Angiológia

Az agyi artériák és szívkoszorúerek betegsége közötti összefüggések (Zerebrale arterielle Verschlusskrankheit bei koronärer Herzerkrankung)
Jander, S., Stegemann, E. (Klinik für Neurologie, Klinik für Kardiologie, Pneumonologie und Angiologie, Heinrich-Heine Universität Düsseldorf, Düsseldorf, Németország):
Dtsch. Med. Wochenschr., 2014, *139*(23), 1224–1227.

Nagyfokú tünetmentes carotisszűkület (carotisstenosis) esetén a stroke kockázata – a legújabb kohorszvizsgálatok eredményei szerint – évi 0,3–0,5%, azaz jóval kisebb az 1980-as és az 1990-es években végzett randomizált terápiás tanulmányokban kapott értékeknél (2–3%).

Ami az újradefiniált ultraszonográfiás – a szűkületek besorolására használt – kritériumokat illeti, az extracardialis carotisstenosis osztályozására létrehozott módosított DEGUM-kritériumok jobban illeszkednek a randomizált terápiás tanulmányok kapcsán érfestéssel megállapított szűkületi értékhez. Az S3-irányelvek carotisszűkületre vonatkozó terápiás ajánlásai explicit módon a módosított DEGUM-kritériumokon alapulnak.

A nagy kockázati állapotok azonosítására vonatkoztathatóan, a szűkület mértéke mellett, tünetmentes carotisstenosis esetén a stroke kockázatának mértékét jelzi a szűkület progressziójának sebessége és az olyan ultraszonográfiás morfológiai jellemzők, mint a fekélyesedés, a felületi egyenetlenség és az alacsony echogenitás.

A koszorúér-bypassműtét előtti ultrahangos kivizsgálás során gyakran derül fény tünetet nem okozó carotisstenosisra, és ennek kapcsán mérlegelhetik a revascularisatiós kezelést. A fő nyaki verőér nagymértékű szűkületéhez nem kapcsolódik a koszorúérműtét alatti stroke-kockázat, illetve halálozási kockázat növekedése. A szimultán carotis- és koszorúérműtét javallatát a nagy cardialis és neurológiai kockázatot jelentő egyedi helyzetekre kell fenntartani.

A carotisplakkok térfogatának, illetve felületének növekedése független prediktora a cardiovascularis (CV) eseményeknek.

A koszorúér-betegség mértéke és az agyi artériák szűkületével járó betegségek, illetve a különféle érterületek elmeszesedésének mértéke között közvetlen kapcsolat áll fenn.

A carotisszűkületek súlyossága szerinti besoroláskor a DEGUM aktuális ultraszonográfiás kritériumai az irányadók. Ezek a kritériumok korrelálnak a szűkület angiográfiával meghatározott mértékével, és az S3-irányelvek az extracardialis carotisstenosisra vonatkozó terápiás ajánlásainak alapját képezik.

A szimultán koszorúér- és carotisműtét – a stroke fokozott kockázata miatt – csak speciális esetekben javasolható, ilyenkor nagy jelentőséggel bír az interdiszciplináris együttműködés: e komplex helyzet tisztázása céljából vizsgálatot kezdeményeztek, amely jelenleg még a toborzási szakaszban van.

(Ref.: A [fenti dolgozatban nem említett] carotisstentelés előnye, hogy sokkal kisebb megterhelést jelent a szervezet számára. CV-szempontból nagy kockázatú betegnél, ha az elváltozás alkalmas a stentelésre, annak mindig elsőbbséget kell élveznie a műtéttel szemben!)

Fischer Tamás dr.

Kardiológia

Az ischaemiás szívbetegség patofiziológiájának, kezelésének és kimenetelének nemek közti különbségei (Sex differences in the pathophysiology, treatment, and outcomes in IHD) *Sanghavi, M., Gulati, M.* (Monika Sanghavi, Department of Internal Medicine, Division of Cardiology, University of Texas Southwestern Medical Center, 5323 Harry Hines Blvd, Dallas, TX 75390-8830, Amerikai Egyesült Államok):
Curr. Atheroscler. Rep., 2015, *17,* 34.

Az ischaemiás szívbetegség (ISZB) vezető halálok a 75 év alatti férfiaknál és nőknél. Az ISZB kockázata férfiak esetében átlagosan 10 évvel korábban nő meg, mint a nőknél. Feltételezhetően a nőket védő hatások csökkennek az életkor előrehaladásával, gyakorlatilag a menopausa megjelenésével. Bár az ISZB incidenciája összességében alacsonyabb nők esetében, mégis a myocardialis infarctus miatti halálozás magasabb nőknél, különösen az 55 év alattiaknál.

Az utóbbi években az ISZB miatt bekövetkezett események és az ezzel kapcsolatos halálozások mind a férfiak, mind a nők esetében csökkentek, kivéve a 35–44 év közötti nőket, akiknél a halálozás növekedett.

Azoknál a nőknél, akiknek anamnézisében praeeclampsia, sikertelen terhességek, PCOS szerepel, magasabb ISZB-kockázatúak.

A menopausa megjelenésekor az emelkedett összkoleszterin-, az alacsony HDL-koleszterin-szint és egyéb kockázati tényezők, mint például az obesitas és a hypertonia aránya is megnő. Egy nemrég megjelent metaanalízis eredménye azt mutatta, hogy a diabeteses nők 40%-kal nagyobb ISZB-kockázatúak a diabeteses férfiakhoz képest. Egy másik metaanalízis eredményei szerint a dohányzó nőknél 25%-kal nagyobb a relatív kockázat a dohányzó férfiakhoz képest.

Ábel Tatjána dr.

Sportorvostan

Az üléssel töltött idő kapcsolata a betegségek előfordulásával, a halálozás és a kórházi kezelés rizikóival felnőtteknél: szisztémás áttekintés és metaanalízis (Sedentary time and its association with risk for disease incidence, mortality, and hospitalization in adults: a systematic review and meta-analysis) *Biswas, A., Oh, P. I., Faulkner, G. E., et al.* (Levelező szerző: *D. A. Alter,* Institute for Clinical Evaluative Sciences, 2075 Bayview Avenue, G1-06, Toronto, Ontario M4N 3M5, Kanada; e-mail: dalter@ices.on.ca):
Ann. Intern. Med., 2015, *162*(2), 123–132.

Erről a cikkről a neten „Az intenzív üldögélést nem képes ellensúlyozni az intenzív testmozgás" címmel közöltek hírt. A témában 47 tanulmányt találtak megfelelőnek, amelyből kiemelendő, hogy 14 a diabetesről, 14 a rákról és 13 a bármely okból történő halálozásról szólt.

Az esélyhányados (HR) az üléssel töltött idő és a halálozás között 1,21, a cardiovascularis halálozás esélye 1,179, a cardiovascularis betegség előfordulása 1,143, a rákhalálozás 1,173, a rákelőfordulás 1,130, a 2-es típusú diabetes előfordulása 1,910.

A fizikai inaktivitással eltöltött idő növeli az esélyt a krónikus betegségekre, kiemelkedően a cukorbetegségre.

(Ref.: E referátumot megírva felugrottam és kimentem kocogni.)

Apor Péter dr.

Szülészet-nőgyógyászat

Az anya hipertenzív rendellenessége terhességben és az utódok kognitív zavara 70 évvel később: Helsinki Születési Kohorsz Tanulmány (Maternal hypertensive disorders in pregnancy and self-reported cognitive impairment of the offspring 70 years later: the Helsinki Birth Cohort Study)
Tuovinen, S., Eriksson, J. G., Kajantie, E., et al. (Institute of Behavioral Science, University of Helsinki, Helsinki, Finnország): **Am. J. Obstet. Gynecol.,** 2013, *208*(3), 200.e1–200.e9.

A szuboptimális praenatalis környezetet tükrözi a koraszülés, a kisebb születési súly, az ehhez társuló alacsonyabb fokú észlelési és végrehajtó funkció gyermek-, serdülő- és felnőttkorban, továbbá a kognitív funkció hanyatlása időskorban. Az összes terhesség közel 10%-át az idült magas vérnyomás: a gestatiós hypertonia és a (prae)eclampsia komplikálja. Ezek a rendellenességek mind az anya, mind a magzat egészségét és jóllétét fenyegetik. A praenatalis ártalom hat a kognitív funkciókra. Azoknak a férfiaknak, akik hipertenzív rendellenességgel szövődött terhességből jöttek világra, gyengébb a kognitív funkciója a normotenzív terhességből világra jöttekhez viszonyítva. A kognitív képességük átlagosan 68 éves korban és 20 évvel később jobban hanyatlik.

A szerzők vizsgálati anyagában 13 345 férfi és nő szerepel, akik 1934–1944 között két helsinki kórházban születtek. A küldött kérdőívekre 1095 férfi és 798 nő (64,5%) válaszolt. Hipertenzív rendellenességű terhességből született 511 férfi és 387 nő. A terhességi korról 499 férfitól és 377 nőtől kaptak értékelhető adatokat. A szerzők az információk alapján az anyák három csoportját különítették el: 1. súlyos és nem súlyos praeeclampsia proteinuriával (közel 1 ng/ml albumin), ≥140 Hgmm szisztolés vagy ≥90 Hgmm diasztolés vérnyomás; 2. gestatiós és idült hypertensio és 3. normotenzív anyák.

Akik praeeclampsiával szövődött terhességből születtek, gyakrabban panaszkodtak kognitív problémáról, szórakozottságról és hamis céltudatosságról, mint akik normotenzív terhességből származtak. A proteinuria nélküli hypertensióból származók gyakoribb panasza volt az észlelési hiba, a feledékenység, illetve a hamis céltudatosság, jelentősebb mértékben csak a nőkben. A proteinuria nélküli hypertensio nem társult szignifikáns végrehajtási diszfunkcióval.

A szerzők konklúziója, hogy a terhesség alatti anyai hypertensio gyakoribb kognitív zavarral (ami a dementia egyik legkorábbi magatartási jegye) társult az utódokban 70 évvel később. A vizsgálatok arra utalnak, hogy az észlelési zavarok/panaszok, amelyek a dementia egyik legkorábbi jelei, az utódokban abból a praenatalis időszakból erednek, amikor az agyi szerkezet fejlődése történik.

Jakobovits Antal dr.

A rendezvények és kongresszusok híranyagának leadása

a lap megjelenése előtt legalább 40 nappal lehetséges, a 6 hetes nyomdai átfutás miatt.
Kérjük megrendelőink szíves megértését.

A híranyagokat a következő címre kérjük:
Orvosi Hetilap titkársága: Budai.Edit@akkrt.hu
Akadémiai Kiadó Zrt.

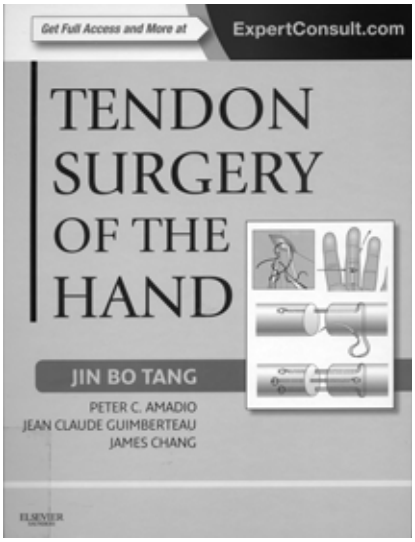
Tang, J. B. (Ed.-in-Chief), Amadio, P. C., Guimberteau, J. C., Chang, J. (Eds):

Tendon surgery of the hand

(A kéz ínsebészete)

Elsevier Saunders, Philadelphia, PA, 2012
ISBN 978-1-4377-2230-7

A könyv méretei: 28×22×2,5 cm. 468 oldal, 330 ábra (minden fejezetben újraszámozva) + táblázatok.
A közreműködő szerzők száma: 82.
A könyv ára (2015): 157,25 € (~62 000 Ft).



A könyv keménypapír kötésben, tetszetős formában került kiadásra, az Elsevier Saunders Kiadó megszokott, magas minőségi követelményei szerint. Papírja finom, fényes felületű, így alkalmas az ábrák és a fényképek minőségi megjelenítésére. A betűk kellő nagyságúak, olvashatóak, a számos táblázat áttekinthető, logikus felépítésű. A Tartalomjegyzék igen jó áttekintést ad a könyv felépítéséről. A munka végén találjuk (452–467. oldal) az igen részletes szójegyzéket (Index), amelyben a könyv összes, jelentős adatához hozzáférhetünk. Szót kell ejtenünk a kötet ábraanyagáról is: a vonalas ábrák és a fényképek jó minőségűek, élesek, színhelyesek (digitális technikával készültek), különösen érvényes ez a műtéti fotókra, amelyeknek színei, élessége és szakszerűsége minden kritikát kiáll.

A könyv főszerkesztője, *Jin Bo Tang* professzor, a kínai Nantongi Egyetem Kézsebészeti Kutatóközpontjának vezetője széles körben ismert kézsebész; számos publikáció, illetve könyv-könyvfejezet szerzője, a kéz ínsebészetének világszerte elismert szaktekintélye. A három szerkesztő közül kettő európai és egy amerikai (USA) szerző. A könyv összeállítását további két közreműködő szerző segítette. Az egyes fejezeteket összesen 82(!) szakember írta meg, a világ számos országából. A monográfia e tekintetben is egyedülállónak tekinthető.

A könyv felosztása hűen követi a kéz hajlító- és feszítőín-betegségeinek, -elváltozásainak, illetve -sérüléseinek történeti előzményeit, diagnosztikáját és ellátását, összesen 6 nagy fejezetben (Sections). Minden egyes fejezet végén a témakörhöz tartozó, részletes Irodalomjegyzéket találunk a kérdés iránt érdeklődést mutató olvasók számára.

Itt szükséges megemlítenünk, hogy a kéz ínsebészetéről mindeddig egy monográfia jelent meg [1], így újabb, e témával foglalkozó, részletes kézikönyv kiadása igen időszerű volt.

Ami jelen könyv tartalmát illeti, a rendkívüli sokrétűség miatt e recenzióban csupán a recenzens által jelentősebbnek ítélt fejezetek megemlítésére szorítkozhatunk. Az 1. fejezet (többek között) a kézinak anatómiájával, tápláltatásával, és két igen aktuális területtel, az íngyógyulás génterápiával történő segítésével, illetve a tissue engineering jelentőségével foglalkozik. A 2. és 3., legterjedelmesebb fejezetben a hajlítóín-sebészet került tárgyalásra, a legmodernebb műtéttechnikai elvek felsorolásával. A 2. szekció (81–279. oldal) a primer, a 3. pedig a flexorinak szekunder helyreállításával (279–343. oldal) foglalkozik, igen részletesen. Ezekben teljesen új, még nem közölt vagy csak nagyon friss irodalmi adatokkal is találkozhatunk. Egy hajlítóínsebész számára ezek a fejezetek igazi újdonságokkal szolgálhatnak.

A következő (negyedik) nagy fejezet a feszítőinak sérüléseinek, illetve elváltozásainak helyreállító műtéteit tárgyalja (347–402. oldal); az 5. fejezetben pedig az ínsebészeti rehabilitáció lehetőségeiről olvashatunk a gyakorló kézsebész számára kevéssé ismert adatokat.

A monográfia 6. részében az ínsebészet jelenlegi helyzetének összefoglalójáról, illetve a jövő várható útjáról kapunk képet, több szerző nézőpontjából.

A könyv szöveges részei online is elérhetők, akár videók formájában is. Ehhez minden egyes kötet elülső borítójának belső részén található matrica fedőrétegét kell lekaparni és a megjelenő aktivációs kódot kell számítógépünkbe beprogramozni.

A munka legvégén a már említett, igen részletes szószedet (Index) található (452–467. oldal).

Összefoglalás: A számos specialista közreműködésével és rendkívüli részletességgel íródott könyv egyedülálló módon foglalja össze a kéz ínsebészetének történetét, sérüléseinek és elváltozásainak diagnosztikáját és korszerű kezelését. Nagy értéke a munkának a bőséges vonalas és fényképes ábraanyag; kiemelendő a számos ínvarrattípus rajza, amelyekből az érdeklődő szakember könnyen kiválaszthatja a számára előnyös, korai, aktív mozgatást lehetővé tevő, stabil formát. A recenzens véleménye szerint e monográfia a kérdéssel foglalkozó specialisták bibliájának tekinthető. Nagy kár, hogy a könyv szélesebb körű hazai elterjedését viszonylag magas vételára korlátozza, azonban beszerzését a recenzens a kézsebészettel foglalkozó klinikák és kórházak könyvtárai részére több mint ajánlatosnak tartja.

Köszönetnyilvánítás: A könyv recenzense köszönetét fejezi ki a *PTE ÁOK Pekár Mihály Orvosi és Egészségtudományi Szakkönyvtár* igazgatójának, *dr. Gracza Tünde PhD*-nak és *Martos Veronika* szakkönyvtárosnak, hogy a Magyarországon nem elérhető könyv kölcsönzését külföldről *(Aerztliche Zentralbibliothek, Hamburg)* lebonyolították, és ezzel a recenzió elkészítését lehetővé tették.

Bíró Vilmos dr.

[1] *Hunter, J. M., Schneider, L. H., Mackin, E. J.:* Tendon surgery of the hand. 701 pp., illustrated. Blackwell Scientific Publication, Oxford, 1987.

Az OH 2015/31. számában megjelent kvíz megoldásai:

1. D, 2. B, 3. A, 4. C, 5. B, 6. C, 7. D, 8. D, 9. A, 10. A

Indoklások:

1. D) A Parkinson-kór egy neurodegeneratív betegség, amelyet a motoros tünetek (bradykinesia, rigiditás, nyugalmi tremor) mellett számos nem motoros tünet is jellemez. Az alvászavar, a depresszió, valamint a szorongás jelentik a leggyakoribb nem motoros tüneteket, amelyek nagymértékben befolyásolják a betegek életminőségét.
2. B) A natív billentyűt érintő infektív endocarditis esetében a leggyakoribb mikroorganizmusok a Streptococcusok.
3. A) Egészséges nyelőcsőben nem találhatóak eosinophil granulocyták, valamint a nyelőcső-nyálkahártyában jelentkező eosinophilia nem patognomikus egyetlen betegségre sem. Eosinophil oesophagitisben minden esetben fennálló nyelőcsőnyálkahártya-eosinophilia akkor tekinthető diagnosztikus értékűnek, ha az eosinophil granulocyták száma eléri vagy meghaladja a 15 eosinophil granulocyta/nagy nagyítású látótér arányt.
4. C) Negatív prediktív szerepe a Q80K mutánsnak van az első generációs direkt antivirális készítmények esetében az idült hepatitis C kezelésében.
5. B) Az IPQ-R kérdőív jellemzi a betegek pszichés státusát. A CDAI-pontrendszer célja a Crohn-betegség aktivitásának értékelése, míg a SIBDQ egy életminőséget felmérő kérdőív IBD-ben szenvedő betegek számára.
6. C) A prokollagén III peptid, a IV. típusú kollagén, valamint a mátrixmetalloproteáz a májban zajló fibrosis direkt mutatói, míg a Forns-index (thrombocyta, GGT, életkor, koleszterin) indirekt jelző.
7. D) A sarcoma synoviale a malignus daganatok 0,05–0,1%-át teszi ki. A lágyrész-sarcomák 5–10%-át alkotja. Serdülőkorúak és fiatal felnőttek 15–40 éves korosztályát érinti leggyakrabban, de előfordulhat 10 éven aluli gyermekekben, sőt újszülöttekben is.
8. D) Kontakt átvitellel, nem megfelelő módon elvégzett kézhigiéné után mind az Acinetobacter spp., a Candida spp., a rhinovirus, a hepatitis A-vírus, valamint a norovírus is terjeszthető.
9. A) A gyermekkori elhízáshoz számtalan betegség társul, dyslipidaemia, magas vérnyomás, 2-es típusú cukorbetegség, ortopédiai és pszichoszociális problémák.
10. A) A szívbetegség kialakulását és a további prognózis alakulását 25–40%-ban magyarázzák pszichoszociális tényezők.

Az OH-KVÍZ megfejtésével
folyamatos orvos-továbbképzési pontokhoz juthat!

A Semmelweis Egyetem Továbbképző Központjának döntése értelmében az OH-KVÍZ megfejtésének beküldői folyamatos orvos-továbbképzési pontokat kapnak.

Amennyiben a jó válaszok aránya meghaladja a 60%-ot, félévente maximum 12 továbbképzési pont kapható. Távoktatással szerzett pontokból évente legfeljebb 20 pont számítható be [MK 2003/99. (VIII. 22.)].

A 100%-osan helyes választ beküldők jutalma egy, az Akadémiai Kiadó webáruházában kedvezményes vásárlásra jogosító kupon.

A megfejtések az *Orvosi Hetilap* szerkesztőségébe levelezőlapon és e-mailen küldhetők be.

A beküldött megfejtések értékelését, a helyes megfejtők nyilvántartását az *Orvosi Hetilap* szerkesztői végzik, s az adatokat továbbítják az egyetemeknek.

Ha kreditpontokat kíván gyűjteni, kérjük, adja meg pecsétszámát, szakterületét és munkahelyét is.

A helyes megoldást a következő havi feladvánnyal együtt, a nyertes nevét a következő havi második számunkban közöljük.

A megfejtések beküldési határideje: 2015. szeptember 23.

Beküldési cím: Akadémiai Kiadó Zrt., 1519 Budapest, Pf. 245, e-mail: Budai.Edit@akkrt.hu

OH-KVÍZ – 2015/36. szám

Válassza ki az alábbi lehetőségek közül a megfelelőt!

1. Mekkora a méhűri rendellenességek aránya habituális vetélőkben?
   A) 7%.
   B) 10–15%.
   C) 15–20%.
   D) 20–30%.

2. Mi lehet a centrálisvéna-biztosítás vérzéses szövődménye?
   A) Szúrcsatornából származó vérzés.
   B) Fatális aortaruptura.
   C) Pericardialis tamponád.
   D) Mindegyik.

3. Mikor *nem* indokolt a kamrai tachycardia katéteres ablatiója?
   A) Folytonos monomorf kamrai tachycardia esetén.
   B) Tawara-szár vagy fascicularis VT esetén.
   C) Tranziens kamrai tachycardia esetén, amelynek hátterében reverzíbilis ok feltételezhető.
   D) Ismétlődő polimorf kamrai tachycardia esetén, amely gyógyszeres terápiával nem befolyásolható.

4. Melyik a leggyakoribb belszervi daganat Muir–Torre-szindrómában?
   A) Tüdőrák.
   B) Genitourinaris daganat.
   C) Gastrointestinalis daganat.
   D) Fej-nyak tumor.

5. Melyik gén felelős a Rett-szindróma kialakulásáért?
   A) MECP2.
   B) FMR1.
   C) APP.
   D) Egyik sem.

6. Mi lehet a major analgetikumok mellékhatása?
   A) Székrekedés.
   B) Bradycardia.
   C) Izzadás.
   D) Mindegyik.

7. Melyik necrosist jelző szívbiomarker?
   A) Mieloperoxidáz.
   B) hsCRP.
   C) Kreatinkináz.
   D) Mioglobin.

8. Mi a mechanizmusa a diabetesben megjelenő csontvesztésnek?
   A) Táplálékhiány.
   B) Ischaemia.
   C) Oszteogenikus prekurzorsejt-utánpótlás hiánya.
   D) Mindegyik.

9. Milyen gyakoriak carotisendarterectomia után a neurológiai szövődmények?
   A) 1%.
   B) 2,5–5%.
   C) 10%.
   D) <1%.

10. Mi a leggyakoribb oka a coronariafőtörzs-embolisatiónak?
    A) Műbillentyű-implantáció és nem kellő antikoagulálás.
    B) Endocarditis.
    C) Pitvarfibrilláció.
    D) Mindegyik.