
- 14⁰¹ – 15⁰¹ **EBÉD** (60 perc)
- 15⁰¹ – **KIRÁNDULÁS A MÁTRÁBA – Gyakorlati kardiopulmonológia**

Műtethőség határai

Tallósy Bernadett, Rényi-Vámos Ferenc

ORSZÁGOS ONKOLÓGIAI INTÉZET, BUDAPEST

A XX. századtól napjainkig a mellkassebészeti operálhatóság megítélésének alapját a posztoperatív számított FEV1 értékre alapoztuk. Ehhez a diffúziós kapacitás, vérgázvizsgálat, perfúziós szcintigráfia, terheléses vizsgálatok eredményeit vettük figyelembe.

Az orvostudomány, ezen belül az anesztézia és a mellkassebészet ugrásszerű fejlődése az utóbbi 50 évben azonban új kihívások elé állította mind az operatórt, mint a preoperatív vizsgálatokat végző aneszteziológust. A minimál-invazív VATS technika, az új generációs endo-varrógépek, ultrahangos és lézervágó eszközök, a modern altatógépek, extrakorporális keringés és légzéstámogató eszközök szélesítették az operálhatóság határait. Emellett az onkológia, radio-kemoterápia fejlődése növelte a műtetre alkalmas betegek számát. Mindezen tényezők miatt szükséges, hogy a potenciálisan operálható betegeket új szempontok szerint ítéljük meg.

Ezeken a tényezőkön túl különbséget kell tennünk az intraoperatív kockázat és a posztoperatív mortalitási, morbiditási kockázat között, hiszen napjainkban az intraoperatív kockázat a modern anesztéziának köszönhetően (pl. ECMO) csökkenthető. Nagyobb hangsúlyt fektetünk a posztoperatív hosszútávú morbiditási kockázatra, amely a beteg életminőségét befolyásolja.

Előadásunkban bemutatjuk azokat az új, elfogadott szempontokat, melyek alapján a tüdőreszekciós műtétek kockázata megítélhető, illetve bemutatjuk az ajánlásokat a preoperatív kivizsgálás menetét illetően.

Prediktív értékek a posztoperatív komplikációk tekintetében

Vágvölgyi Attila¹, Varga János Tamás²

ORSZÁGOS KORÁNYI PULMONOLÓGIAI INTÉZET, BUDAPEST, ¹MELLKASSEBÉSZETI OSZTÁLY, ²LÉGZÉSREHABILITÁCIÓS OSZTÁLY

Bevezetés: Mellkassebészeti beavatkozásoknál a morbiditás és mortalitás fő okát, a legfőbb perioperatív kockázatot az esetek 15–20%-ban kialakuló légzési szövődmények jelentik. A pontos állapotfelmérés és lehetőség szerinti legkörülmekintőbb rizikóbecslés elősegíti a magasabb rizikócsoportha tartozó betegek azonosítását és hozzájárul a funkcionális operabilitás megítéléséhez.

Beteganyag, módszer: A mellkassebészeti műtétek fő rizikófaktorainak áttekintése mellett ismertetjük a műtét után várható értékek lehetséges becslési módjait. Áttekintjük a lehetséges prediktív értékkel bíró változókat. 238 betegen végzett klinikai vizsgálatunk során a szövődményekre alkalmazható ismert osztályozási rendszereket figyelembe véve súlyosság szerint osztályoztuk a kialakult szövődményeket, keresve azon funkcionális változókat, amelyek diszkriminatív értékűek lehetnek a súlyos szövődmények tekintetében. Funkcionális állapotfelmérést követően vizsgáltuk a pre- és posztoperatív, valamint mindkét időszakban alkalmazott légzésrehabilitáció hatására bekövetkező változásokat

Eredmények: Az előzetesen kalkulált posztoperatív (ppo-) értékek használatával tüdőreszekciós műtétek esetén becsülhető a műtét után várható érték. Rossz várható értékek esetén mind a műtét előtti, mind a műtét utáni légzésrehabilitáció szignifikáns javulást eredményez a mellkaskiterés, légzésfunkció (FEV1,

FVC), 6 perces járástávolság, kéz szorítóerő, akaratlagos légzésvisszatartási-idő és az ergométeres vizsgálat során mért értékek tekintetében ($p < 0,05$). Az életminőség-tesztek (mMRC, CAT) is jelentős javulást mutattak ($p < 0,05$). Diszkriminancia-analízis szerint öt érték – a beteg neme, a preoperatív rehabilitáció előtt kerékpárgométeren megtett kilométer-érték, a preoperatív rehabilitációval elért FEV1 csúcserték, a műtét nagysága és a preoperatív rehabilitáció előtti kiindulási 6 perces járástávolság – együttesen 67%-ban helyesen diszkriminál a súlyos szövődményes csoportba kerülés tekintetében.

Következtetések: A műtéti rizikótényezők, prediktív értékű változók ismerete, valamint az előzetesen kalkulált posztoperatív értékek meghatározása segíti a pontos rizikóbecslést, hozzájárul a műtéti teherbíróképesség megítéléséhez, különösen az idős és több társbetegséggel rendelkező betegek esetén. A perioperatív időszakban alkalmazott légzésrehabilitáció a beteg teherbíróképességének, funkcionális tartalékainak javítása révén hozzájárul a műtét elvégezhetőségéhez, a kedvezőbb posztoperatív időszakhoz.

Folyamatos rizikó meghatározás a pulmonális hypertonia kezelése során

Karlócai Kristóf

SEMMEIWEIS EGYETEM, PULMONOLÓGIAI KLINIKA, BUDAPEST

A pulmonális hypertonia kezelése során célunk az élettartam növelése és az életminőség javítása. A betegség súlyosságának megítélését a rizikó tábla használata segíti. Ezt azonban nemcsak a kezdeti besoroláskor alkalmazzuk, hanem minden egyes felülvizsgálat során is: a kockázat javulását vagy csökkenését mérlegeljük. Ez az eszköz a terápiamódosítás és a hosszútávú eredmények szempontjából alapvető. A kockázatot non invazív paraméterekből és ismételt jobb szívfél katéterezésekből is meghatározhatjuk. Az invazív paraméterek nélkülözhetetlenek, mert ezek az alacsony kockázatú betegeken belül is különbségeket tesznek. A kezelési stratégiánkat a regiszter adatok eredményeire alapozzuk. A nagy német regiszter szerint jobb azoknak a prognózisa, akik eleve alacsony kockázatúak voltak, mint azoké, akik a kezelés hatására kerültek az alacsony kockázati csoportba. A svéd regiszter ilyen különbségeket nem talált. A magas kockázatú betegeknél a francia regiszter túlélési különbséget talált aszerint, hogy egy, vagy több paraméter alapján kerültek a magas kockázati csoportba. A kezelés hatására: 83%-ról 59%-ra csökkent a legfeljebb két alacsony kockázati kritériumot mutató betegek száma az első felülvizsgálat idejére (átlagban 4.4 hónap). De ez a szám a kezelés elégtelenségét is jelzi, még alacsonyabb érték mutatná a kezelés igazi hatásosságát. Vajon lehet-e a kezelés hatásfokát javítani? Tudjuk, hogy a legjobb eredmények a kombinációs kezelésektől várhatók. A francia, a svéd és a német regiszterben három hónappal a diagnózis után az összes betegek 47 százaléka, 76 százaléka illetve 83 százaléka volt monoterápián. A nagy kockázatú betegek külön vizsgálata sem megnyugtató: 57 százalékuuk monoterápiában részesült. Kézenfekvő lehetőség a kombinációs kezelések számának növelése, a monoterápia ritkítása, különösen a nagy kockázat esetén. Jelenleg ez a leghatékonyabb eszköz arra, hogy az alapvető gondozási célt, az élettartam és életminőség növelését elérjük.

A gép forog, az alkotó pihen?

Boros Krisztina^{1,2}, Ugocsai Katalin¹, Bálint Beatrix¹, Varga Csaba², Boros István¹

¹CSONGRÁD MEGYEI MELLKASI BETEGSÉGEK SZAKKÓRHÁZA, II/2 PULMONOLÓGIAI OSZTÁLY;

²SOMOGY MEGYEI KAPOSÍ MÓR OKTATÓ KÓRHÁZ, SÜRGŐSSÉGI BETEGELLÁTÓ CENTRUM

A járó-, és fekvőbeteg ellátásban jelenleg használatos elektrokardiográfok többsége rendelkezik értékelő programmal, mely jelentős segítséget nyújthat a regisztrátumot készítő, de az értékelő személynek is. Felmerül a kérdés, hogy a gépi értékelés fokozatosan átveheti-e az orvos szerepét. Vajon „hátradőlhetünk?” Szerzők rövid áttekintést nyújtanak az elektrokardiográfia és az automata EKG értékelés fejlődéséről és szerepéről. Megosztják a témában gyűjtött irodalmi adatokat és saját mindennapi tapasztalataikat. A bemutatott esetek kapcsán érvelnek pro-és kontra az automata értékelésről.

Recidiváló AV-block carbamazepin túladagolásban

Kis Emő, Amma Zoltán, Borbély Andrea, Takács András, Benczúr Béla

TOLNA MEGYEI BALASSA JÁNOS KÓRHÁZ, KARDIOLÓGIAI ÉS SÜRGŐSSÉGI OSZTÁLY, SEKSZÁRD

40 éve nőbeteg, aki szülési hypoxia következtében vált epilepsziássá, majd a kialakult mentális retardációja miatt lett elmeszociális otthon lakójává. Gyakori epilepsziás görcsrohamai miatt tartósan nagy dózisu, 4-es kombinációjú antiepileptikumra szorult.

2015-ben már kezeltük syncope és cardiogén shock miatt, melynek hátterében elhúzódó bradycardiával járó AV-block állott, mely miatt ideiglenes pacemaker kezelésre is szorult. Mivel felmerült az ingerületvezetési zavar hátterében a carbamazepin toxicus szérum szintje, így annak adagját csökkentették. Később azonban ideggyógyászati kontrollra nem járt, így újabb gyógyszer szint meghatározása sem történt.

2017-ben hasonlóan kritikus állapotban, 20/min pótritlussal és magas fokú AV-blockkal került felvételre és állapotát csak pacemaker kezeléssel lehetett stabilizálni. A serum-carbamazepin szintje ismét kórosan magas lett, így a gyógyszerét – neurológus egyetértésével – végleg el is hagytuk! Mindezeket követően az ingerületvezetési zavara megszűnt és stabil állapotban az Őt ápoló intézetbe küldtük vissza, ahol az utóbbi 1 évben újabb epilepsziás rohama nem volt.

A relaxációs gyógytorna helye a szív- és tüdőbetegek komplex rehabilitációjában

Kathona Brigitta

MÁTRAI ÁLLAMI GYÓGYINTÉZET, TERÁPIÁS OSZTÁLY, MÁTRAHÁZA

Előadásommal szeretném bebizonyítani, hogy a relaxációs módszereknek, ezen belül, a Mátrai Állami Gyógyintézetben alkalmazott autogén tréning terápiának, mint hatékony stresszoldó módszereknek jelentős szerepe van a szív-, illetve tüdőbetegek komplex rehabilitációjában. Foglalkozom a kardiológiai rehabilitáció történeti alakulásával; a különböző személyiségtípusok, valamint a tartós stresszre adott válasz és a

kardiológiai-, és pulmonológiai betegségek kialakulásának összefüggésével. Számos kutatási eredmény bizonyítja, hogy a relaxációs terápia hatékony a szív-, és érrendszeri, valamint az asztmás betegek tüneteinek csökkentésében és a magasvérnyomás betegség kezelésében is. Korunkban az i.e. 1000-ben már alkalmazott buddhista meditációs technikák újrafelfedezése zajlik, a modern ún. mindfulness meditációk célja a koncentráció, a figyelem fókuszálása, az érzékszervi tapasztalatok felfedezése, a szervezet képessége arra, hogy változások révén harmóniát érjen el. A pszichovegetatív egyensúly létrejötte révén a betegek alkalmassá válhatnak eredeti tevékenységük visszaállítására. Tehát igazolást nyert, hogy a komplex rehabilitáció szerves része kell, hogy legyen a pszichés rehabilitáció.

Szívelégtelenség és PAH miatti rehabilitáció

Simon Attila

ÁLLAMI SZÍVKÓRHÁZ, BALATONFÜRED

A szívelégtelenség népegészségügyi szempontból is fontos betegség, mely eredetétől függetlenül a terhelhetőség, munkavégző képesség csökkenésével, effort nehézlégzéssel jár. Jelentősen rontja a betegek életminőségét, csökkenti akár munkahelyi, akár azon kívüli aktivitását, ismételt hospitalizációt eredményezhet, jelentősen rontja a várható prognózist. A centrális adaptáció zavara perifériás tényezőkkel társul; csökkent az izom tömeg, romlik az izomműködés, anyagcsere, valamint károsodik az endothel funkció, a terhelés alatti vazodilatáció képessége. E tényezőknek együttesen van szerepe a komplex klinikai kép kialakításában. A perifériás károsodások önrontó folyamatokat indukálva elősegítik a betegség progresszióját. A tréningre alapozott kardiológiai rehabilitáció, hatékonyan veszi fel a küzdelmet a károsodásokkal. Mára a tréning a betegség kezelésének egyik elfogadott elemévé vált. A betegek funkcionális állapotától függően számos tréning modalitást alkalmazhatunk. Jelentős izomtömeg vesztes, erősen korlátozott fizikai erőnlét esetén passzív elemekkel, a vázizmok elektromos stimulációjával próbáljuk javítani a teljesítőképességet. Meta-analízis alapján a konvencionális kezeléshez képest kb. 2 ml/min/kg-mal tudjuk így emelni a csúcs oxigénfogyasztást (VO_2 csúcs). Az előrehaladott szívelégtelenségben a funkcióvesztés a légző izmokat is érinti, csökken a maximális inspirációs nyomás. A respirációs tréning ennek visszafordítását szolgálja (IIa-B szintű ajánlás). Szintén rossz funkcionális állapotban használjuk főként, amikor a beteg nagyobb izomcsoportok dinamikus tréningjére még nem képes. A vázizomzat rezisztencia edzése megfontolható szívelégtelenségben (IIb-C szintű ajánlás). Elsődleges célunk a kondicionálás, mely inkább az izomtömeget és izomerőt, ezen keresztül az önellátás képességét javítja. A dinamikus tréning magas szintű javallatát (I-A indikáció) az erőnlét egy, vagy több komponensének javításán túl az alapozta meg, hogy ExTraMATCH meta-analízis klinikai végpontok (halálozás, halálozás és szívelégtelenség miatti kórházi kezelés) csökkenését igazolta folytonos intenzitású dinamikus tréning hatására, melyet később az ExTraMATCH 2 meta-analízis is megerősített. A folytonos intenzitású dinamikus tréninget alacsonyabb intenzitással (VO_2 csúcs 40–50%-ával) kezdjük, rövid (kb. 10 perces) időtartammal, majd az intenzitást fokozatosan a VO_2 csúcs 60%–80%-ára emeljük, emellett nyújtjuk a tréning időtartamát, heti legalább 3–5 30 perces tréning szakaszra törekedve. Jelentősen csökkent funkcionális kapacitás mellette a munka folytonos tartása nehézségekbe ütközhet, Borg skálán kifejezett fáradás 15 feletti lehet 10–25 watt edzési intenzitás mellett is. Ilyenkor intervallum edzésekre térhetünk át, ahol akár mikrointervallum

(30 mp–1 perc) időtartamú munkavégzéseket akár munkavégzés nélküli periódusokkal szakíthatunk meg. A módszer segítségével tolerálhatóvá tesszük az edzést, majd a fejlődés szakaszában emeljük az intenzitást, az egész edzés tartamát. Mikrointervallum formájában akár a maximális munkavégző képességet is tolerálhatja a beteg. A nagy intenzitású intervallum tréninget akár mikro-, akár makrointervallum formájában alkalmazhatjuk (IIb-B szintű ajánlás). A makrointervallum során bemelegítés után 4 percig tartó, a maximális teljesítőképesség 85–95%-án végzett munka és 60–70%-on 4 percig végzett „levezetés” váltakozik 4 cikluson keresztül, majd levezetés következik. Mai napig tart a vita arról, hogy a nagy intenzitású intervallum tréning eredményesebb-e akár a terhelhetőség, akár a bal kamrai remodeling tekintetében csökkent ejekciós frakcióval járó szívelégtelenségben. Megtartott bal kamrai ejekciós frakcióval járó szívelégtelenségben kevesebb vizsgálat áll rendelkezésre. Meta-analízis itt is a VO₂csúcs javulását igazolja a tréning csoportban.

PAH-ban nagyon kevés vizsgálat alapján véli a 2015-ben kiadott európai szakmai irányelv, hogy a tréningre alapozott rehabilitáció megfontolandó (IIa-B szintű ajánlás) gyógyszeresen jól kezelt PAH-ban. Meta-analízis alapján javul a terhelhetőség (6 perces járástávolság, VO₂ csúcs, VO₂ AT). Szakértők speciális, nagy gyakorlattal rendelkező központokban javasolják végezni a rehabilitációt, intézeti formában kezdve, szoros monitorozás mellett.

Krónikus tüdőbetegségek rehabilitációja jobb szívfél terhelés mellett

Varga János Tamás¹, Kerti Mária¹, Lukacsovits József², Pálinkás Attila³, Somfay Attila⁴

¹ORSZÁGOS KORÁNYI PULMONOLÓGIAI INTÉZET, BUDAPEST; ²SEMMEIWEIS EGYETEM, PULMONOLÓGIAI KLINIKA, BUDAPEST;

³CSONGRÁD MEGYEI EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓ KÖZPONT, HÓDMEZŐVÁSÁRHELY; ⁴SZEGEDI TUDOMÁNYEGYETEM, TÜDŐGYÓGYÁSZATI TANSZÉK, DESZK

Bevezetés: A krónikus tüdőbetegek terhelhetőségét, nehézlégzését és egyben életminőségét a kardiovaszkuláris statusz, izomfunkció, légzésmechanika mellett jelentősen meghatározza jobb szívfél terhelésük. A rehabilitációnak ismert a szív-érrendszeri, perifériás és légzőizmokra, metabolizmusra és légzésmechanikára kifejtett kedvező hatása.

Metódus: Saját adatok és nemzetközi eredmények alapján vizsgálni a jobb szívfél terheléssel rendelkező betegek légzésmechanikai és terhelésélettani paramétereit a rehabilitáció hatásaként.

Eredmények: A feldolgozott klinikai vizsgálatok a megfelelően adaptált tréningprogram esetén a légzésrehabilitáció biztonságosságát mutatják. Jobb szívfél terhelés esetén is klinikailag jelentős mértékben javítható a maximális teljesítőképesség, az oxigénfelvétel, a ventilációs és kardiovaszkuláris válasz egyaránt. Légzésmechanikailag ezen kórállapotokban is jelentősen javítható a mellkasi hyperinfláció, amely kedvező hatást tud kiváltani a jobb szívfél terhelés csökkentésére. A csoportos programok során a közösség összetartó ereje által a betegséggel való megküzdés, információk kicserélése jelentősen javulhat.

Következtetések: A jobb szívfél terheléssel rendelkező krónikus tüdőbetegek kezeléséhez ugyanúgy hozzátartozik a gyógyszeres kezelés mellett a rehabilitáció. Az életminőség javításához több komponensen keresztül tudunk eljutni, amihez a légzésrehabilitációs kezelés hozzájárulhat.

A kardiológiai rehabilitáció tüdőgyógyászati vonatkozásai

Czibók Csilla

ORSZÁGOS KORÁNYI PULMONOLÓGIAI INTÉZET, KARDIOLÓGIAI REHABILITÁCIÓ, BUDAPEST

Intézetünkben 2016.januárban megnyitott Kardiológiai Rehabilitációs Osztály betegeinek több, mint fele tüdőbetegségben is szenved. A magas arány a közös aetiológiából és intézetünk profiljából adódik. A rehabilitációs program összeállítása során mindkét szervrendszer funkcionális kapacitását meghatározzuk az egyéb rizikó faktorok szűrése és kezelése mellett.

A szimpatikus túlsúly, a nyugalmi szívfrekvencia mind a kardiovaszkuláris, mind bármely stádiumú COPD mortalitásával és morbiditásával pozitív korrelációt mutat. A szívbetegség és a COPD is magas adrenerg és inflamatorikus aktivitással jár. A megfelelően megválasztott béta rec. blokkoló (BBL) csökkenti a gyulladáshoz vezető aktivitást és az acut exacerbációban emelkedett endogen adrenalin szintet, valamint az adott magas dózisu béta agonista szerek tachycardizáló, tenzió emelő hatását. A COPD okozta ritmuszavarok gyakran állnak a csökkent terhelhetőség hátterében, ezek kezelésében is fontos a szerepük. Ugyan rontják a basalis légzésfunkciós paramétereiket, csökkenthetik a gyors hatású béta agonisták hatását, de ennél jelentősebben mérsékelik az exacerbáció alatti fokozott CV rizikót. GOLD is ajánlja a COPD-s szívbetegnek BBL blokkoló kezelését. Amennyiben a frekvencia kontroll elérésére a BBL nem titrálható fel mellékhatásai miatt- rendelkezésünkre áll az lf csatorna blokkoló ivabradin. A sinus ritmusban levő szíve-légtelen betegeknél egyértelmű az indikáció, még COPD-s betegeknél is, mivel bizonyítottan nem rontja LF paramétereiket. G.Caminiti e.al. 2018. évi közelményében non-paroxizmalis pitvarfibrilláló betegeknél igazolta, hogy a rehabilitáció során adott ivabradin a nyugalmi szívfrekvencia csökkentése mellett emelete a 6 perces járástávolságot, a Borg indexet a LF befolyásolása nélkül.

COPD és a komorbiditások

Pesti Anna

MÁTRAI ÁLLAMI GYÓGYINTÉZET, MÁTRAHÁZA

7 év alatt 14 000 beteget kezeltünk a MÁGY pulmonológiai rehabilitációs osztályán.

66,3% hypertónia, 29,9% ISZB, 21,1% NIDDM, 17,7% depresszió, 6,41% pitvarfibrilláció fordult elő társbetegségként.

Előadásomban arról arról beszélek hogy milyen gyógyszeres és nem gyógyszeres lehetőségeink vannak a 3 hetes intézeti pulmonológiai rehabilitációs program során a társbetegségek kezelésére.

A myocardialis infarctus kockázata COPD acut exacerbációjában

Losonczy György, Karlócai Kristóf

SEMMELWEIS EGYETEM PULMONOLÓGIAI KLINIKA, BUDAPEST

Az akut tüdőgyógyászati fekvőbeteg ellátás egyik leggyakoribb kórképe a krónikus obstruktív tüdőbetegség akut exacerbációja (COPDAE). A COPDAE fő tünetei közül a légszomj és a mellkasi fájdalom akut myocardialis infarctus (AMI) miatt is felléphetnek. A két kórkép gyakran együtt is előfordul. Az esetek egy részében a háttérben a szisztémás gyulladásos cascade aktiválódása, atherosclerotikus plakk ruptura állhat. COPDAE önálló és a COPDAE+AMI együttes fennállásának elkülönítő kóriméje a mindennapi gyakorlatban sokszor nem egyszerű. Pedig az AMI időben való felismerése hatékony intervenciót biztosít. Főként, ha az infarctus háttérben valóban coronaria occlusio húzódik meg. A betegfelvételt végző orvos feladata annak a megítélése, hogy a mellkasi fájdalom jellege, az EKG eltérések specificitása, valamint a troponin koncentráció változás mértéke alapján az AMI alapos gyanúja fennáll-e. Ha COPDAE és AMI együttesen fennáll, az érintett – gyakran idős – beteg általános állapota megnehezítheti a további áthelyezést, szállítást. Az utóbbi 2 évben több ilyen témájú megfigyelés, valamint metaanalízis jellegű vizsgálat eredményeit publikálták. Ezek szerint COPDAE miatt hospitalizált betegek között 15–20%-os gyakorisággal előfordul AMI is. Az AMI időben történő felismerése azonban csak az esetek mintegy felében történik meg. Az alacsony felismerési arányt a COPDAE és az AMI tünetei, valamint az EKG eltérések közötti jelentős átfedés magyarázhatja. A troponin pozitivitást a jobb kamra krónikus terhelése is okozhatja, ezért kevésbé specifikus ebben a populációban. Ha az infarctust sikerült is felismerni, az intervenció akkor is ritkább, mint COPD nélküli infarctusban. Ennek vannak technikai okai (nehezen tud fekvődni, köhög), de az eredményesség is alacsonyabb. A tünetek enyhítésére és a hypoxaemia csökkentésére bevezetett nem-invazív ventilációs kezelés a bal kamrai haemodynamikát is javítja, a tüdőoedéma megszűnhet. Az AMI-t így a már javult állapotú betegen lehet majd felismerni. Egy évvel az infarctus után azonban a COPD-s populáció mortalitása és egészségi állapota is rosszabb, mint COPD nélküli infarctus után.

A spirometria értékelése az obstruktív tüdőbetegségek diagnosztikájában

Somfay Attila

SZTE TÜDŐGYÓGYÁSZATI TANSZÉK, DESZK

A spirometria jól reprodukálható, objektív és szenzitív vizsgálat a légúti obstrukció diagnosztikájában. A hörgőtágító adása után mért FEV1/FVC < 0,70 érték általánosan elfogadott a kilégzési áramláskorlátozottság igazolására. Azonban ez az életkortól és referencia értékektől függetlenül alkalmazott kritérium idős korban a COPD túldiagnosztizálásához, míg 45 éves kor alatt, főleg enyhe betegség esetén, a COPD alulbecsléséhez vezethet (1,2). Mindez kiküszöbölhető, ha a normalitás alsó szintjét (lower limit of normal, LLN) vesszük figyelembe a FEV1/FVC értékelésében. Az LLN alapján történő értékelés során a tüdőfunkció életkorral történő hanyatlásával is számolnak és az egészséges populáció normális eloszlásának alsó 5%-át tekintik kóros értéknek.

A valamennyi spirométerben beállítható GLI (Global Lung Initiative) referenciaértékek alapján normálisnak tekinthető az un. z-score -1,64 feletti értéke (az LLN alsó 5% feletti értékek). Ez a határérték verifikálva

lett mind egészségesekben (3), mint kóros tüdőfunkcióval rendelkezőkben (4). Így elkerülhető a téves kórisme idősekben, illetve korai légúti obstrukció felismerése is megtörténhet.

A COPD pontos diagnosztikájában azonban a spirometria mellett a tüneteknek is a rizikófaktoroknak ekvivalens szerepük van.

1. van Dijk W, Tan W, Li P, et al. Clinical relevance of fixed ratio vs lower limit of normal of FEV1/FVC in COPD: patient-reported outcomes from the CanCOLD cohort. *Annals of family medicine* 2015; **13**(1): 41-8.
2. Guder G, Brenner S, Angermann CE, et al. „GOLD or lower limit of normal definition? A comparison with expert-based diagnosis of chronic obstructive pulmonary disease in a prospective cohort-study”. *Respir Res* 2012; **13**(1): 13
3. Vaz Fragoso CA, McAvay G, Van Ness PH, et al. Phenotype of normal spirometry in an aging population. *Am J Respir Crit Care Med* 2015; **192**(7): 817-25.
4. Vaz Fragoso CA, McAvay G, Van Ness PH, et al. Phenotype of Spirometric Impairment in an Aging Population. *Am J Respir Crit Care Med* 2016; **193**(7): 727-35.

Légúti markerek COPD-ben

Lázár Zsófia

SEMMEIWEIS EGYETEM, PULMONOLÓGIAI KLINIKA, BUDAPEST

A krónikus obstruktív tüdőbetegsége (COPD) jellemző légúti remodelling és irreverzibilis légúti obstrukció kialakulásában számos gyulladáshoz vezető út szerepet játszik. Ezek az inflammatorikus folyamatok azonban nem csak a légutakat, hanem a pulmonalis vaszkulaturát is károsítják, endotel diszfunkciót előidézve. Az előadás röviden áttekinti a légúti gyulladás és a pulmonalis endotel diszfunkció közötti kapcsolatot, és betekintést ad a légúti gyulladás non-invazív mérési lehetőségeibe.

Egyénre szabott perioperatív ellátás jelentősége

Pézenes István, Szabolcs Zoltán, Varga Tamás, Németh Endre, Bóné Erika, Komáromi Tamás

SEMMEIWEIS EGYETEM, BUDAPEST

Előadásunkban egy 35 éves beteg kórtörténetét mutatjuk be. Anamnézis:

- 5 éves kora óta ismert Marfan szindrómája
- 5 éves korában pectus excavatum miatti opus (3 alkalommal volt sternum kiemelés)
- 15 éves korában scoliosis miatt gerinc lemezes stabilizációs műtét (Németországban)
- 20 évesen (2003-ban) globális légzési elégtelenség miatt 3 hónapos gépi lélegeztetés (tracheostómán)
- 2003 óta otthoni oxigén terápiára szorul, CPAP terápia
- Spirometria: FVC: 0,97 (26%), FEV⁰,68 (21%),
- Vérgáz: PaO₂: 53,3 Hgmm, PaCO₂: 54,2 Hgmm, pH:7,34

A Marfan szindróma talaján kialakult 56 mm tágasságú SV aneurysma (aorta gyök tágulás) miatt teljes aorta gyök rekonstrukció a terv, extracorporalis bypass védelemben. A Bentall műtét 2017.12.05-én megtörtént (műtéti idő 200 perc). A műtéti előkészítést és a posztoperatív terápiát az előadásunkban bemutatjuk. A beteget 2018.01.02-án kardiorespiratorikusan kompenzáltan átadtuk pulmonológiai utókezelésre, otthoni BIPAP beállításra. Jelenleg a beteg jól van, mobilis.

A siker titka a tapasztalt szívsebész mellett a fizioterápiában, légzésrehabilitációban, a légzési elégtelenség kezelésében tapasztalt aneszteziológus, gyógytornász és pulmonológus együttműködése.

JET lélegeztetés pulmonalis hypertoniás betegek tüdőtranszplantációja esetében

Madurka Ildikó¹, Komosói Tóth Krisztina¹, Schönauer Nóra¹, Bartók Tibor¹, Elek Jenő¹, Rényi-Vámos Ferenc², Lang György²

¹ORSZÁGOS ONKOLÓGIAI INTÉZET, ANESZTEZIOLÓGIAI ÉS INTENZÍV TERÁPIÁS OSZTÁLY; ²ORSZÁGOS ONKOLÓGIAI INTÉZET BÁZISÁN MŰKÖDŐ SEMMELWEIS EGYETEM MELLKASSEBÉSZETI KLINIKA

Az elmúlt 35 év során a tüdőtranszplantáció számos különböző etiológiájú végstádiumú tüdőbetegség esetében jelent megoldást. Mind primer pulmonalis hypertoniában (PPH), mind parenchymás tüdőbetegségekhez társuló szekunder pulmonalis hypertoniában a pulmonalis nyomás megközelíti, esetenként meg is haladja a nagyvérköri artériás vérnyomást, jelentős terhet róva a jobb szívfélre. Az ilyen betegeknél a műtéti anesztézia során elindított pozitív nyomású lélegeztetés a kisvérköri rezisztencia további emelésével akut jobb szívfél elégtelenséget válthat ki. Épp ezért ebben a betegcsoportban az általános, jobbára életmentő sebészeti beavatkozásokat is csak erre szakosodott centrumokban végzik és magát a tüdőtranszplantációt sem vállalja mindegyik centrum. A bécsi transzplantációs centrum egyike ezeknek az intézményeknek. Itt a narkózis bevezetése enyhe szedációval kiegészített, helyi érzéstelenítésben bevezetett perifériás veno-arteriozus ECMO-n történik. Hazánkban az első tüdőtranszplantációt 2015.12.12-én végeztük el, a fiatal program ellenére az első primer pulmonalis hypertoniás beteg tüdőtranszplantációjára hasonló módon 2017 szeptemberében került sor. Az elmúlt időszak 8 idiopátiás pulmonalis fibrózisos betege közül a négy súlyosabb, emelkedettebb pulmonalis vaszkuláris rezisztenciával járó esetében alkalmaztunk a narkózis bevezetésére JET lélegeztetést sikeresen, megelőzve az akut jobb szívfél elégtelenséget. Az alacsony légúti nyomásokkal járó nagy frekvenciás lélegeztetés (JET) szupraszisztémás kisvérköri nyomásokkal járó primer pulmonalis hypertoniás beteg esetében is használható eljárásnak bizonyult, ezzel egy alternatíváját jelenti a PPH-s betegek transzplantációjakor használatos éber ECMO-n történő narkózis bevezetésének.

Hol tart ma Magyarországon a tüdőtranszplantáció – az első három év eredményei

Elek Jenő³, Gieszer Balázs^{1,2}, Radeeczy Péter^{1,2}, Ghimessy Áron^{1,2}, Farkas Attila^{1,2}, Csende Kristóf¹, Bogyó Levente^{1,2}, Fazekas Levente^{1,5}, Kovács Nóra¹, Madurka Ildikó³, Kocsis Ákos^{1,2}, Török Klára^{1,2}, Bartók Tibor³, Dancs Tamás³, Schönauer Nóra³, Tóth Kriszta³, Szabó József¹⁰, Bohács Anikó⁶, Czebe Krisztina⁸, Csiszér Eszter^{6,9}, Kovács Lajos⁷, Müller Veronika⁶, Rényi-Vámos Ferenc^{1,2}, Lang György^{2,4}

¹ORSZÁGOS ONKOLÓGIAI INTÉZET, MELLKASBÉSZETI OSZTÁLY, BUDAPEST; ²SEMMEIWEIS EGYETEM, MELLKASBÉSZETI KLINIKA, BUDAPEST; ³ORSZÁGOS ONKOLÓGIAI INTÉZET, ANESZTEZIOLÓGIAI ÉS KÖZPONTI INTENZÍV TERÁPIÁS OSZTÁLY, BUDAPEST; ⁴KLINICHE ABTEILUNG FÜR THORAXCHIRURGIE, UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR CHIRURGIE, MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT, WIEN;

⁵SEMMEIWEIS EGYETEM, VÁROSMAJORI SZÍV- ÉS ÉRGYÓGYÁSZATI KLINIKA, BUDAPEST; ⁶SEMMEIWEIS EGYETEM, PULMONOLÓGIAI KLINIKA, BUDAPEST; ⁷SEMMEIWEIS EGYETEM I. SZ. GYERMEKGYÓGYÁSZATI KLINIKA, BUDAPEST;

⁸DEÁK JENŐ KÓRHÁZ, PULMONOLÓGIAI OSZTÁLY, TAPOLCA; ⁹ORSZÁGOS KORÁNYI TBC ÉS PULMONOLÓGIAI INTÉZET, BUDAPEST;

¹⁰SEMMEIWEIS EGYETEM, TRANSZPLANTÁCIÓS ÉS SEBÉSZETI KLINIKA, BUDAPEST

Bevezetés: A többi parenchymás szerv transzplantációjának bevezetéséhez képest hazánkban a tüdőtranszplantációs program viszonylag későn indult el. Az első tüdőtranszplantációt 2015.12.12-én végeztük el az Országos Onkológiai Intézet és a Semmelweis Egyetem együttműködésével. 2018. augusztusáig 55 tüdőtranszplantációra került sor. Előadásunkban áttekintjük az első három év tapasztalatait és eredményeit, valamint, hogy a program indulása mit adott a hazai orvostársadalomnak, különös tekintettel a résztvevő aneszteziológusoknak.

Anyag és módszer: 2018. augusztusáig 55 tüdőtranszplantációt végeztünk, retrospektív módszerrel végeztük az adatfeldolgozást.

Eredmények: 2015.12.12. és 2018.07.31. között 54 kétoldali és 1 egyoldali tüdőtranszplantáció valósult meg. A statisztikai elemzésen túl kiemeljük, hogy a hazai tüdőtranszplantációs programban gyorsan emelkedek az esetszámok, mely más centrumok indulásához képest kivételes eredmény. A szövődmények és halálozások száma más, nagy esetszámú centrumok számainak megfelel. A fiatal program ellenére már sor került kombinált, vese-tüdő transzplantációra, valamint túl vagyunk az első gyermek és az első re-transzplantáción. Szintén végeztünk -nem minden centrum által vállalt- pulmonalis hipertonia alapbetegsében is tüdőátültetést -sikeresen. A korai posztoperatív időszakban 2 beteget veszítettünk el. A betegek 1 éves túlélése 82,96% volt. Vesepótló kezelésre mindezüdig nem volt szükség, ellentétben a nemzetközi irodalmi adatokkal. A tüdőtranszplantációs programnak szerepe jelentős abban, hogy az ellátó intézmény orvosai jártasságot szereztek az ECMO technikában, ami a programmal került igazán az intenzív betegellátók kezébe az eddigi szívsebészeti-, kardiológiai centrumokkal szemben. Ezáltal vált lehetővé a veno-venosus ECMO kiterjesztettebb használata súlyos légzési elégtelenségben valamint mellkasebészeti tüdőműtétekben.

Az ARDS differenciáldiagnosztikai kérdései egy betegünk kapcsán

Szántó Annamária, Tóth Judit, Nyulasi Tibor

SZENT JÁNOS KÓRHÁZ ÉS ÉSZAK-BUDAI EGYESÍTETT KÓRHÁZAK

A 41 éves férfibeteg STEMI miatt került felvételre primer PCI centrumba, ahol culprit leasio ellátása megtörtént. Kezelése 1. napján fellépő ALI háttérében radiológiailag igazolt ARDS állt. 5. napon tartós lélegeztetési igénye miatt került osztályunkra átvételre.

Az eset kapcsán az ARDS okait, differenciáldiagnosztikai szempontjait, valamint a kezelés során fellépő interkurrens szövödmények ellátásának kérdését szeretnénk megtárgyalni.

A beteg három hetes lélegeztetés, közel egy hónapos intenzív osztályos kezelést követően kardiológiai majd kardiorehabilitációs utógondozásra került.

ARDS-t okozó Chlamydia psittaci fertőzés – Esetbemutató

Gyulai Márton, Bíró Hajnalka, Putz Zsuzsanna, Madurka Ildikó, Elek Jenő, Péntes István, Lantos Ákos

TÜDŐGYÓGYINTÉZET, TÖRÖKBÁLINT, INTENZÍV OSZTÁLY

A 41 éves férfi egy hete tartó láz, fokozódó fulladás miatt került felvételre Intézetünkbe. Mellkas rtg felvételén kiterjedt, kétoldali, masszív infiltratum ábrázolódott. Oxigénpótlást, szélesspektrumú, kombinált antibiotikumkezelést (Tienam-Klacid) kezdtek, majd somnolentia, globális légzési elégtelenség miatt sürgősséggel kérték átvételét Intenzív Osztályunkra. Sürgős intubációt követően gépi lélegeztetést kezdtünk, terápiáját amikacinnal és antivirális szerrel, nagy dózisu szteroiddal egészítettük ki. Laborjából magas CRP, emelkedett máj- és vesefunkciós paraméterek, magas D- dimer, hyponatraemia, hypocalcaemia, leukocytosis emelhetők ki. Bronchoscopos leszívást követően lélegeztethetősége, oxigenizációja jelentősen javult. Folyadékpótlás, keringéstámogatás mellett vérnyomása, diuresise rendeződött. Az alkalmazott terápia mellett gyors, teljes radiológiai regressiót észleltünk, laborparaméterei normalizálódtak, majd kezelésünk 9. napján sikeresen extubáltuk, átmenetileg NIV kezelést, pulmotrainert alkalmaztunk, gyógytornászok segítségével mobilizáltuk. ANCA vizsgálatok negatívak lettek. Orr-, torok-, trachea-, bronchus mintákból baktérium nem tenyésztett, szerológiai vizsgálat alapján friss Chlamydia psittaci fertőzést valószínűsítettek, madárkontakt igazolható volt. Kezelésének 15. napján gyógyultan otthonába távozott, ekkor beszűkülött diffúziós kapacitás értékeket mértünk (TLCO 61%, KCO 76%), két hetes kontroll szerint diffúziós kapacitás jelentősen javult.



komolyzenei
fesztiválok

üzleti
előadások



kongresszusok
konferenciák
szimpóziumok



www.regio10.hu

„RÉGIÓ-10” Kft. **KONGRESSZUSI IRODA**

cím: 6720 Szeged, Dugonics tér 12.

postacím: 6701 Szeged, Pf.: 898

telefon/fax: +36 62 710 500

web: www.regio10.hu

<https://www.facebook.com/regio10kft>



Lassítsa az IPF progresszióját!

Ofev 100 mg és 150 mg lágy kapszula

rövidített alkalmazási előírás

▼ Ez a gyógyszer fokozott felügyelet alatt áll.

Összetétel: 100 mg illetve 150 mg nintedanibot tartalmaz kapszulánként (eszifát formájában). Segédanyagként szójalecítint is tartalmaz. **Terápiás javallatok:** Az Ofev idiopáthás pulmonális fibrózis (IPF) kezelésére javallott felnőtteknél. **Adagolás és alkalmazás:** Az Ofev-kezelést az IPF-diagnosztizálásában és kezelésében jártas orvosnak kell elkezdenie. Az ajánlott adag naponta kétszer 150 mg nintedanib, amelyet körülbelül 12 óra különbséggel kell bevenni. A 300 mg-os ajánlott maximális napi adagot nem szabad túllépni. Napi kétszer 100 mg-os dózis alkalmazása csak azoknál a betegeknél ajánlott, akik a napi kétszer 150 mg-os dózist nem tolerálják. **Károsodott vesebetegségek:** Enyhé és közepes fokú vesekárosodásban szenvedő betegeknél a kezelés elegendő módosítására. A nintedanib biztonságosságát, hatásosságát és farmakokinetikáját súlyos vesekárosodásban szenvedő betegeknél (kreatininclearance < 30 ml/perc) nem vizsgálták. **Károsodott májműködésű betegek:** Enyhé májkárosodásban (Child Pugh A stadium) szenvedő betegeknél az Ofev ajánlott adagja 100 mg naponta kétszer, körülbelül 12 óra különbséggel bevéve. Enyhé májkárosodásban (Child Pugh A stadium) szenvedő betegeknél a mellékhatások kezelése érdekében megfontolandó a kezelés első három hónapjában jelentkező. Az alacsony testtömegű (< 65 kg) betegeknél, ázsiai betegeknél és nőbetegeknél magasabb az emelkedett májenzimszintek kialakulásának kockázata. A nintedanib alkalmazása kapcsán vesekárosodás vagy veseelégtelenség eseteiről számoltak be, amelyek néha halálos kimenetelűek voltak. A nintedanib alkalmazása kapcsán vesekárosodás vagy veseelégtelenség eseteiről számoltak be, amelyek néhány esetben halálos kimenetelűek voltak. A nintedanib-kezelés előtt monitorozni kell a betegeket. Különös figyelmet fordítva azokra, akiknél fennállnak a vesekárosodás vagy veseelégtelenség kockázati tényezői. Vesekárosodás vagy veseelégtelenség esetén meg kell fontolni a terápia dózismódosítását. Pirifenidonnal együtt történő alkalmazás: Egy dedikált farmakokinetikai vizsgálatban a nintedanib és a pirifenidon egyidejű alkalmazását vizsgálták IPF-es betegeknél. Ezen eredmények alapján nincs bizonyított szövőtmény farmakokinetikai vizsgálatban a nintedanib és a pirifenidon kombinációjának alkalmazását nintedanib és pirifenidon között. Mivel a két gyógyszer biztonságossági profilja hasonló, adótvá nemkívánatos események, köztük a gastrointesztinális, valamint hepatikus nemkívánatos események várhatóak. **Terhesség és szoptatás:** Övintézkedések a fogamzóképes korban lévő nőbetegeknél azt kell tanácsolni, hogy ne essenek terhésre a kezelés alatt. Mivel a nintedanib emberben is magzati károsodást okozhat, terhesség alatt tilos alkalmazni. Az Ofev alkalmazásának ideje alatt a szoptatást fel kell függeszteni. **Hatásai a gépjárművezetéshez és gépek kezeléséhez szükséges képességekre:** Az Ofev kismértékben befolyásolja a gépjárművezetéshez és a gépek kezeléséhez szükséges képességeket. Fel kell hívni a betegeket figyelmükre, hogy legyenek óvatosak, ha az Ofev-kezelés alatt gépjárművet vezetnek vagy gépeket kezelnek. **Mellékhatások:** A nintedanib alkalmazásával járó, leggyakrabban jelentett mellékhatások közé tartoztak a hasmenés, a hányinger és a hányás, a hasi fájdalom, a csökkent étvágy, a testtömegcsökkenés és a májenzimszintek emelkedése. Nagyon gyakori: Hasmenés, hányinger, hasi fájdalom, emelkedett májenzimszintek. Gyakori: Testtömegcsökkenés, csökkent étvágy, hányás, emelkedett ALT, AST, GGT, vérzés, bőrkárosítás. **Nem gyakori:** pancreatitis, hipertónia, hyperbilirubinémia, emelkedett alkalikus foszfatáz (ALP) szint a vérben, thrombocitopenia, dehidráció, gyógyszer indukált májkárosodás. **Farmakoterápiás csoport:** daganatellenes szer, proteín-kináz inhibitorok, ATC kód: L01XE31. **Hatásmechanizmus:** A nintedanib egy kis molekulaú triozinokínáz inhibitor, amely gátolja többek között a thromboxán eredetű növekedési faktor receptor (PDGFR) és B típusú, a fibroblast növekedési faktor receptor (FGFR) 13As típusát és a VEGFR 13As típusát. A nintedanib gátolja az FGFR és PDGFR jelátviteli kaskádok aktivációját, melyek kritikus szerepet játszanak az idiopáthás pulmonális fibrózis kórfolyamában alapvető fontosságú sejtek, a tüdő fibroblastjainak/myofibroblastjainak proliferációjában, migrációjában és differenciálódásában. **A forgalomba hozatalt engedély jogosultja:** Boehringer Ingelheim International GmbH. **A forgalomba hozatalt engedély száma:** EU/1/14/979/001-004. **Orvosi rendelvényhez kötött gyógyszer (SZ): TB támogatás mértéke:** EU 100 BNC J84 – az arra kielégítő centrumokban, Magyar Közlöny 2017. évi 78. szám 7995. oldal 11-es pont. <http://www.kozlonyok.hu/nko/line/MKDF/hteles/MKT078.pdf> **A termék árval kapcsolatban a változások a http://www.neak.gov.hu/felo_menu/szakmai_oldalak/gyogyszer_segedeszkoz_gyogyfuro_tamogatats/egeszseguy_valallkozasoknak/pupha/Vegleges_PUPHA.html honlapon tudja követni.**

Bővebb információért olvassa el a gyógyszer részletes alkalmazási előírását

Ezt megtalálhatja a <http://www.ema.europa.eu/> illetve <https://www.oegyei.gov.hu/gyogyszeradatabazis/> alatt, illetve kérheti a Boehringer Ingelheim International GmbH magyarországi elérhetőségén: info@bud.boehringer-ingelheim.com

	Közfinanszírozás alapjául elfogadott ár (Ft)	Vonatkozó TB támogatás mértéke	Vonatkozó indikációs pont	Beteg által fizetendő ár (Ft)
OFEV 150mg 60x	708 417	EU 100 (J84)	62	300
OFEV 100mg 60x	472 625	EU 100 (J84)	62	300

Az alkalmazási előírás dátuma: 2018.07.26.

▼ Ez a gyógyszer fokozott felügyelet alatt áll, mely lehetővé teszi az új gyógyszerbiztonsági információk gyors azonosítását. Az egészségügyi szakemberek arra kérjük, hogy jelentsenek bármilyen fellettelézt mellékhatást. Az Országos Gyógyszerészeti és Elmelemezés-egészségügyi Intézetnek (OGYÉI) a www.oegyei.gov.hu honlapon található online mellékhatás-bejelentő felületen keresztül, illetve a honlapon letölthető mellékhatás-bejelentő lapon jelenthet, vagy bármilyen nem-kívánatos eseményt elküldhet a Boehringer Ingelheim International GmbH magyarországi elérhetőségére: pv_local_hungary@boehringer-ingelheim.com

Kérjük, segítse munkánkat azáltal, hogy mellékhatás-bejelentését csak egy helyre juttatja el, vagy az OGYÉI-nak, vagy a Boehringer Ingelheim International GmbH felé.

Orvosi információ: medinfo.hu@boehringer-ingelheim.com

Boehringer Ingelheim
 RCV GmbH & Co. KG Magyarországi Fióktelepe
 1095 Budapest, Lechner Ó. fasor 6.
 Tel.: 1.299-8900; Fax: 1.299-8901
www.boehringer-ingelheim.hu



**Boehringer
 Ingelheim**