

Diabetológia

A szívelégtelenség és a mortalitás végpontjai 2-es típusú diabetesben szenvedők alogliptin- vs. placebokezelése során (Heart failure and mortality outcomes in patients with type 2 diabetes taking alogliptin versus placebo in EXAMINE: a multicentre, randomised, double-blind trial) Zannad, F., Cannon, C. P., Cushman, W. C., et al., for the EXAMINE Investigators ([Dr. Zannad] Institut Lorrain du Coeur et des Vaisseaux, Centre d'Investigation Clinique Inserm, 54500 Vandoeuvre-Les-Nancy, Franciaország; e-mail: f.zannad@chu-nancy.fr): *Lancet*, 2015, 385(9982), 2067–2076.

Az EXAMINE vizsgálat 2-es típusú diabeteses, a közelmúltban akut coronariaszindrómát szenvedett betegeknek tanulmányozta a dipeptid-peptidáz-4- (DPP-4-) gátló alogliptin- vs. placebokezelés hatását a jelentős kardiális eseményekre (MACE – major adverse cardiac event). (Ref.: *A 2-es típusú diabetes mellitus növeli a szívelégtelenség kialakulásának a kockázatát, és a szívelégtelenséggel élők esetében kedvezőtlenül befolyásolja a végpontokat.*) Mivel egy másik DPP-4-gátlóval kapcsolatos vizsgálat során nagy arányban észleltek szívelégtelenséget a kórházi kezelés során, jelen közlemény szerzői a szívelégtelenség miatt bekövetkező kórházi felvételek arányának alakulását mérték fel az EXAMINE keretében.

Kettős vak, multicentrikus, randomizált, placeboval kontrollált vizsgálatról van szó.

Az utánkövetés medián 533 napig tartott (IQR: 280–751).

A vese-clearance jelenségével számot vetve az alogliptin és a megfelelő placebokezelés adagját a kiinduláskor, illetve randomizáláskor becsült glomerularis filtrációs ráta (eGFR) értéke alapján állították be: a legalább napi 60 ml/perc/1,73 m² eGFR-érték mellett napi 25 mg, a ≥30-as és ≤60 közötti tartományban 12,5 mg, a <30 ml/perc/m² értékek esetében pedig 6,25 mg volt a napi dózis. E gyógyszerelés mellett a betegek mindegyikét kezelni kellett a 2-es típusú diabetes és cardiovascularis kockázati tényezők elleni, a helyi irányelvek szerinti standard terápiával.

A vizsgálati eredményekből kiemelendő adatok:

- Összesen 5380 beteget randomizáltak a vizsgálatba, 2701 került az alogliptin- és 2679 a placeboágra. A betegek utánkövetése medián 533 napon át folyt.
- A kiterjesztett MACE-végpont az alogliptint szedők közül 433 (16,0%), a placeboágon pedig 441 beteg esetében (16,5%) jelentkezett.
- Az alogliptint szedők közül 85 betegnél (3,1%) volt szívelégtelenség miatti hospitalizáció az első esemény, a placebo-csoportban pedig 79-nél (2,9%) (a kockázati arány [HR] 1,00, 95%-os CI: 0,82–1,21), és az eredmények nem különböztek a kiinduláskori BNP-koncentráció függvényében.
- Az N-terminális pro-BNP koncentrációja mindkét csoportban hasonlóan szignifikáns mértékben csökkent.

A vizsgálat következtetése: Az EXAMINE tanulmány kimutatta, hogy a DDP-4-gátló alogliptinnel végzett kezelés a placebo mellett észlelhető hasonló szívelégtelenség-végpontokhoz vezet, a közelmúltban akut coronariaszindrómás eseményen átesett és 2-es típusú diabetesben szenvedő betegeknek. Az anamnézisben a kiinduláskor szereplő szívelégtelenség szerinti alcsoportelemzés azt mutatta, hogy az alogliptinkezelés mellett nem került sor több kórházi felvételre. Mindezek alapján a szerzők úgy vélik, hogy az alogliptinkezelés alkalmazásával nem nő a szívelégtelenséggel kapcsolatos végpontok kockázata, ideértve a szívelégtelenség miatt bekövetkező CV-halálózást és kórházi felvételt. Mindemellett azt tapasztalták, hogy az N-terminális pro-BNP szintjének csökkenése és a diuretikumok (mind a tiazid-, mind a kacsdiuretikumok) használata hat hónap múltán hasonlóan alakult az alogliptin- és a placebo-csoportban.

Összefoglalásként megállapítható, hogy 2-es típusú diabetesben és akut coronariaszindrómában szenvedők esetében az alogliptinkezelés nem növelte a szívelégtelenséggel kapcsolatos végpontok kockázatát.

Fischer Tamás dr.

Pulmonológia

Gyors, teljes körű és anyagilag elfogadható Mycobacterium-diagnózis teljesgenom-szekvenálással: prospektív vizsgálat

(Rapid, comprehensive, and affordable mycobacterial diagnosis with whole-genome sequencing: a prospective study) Pankhurst, L. J., del Ojo Elias, C., Votintseva, A. A., et al. (Microbiology and Infectious Diseases, Nuffield Department of Clinical Medicine, John Radcliffe Hospital, University of Oxford, Oxford OX3 9DU, Egyesült Királyság; e-mail: louise.pankhurst@ndm.ox.ac.uk): *Lancet Respir. Med.*, 2016, 4(1), 49–58.

A *Mycobacterium tuberculosis* kimutatásának és gyógyszerérzékenysége meghatározásának standard módszere a tenyésztés. Ez eredményt 8–80 nap múlva ad. A genotípus-gyorsvizsgálat eredménye szinte azonnali, de nem képes minden gyógyszerre vonatkozóan kimutatni a rezisztenciát. A közlemény nyolc európai és észak-amerikai laboratórium közreműködésével 356 speciment hasonlított össze a hagyományos módszer és teljesgenom-szekvenálás alkalmazásával. Utóbbi eredményét referencia-génbank adataihoz hasonlították, amely tartalmazta az isoniazid, rifampicin, ethambutol, pyrazinamid, streptomycin, fluorokinolonok, aminoglikozidok jellemző rezisztencia-fenotípusát is. A DNS-t a folyékony táptalajon kitenyésztett kórokozóból nyerték.

A tbc-bacilus és az észlelt egyéb *Mycobacterium* kimutatásának pontossága 93%, a gyógyszerérzékenység meghatározásáé ugyancsak 93%-os volt. A szekvenálás eredménye medián 9 nap múlva megvolt, míg a hagyományos módszer medián 21 napot vett igénybe. Költsége 481 font sterling, szemben a hagyományos módszer 518 font sterlingével. A minták 17%-ánál észleltek gyógyszer-rezisztenciát, 3%-ban ez multidrug-rezisztencia volt. A rezisztencia génszekvenálásos meghatározásának hiányossága, hogy rezisztenciát posztranszkripció és posztranszlációs szint is okozhat (proteinmódosulás, kiáramlási-pumpa-mechanizmus).

(Ref.: *A szerzők is említik, hogy a módszer a gazdag országokban jön szóba. A szerkesztőségi kommentár felhívja a figyelmet arra, hogy a DNS-mintát a tenyésztésből vették. További fontos kérdés – az idő miatt – közvetlenül a köpetmintából való alkalmazás.*)

Nagy László Béla dr.

Szülészet-nőgyógyászat

Granulomás mastitis

(Die granulomatöse mastitis)

Böhm, D.

(E-mail: boehm@soeder-boehm.de):

Geburtsh. Frauenheilk., 2014,
74(2), 138.

A 43 éves betegnek három napja egyre fokozódó jobbemlő-fájdalma és -duzzanata keletkezett. Az ultrahangvizsgálat tejvezeték-tágulatot és a jobb emlő aszimmetriás

megnagyobbodását mutatta. Az alsó-külső kvadránsban tályogot valószínűsítettek, punkció során kevés savós folyadékot bocsátottak le. Trimethoprim/sulfamethoxazol + metronidazol kezelésre javulás nem következett be. Az ultrahangvizsgálat továbbra is tályogképződést gyanított. Az ökölnyi tályogüreget megnyitották, alig volt benne gennyes váladék. Szöveti vizsgálatra mintát vettek: perzisztáló/recidiváló florid abscedáló granulomás mastitis volt a kórisme. A második műtét után nagy szövethiány keletkezett sebdehiscenciával.

Kis dózisban szteroidkezelést kezdtek. A vákuumkezelés többszörös cseréje után a tünetek lényegesen javultak, és négy hét után hazaengedték a beteget. Két héttel később a sebürege 3 × 2 × 1 cm-es volt, gyulladásos jelek nélkül. Újabb két hét múltán a vákuumkötést eltávolították, és másodlagosan zárták a sebet. A szteroidkezelést hat hónapon át folytatták. Két évvel később a beteg panaszmentes volt, az emlő szövethiánnyal és többszörös heggel gyógyult.

Jakobovits Antal dr.

FELHÍVÁS folyóirat-referátumok beküldésére

A Semmelweis Egyetem Továbbképző Központjának döntése értelmében 2016. január 1-jétől folyamatosan orvos-továbbképzési pontokat kaphatnak a nemzetközi, impaktfaktoros folyóiratokban megjelent közlemények rövid összefoglalásának, referátumának beküldői.

Az Orvosi Hetilap hasábjain megjelenő és közlésre elfogadott referátum után 1 pont, **félévente maximum 12 továbbképzési pont gyűjthető**, amelyet félévente összesítve továbbítunk a továbbképzési központok felé.

Távoktatással szerzett pontokból évente legfeljebb 20 pont számítható be.

Aki továbbképzési pontot kíván gyűjteni, a referátum beküldésekor adja meg pecsétszámát.

Várjuk lelkes, továbbképzési pontokat gyűjteni kívánó referálóink jelentkezését!

A referátum fejlécében az alábbi adatokat kérjük megadni:

A cikk címe magyarul, zárójelben az angol cím

A szerző(k) neve (vezetéknév, a keresztnévet jelölő betű(k) – 3 szerzőig, háromnál több szerző esetén et al.), a levelező szerző neve, munkahelye és e-mail címe)

A folyóirat neve – a szokásos nemzetközi rövidítés szerint (PubMed), **évszám, kötetszám, füzetszám, a cikk kezdő és utolsó oldalszáma**

A referátumot elektronikus úton (Editorial Manager vagy e-mail: edit.budai@akademiai.hu) kérjük elküldeni.