

## Esetismertetés

**B19 parvovirus-fertőzéssel társult Ballantyne-szindróma és veleszületett anaemia: esetbemutató és irodalmi áttekintés (Ballantyne syndrome and congenital anemia associated with Parvovirus B19 infection: case report and review)** Schoberer, M., Rink, A., Rath, W., et al. (Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Sektion Neonatologie, Universitätsklinikum Aachen, Pauwelstrasse 30, 52074 Aachen, Németország): *Z. Geburtshilfe Neonatol.*, 2013, 217(5), 183–188.

A 36 éves, egyszer szült, 26 hetes terhést praeclampsia gyanújával, halántéktáji fejfájással, jelentős oedemával, 17 kg súlygyarapodással, proteinúriával és artériás hypertóniával vették fel. Az ultrahangvizsgálat 8 cm vastag lepényhydropsot, magzati ascitest és pericardialis effúziót állapított meg. A magzatnak pangásos szívelégtelensége, az aorta és pulmonalis arteria véráramlásának fokozódása volt megállapítható. A praeclampsia tüneteinek progressziója és a magzati distressz jelei miatt császármetszéssel hozták világra a magzatot. Az ascitesből, a vérszékumból és a csontvelőből polimeráz láncreakcióval B19 parvovirus-DNS-t izoláltak. A hydrops és az anaemia nem immunológiai eredetét bizonyították. A thrombocytopeniát thrombocytakoncentrárum adásával kezelték. A klinikai lefolyást cholestaticus hepatopathia komplikálta. A klinikai kép: hepatomegalia, ascites, jelentős sárgaság, valamint a konjugált bilirubinszint emelkedése. Albumint, plazmát és antitrombint, valamint erythropoetint adtak. Az anaemia és cholestasis oldódott. A közlés idejében a beteg 10 éves, a congenitalis fertőzésből gyógyult. Pszichomotorosan és testileg kiváló, az iskolai előmenetele az átlag feletti.

John William Ballantyne 1892-ben írta le a róla elnevezett szindrómát. Kötelező tünetei: magzati és lepényhydrops anyai anasarcával kombinálva. A „tükröszindróma” megnevezést indokolja, hogy az anya jóformán tükrözi a magzat súlyos tüneteit. A perifériás oedema, az artériás hypertonia és proteinuria triáza teszi a Ballantyne-szindrómát a praeclampsia változatává. Az anyai praeclampsia a foetoplacentaris hydropsra reagálva másodlagosan következik be, így a kezelés kulcsa sejtetően a magzat. A valóságban mindazok a folyama-

tok, amelyek a magzati hydropsot okozzák, a Ballantyne-szindrómát is kiválthatják. A szindróma elvéve spontán gyógyulhat.

Jakobovits Antal dr.

## Hypertonia

**A nebivolol a metoprolollal ellentétben csökkenti a vérnyomást a nitrogén-oxidra érzékeny hypertóniában (Nebivolol, but not metoprolol, lowers blood pressure in nitric oxide-sensitive human hypertension)** Okamoto, L. E., Gamboa, A., Shibao, C. A., et al. (Levelező szerző: Dr. I. Biaggioni, Vanderbilt Autonomic Dysfunction Center and Division of Clinical Pharmacology, Department of Medicine, Vanderbilt University School of Medicine, Nashville, TN, Amerikai Egyesült Államok; e-mail: Italo.biaggioni@vanderbilt.edu): *Hypertension*, 2014, 64(6), 1241–1247.

A nebivolol a nitrogén-oxid fokozott biológiai hozzáférhetősége révén indukál értágulatot, és ebben is eltér az egyéb szelektív  $\beta_1$ -blokkolóktól. Az azonban nem ismert pontosan, hogy a mechanizmus mennyiben járul hozzá a nebivolol vérnyomáscsökkentő hatásához, mert a baroreflex kiegyenlítő hatása ezt elfedi. A vegetatív elégtelenség zavara (Ref.: *Tiszta vegetatív elégtelenség – Bradbury–Eggleston-szindróma*) egyedi lehetőséget kínál egy olyan hypertoniamodelálásra, amelyben hiányzik a vegetatív moduláció, viszont fennáll a nitrogén-oxid hipotonizáló hatása iránti érzékenység.

A szerzők azt a feltevést vizsgálták meg, miszerint a nebivolol a béta-blokkádtól független mechanizmuson keresztül csökkenti a vérnyomást.

Kettős vak, keresztzett tanulmányról van szó.

Ami a *kezelési protokoll* illeti, a betegek a lehetséges 24 kombináció közül véletlenszerű sorrendben kapták a vizsgálat négy periódusában a három aktív gyógyszert: 5 mg nebivolol, 50 mg metoprolol-tartarát (negatív kontroll), 25 mg sildenafil (pozitív kontroll), illetve placebo.

Az elsődleges *véggpont* a szisztolés vérnyomás csökkenése volt – a definíció szerint a hanyatt fekvő helyzetben mért vérnyomás kiinduláshoz (20.00 óra) viszonyított változása a gyógyszerbevitel utáni

időszakban (21.00 és 08.00 óra között). Az értékek összehasonlítását az aktív szerrel kezelték és a placebo csoport viszonylatában végezték. Hasonló megközelítés szerint vizsgálták az artériás nyomás átlagértékét és a diasztolés vérnyomás változását. Másodlagos véggpontokként vizsgálták a szívfrekvencia-toleranciát és az éjszakai natriuresist.

A vizsgálat 4 – este 8-tól reggel 8-ig terjedő – időszakban zajlott.

A *vizsgálati eredményekből* kiemelésre érdemes adatok:

- A vizsgálatban 20 beteg vett részt, 10 tiszta vegetatív elégtelenségben, 4 Parkinson-kórban, 4 pedig multiszisztémás atrophában szenvedett, és mindegyik betegnél fennállt a hanyatt fekvő helyzetben mérhető hypertonia.
- A betegek közül 14 volt férfi, az átlagéletkoruk  $68 \pm 2$  év volt. A hanyatt fekvő helyzetben 2 óránként mérték a vérnyomást, este és reggel 8 óra között.
- A placebohoz képest a sildenafil és a nebivolol csökkentette az éjszakai vérnyomást – a gyógyszerbevitel után 8 órával volt a legnagyobb a csökkenés:  $-20 \pm 6$  vs.  $-24 \pm 9$  Hgmm (SILD vs. NEV) –, a metoprolol azonban nem.
- A szerzők az egyik elemzésben a sildenafilreszponderség szerint különítették el a betegeket. A nebivolol a sildenafilreszponderek esetében szignifikánsan csökkentette a szisztolés vérnyomást:  $(-44 \pm 13$  Hgmm), a nem reszponderek esetében nem  $[-1 \pm 11$  Hgmm].
- Noha a nebivolol csökkentette az éjszakai vérnyomást, nem rontotta a reggeli ortosztatikus toleranciát.

Ami a szerzők *következtetéseit* illeti, *összefoglalásként* megállapítják, hogy a nebivolol hatékonyan javította a hanyatt fekvő helyzetben mért magas vérnyomás értékeit a vegetatív elégtelenségben szenvedőknél, hasonló mértékben, mint a sildenafil. (Ref.: *A vegetatív elégtelenségben szenvedőknél hanyatt fekvő helyzetben jelentkező hypertonia magas vérnyomásos szívbetegséggel és a veseműködés károsodásával társul. Az éjszakai natriuresis és az ennek következtében létrejövő folyadékdepleció reggelre az ortosztatikus hipotenzio kiújulásához vezethet: a körkép kezelése ezért nemcsak a hipertenzio hosszú távú következményeinek megelőzésére irányul, hanem a diuresis csökkentésére is, ugyanis ezzel javítható az ortosztatikus tolerancia.*) Ez egybevág azzal a feltételezéssel, miszerint a nitrogén-oxid potenciálása jelentős mértékben hozzájárul a nebivolol vérnyomáscsökkentő hatásához. A háttérben álló mechanizmus függetlennek tűnik

a béta-blokádtól, oka valószínűleg a nitrogén-oxid potenciálásában rejlik. Az éjszakai vérnyomáscsökkenés nem társult a reggeli ortosztatikus tolerancia romlásával, ezért a nebvivóló a vegetatív elégtelenségben szenvedők hanyatt fekvő helyzetben észlelt hypertóniájának kezelésében hasznos alternatívát jelenthet. Az e betegpopuláció esetében használt egyéb szerekhez hasonlóan a terápiát itt is egyénre kell szabni, és további vizsgálatokkal kell tisztázni a krónikus kezelés hatékonyságát és biztonságosságát.

*Fischer Tamás dr.*

## Kardiológia

### A statinkezelés mellé adott ezetimibterápia akut coronariaszindróma után (Ezetimibe added to statin therapy after acute coronary syndromes)

*Cannon, C. P., Blazing, M. A., Giugliano, R. P., et al.*

(Dr. C. P. Cannon, Cardiovascular Division, Brigham and Women's

Hospital, 350 Longwood Ave., 1st Fl., Boston, MA 02115, Amerikai Egyesült Államok; e-mail: cpcannon@partners.org); **N. Engl. J. Med.**, 2015, 372(25), 2387–2397.

A statinkezelés csökkenti az LDL-koleszterin szintjét és a cardiovascularis események kockázatát is. Az azonban még nem pontosan ismert, hogy a statinkezelés mellé adott ezetimibkezelés további cardiovascularis kockázatsökkentéssel jár-e.

Ebben a dupla vak, randomizált vizsgálatban 18 144, akut coronariaszindróma miatt kórházi kezelésben részesülő beteg vett részt. E betegek egy részénél – az eseményt követő 10 napon belül – a koleszterincsökkentő kezelés mellett az LDL-koleszterin-koncentráció 1,3–2,6 mmol/l közötti volt, másik részénél koleszterincsökkentő terápia nélkül az LDL-koleszterin-szint 1,3–3,2 mmol/l közötti volt. A simvastatin (40 mg) és ezetimib kombinált kezelést hasonlították össze a simvastatin- (40 mg) monoterápiával. Az elsődle-

ges végpont a cardiovascularis halálozás, a nem fatális myocardialis infarctus, az instabil angina miatt bekövetkezett hospitalizáció, a coronariarevascularisatio (a randomizációt követően  $\geq 30$  nap) és a nem fatális stroke voltak. Az átlagos követési idő 6 év volt.

Az eredmények azt mutatták, hogy az átlagos, időszűlyozott LDL-koleszterin-koncentráció a simvastatin-ezetimib kezelés során 1,4 mmol/l volt, a simvastatin-monoterápiánál pedig 1,8 mmol/l ( $P < 0,001$ ). A Kaplan–Meyer-féle eseményarány az elsődleges végpontokat tekintve a kombinált kezelésnél 32,7%, a monoterápiánál 34,7% volt (95% CI: 0,89–0,99;  $P = 0,016$ ). A kezelés izomra, epehólyagra és májra gyakorolt mellékhatásai és a daganat előfordulási aránya hasonló volt mind a két csoportban.

Összességében tehát az ezetimib hozzáadása a statinkezeléshez tovább csökkentette az LDL-koleszterin szintjét és mérsékelte a cardiovascularis események előfordulási arányát is.

*Ábel Tatjana dr.*

A **MAZSIHISZ Szeretetkórház** (1145 Budapest XIV., Amerikai út 53–55.) orvos igazgatója **állaspályázatot hirdet ügyelet ellátására** belgyógyász szakorvos, vagy közvetlenül szakvizsga előtt álló kolléga részére.

Nyugdíjas szakorvos jelentkezését is várjuk.

Bérezés megállapodás szerint.

A pályázatokat a fenti címre, **Dr. Deutsch Zsuzsanna** orvos igazgató nevére kérjük küldeni.

Telefon: (06-1) 251-9568 • E-mail: drdeutschzs@szeretetkorhaz.hu