

Hypertonia

A déli szieszának (alvás-szunyókálás) és időtartamának hatása a vérnyomás alakulására magas vérnyomásban szenvedő betegek körében (Association of mid-day naps occurrence and duration with blood pressure levels in hypertensive patients. A prospective study)
Kallistratos, M., Poulimenos, L., Karamanou, A., et al. (Asklepeion General Hospital, Cardiology Department, 1 Vasileos Pavlou Ave Voula, Athens, 16673, Görögország; e-mail: kallistrat1972@gmail.com): **J. Hypertension**, June 2015.
 doi: 10.1097/01. hjh.0000468209.39013.ca

A nappali alvás szokása manapság, a kilenc-től ötig tartó munkakultúra korában, szinte privilégiumnak számít.

Manolisz Kallisztratosz görög kardiológus tanulmánya – Kardiológusok Európai Társaságának londoni konferenciáján (Poster’ Session PS16 Cardiovascular Risk, Lifestyle and Treatment Adherence) bemutatott vizsgálat – szerint a délutáni alvás vérnyomáscsökkentő hatása lehet, és csökkentheti a szívroham kockázatát, és akár életmentő is.

A vizsgálat során 386 magas vérnyomású páciens esetében mérték a délutáni alvás hatását. A résztvevők átlagéletkora 61,4 év volt. A napközben alvók vérnyomása napi átlagban 5%-kal alacsonyabb volt, mint azoké, akik nem pihentek le. A délutáni alvók körében a magas vérnyomás kevésbé károsította az artériákat és a szívet. (A tanulmányban a magas vérnyomást befolyásoló egyéb faktorokat, a kort, a nemet, a testtömegindexet, a dohányzást, az alkoholfogyasztást, a testmozgást és a koffeinbevitelt is figyelembe vették [„adjust”].)

Kallisztratosz szerint lehet, hogy az észlelt vérnyomáscsökkenés alacsonynak tűnik, de korábbi tanulmányok azt igazolták, hogy már ez is mérsékelheti a cardiovascularis események kockázatát.

Az új kutatás kapcsolatát talált a délutáni alvás hossza és a hypertonia között is: azoknál mérték az egészségesebb vérnyomásértéket, akik délután egy órát aludtak: így a tanulmány nemcsak azt mutatta ki, hogy a délutáni alvás kapcsolatba hozható a hypertoniában szenvedők alacsonyabb vérnyomásával, hanem azt is, hogy a hosszabb alvás még jótékonyabb hatású is.

Fischer Tamás dr.

Kardiológia

Túlélés hirtelen szívéllás után a sportpályán vagy azon kívül (Survival from sports-related sudden cardiac arrest: In sports facilities versus outside of sports facilities)
Marijon, E., Bougouin, W., Karam, N., et al. Cardiology Department, European Georges Pompidou Hospital, 20–40 rue Leblanc, 75908 Paris, CEDEX 15, Franciaország;
 e-mail: eloi_marion@yahoo.fr): **Am. Heart J.**, 2015, 170(2), 339–345.c1.

A Franciaország mintegy 70%-át, 35 millió lakost reprezentáló hatvan körzetben öt éven át előfordult hirtelen szívéllás eseteket (SCD) gyűjtötték össze a nemzeti regiszter, a mentők (Service d’Aide Médicale Urgente), 121 kórház és sürgősségi ellátóhely és a sajtó folyamatos figyélésével. A sportesemény közbeni és egy órán belüli hirtelen szívéllást vették figyelembe a 10–75 éves populációban. A 820 esetből 426 a sportpályán – nemcsak mérkőzéseken, hanem az ott végzett rekreációs stb. testmozgás során – fordult elő, a többi az utcán. Az előbbieket átlagéletkora 42, a sportpályán kívüli eseteké 53 év. A sportpályán előfordult esetek 99,8%-ában, azon kívül 84,9%-ban volt közeli szemtanú, ez is magyarázza, hogy a resuscitatio a sportpályán 35,4%-ban, azon kívül 25,9%-ban kezdődött, és hamarabb (9,3, illetve 13,6 perc), a kezdeti sokkolható ritmus is a sportpályán volt gyakoribb: 58,8, illetve 33,1%. Az SCD a sportlétesítmények közül 43,7%-ban stadionban, 27,4%-ban fitnesscentrumban vagy iskolában, kevesebb esetben az uszodában, a tenispályán történt. Az előfordulása sportmozgás során 92%, fél órán belül 7,4% volt, férfinal 94,8%. A sportpályán előfordult SCD-k 5,2%-ában, az utcai esetek 18,5%-ában ismert volt valamely cardiovascularis betegség. „Könnyű” aktivitás közben 3,3–4,6%-ban lépett fel az SCD, zömmel a „közepes” intenzitás során jelentkezett.

A kórházból történő elbocsátás a sportlétesítményben előfordult SCD-k után 22,8%, az azon kívüliek után 8% volt. AED-készüléket 494 esetben alkalmaztak, a járőrelők csak 5 esetben. A mentő kicéréséig 7,4, illetve 11,1 perc telt el, a defibrillációs sokkig 9,3, illetve 13,6 perc.

A sportolással kapcsolatos hirtelen haláleseteket 4,6 és 16,7 per millió lakosra teszik évente, ezekből a sportolás kapcsán

1–3% fordulhat elő. A sportlétesítményben fellépő szívmegállást nemcsak hamarabb észlelik, hanem fiatalabbak, edzettebbek az áldozatok, náluk gyakoribb a sokkolható ritmuszavar – a kedvezőbb túlélést ez is magyarázza.

Sikeres resuscitatio és kórházi elbocsátás akár 54%-os lehet a sporttal kapcsolatos SCD-t követően (Page, R. L., et al.: *JACC*, 2013, 62, 2102.), ami a defibrillátorok hozzáférhetőségén is múlik, de ezek költséghatékonyasága nem ismert, nem elég csak egyszerűen beszerezni a készüléket.

(Ref.: *Marijon, E. és mtsai hasonló témájú cikke: Circulation*, 2015; 131, 1384–1391.)

Apor Péter dr.

Szülészet-nőgyógyászat

Az alsó húgyúti elzáródás (AHE) – klinikai kép, praenatalis kórisme és kezelési lehetőségek (Lower urinary tract obstruction [LUTO] – Krankheitsbild, präntale Diagnostik, und Therapiemöglichkeiten)
Bildau, J., Enzensberger, C., Degenhardt, J., et al. (Levelező szerző: R. Axt-Fliedner, R.: Abteilung für Pränatalmedizin und gynäkologische Sonografie, Zentrum für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Justus-Liebig Universität Gießen und UKGM, Klinikstrasse 33, 35392 Gießen, Németország): *Z. Geburtsh. Neonatol.*, 2014, 218(1), 18–26.

Mintegy 500 terhességre egy elzáródásos uropathia jut. Az elzáródás különböző szinten fordul elő: magasan, pyeloureteralisán, közepén, az ureter hólyagmagasságában, és alul, mélyen urethrovesicalisan a hólyagürülés szintjén (alsó húgyúti elzáródás [AHE]). Az AHE a veleszületett rendellenességek heterogén csoportja: a leggyakoribb oka a húgycső hátsó részének billentyűje vagy az urethraelzáródás. Az urogenitalis fejlődési rendellenességek miatt végzett terhességmegszakítások egyharmada a húgycső hátsó részének billentyűje miatt történik. A praenatalis tünetek ultrahanggal láthatók: az oligo- vagy anhydramnion, a megacystis, a proximálisan tágult urethra (kulcslyukjel), a kétoldali uretertágulat, a hydronephrosis, a veseparenchyma cystás részeinek fokozott echogenitásával. A teljes elzáródás oligo- vagy anhydramnionhoz és tüdőhypoplasiához, veseparenchyma-károsodáshoz, post-

natalis veseelégtelenséghez vezet. Az AHE előfordulása Észak-Angliában 2,2/10 000. Az esetek 64%-ában hátsó billentyű, 39%-ában húgycsőatresia, 4%-ában Prune Belly-szindróma áll a háttérben, és további 4%-ban a betegség nem osztályozható. A kórlefordulás az elzáródás teljes vagy részleges voltától, fennállásának idejétől és az esetleges kromoszómaanomáliától függ. Az újszülött betegségének súlyossága az oligo- vagy anhydramnióval járó tüdőhypoplasiától függ. Ha az a 16–24. terhességi héten, a tüdőfejlődés canalicularis fázisában kezdődött, a halálozás mintegy 80%-os. Az AHE-betegek a gyermekkori vesetranszplantációra szoruló legnagyobb csoportját képezik. Az első trimeszterben észlelt megacystitis esetek mintegy 10%-a kromoszóma-rendellenességgel társul. AHE esetekben a vizeletretenció a húgyhólyag tágulatához (megacystitishoz), a hólyagfal vastagodásához, fokozódó kétoldali uretertágulatához, hydronephrosishoz, veseparenchyma-károsodáshoz és veseműködés-romláshoz vezet. Irodalmi adatok szerint az AHE-esetek kétharmadát praenatalisan, a 18–22. terhességi héten az esetek kevesebb mint felét, és mintegy 80%-át a 28. hét után kórismézik.

Az AHE kórisméje után részletes vizsgálatokat kell végezni további fejlődési rendellenességek és kromoszómaanomáliák irányában. A továbbiak ezen eredmények ismeretében történnek. A magzat vese-funkcióját a magzati vizelet, a magzatvíz vagy a köldökzsinórvér vizsgálatával lehet megbecsülni. A magzatvíz kreatininkoncentrációja a glomerulusfunkciót jellemzi, a terhesség 23. hetétől kezdve a szintje meghaladja az anyai szérumkoncentrációt. A magzati vizelet elektrolit- (nátrium, kálium, foszfát, klór) koncentrációja a magzat tubularis működését jellemzi. A <90 mmol/l nátrium- és klórkoncentráció a 20–30. terhességi héten normális, a magasabb érték a vese tubularis károsodására utal. A >100 mmol/l érték a perinatalis elhalás veszélyét jelzi a terminális veseelégtelenség vagy tüdőhypoplasia következtében.

A kezelésnél a nyitott magzatebbszet helyett a minimálisan invazív beavatkozás kerül előtérbe: a vesicoamniális sönt képzése és a magzati cisztoszóma. A kezelés követelményei: a normális karyotypus, a megacystis, a kulcslyuktünet, a kétoldali hydronephrosis és a hydroureter, az oligo-, anhydramnió és az egyéb fejlődési rendellenesség kizárása. A söntbehelyezés hátránya a vizeletkivezetés nem fiziológiás volta, a normális hólyagtelődés és -ürülés szükséges lenne a normális fejlődéshez. A vesicoamniális sönt után a túlélő újszülöttek 40–50%-ának a veseműködése károsodott.

Kifejezett oligo-, anhydramnió esetén a söntbehelyezés után az újszülöttek mintegy 60%-a elhal, a söntbehelyezés nélkül viszont nincs magzatvíztelődés és a halálozás 100%-os.

Az AHE gyakran társul vesedysplasiával, embriológiai fejlődési rendellenességgel. A kiválasztásos AHE-esetekben az intrauterin kezelés ellenére a világrajövetel után az idült veseelégtelenség kifejlődésének valószínűsége fokozott. Néha a pubertás idején következik be a terminális veseelégtelenség. A közvetlen postnatalis halálozás majdnem mindig a tüdőelégtelenség következménye. A vesetranszplantáció 8–10 kg-os testsúly elérése után jöhet szóba, mert korábban nincs transzplantációra alkalmas szerv.

Az utánvizsgálatok ideje 1–14 év: a gyermekek 45%-ának normális a veseműködése, 22%-ának enyhe veseelégtelensége van, 33%-uk dialízisre szorul és 33%-uk a vizsgálati időszakban vesetranszplantáción esik át, 17%-ot katéterezni kell. 17%-ot felváltva katéterezik és spontán hagyják vizelni. Normális tüdőfunkciója a gyermekek 55%-ának van, 39%-uk asthma bronchialisban és 28%-uk recidiváló tüdőgyulladásban szenved. A gyermekek 11%-ának a napi aktivitása korlátozott. A gyermekek felének musculoskeletális problémái vannak. 17%-nak a hossznövekedése <5 percentilis és 50%-nak a testsúlya <25 percentilis. A gyermekek 55%-a speciális diétán él.

Az AHE fő oka az urethra posterior billentyűje és a húgycsőatresia. A diagnózis gyakran már az I. trimeszterben megállapítható. Fontos a további fejlődési rendellenességek és a kromoszómaanomália kizárása. Terápiás lehetőségek: a vesicoamniális sönt képzése és a húgycső hátsó billentyűjének foetoscopiás lézeres megszüntetése. Jelenleg még nincsenek a beteg magzatok optimális kiválasztására megbízható adatok, amelyek a postpartalis veseműködést előre jeleznék.

Magzati terápia – tudományos alap és a jelenlegi klinikai előny kritikus felmérése (Fetale Therapie – wissenschaftliche Basis und kritische Bestandsaufnahme des derzeitigen klinischen Nutzens)
Axt-Flüedner, R., Schmidt, S.
(Abteilung für Pränatalmedizin, Klinikstrasse 33, 35392 Gießen, Németország): **Z. Geburtsh. Neonatol.**, 2014, 218(1), 1.

A magzatorvostan a perinatalis orvostan gyorsan fejlődő szubdiszciplínája. A mag-

zatorvostan magában foglalja a nem invazív módszereket, a direkt méhen belüli beavatkozásokat (az ultrahangvezérelt punkciós technikákat, a magzat direkt megtekintését a minimálisan invazív kezeléshez); a magzat állapotának megfigyelését és a magzat terápiáját, illetve a betegségek megelőzését.

A foetoszkópiás endotrachealis elzárás (FETO) világrajozatal előtti kezelési mód, súlyos rekeszsérv esetében javít a beteg prognózisán. A hólyagürülést elzáró (alsó húgyúti obstrukció) vezető tünete a megacystis, gyakran már az első trimeszterben kórismézhető. A legegyszerűbb beavatkozás a magzat vizeletének a magzatvízbe bocsátása. A vesicoamniális sönt a világrajövetel utáni vesefunkciót nem, a tüdőérin-tettség és a halálozás kockázatát azonban kedvezően befolyásolja.

A pontos praenatalis diagnózis, a magzat intrauterin, majd perinatalis kezelése komplex eljárás, és csak kevés magas fokozatú specializált centrumban végezhető. A magzatorvostan célja a leendő szülőknél segíteni abban, hogy a legjobb döntést válasz- szák, a még meg nem született beteg segítése a gyógyulás vagy a következmények enyhítése érdekében. A felmerülő problémák dinamikus szubdiszciplínákat tesznek szükségessé.

Nem gyermekági emlőgyulladás (Mastitis non-puerperalis) Böhm, D.
(e-mail: boehm@soeder-boehm.de):
Geburtshilfe Frauenheilkd., 2014, 74(2), 134–137.

A nem gyermekági emlőgyulladás ritka betegség. Gyakoriságát 1–2/10 000 nőre lehet becsülni, de gyakoribb a 20–30 évesek között. A kórkép alatt a bakteriális, nem bakteriális, terhességen és szoptatáson kívül előforduló, különböző megjelenésű és lefolyású gyulladásokat értjük.

A bakteriális nem puerperalis emlőgyulladás során aerob vagy anaerob baktérium-szaporulat gennyes tejvezeték-gyulladás-hoz (galactophoritishez) vezet. A kórokozó: *Staphylococcus aureus* és koaguláz-negatív staphylococcus mellett anaerob baktériumok, bacteroides vagy peptostreptococcus lehet. Klinikai tünetek: pír, melegség, fájdalom, duzzanat, tályogképződés a bimbó alatt vagy mellett, esetleg sipolyképződés, ritkán láz, enyhe leukocytaszaporulat.

A kórisme alapja: a klinikai vizsgálat, megtekintés és tapintás, ultrahangvizsgálat a tályog kizárására. A kezelés befejezése

után ajánlatos a mammográfia, és a tályog széléről a szövettani vizsgálat. Kezelés: helyi hűtés, ismételt punkció, antibiotikum: sulfamethaxol + metronidazol, clindamycin. A kórokozó kimutatása kötelező. A galactophoritist szájon át vagy iv. 7–14 napon át antibiotikummal, fájdalomcsillapítással, hűtéssel és antiphlogisticummal kell kezelni.

A peri-/retro- areolaris mastitis tályogképződése esetén ultrahangvezérelt punk-

ciókkal és antibiotikumokkal kezelendő. Sűrű váladék esetén a tályogüreget fiziológias sóoldattal 1–2 naponként öblíteni kell.

Tályogkezelés után előfordul a recidíva, ilyenkor ki kell zárni a bőr- és egy retromamillaris tejvezetékfistula lehetőségét. Sipoly esetén a járatot ki kell metszeni.

A jóindulatú, baktériummentes emlőgyulladás kórszövettanilag háromféle lehet:

1. granulomás, galactostaticus vagy destruáló mastitis;

2. granulomás, lobularis vagy idiopathiás mastitis;

3. specifikus granulomás alak.

Ha az előidéző ok nem tisztázott, autoimmun reakció lehetősége felmerül a tej- vagy zsírkomponenssel szemben.

Egyes esetekben az elsődleges kezelés a tályog incisiója, illetve helyi excisio szteroid lokális alkalmazásával sikeres lehet.

Jakobovits Antal dr.

TÉVESZMÉK AZ ALTERNATÍV GYÓGYÁSZATBAN?

Boldogkői Zsolt

HIÉNÁK A BETEGÁGY KÖRÜL

A szerző molekuláris biológusként elszántan küzd az áltudomány és a beteg ember kiszolgáltatott helyzetét kihasználó „kuruzslás” ellen. Könyvében a következő kérdéseket veti fel, állásfoglalása egyértelmű:

- Van-e tudományos alapja az íriszdiagnosztikának, homeopátiának, lúgosításnak, energiamezőknek?
- Miért csökken a tudományos gyógyítás presztízse, míg az alternatív gyógyítás népszerűsége egyre nő?
- Hogyan mérhető a terápia, a diéta hatása, miért hisznek a betegek csodaszerekben?
- Miért hajlandók sokan komoly összeget áldozni kétséges hatású terápiákra, szerekre, gyógyhatású készítményekre?

320 oldal, 3400 Ft • világraszóló tudás • www.akademiaikiado.hu



AKADÉMIAI KIADÓ

Gondolatmozaikok a Magyar Endokrin Társaság 50 éves jubileumi kongresszusáról

Szeged, 2016. május 5–7.

A kongresszus magas szintű tudományos értékéről nem szólok, legföljebb a sokszínűségéről és az előadások komolyságáról kell megemlékezni, a témákról és a részletekről a *Magyar Belorvosi Archivum* 2016. 2/3. száma szakszerűen és pontosan beszámol. A társaság életéről pedig *Péter Ferenc, Góth Miklós és Telegdy Gyula professzorok* adtak szellemes, élvezetes képet.

A tisztességesre két módon lehet törekedni: objektivitással az igazságot keressük, szubjektíve pedig a valóság felé közelítünk. Az igazságot gépekkel, magas rendű műszerekkel, számítással lehet megközelíteni, és természetesen mindezeket okos gondolkodás irányítja. A valóságkeresésbe belejátszik az illető habitusa, beállítottsága, ízlése, meglátásra, egyéni véleményre törekvése, tisztessége és természetesen elfoglaltsága is (amely itt sokszor hasznos, mert témájára koncentrál).

Az alábbiak személyes élményeket és véleményt közvetítenek, szerzője ezért előre is bölcsőbb kollégái elnézését kéri: igyekszik persze elfogulatlan lenni, pontosan leírni, amit lát, de hát nem mindegyikünk szemé tökéletes.

Az első kellemes benyomásom a léghő volt, amely fogadott. Első pillanatban éreztem, de fokozatosan igazolódott bennem, milyen meghitt ez a társaság: mindenki udvarias, előzékeny. Nincs magamutogatás, nincs nagyozolás, a legtöbben nyíltak és közvetlenek, segítőkészek. Gondolkodásuk komolyságáról csak az előadások adtak bizonyítékot. Nagyon tetszett nekem, hogy nem unalmas felolvasásokat hallottunk, hanem szabad előadásokat, a referáló professzorok sétálva demonstrálták ábráikat és hívták fel a figyelmünket a diabetes vagy más endokrin témák izgalmas pontjaira. De aki a pulpituson maradt, az is szabadon adta elő mondanivalóját, értelmesen, ábrákkal illusztrálva a fontos pontokat. Régen magam is ezt tettem, de mennyivel primitívebb volt az akkori diavetítés a mai mozgó-élő demonstrációk mellett.

Örömmel töltött el az a megállapítás, hogy hölgy tudósaink mennyire előretörték, itt aztán igazán nincs szükség a nemek önigazolására, teljesítményük élvonalbeli. A tudományos kutatás az ő precizitásukat, türelmüket alapvetően megköveteli, s ebben „genetikailag” is nagyszerűek, de a

gyógyításban is nélkülözhetetlenek: milyen sivár lett volna a szakmánk kolleginák nélkül: Amíg mi a pontos diagnosztika és legelkiismeretesebb terápiára törtünk, ők ehhez még emberséget, empátiát és kedvességet adtak.

Izgalmas volt a diabetológiánál az új inzulinokról hallanunk, és az orális készítmények tekintetében is látásmasztott véleményeket kapnunk. „Kéthetes inzulin-bázisterápia” – ez azért nagy lépés az emberbarát gyógyítás felé! De hogy ma még precízebb beállítást kíván egy beteg, mint régen, amikor gyors-hosszú hatású és NPH inzulinnal rendelkezünk csupán; ma az ultragyors és bázisinzulinok széles skálájával kell „zongorázni”. Ami szomorú, az az etiológia tisztázatlansága. A múlt század közepén két primitív elmélettel küszködünk (és magunkban vitáztunk), mára bonyolult biokémiai folyamatok tisztázódtak, diabetesgéneket ismertünk meg, de a primum movens(ek) még ma is tisztázatlan(ok), elhárításuk (például génszűrés) pedig csak reményt ad az I-es típusú diabetes jövőbeli eliminálására. (És persze etikai gondot is a vállunkra rak.)

Figyelemre méltó elemzése volt *Van Der Lely professzornak*, az Európai Endokrin Társaság elnökének, hogy az endokrinológia mennyi más specialitással kapcsolódik össze: az immunológiával, az onkológiával, a genetikával, természetesen a biokémiával is, ezeknek adatokat ad át, illetve ezek egymásra hatnak. Mindez számomra örvendetes, mert jele annak, hogy a tudományos eredmények óriási felszaporodása miatt szétesett „tantárgyak” az egymásba kapcsolódás révén *egy magasabb szinten újra összekapcsolódnak*, s akkor majd a gyógyítás sem esik ennyire széjjel, hogy nagyszerű specialisták egyre objektívebb véleményt tudnak adni, csak lassan nem lesz, aki labor-szkopiás stb. specialisták véleményét összegezni tudná a beteg ember egészére érvényesen.

„A tudományok összeérnek, és együtt dolgoznak az egészségért” – mondhatnánk ki reménykedve.

Egyébként itt említettem meg, hogy a Magyar Endokrin Társaságot létrehozó nagyjaink és az azóta szorgosan dolgozó, kapcsolatokat építő professzorok, kutatóink érdemét és sikerét mutatja, hogy ezen a jubileumi kongresszuson Rácz professzor úr az Európai Endokrin Társaság elnökét is köszönthette, ami azt jelenti, a magyar endokrinológia 50 év alatt kivívta elismertségét, méltó rangját és meghatározó tényezővé vált a kutatásban éppúgy, mint a klinikai megfigyelésben. Ezt mutatják a megjelent gyógyszercégek is: nélkülük, a

náluk folyó élénk fejlesztés nélkül sosem értük volna el ezt a színvonalat, amely egyre több beteg ember életét menti meg vagy legalábbis teszi elviselhetőbbé.

Az orvosok, kutatók elégedetlen emberek, és legyenek is azok! Az eredmények mellett szomorú, hogy az endokrin onkológiában a legerősebb kezelések is szegény betegeknek sokszor csak hónapokat-fél éveket adnak.

Elismerés illeti az egy ideig külföldön dolgozó kutatóinkat, akik eredményeikkel és munkamoráljukkal országunk tudományos hírnevét öregbítik, majd hazatérve itthon értékesítik tapasztalataikat. (Az anyagi okokból külföldre távozott gyakorló orvosok indokait is megértjük, de sok állás betöltetlenségét hagyják maguk után. Ezért csak azt mondhatjuk, minden tisztelet és elismerés az itthon dolgozó, emiatt agyonhajszolt orvosainknak!)

A kongresszus szervezése kifogástalanul jó volt. A program tekintetében *Rácz Károly professzor urat és munkatársait* illeti köszönet, a szervezésért pedig *Nagy Endre elnök úrnak és Tóth Miklós főtájtár úrnak*, valamint *Valkusz Zsuzsa professzor asszonynak* és természetesen egészen kiváló *munkatársainak* fejezzük ki elismerésünket. Minden zavartalanul, komolyan, de jó hangulatban folyt, az elszállásolás és ellátásunk a Forrás Hotelban elsőrangú volt.

Az, hogy bátor kollégáinkat lélekvesztő csónakokban „eláztatták”, az nem a tudományra vonatkozott, de olyan szerencsés és szép városban, amelyen a Tisza hajlandó átfolydogálni, ezt inkább különleges adománynak fogtuk föl.

Hankiss János dr.

A NICE pozitív szakmai irányelvtervezetet tett közzé

Az Egyesült Királyságban működő National Institute for Health and Care Excellence (NICE) szakmai irányelv tervezete új terápiás lehetőséget, az alirocumab és az evolucumab monoklonális antitestek alkalmazását javasolja a magas kockázatú hypercholesterinaemiában vagy kevert dyslipidaemiában szenvedő betegek számára. Azoknak a szívinfarktus vagy stroke extrém magas kockázatával élő betegeknek nyújtana új lehetőséget az ajánlott hatóanyagok, akiknek koleszterinszintje statinokkal nem kontrollálható, vagy akik a mellékhatások miatt nem szedhetnek statinokat. A homozigóta familiáris hypercholesterinaemiában szenvedők szív- és érrendszeri betegségeinek kialakulási esélye már fiatal korban

megnö. Az érintett férfiaknál 50 éves kor előtt bekövetkező szívinfarktus esélye 50% és a nők esetében 60 éves korra eléri a 30%-ot. Az új hatóanyagok, az alirocumab és az evolocumab szelektíven kötődnek a PCSK9 (proprotein convertase subtilisin/kexin type 9) fehérjéhez. A PCSK9 fiziológián csökkenti az LDL-receptorok számát. A PCSK9 blokkolásával nő az LDL-receptorok száma a májsejtek felszínén és ezáltal a máj felveszi a koleszterint, így csökken a koleszterin szérumkoncentrációja. A monoklonális antitestek már 12 éves kortól biztonságosan adhatók, így az új típusú koleszterinszint-csökkentőkkel bővül az európai terápiás paletta.

A Coeliakia Nemzetközi Napja

2016. május 16.

A Coeliakia Nemzetközi Napját május 16-án tartotta meg az Association of European Coeliac Societies (AOECS) tagszervezeteivel együtt. Az idén a *gluténszenzitív enteropathia* elmaradó diagnózisa miatt kialakuló súlyos következményekre kívánták felhívni Európa lakosságának és döntéshozóinak figyelmét. Európában a becslések szerint 7 millió embert is érinthet a coeliakia, azonban a krónikus autoimmun betegségben szenvedők mindössze 12–15%-a rendelkezik pontos diagnózissal. Magyarországon a diagnosztizált betegek száma 15–20 ezer lehet, annak ellenére, hogy hazánkban a coeliakia gyakorisága az európai átlag kétszerese. Az átlagos diagnosztizálási idő sajnálatos módon több mint 10 év. Az elmaradó vagy késői felismerés miatt kialakuló súlyos szövődmények, a vérszegénység, a fogyás, hajhullás, csontritkulás, a meddőség, az ismétlődő vetélések, a depresszió vagy a vékonybél rosszindulatú daganatos elváltozásai nemcsak az egyén, a család, hanem társadalmi szinten is súlyos problémát jelentenek. E krónikus autoimmun betegség korai felismerése esetében a gluténmentes diéta betartása jó minőségű életet biztosít, mivel a betegségnek nincs gyógyszeres terápiája. Nagyon fontos, hogy az érintett fogadja el az életfogytig tartó táplálkozási megkorlátozásokat.

Az AOECS és a Lisztérzékenyek Érdekvédelmének Országos Egyesületének elnöke, *Koltai Tünde* szerint: „A krónikus betegségben szenvedők legfontosabb emberi joga a gyors és pontos diagnózishoz jutás.” Ezért szükséges felhívni Európa polgárait, szervezeteit és intézményeit figyel-

mét, hogy együtt tegyenek meg mindent azért, hogy a coeliakiás betegeket az első tünetek megjelenését követően minél rövidebb időn belül diagnosztizálják.

A Lisztérzékenyek Érdekvédelmének Országos Egyesülete idén a „2016 új gluténmentes terméke” díj kiosztásával tette emlékeztetővé a Coeliakia Nemzetközi Napját. A díjat az egyesület 25. születésnapja alkalmából alapították.

További információk a www.lisztzerzekenye.hu; egyesulet@lisztzerzekenye.hu; www.aoccs.org honlapokon olvashatók.

Blázovics Anna dr.

Az ARNA projekthez kapcsolódó hazai antibiotikum szakmai nap

Report on the national antibiotic day related to the ARNA projekt

Az ARNA (Antimicrobial Resistance and causes of [Non-prudent] use of Antibiotics in human medicine in the EU) egy antibiotikumokkal foglalkozó európai uniós projekt, amely a WHO kollaborációs centrumként működő hollandiai NIVEL intézet vezetésével fut. A projekt célkitűzése, hogy azonosítsa az antibakteriális szer nem megfelelő alkalmazásának meghatározó tényezőit, különös tekintettel a vény nélküli antibiotikum alkalmazására, az antibiotikumokkal kapcsolatos nemzeti szabályozások feltérképezésére, valamint az irodalomban közölt helyes antibiotikum-alkalmazási gyakorlatok összegyűjtésére. Mivel a korábbi Eurobarometer-felmérések (Eurobarometer 338–2009, Eurobarometer 407–2013) szerint a hazai vény nélküli antibiotikum relatíve magasnak adódott hazánkban, így kerültünk az ARNA projekt célországai közé 6 másik európai országgal együtt, és ehhez kapcsolódóan nyílt lehetőségünk a szakmai nap megszervezésére. A szakmai napon az ARNA projekt/NIVEL intézet munkatársain és a külföldi vendéglelőadókön kívül a hazai szervezetek (EMMI, OEP, OGYEI, MAGYOSZ, OEK, MGYT, MGYK) és releváns orvosi szakmai társaságok meghívott képviselői, illetve betegszervezet-képviselők (ABOSZ) vettek részt.

A szakmai nap során elsőként a NIVEL intézet munkatársa, *John Paget* mutatta be az ARNA projektet, valamint annak főbb eredményeit. Az ARNA kérdőíves lakossági felmérése alapján a vény nélküli antibiotikum alkalmazása a lakosság ~6%-át érinti hazánkban, ennek jelentős része a házipati-

kában felelhető – orvosi vényre korábban kiváltott – antibiotikumokkal történő öngyógyítás. Ezek mellett vény nélküli kiadások is történtek a hazai gyógyszerterekben a felmérésük szerint. Az előadó kiemelte a nemzeti antibiotikum-politika, illetve az antibiotikumokkal kapcsolatos hazai médiakampányok hiányát, és felvetette a vényre történő antibiotikumkiadás-szabályozás gyakorlati megvalósulásának problémáit.

Ezt követően a Szegedi Tudományegyetemről hangzott el két előadás. *Matuz Mária* előadásában a vény nélküli antibiotikum-alkalmazás elemzésének nehézségeit vázolta, valamint igazolta, hogy a vény nélküli antibiotikum-kiadások hazánkban szinte kivétel nélkül megfelelnek a szabályozásnak, hiszen becsléseink alapján gyakorlatilag orvos/gyógyszerész részére történő expedícióból adódik. Ezt követően *Benkő Rina* ismertette a hazai antibiotikum-alkalmazás néhány jellemzőjét, illetve a hazai antibiotikum-politika egyes elemeit. Előadásában az európai viszonylatban mérsékelt, ám az utóbbi években növekvő antibiotikum-felhasználást, a széles spektrumú antibiotikumok részesedésének magas voltát, a felhasználás mértékében lévő regionális különbségeket mutatta be, valamint a betegsúlyos elemzésekben rejlő lehetőségeket ismertette. A projekt további célkitűzéshez kapcsolódóan a graduális oktatás hiányosságait, a betegdukáció hiányát, az antibiotikum szó felbukkanását termékvásárlásra ösztönző reklámokban, valamint a szakmai irányelvek megújításának hiányát és a meglévő tartalmi problémáit vázolta. Ezt követően két skandináv (egy norvég és egy svéd) szakértő előadása következett, akik bemutatták, hogy hazájukban milyen törekvések történnek a helyes antibiotikum-alkalmazási gyakorlat megvalósítására. *Hege Salversen Blix* (Norwegian Institute of Public Health) a kedvező mennyiségű és összetételű norvég antibiotikum-alkalmazási gyakorlat hátterében az 1974 óta működő centralizált antibiotikum-surveillance-t, az antibiotikum-készítmények piacra kerülésének korlátozását, az antibiotikumok általános támogatásának hiányát, a multidiszciplináris együttműködést (amelynek terméke a 2000 óta létező nemzeti akcióterv, valamint a szakmai irányelvek kidolgozása) és az ehhez szükséges anyagi és humán erőforrások biztosítását emelte ki. A norvégok 2015–2020 akcióterve alapján az összesített ambuláns antibiotikum-használat 30%-os csökkentését, illetve az antibiotikum-felírások 450-ről 250 recept/1000 lakos/évre csökkentését tűzték ki célul. *Prof. Blix* hangsúlyozta a

gyógyszerfelhasználás-elemzések szerepét, hiszen részletes adatok és elemzések híján nem lehet azonosítani azt a beteg/orvos célcsoportot, amely leginkább igényli a beavatkozást.

Jenny Hellmann (Public Health Agency of Sweden) a hazájukban tapasztalható kedvező antibiotikum-alkalmazási gyakorlat kulcsfontosságú az antibiotikum-felhasználás és -rezisztencia folyamatos nemzeti és regionális monitorizálását, a hasonló egészségügyi centrumok antibiotikum-felhasználási gyakorlatának összevetését (benchmarking) és a felírók számára történő visszajelzést említette. Mindezen munkát a nemzeti közegészségügyi intézet 30 fős stábjába, illetve 21 megyében a multidiszciplináris 6–10 fős munkacsoportok (regionális, úgynevezett Strama group) végzik. Sikereik háttérben a dinamikus, a lokális Strama-csoportok igényeire reagáló munkamodell, az információk terjesztésére a különböző kommunikációs csatornák szimultán alkalmazása, valamint a téma politika szintjére emelése áll. A folyamatos fejlődés jegyében a svédek szintén 250 recept/1000 lakos/évben célozták meg az optimális antibiotikum-expozíciót, illetve minőségi targetként azt határozták meg, hogy 6 év alatti gyerekeknek légúti fertőzésre felírt antibiotikumok legalább 80%-a legyen szűk spektrumú penicillin, valamint a felnőttkorú, 80 év alatti nőknél a húgyúti fertőzésre maximum 10%-ban alkalmazzanak kinolonokat.

A délelőtti szekciót lezárandó és a délutáni kerekasztal-megbeszélést előkészítendő *François Schellevis* tartott előadást a lehetséges beavatkozásokról. Előadásában – alátámasztva az ARNA projekt egyes felméréseiből kapott adatokkal – mind a lakossági, mind a szakmai, mind a reguláris intervenciók szükségességét igazolta.

A hazai környezetben szükséges és lehetséges beavatkozási pontok megvitatása a délután folyamán történt, amelynek során a következő országspecifikus megjegyzések és ajánlások születtek: Elsődleges lenne a nemzeti antibiotikum-stratégia létrehozása: konkrét célok, időtartam, költségvetés, felelősségi körök meghatározása, amelyeknek az implementációját a nemzeti antibiotikum-bizottság segíti és koordinálja.

További javaslatok:

Vény nélküli (OTC) antibiotikum-használat csökkentése (lehetőségek és korlátok)

Recept nélküli antibiotikum-kiadás

A recept nélküli antibiotikum-kiadás a hazai szabályozás miatt ritka jelenség. Az

ARNA projektben talált 6%-os érték nagy része valójában orvos/gyógyszerész hozzátartozó vagy AUV-alkalmazás, illetve ténylegesen nem antibiotikum-kiadás (a lakosság egy része összetéveszti az antibiotikumokat például a gyulladáscsökkentőkkel, köptetőkkel). Az ezenfelül előforduló esetek többsége is szakmailag releváns indokok alapján történik. Célszerű lenne ennek a legális mederbe terelése oly módon, hogy bizonyos infekciók kezelésénél (például nem komplikált akut cystitis) a gyógyszerészek jogosultságot kapnak az irányelvbeli első vonalbeli szerek kiadására (nemzetközi néven pharmacist-only kategória). Javasolt ennek hazai megvalósíthatóságát, kereteit megfontolni.

A házipatikák antibiotikum-tartalmának csökkentése

- Az *adherencia* javítása a betegek oktatása által az alkalmazás időtartamára és gyógyszerterápiába való visszavétel ösztönzésére vonatkozóan.
- Az orális vényköteles gyógyszerkészítmények *bonthatóságát* illetően ellentétes érvek fogalmazódtak meg. Bár a vény nélküli antibiotikum-alkalmazás csökkenése várható tőle, nincs hazai hagyománya és mind financiálisan (a mai OEP-támogatási rendszert szem előtt tartva), mind adminisztratív szempontból nehezen kivitelezhető.

A *pontos tablettaszámra történő rendelés és expedíció* jelenleg elvi lehetőség, hiszen ennek technikai háttere (nagy kiszerezések) nincs biztosítva. A szakértők szerint ez a kiadási mód gépesítés hiányában felvet gyógyszerbiztonsági problémákat (tablettaszám-tévesztés, azonos kinézetű külső csomagolás).

Az ambuláns antibiotikum-használat mértékének visszaszorítása (lehetőségek és korlátok)

Lakossági intervenciók

Az antibiotikum-használat mértékének visszaszorításában a lakosság ismerete és ehhez kapcsolódóan az orvoshoz fordulás 'küszöbértéke' (kiváltó tényező, ideje) lényeges.

A lakosság képzésére szükség lenne iskolás kortól a tantervbe beemelve (korábbi egészségtan tantárgy mintájára). Prevenációs lehetőség például a kézmosás szerepének vagy a tüsszögési etikett oktatása.

Szükség lenne az EMMI által finanszírozott folyamatos tévé/rádió média kampányra és társadalmi célú hirdetésekre, mert a magyar lakosság sok időt tölt a képernyő előtt. A többi kommunikációs csatornát is fontos lenne használni: patikai és

rendelői szóróanyagokat fejleszteni az egyes fertőző betegségek tüneteiről és kezelésükről (például láz mint tünet jelentősége és értelmezése), illetve rendelői kivétlően is hasonló tartalmakat megjeleníteni. Tömegközlekedési eszközök, megállóknál szintén hordozhatnak egészségnevelő tartalmakat: egészségnevelő plakátokat, hirdetések, spotokat megfelelő – kommunikációs szakemberrel validált – tartalommal (például influenzát vírus okozza, nem igényel antibiotikum-terápiát).

Szabályozási lehetőségek

Szükség lenne a gyógyszerreklámok bizonyos tartalmainak korlátozására, ne legyen az antibiotikum szót használni termékösztönző antibakteriális szappan, torokfertőtlenítő készítmények esetén, illetve fel kell hívni a figyelmet az antibakteriális szappanok és hasonló készítmények indokolatlan használatának veszélyeire.

A vény érvényességi (beválthatósági) idejének csökkentése akut kezelések esetén (szükségtelen a 3 hónap).

Regisztrált készítmények számának korlátozása, hiszen ismert, hogy az elérhető készítmények száma összefüggést mutat a felhasználás mértékével (MacKenzie, F. M., et al., *J. Antimicrob. Chemother.*, 2006, b58(3), 657–560.).

Diagnosztikai gyors tesztek (POCT) társadalombiztosítási támogatása (például StrepA test tonsillopharyngitis esetén) használatához kötni az antibiotikum-felírást. Ez a szülő(k) meggyőzésében is segítené. Az orvosi rendelők mellett akár ezeknek a gyors teszteknek a gyógyszerterápiáinak alkalmazását is számításba lehet venni.

Egészségügyi oktatása

Az antibiotikum-felhasználás visszaszorításában az egészségügyi dolgozók (elsősorban a gyermekgyógyászok!) betegnevelő szerepe perdöntő.

A *graduális oktatás* javításának lehetőségei: Minisztériumi szinten meghatározott óraszámot biztosítani az infektológiai képzésnek. Ezenkívül minden tantárgyhoz kapcsolódjon egy-egy óra formájában az infektológia.

Posztgraduális szinten rendkívül fontos a betegelvárások kezelése. Ez kommunikációs képzést-fejlesztést kíván(na).

Lényeges, hogy a házi orvosi szakképzés curriculumába kerüljön bele az infektológiai oktatás kötelező elemként.

Minden kötelező szinten tartó továbbképzésen legyen egy központi forrásból finanszírozott infektológiai blokk, hasonlóan az újraélesztési tréningekhez.

Infektológus konziliárius ráépített (például belgyógyászatra, gyermekgyógyászatra) szakképzés bevezetése.

Egyszerűsített szakmai ajánlások készítése (zsebkártya/kis füzet), ami segíti az orvos differenciáldiagnosztikai döntését, cselekvési algoritmust fogalmaz meg (például ismételt orvosi vizitek szükségessége). Erre biztosítani kell a független, de munkájáért ellentételezett szakértői munkacsoportot.

Az antibiotikumhasználat-mintázat megváltoztatása (lehetőségek és korlátok)

Mivel az antibiotikumokat orvosok rendelik, az antibiotikum-használat mintázatának (egyes antibiotikum-csoportok relatív alkalmazási gyakorisága) a megváltoztatásának elsődleges célcsoportjai az orvosok.

Orvosokat érintő intervenciók

Szakmai irányelvek megújítása: egységes, szakmákon átívelő, evidence-based, országos rezisztenciaadatokat figyelembe vevő irányelvek fejlesztése, független munkacsoport által.

A megújított irányelvek alapján fentebb már említett egyszerűsített és kreatívan összeállított ajánlások (zsebkártya/kis füzet) készítése a leggyakoribb gyermekkori és felnőttkori fertőzésekre, ami tartalmazza az adott kórképben az első választandó hatóanyag(ka)t. Ezt nyomtatott formában és elektronikusan is terjeszteni kell, hogy minden orvos kezében ott legyen!

Vényíró programok által irányított hatóanyag-választás. Az irányelv szerinti első választandó hatóanyagok jelenjenek meg először, ha az adott diagnózist megjelöli az orvos.

Szabályozás

Első vonalbeli készítmények nagyobb mértékű támogatása, illetve a szűk spektrumú antibiotikumok nagyobb mértékű támogatása szükséges.

Rendelhetőségre vonatkozó restriktívok: például fluoroquinolon rendelkezésének korlátozása (például lelethez kötése, szakképzéshez/szakvizsgálóhoz kötése, konzultációhoz kötése).

Kötelezően készleten tartandó készítmények előírása gyógyszerárak részére. (Elsőként választandó szerek legyenek mindig készleten!)

Háziorvosi felírási szokások elemzése (audit) és visszajelzés, jól teljesítőknek jutalmazás (például továbbképzési pontjováírás).

Egyéb

A megfelelő gyógyszer-felhasználási adatokhoz való hozzájutás és folyamatos elemzés képezi az alapját a helyes antibiotikum-politika kialakításának, továbbá az intervenciók hatékonysága is ezáltal mérhető. Ennek megfelelően a következők javasoltak a megfelelő gyógyszerfogyási statisztikákhoz:

- Indikáció megjelölése (BNO) legyen pontos a vényeken (vényíró program támogatása).
- Betegszintű adatokhoz való hozzáférés, demográfiai adatokhoz kapcsoltan.
- Recepten kötelező elem legyen akut terápiák esetén a gyógyszereszedésre vonatkozó időtartam jelölése.
- A recepten elrendelt dózis és időtartam legyen rögzítve a gyógyszerári programban, így kerüljön be a biztosítónak küldött jelentésbe.

Összegzés

Az ARNA európai uniós projekthez kapcsolódó antibiotikum szakmai nap során számos, a hazai ambuláns antibiotikum-felhasználással, illetve antibiotikum-politikával kapcsolatos probléma/hiányosság bemutatásra került. A skandináv szakértők ismertették az antibiotikum-alkalmazás optimalizálására tett nemzeti és regionális erőfeszítéseiket és jövőbeni terveiket. Az összegyűlt hazai szakemberek, illetve betegképviselő részvételével megoldási javaslatok születtek. Mindezek alapján javasoljuk a nemzeti antibiotikum-stratégia mielőbbi kidolgozását, a konkrét célok, időtartam, költségvetés, felelősségi körök meghatározását és az antibiotikum alkalmazás-rezisztencia probléma döntéshozói szinten való tárgyalását.

Dr. Benkő Ria

e-mail: ria.benko@pharm.u-szeged.hu,
illetve benkoria@gmail.com

MÁJKUTATÁSI ALAPÍTVÁNY TÁJÉKOZTATÓJA

Ezúton értesítjük a Májkutatási Alapítvány adományozóit, hogy a 2014–2015. évben befolyt személyi jövedelemadó 1%-át, 49 467 Ft-ot, azaz **negyvenkilencezer-négyszázhatvanhét Ft-ot** szakmai továbbképzésen (Magyar Gasztroenterológiai Társaság 58. Nagygyűlése – Siófok, 2016. március 17–19.) való részvételre fordítottunk.