

## A családdorvos várójában

Amikor megérkezem, már vannak vagy öten. Aki az ajtó mellett ül közvetlenül, szúrós szemmel mér végig. Fölényes is. Ő van a legstabilabb pozícióban. De akkor is! Hátha alattomosan előre bejelentett időpontra jövök. Csak azért nem lő le, mert most nem hozta el a coltját.

Mellettem a padon... (Nem is pad ez. Amolyan műanyag székek összevacakolva. Négy fenék számára.) Szóval két hellyel arrébb a másik ellenség. Rám se néz. Élő demonstráció:

– „ti (szándékosan kisbetűvel!) nem léteztek.” Férfiember ő is. Kicsit pocakos, szuszog.

A szemben ülőtől arrébb egy tetőtől talpig feketébe öltözött hölgy. Kideríthetetlen, hogy hova néz. Amikor azt hiszem, rám: úgy tűnik, súlyos undort érez irántam.

Van még egy fiatalember is. Ő felfegyverkezve egy okostelefonnal meg két fülhallgatóval a tőlem jobbra merőlegesen elhelyezett padon ül. Élő szobra a „mindenki magosról le van...” pozíciónak.

Aztán megjön két lány. Egyik nagyon karcsú, valahogy egybe van a ruhája meg a csizmája, ami persze nem is csizma. Jól látszik, hogy ő itt a *jó nő* egészen fiatalon. Magabiztosan, azonnal az ajtóhoz megy...

Bizony.

Oda, és bekopog. Körülnézek, nem repedeznek-e a falak. Csönd. Döbönt csönd. Mindenki várja, hogy az asszisztens kijöjjön és kettéharapja. Nem jön. Senki sem jön.

Nem is villámlik.

Egy darabig még vár, majd zseniális helyzetfelismerés türemkedik ki az orcáján. Otthagya az ajtót, kicsit arrébb leül barátja mellé. Remekül választott háttérjelen-ség a barátné.

Alacsony, kövérkés, szomorú szép szeme van. Egyáltalán nem hütyös a ruházata, viszont jól látható egyik fél melle. Néha igazít felsőruházatán, s olyankor még jobban látszik. Most, így utólag, tűnik fel, nem is barna bőré, hiszen kebleinek emléke inkább valami puha fehérség. Panaszskodik.

A másik, a *jó nő* odafordulva hallgatja. Kicsit unja. Nem zavarja a panaszkodót. Hagyja, hadd beszéljen.

Megérkezik a következő beteg. Belekérdez a feszült csöndbe:

– Ki jött előttem?

Jelentkezem. Kötelességtudóan leül mellém. Kír a sorból. Semmi gyilkos tekintet. Nyugodtan elfogadja biztos pozícióját.

No, és akkor jön a *nagyon súlyos beteg* hölgy, kísérővel. Kísérője amolyan házi Teréz anyu. Szépen kidolgozott páros jelenet. Mondanivalójuk: „Ti itt mind mehettek haza. Utban vagytok, mi vagyunk itt a *főbetegek!*” Jól hallhatóan suttognak. Súlyos vizsgálati múlt. Sok-sok papír. A kísérő kicsit rosszallóan keresi a legfontosabbat. A beteg inkább sóhajtozik, de azért nyög is. Demonstratívan jól öltözöttek. Mi vagyunk a két úriasszony... Istenem, itt a sok rohadt proli között. Rádásul ezek nem is betegek!

Megjön az orvos!

Mint amikor a sah érkezik, csak a kísérőit, a gorilláit kinn hagyta.

Elegáns.

Külföldi.

Senkit, semmit nem lát. Azt adja elő, hogy most lépett le életmentő műtétje mellől, de azért még ide is beugrik egy pillanatra. Átlagtermet, de egy fejfel magasabbnak adja elő.

Csendben érkezik. Nem. Nem is érkezik, inkább átszellemül a termen. Többen próbálják elkapni a tekintetét. Főleg a főbeteg kísérője. No és persze a kopogtató csinibaba. Láthatatlanok.

Egy másfajta feszültségre komponálható át a terem. Tudjuk. Most öltözik át. Nem soká kiküldi az asszisztent.

Az ajtó mellett ülő férfiember feláll. Mit feláll, elállja az ajtót. Pontos mérnöki számításokat végzett, s most olyan pozíciót vesz fel, ami egyrészt biztosítja, hogy az ajtó tudjon kinyílni, de a majd kilépő asszisztent premier planban kaphassa el. Teljes szélességében lezárja a teret. Itt senki más nem rúghat labdába. A főbeteg kísérője jobb híján csak másodhegedűsként jöhet számításba, pedig úriasszony-méltóságához képest elég fürgén odapenderült ő is. Úgynevezett „ajtópozícióba”. Mi, a többiek, látszik, gyöngye kezdők vagyunk. Mindenki marad a helyén.

Ám ekkor!

Ekkor megérkezik az *azonnal-meg-fog-halni* beteg. Hangos. Élénken gesztikulál. Pillanatok alatt megtudjuk: ő már itt volt tegnapelőtt és ma is, és különben is, már megbeszélte, csak be kell adnia, és megy további életmentő vizsgálatokra, az intézet igazgatója küldte most ide. Lehet, hogy már be is telefonált a doktor úrnak. Megdöbben mindenki. Még az okostelefonos fiatalember is kinéz a fülhallgatóiból. Ő csak a végén néz széjjel. Nem érti, mi történt. De azt azért veszi, hogy itt most valami nagy megmozdulás van készülődésben.

Jól érzi.

A stabil pozíciós férfiember kap először levegőt. Durva magabiztossággal, pozíciójából néz ki.

– Maga is sorra kerül. Itt mindenki rég itt volt már.

Előbb még elérte az *azonnal-meg-fog-halni*, hogy félfordulattal odafordult. De mire végigmondja, már tovább szobrozik az ajtó előtt. Így kicsit még nagyobb is a háta.

Döbönt csönd.

Ezt senki nem merete volna kimondani. Bizony ez még az *azonnal-meg-fog-halni* beteget is meglepi. Ám azonnal feléled, és most, a többiek felé fordulva, folytatja nagyjelenetét, azzal indítva, hogy

– Szörnyű, micsoda emberek vannak!

Nem tart sokáig, mert mintegy végszóra nyílik ajtó.

Megjelenik az asszisztencia.

No, ez tumultust vált ki. Mindenki odamegy és mindenki egyszerre mondja a magáét. Szerencsém van. Semmit nem kell mondanom, csak odacsúsztatom kezébe az előre megírt cetlit. Rajta receptigényemet. (Persze névvel, születési adattal és táj számmal.) S már húzok is ki a tumultusból. A stabil pozíciós bemeget.

A többiek szítává lövik egymást.

Az asszisztens kicsi, kerek.

Óriási rutin. Minden alkalommal ez fogadja, nem érinti. Gyakorlott tekintettel néz át mindenkin. Nem haragszik, nem szeret, nem gyűlöl. Vár. Mindenesetre óriási emberismerete most is működik. A pocakos úrhoz fordul először. Az most is csak szuszog, kicsit nyög. Biztatja.

– Üljön le nyugodtan, Prinyák bácsi! – Prinyák bácsi kihátrál a tömegből, visszaül helyére. Továbbra sem létezzünk a számára.

A puha fehérség, sajnos, elvész a tömegben. Utólag veszem észre, nem is volt benne. Ő is csak kísérő.

Mindenkit elrendez a kicsi kerek.

Mikor bemeget, az *azonnal-meg-fog-halni* távozik. Kiderül, egy emelettel feljebb kellett volna előadni uyanazt. Lehallatszik. Megy a másor ott is.

Ettől eltekintve csönd lett.

Persze újabb és újabb becsúszó szerelések próbálkozók érkeznek.

Van egy említésre sem méltó *szerény*. Ő bejön. Diszkrétan megtudakolja, ki után következik, s leül. Talán még a ruhája is szürke. De az arca biztos. Szegény, le is fordul a székről.

Nosza, többen verjük az ajtót. Kicsi kerek kijön. Ismeri a szürkét. Hozza is az injekcióját. Az szegény visszaszürkül a helyére. No, ez némi önkritikahullámmal modulál. Nem mondunk semmit, de mindenki elgondolkozik: Akkor ki is itt a beteg?

És ekkor jönnek a *soronkívüliek*. Ők azok, akik egy fehér papírt lengetve rögtön az ajtóhoz rohannak és magabiztos mozdulattal, valamilyen hatásosnak vélt morzejelet vernek az ajtón.

Előbb-utóbb észreveszik, hogy a jel nem hatásos. No, akkor mi, a többiek kapjuk meg a magyarázatot.

– Mert ilyen az egészségügy ebben az országban, hát mit szólnak hozzá!

Sajnos mindig van, aki ráharap a csalíra.

Jön a licit: „Bezzeg az én történetem még horrorisztikusabb!” Miközben szépen telik az idő, szinte klubszerűvé válik a váró. Hiszen mi vagyunk a mellőzött, minden igazi gyógykezelésből kihagyottak. Van, aki

szívósan védekezik egy könyvvel a kezében, vagy, mint már ismerjük, a fiatalember az okostelefonjával.

Szerény személyem kimarad a klubból. Kicsi kerek kihozta receptjeimet, mehetek. Megyek is.

*Nagy Márton*

## 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@akkr.hu  
**Akadémiai Kiadó Zrt.**

## Diabetologia

**A diabetes mint a stroke kockázati tényezője, nők és férfiak összehasonlítása: 64 tanulmány (775 385 egyén és 12 539 stroke) összefoglalója és metaanalízise (Diabetes as a risk factor for stroke in women compared with men: a systematic review and meta-analysis of 64 cohorts, including 775 385 individuals and 12 539 strokes) Peters, S. A., Huxley, R. R., Woodward, M.**  
(Prof. Rachel Huxley, Epidemiology and Biostatistics Division, School of Population Health, University of Queensland, Herston, QLD 4006, Ausztrália, e-mail: r.huxley@uq.edu.au.): **Lancet**, 2014, 383(9933), 1973–1980.

A WHO számításai szerint a diabeteses betegek cardiovascularis kockázata 2–3-szorosa azokhoz képest, akiknek nincs diabeteze. A cardiovascularis betegségek a diabeteses betegek halálzásának körülbelül 50–80%-ában játszanak szerepet. Bár ezek a számítások egyaránt vonatkoznak férfiakra és nőkre is, mégis az eddig megjelent vizsgálatok stroke vonatkozásában egymásnak ellentmondóak. Egyes vizsgálatok eredményei szerint azonos a kockázat, míg mások alacsonyabb vagy magasabb kockázatot mutattak ki diabeteses nők esetében a férfiakhoz képest.

A szerzők a PubMed-ben szereplő, 1966. január 1. és 2013. december 16. között megjelent, prospektív vizsgálatok eredményeit összesítették, amelyek a diabeteses férfiak és nők relatív stroke-kockázatát hasonlították össze. Metaanalízisükben 64 vizsgálat eredményeit összesítették. A vizsgálatokban 775 385 egyén és 12 539 fatális és nem fatális stroke szerepelt.

Az eredményeik azt mutatták, hogy a diabeteses nők stroke relatív rizikója 2,28 (95% CI: 1,93–2,69), míg a férfiaké 1,83 (95% CI: 1,6–2,08) volt.

Ez az eredmény is felvetette, hogy a diabeteses férfiaknál és nőknél a diabéteszszel összefüggő cardiovascularis kockázat nem egyforma. Ennek pontos megismeréséhez további vizsgálatok szükségesek.

Ábel Tatjana dr.

## Esetismertetés

**Streptococcus pneumoniae okozta szeptikus subacromialis bursitis (Septic subacromial bursitis caused by Streptococcus pneumoniae: a case report) Khalil, A. B., Hajj, Z., Musharrafieh, U. M., et al.**  
(Levelező szerző: Rima Abdallah Moghnieh, Department of Internal Medicine, Makassed General Hospital, PO Box 11-6301 Riad El-Solh, Beirut 1107 2210, Libanon; e-mail: amlakkis@yahoo.com): **Int. J. Case Rep. Images**, 2014, 5(10), 685–690.

A vállízületnél elhelyezkedő bursa subacromialis primer szeptikus gyulladása ritka. A szerzők immunokompromittált betegnél kialakult, *Streptococcus pneumoniae* okozta subacromialis bursitis esetét mutatják be. Az 59 éves férfi kórházi konyhában mosogatóként dolgozott, és orális antidiabetikummal kezelt diabetesben szenvedett. Pár éve jobb halluxát amputálták. Anamnézisében gyomorcarcinoma miatt gyomorsekció is szerepelt, daganatrecidíva vagy metasztázis nem alakult ki.

A beteg jobb váll-fájdalommal és -duzzanattal jelentkezett. A fájdalom olyan erős volt, hogy éjjel nem tudott aludni. Láza nem volt, nem fogyott. Nem dohányzott, alkoholt nem fogyasztott. Nő, két gyermek apja. Első vizsgálatkor a jobb váll mozgáskorlátozott és érzékeny volt. Jobb könyökét, csuklóját és kezujait jól tudta mozgatni. Meningealis jel nem volt. A tüdő és a has fizikálisan nem mutatott eltérést. Laboratóriumi leletei a következők voltak: *fv.szám* 15 700/ $\mu$ L, *neutrophil* 83,1%, *lymphocyta* 9,7%, *eosinophil* 0,5%, *vérlemezkeszám* 566,000/ $\mu$ L, *hemoglobin* 12,4 g/dL, *hematokrit* 39,6%, *We* 28 mm/h, *C-reaktív protein (CRP)* 25,7 mg/dL, *blood urea nitrogén (BUN)* 15 mg/dL, *szérum-kreatinin* 0,8 mg/dL, *szérum-laktátdehidrogenáz (LDH)* 129 U/L, *szérum-alanin-transzamináz (SGPT/ALT)* 36 U/L, *szérum-kreatinfoszokináz (CPK)* 117 U/L, *prokalcitonin* 0,41 ng/mL, *g/L*, *összfehérje* 72 g/L, *albumin* 37 g/L, *globulin* 35 g/L, *HbA<sub>1c</sub>* 10%, *D-dimer* 3,89  $\mu$ g/mL. A hemokultúra penicillinre érzékeny *Streptococcus pneumoniae*-t igazolt. A jobb váll anteroposterior röntgenfelvétele kalcifikáló tendinitist mutatott. A CT-felvételen minimális acromioclavicularis arthrosis látszott. A gadólinium kontrasztanyag MR-képeken acromioclavicularis és glenohu-

meralis degeneratív osteoarthritis elváltozások ábrázolódtak. A képkeltő vizsgálatok osteomyelitisre nem utaltak, de súlyos supraspinatus íngyulladás képe látható volt. A subacromialis/subdeltoid bursa tokja megvastagodott és feszült, az üregben folyadék volt. A beteg ceftriaxon-terápiában részesült (2 g iv. naponta), majd penicillin G-kezelésre váltottak a gyulladás-csökkentő és analgetikum folytatása mellett. Artroszkópos synovectomy és a subacromialis bursa reszekciója során sűrű gennyes váladékot drenáltak. A szövettani vizsgálat a nyáktömlő tokjában gyulladásos beszűrődést, fibrinlerakódást mutatott ki. Posztoperatív a beteg szabadon mozgatta a karját és jó általános állapotban bocsátották otthonába.

A szeptikus bursitis gyakoribb a felszínes (például bursa olecrani), mint a mély bursákban (például bursa subacromialis, subdeltoida). A szakirodalomban szeptikus subacromialis bursitist ritkán közöltek. Gyors felismerése és kezelése elengedhetetlen a teljes gyógyuláshoz. A diabetes mellitus hajlamosító tényezőként szerepelhet a szeptikus subacromialis bursitis kialakulásában.

Gáspárdy Géza dr.

## Kardiológia

**A STEMI myocardialis infarctus és percutan coronariaintervenció után a clopidogrelhez mérve a prasugrel szignifikánsan csökkenti az elsődleges végpont kockázatát (Prasugrel versus clopidogrel in patients with ST-segment elevation myocardial infarction according to timing of percutaneous coronary intervention: a TRITON-TIMI 38 subgroup analysis [Trial to Assess Improvement in Therapeutic Outcomes by Optimizing Platelet Inhibition with Prasugrel-Thrombolysis in Myocardial Infarction 38]) Udell, J. A., Braunwald, E., Antman, E. M., et al.**  
(Levelező szerző: S. D. Wiwiot, Brigham and Women's Hospital, 75 Francis Street, Boston, Massachusetts 02115, Amerikai Egyesült Államok; e-mail: s.wiwiot@partners.org.): **JACC Cardiovasc. Interv.**, 2014, 7(6), 604–612.

Az ST-segment-elevációval járó szívizominfarktus (STEMI-MI) kezelése a korona-

rográfia eredményétől függően, póré fémstent vagy gyógyszer kibocsátó stent, sőt legújabbban főlívódó változat beültetése, vérlemezke-glikoprotein IIb/IIIa gátló készítménnyel kiegészítve. Amire már van elégséges adatunk, az azt igazolta, hogy a gyógyszer kibocsátó stent használata szignifikánsan csökkentette a restenosis kialakulását, de nem befolyásolta lényegesen az ischaemiás események, a reinfarktus vagy a halál előfordulását.

A glikoprotein IIb/IIIa gátló szerek a restenosisértékelhetően nem ritkították, ezzel szemben mérsékeltek a súlyos ischaemiás események megjelenését a STEMI kezelésére végzett percutan coronariaintervenció (PCI) esetén. A STEMI ellátása során stent beültetését követően mind nagyobb jelentősége lett a tienopiridin adásának. Az első generációs készítmény, a ticlopidin meglepően kis figyelmet keltett.

A következő tienopiridin, a clopidogrel viszont – acetilszalicilsavval (ASA) kombinálva – alapvető antithrombocytaterápia lett akut coronariaszindróma kezelésében, az ischaemia terápiája végett. Gondnak az bizonyult, hogy a clopidogrel antithrombocytaeffektusát gyakorta igen változóan találták: a betegek nem kis hányadánál a várt hatás elmaradt.

Az új készítmény, a prasugrel a clopidogrelnél lényegesen megbízhatóbb és gyorsabb thrombocytagátlást biztosít. Hamarabb alakul át a májban aktív metabolitá, mint a clopidogrel. Ennek megfelelően az újabb tienopiridin érthető választás volt annak vizsgálatára, hogy akut coronariaszindrómában a klinikai ischaemiás események megelőzésére létezhet a clopidogrel adásánál gyorsabb és biztonságosabb eljárás is. A TRITON-TIMI 38 tanulmány 2009-ben igazolta, hogy a clopidogrelhez mérve a prasugrel jelentősen csökkenti a STEMI esetén az elsődleges végpont (CV-halál, nem halálos MI vagy nem fatális szélütés) kockázatát. Az ugyancsak összesített másodlagos végpont (CV-mortalitás, nem halálos MI vagy sürgős revascularisatio az első 30 nap során) szintén szignifikánsan csökkent.

A prasugrel 60 mg-os telítő adagja gyorsabb és megbízhatóbb módon gátolja az ADP indukálta vérlemezke-aggregációt, mint a szokásos adagban (600 mg) alkalmazott clopidogrel, ráadásul a hatás már 30 perccel a bevétel után megjelenik, amikor a clopidogrel hatása még nem észlelhető.

A STEMI kórélettanat extenzív thrombosis jellemzi, és ezeket a betegeket PCI

után a rekurrens thrombolyticus szövődmények kifejezetten veszélyeztetik. A terápiás stratégia különbözhet a PCI időszakától és indikációjától függően.

A TRINON-TIMI 38 munkacsoport azért végezte az új alcsoportelemzést a clopidogrel és a prasugrel összehasonlítására, hogy kiderüljön, van-e különbség a két rokon készítmény hatásában és biztonságosságában a PCI időpontjától függően.

Véletlen besorolásos csoportra szervezett, multinacionális és multicentrikus, III. fázisú vizsgálatról volt szó. A protokoll részleteit már évekkorábban, külön közleményben ismertették. A megfigyelési idő 15 hónap volt. Mérsékelt vagy nagy kockázatot jelentő akut coronariaszindróma miatt PCI történt 13 618 betegen, akiket prasugrel ( $n = 76\,813$ ) vagy clopidogrel ( $n = 6795$ ) adására randomizáltak ASA-háttérkezelés mellett. Ebből a csoportból 3425 beteg STEMI diagnózis miatt részesült PCI-kezelésben. Azok a betegek, akiknél a beavatkozás a tünetek kezdete után 12 órán belül megtörtént ( $n = 2340$ ), a primer PCI-csoportba kerültek. Azokat, akiknél az intervenciót 12 óra és 14 nap között végezték, a szekunder PCI-csoportba sorolták ( $n = 1185$ ). A vizsgálatból kizárták azokat a betegeket, akiknél fokozott volt a vérzési kockázat, akik valamilyen patológias intracranialis eltérésben szenvedtek, akik a randomizálás előtt 5 napon belül legalább 1 dózisnyi tienopiridint kaptak vagy éppen thrombolyticus kezelés alatt álltak (fibrinspecifikus készítménnyel 24 órája vagy nem fibrinspecifikus készítménnyel 48 órája), illetve akik nem akarták aláírni a beleegyezési nyilatkozatot.

Véletlenszerű kiválasztás szerint telítő adag gyógyszer (60 mg clopidogrelt) adtak be a randomizációt követő 1 órán belül.

Az első krónikus terápiás adagot (10 mg prasugrel, illetve 75 mg clopidogrel) a telítő dózis után 24 órán belül adták, majd 15 hónapon keresztül ezt a fenntartó adagot alkalmazták.

A kezelőorvos az ASA kiegészítő adását is elrendelhetette a PCI elvégzése után 24 órán belül 325 mg adagban szájon át, vagy 500 mg adagban intravénásan alkalmazott kezelést ajánlottak, majd krónikusan napi 76–162 mg-ot. A PCI elvégzése a helyi laboratórium szerint történt, a stent kiválasztását is a helyi intervenció kardiológus döntötte el.

A vizsgálat elsődleges végpontja 15 hónap alatt a CV-halál, a nem halálos MI és nem halálos szélütés előfordulásának ösz-

szege volt. A korábbi, hasonló vizsgálatok nyomán a 30. napi adatokat is közölték. A kezelés hatássosságát jelző végpontként figyelembe vették a CV-halálózást, a nem halálos MI-t, az érintett sürgős revascularisatióját a 30. napig, a végleges vagy föltételezett stentthrombosis és az egyéb CV-eseményeket.

Kulcsfontosságú biztonságossági végpont volt a TIMI kritériumai szerinti jelentős vérzés, ha az nem kapcsolódott koszorúérműtétéhez. Klinikai végpontnak vették az összhálózást, a nem halálos MI, a nem halálos szélütés és a TIMI-kritériumok szerint jelentős, nem halálos, nem koszorúérműtét következtében előfordult vérzés összegét. A végpontok értékelését bizottság végezte, amelynek tagjai a kezelést illetően vakon döntöttek.

Az eredményekből kiemelendő adatok:

- Az elsődleges végpont csökkenése prasugrel vs. clopidogrel alkalmazása esetén (HR: 0,79, 95%-os MT: 0,65–0,97,  $p = 0,022$ ) mind primer, mind szekunder PCI után következetesen érvényesült a 15. hónapban (HR: 0,89, 95%-os MT: 0,69–1,13 vs. HR: 0,65, 95%-os MT: 0,46–0,93,  $p = 0,15$ ).
- Ugyanakkor a 30. napon a kezelés eredményében eltérés jelent meg a primer és a szekunder PCI adatai között (HR: 0,81, 95%-os MT: 0,60–1,09 vs. HR: 0,51, 95%-os MT: 0,60–1,09 vs. HR: 0,51, 95%-os MT: 0,34–0,76,  $p = 0,106$ ).
- Ha a periprocedurális MI előfordulását nem vették számításba, akkor a prasugrel hatássósága hasonlóan bizonyult, a primer és a szekunder PCI esetében a 30. napon (HR: 0,53, 95%-os MT: 0,34–0,81 vs. HR: 0,44, 95%-os MT: 0,22–0,81 vs. HR: 0,44, 95%-os MT: 0,22–0,88,  $p = 0,68$ ), valamint a 15. hónapban (HR: 0,76, 95%-os MT: 0,56–1,03 vs. HR: 0,75, 95%-os MT: 0,46–1,21,  $p = 0,96$ ).

(Ref.: A TRITON-TIMI 38 tanulmány már évekkor elzárta, hogy a clopidogrelhez mérve a prasugrel STEMI esetén szignifikánsan csökkenti az elsődleges végpont kockázatát a 15 hónapos megfigyelés alatt, az ugyancsak összesített szekunder végpont is hasonló módon jelentősen csökken. A jelenleg közölt alcsoportelemzés azt is igazolta, hogy a prasugrel hatássósága a PCI idejétől függetlenül érvényesül, kiváltképp a nem beavatkozással összefüggő események megelőzésében.)

Fischer Tamás dr.



## Az OH 2015/9. számában megjelent kvíz megoldásai:

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

### Indoklások:

1. C) A jelenlegi érvényes állásfoglalásoknak megfelelően a 23 szerotípust tartalmazó pneumococcus poliszacharid vakcina adása javasolt minden 65 év feletti személynél, függetlenül attól, hogy szenved-e bármilyen megbetegedésben; immunológiai szempontból egészséges, de bizonyos alapbetegségben (idült szívbetegség, idült tüdőbetegség stb.) szenvedő 19–64 éves felnőttnek; funkcionális vagy anatómiai asplenia esetén és immunológiai károsodottnak (HIV, idült vesebetegség stb.).
2. D) A HIV-fertőzöttek 80–95%-ánál jelennek meg primer, illetve szekunder bőrtünetek. A szekunder bőrtünetek infekciózus vagy neoplasztikus eredetűek lehetnek. Mindhárom felsorolt bőrbetegség társulhat HIV-fertőzéshez.
3. B) Alvási apnoe szindrómáról akkor beszélünk, ha az alvás alatti obstruktív apnoék kifejezett napi aluszékonysággal társulnak.
4. B) A *Chlamydia trachomatis* D–K szerocsoportjai a szexuális úton terjedő genitourethralis fertőzésekért felelősek.
5. B) A sarcopenia egy tünetcsoport, amelyet a vázizomtömeg és az izomerő progresszív vesztese jellemez, amely lehet primer (a kor előrehaladtával bekövetkező) vagy szekunder (egyéb tényezők kiváltotta).
6. C) A 2-amino-4-merkaptánsav a leucin, esszenciális aminosav, tehát a szervezetben bioszintézise nincsen. A proteinszintézisben játszott szerepe mellett bizonyítottan képes a fehérjeszintézis indukciójára.
7. A) Az analis intraepithelialis neoplasia szűrését az 1–2 évente végzett analis citológiai vizsgálat jelenti a rizikócsoportban; ez költségghatékony eljárás az analis carcinoma megelőzése szempontjából.
8. D) A Philadelphia-kromoszóma-negatív myeloproliferatív neoplasiák genetikai hátterében a Januskináz-2, a calreticulin, valamint a trombopoietin-receptor génmutációit is azonosították.
9. B) Kritikus állapotú betegekben glutamint kell adni a standard tápszerekhez égés és trauma esetén az „A” evidenciájú ajánlás alapján.
10. A) A vulvovaginitis candidosa esetek hátterében 80–90%-ban *Candida albicans* igazolódik, amelyet gyakoriságban a *C. glabrata* követ. Ugyanakkor egyre több klinikus számol be a nonalbicans fajok terjedéséről a széles körben és nem megfelelő ideig alkalmazott antimikotikus terápiának megfelelően.

### 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. április 16.**

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

## OH-KVÍZ – 2015/14. szám

Válassza ki az alábbi lehetőségek közül a megfelelőt!

1. A non-Hodgkin-lymphomák hány százaléka az extranodalis lymphoma?  
A) 30%.  
B) 5%.  
C) 10%.  
D) 50%.
2. Mik a *Helicobacter pylori* eradikációs kezelésének optimalizálási lehetőségei?  
A) Kezelés időtartamának megnyúlása.  
B) A protonpumpagátló adagjának növelése.  
C) Probiotikumok alkalmazása.  
D) Mindhárom.
3. Hány genetikai alcsoportja ismert a hereditær spasticus paraplegiának?  
A) 10.  
B) 30.  
C) 50.  
D) 40.
4. Mely kórállapotok emelik a kromogranin A szintjét?  
A) Neuroendokrin daganatok.  
B) Gyulladásos bélbetegség.  
C) Szívelégtelenség.  
D) Mindhárom.
5. A „complement membrane attack complex” (C5–8) hiány melyik visszatérő fertőzésben játszik szerepet?  
A) *Pseudomonas aeruginosa*.  
B) *Streptococcus pneumoniae*.  
C) *Salmonella*.  
D) *Neisseria meningitidis*.
6. Mi a let-7a mikro-RNS hatásmechanizmusa?  
A) KRas gén expressziójának csökkenése.  
B) PDCD4 gén expressziójának csökkenése.  
C) COX-2 gén expressziójának fokozása.  
D) Egyik sem.
7. Melyik a ribavirin leggyakoribb mellékhatása?  
A) Lupus.  
B) Haemolyticus anaemia.  
C) Hyperthyreosis.  
D) Leukopenia.
8. Melyik örökletes daganatszindróma hajlamosít medulloblastoma kialakulására?  
A) Gorlin-szindróma.  
B) Turcot-szindróma.  
C) Mindkettő.  
D) Egyik sem.
9. Melyik gyógyszerhatóanyag használható migrén és tenziós fejfájás kezelésére?  
A) Naproxen.  
B) Topiramat.  
C) Sumatriptan.  
D) Mindhárom.
10. Melyik betegcsoport hajlamos invazív pneumococcusbetegsége?  
A) Lépeltávolításon átesettek.  
B) Immunszupprimáltak.  
C) Szívbetegségben szenvedők.  
D) Mindhárom.

## ELADÓ PRAXIS

Nyugdíjba vonulás miatt, **Veszprém** belvárosában,  
felnőtt háziorvosi körzet praxisjoga 2015-ben eladó.

Érdeklődni: +36-30-526-1990