

Gyermekgyógyászat

Antibiotikum-terápia appendicitis esetében – a széles spektrumú antibiotikus kezelés nem előírás (Extended- versus narrower-spectrum antibiotics for appendicitis) Kronman, M. P., Oron, A. P., Ross, R. K., et al. (Division of Infectious Diseases, Department of Pediatrics, University of Washington, Seattle, Washington; Amerikai Egyesült Államok; e-mail: matthew.kronman@seattlechildrens.org): *Pediatrics*, 2016, 138(1), pii: e20154547.

Egy amerikai retrospektív kohorsz tanulmányban a szűk és a széles spektrumú antibiotikum-kezelés hatékonyságát hasonlították össze 3–18 év közötti gyermekek esetében, akiket appendicitisszel diagnosztizáltak, és appendectomián estek át. A vizsgálatban megkülönböztettek „nem komplikált” és „komplikált” eseteket. Ez utóbbinak feltétele volt az osztályon három napnál tovább tartó kezelés, a centrális vénakatóter, a súlyos kísérő tünetek, illetve az intenzív osztályos kezelés.

Összesen 24 984 beteget vizsgáltak, 29,3% tartozott a „komplikált” csoportba. Az összes vizsgált beteg 2,7%-ának volt szüksége 30 napon belül ismételt osztályos felvételre és ismételt sebészeti beavatkozásra. Ez az arány a várakozásoknak megfelelően szignifikánsan magasabb volt a „komplikált” csoportba tartozó betegek között (6,4%), mint a „nem komplikált”-ban (1,1%). A műtét napján, illetve egyes esetekben a műtétet követő napon antibiotikumként tazobactam-, ceftazidim-, cefepim-, illetve carbapenemkészítményt kaptak a betegek. A szerzők a 30 napos utánvizsgálat során kapott eredmények alapján megvizsgálták a perioperatív antibiotikus terápia hatékonyságát, de szignifikáns pozitív hatást nem találva megállapították, hogy appendicitis esetében a széles spektrumú antibiotikus kezelés nem nyújt előnyt.

Schmidt Péter dr.

Kardiológia

A pulzusszám szelektív lassítása a megtartott ejekciós frakciójú szívelégtelenségben (Effect of selective heart rate slowing in heart failure with preserved ejection

fraction) Pal, N., Sivaswamy, N., Mahmood, M. (Levelező szerző: H. Ashrafian, John Radcliffe Hospital, Oxford, Egyesült Királyság; e-mail: houman.ashrafian@cardiov.ox.ac.uk): *Circulation*, 2015, 132(18), 1719–1725.

A kezelésre refrakter megtartott ejekciós frakciójú (diasztolés; EF 50% felett) szívelégtelenségben a pulzusszám csökkentését javasolták. A kamra-artéria kapcsolat zavart, a kamra kontraktilis működése sem ép, az intrinszik szívizom tágulékonyasága csökkent. A diasztolé meghosszabbodása kedvezhet a coronariakeringésnek – különösen pitvarfibrillációban, így az ivabradinnal elért pulzusszámcsökkenés javíthatja a terhelhetőséget – feltételezték. A 22, 75 év körüli, többségben nőbeteg nyugalmi pulzusát a két hétig szedett napi $2 \times 7,5$ mg ivabradin 77-ről 57-re csökkentette, a keringéppárterhelés alatti csúcspulzus 145-ről 127-re csökkent, a csúcsoxigén-felvétel átlaga 15,9-ről 14,8 ml/kg.perc-re csökkent – csak három személyen nem változott, de nem változott a VE/VCO₂ slope és az anaerob küszöb. Nőtt a transmitális E/A arány, nem változott az E/c, a szívizom kreatinfoszfát/ATP, a tünetescore. Az oxigénfelvételi görbe (OUES: a ventilációs és a VO₂ aránya a terhelés során a kardiorespiratorikus tartalékra utal) a szubmaximális terhelés alatt mintegy 200 ml-rel csökkent.

A kontrollként szolgált hipertóniás csoportban az ivabradin a csúcspulzusszámot 145-ről 127-re rontotta, a VO₂-csúcs 26-ről 14,5 ml/kg.perc-re csökkent, nem változott a csúcsteljesítmény, az anaerob küszöb.

A tapasztalások megkérdőjelezik a régi gyakorlatot a pulzusszám csökkentése hasznosságát illetően. Nincs adat a túlélésről és a morbiditásról. Kisebb adagú ivabradin, esetleg egyéb pulzusszám-csökkentési módszer hatását is mérni kellene.

Szerkesztőségi kommentár (Kitzman, D. W., 1687. oldal) tette szavá, hogy a szívelégtelenség kezelésében a common sense nem mindig a valóság: az orális inotrop szerek a várakozással ellentétben rosszak, a béta-blokkolók meglepetésre hatékonyak lettek.

Apor Péter dr.

Pulmonológia

Alacsony dóziszú inhalált kortikoszteroid és montelukaszt kombinációjával kezelt idősebb asthmás betegeknél kevesebb

fellángolás fordul elő, mint közepes dóziszú kortikoszteroid-monoterápia mellett (Addition of montelukast to low-dose inhaled corticosteroid leads to fewer exacerbations in older patients than medium-dose inhaled corticosteroid monotherapy) Ye, Y. M., Kim, S. H., Hur, G. Y., et al. (Levelező szerző: H. S. Park, Department of Allergy and Clinical Immunology, Ajou University School of Medicine, Suwon, Korea; e-mail: hspark@ajou.ac.kr): *Allergy Asthma Immunol. Res.*, 2015, 7(5), 440–448.

A tanulmány időskori asthma bronchialeban szenvedő betegek körében kívánta meghatározni a kezelés hatékonyságát közepes dóziszú kortikoszteroid-monoterápia, illetve montelukast + alacsony adagú kortikoszteroid kombinált terápia mellett. (Ref.: *A montelukast egy leukotriénreceptor-blokkoló, a leukotriének gátlásával javítja az asthma tüneteit, segít az asthmás rohamok kialakulásának kontrollálásában és segít megelőzni a testmozgás okozta asthmás tüneteket.*) Randomizált, nyílt elrendezésű, multicentrikus prospektív tanulmányról van szó.

A betegek utánkövetése 12 hétig tartott.

A vizsgálat elsődleges végpontja annak meghatározása volt, hogy a besorolt betegek hány százaléka érte el a „jól kontrollált asthma” állapotot az utánkövetési idő végére. További végpontokként a betegség exacerbációit, a köpetben található gyulladásos sejtek számát, az asthma kontroll eredményeit (ACE), a fizikai terhelhetőséget (physical functioning scale – PFS), a depresszió pontszámait (geriatric depression scale – GDS) és a kedvezőtlen reakciókat vizsgálták.

Ami a kezelési protokollt illeti, a tanulmány első négy hetében részt vevő betegek 400 µg inhalációs budesztonidot (Ref.: *Egy glikokortikoszteroid*) (800 BUD) kaptak, majd randomizáció után egyik csoportjuk napi 800 µg budesztonid- (800 BUD), másik csoportjuk napi 400 µg budesztonid és 10 mg montelukast (MON + 400 BUD) kombinációs kezelésben részesült.

A vizsgálati eredményekből kiemelendő momentumok:

- A montelukast-budesztonid kombinált kezelésben részesülők közül 24 beteg (36,9%) érte el a jól kontrollált asthma állapotot, míg kortikoszteroid-monoterápiában részesülők közül csak 22 betegnél (34,9%) igazolódott ez az állapot.
- Kortikoszteroidkezelést igénylő asthma-exacerbatio a 800 BUD kezelés alatt ál-

lőknál magasabb arányban alakult ki, mint a MON + 400 BUD csoportban (20 vs. 9; $p = 0,036$).

- Ehhez hasonlóan a torokirritáció szintén a 800 BUD kezelés alatt állóknál alakult ki magasabb arányban, mint a MON + 400 BUD csoportban (23 vs. 11 betegnél; $p = 0,045$).
- A testtömegindex-érték, az aszthmakontroll teszteredményeiben mért változók, a FEV₁-értékek, a hatperces gyaloglási távolság és a kiinduláskori állapottól mért fizikai teherbírás foka voltak azok a döntő tényezők, amelyek segítséget nyújtottak a jól kontrollált és a kontrollálatlan asthma elkülönítésében.

Következtetésként megállapítható, hogy az alacsony dózisu inhalációs kortikoszteroid mellé 12 héten át adott montelukast megfelelő terápiás módszer az aszthmában szenvedő idősebb betegek számára olyan esetekben, amikor az alacsony dózisu inhalációs kortikoszteroid önmagában nem elegendő a jól kontrollált asthma stádiumának eléréséhez. Az asthmaellenes szerek hatására kialakuló aszthmakontroll meghatározására az ACT- és PFD-tesztek alkalmazhatók.

Összességében elmondható, hogy a tanulmány során igazolódott, a montelukast és az alacsony adagú inhalációs kortikoszteroid kombinációs kezelés megfelelő terápiás választás idősebb aszthmás betegek körében, és ezzel a terápiával kedvezőbb aszthmakontrollstátusz érhető el, mint az emelt dózisu kortikoszteroid-monoterápiával.

A jelen tanulmány azt is igazolta, hogy magas testtömegindex mellett – a terápiás választástól függetlenül – romlik a betegek aszthmakontrollja.

Fischer Tamás dr.

Radiológia

**Az elefántcsontcsigolya-jel
(The “ivory vertebra” sign)**
Matthews, G., Dyer, R. B.

(Department of Radiology,
Wake Forest Baptist Medical Center,
Wake Forest University School of
Medicine, Medical Center Blvd,
Winston-Salem, NC, 27157,
Amerikai Egyesült Államok;
gmatthew@wakehealth.edu):
Abdom. Radiol., 2017, 42(1),
334–336.

Az „ivory vertebra”, elefántcsontcsigolya-jel a csigolyatest diffúz sclerosisa. Bár klaszikusan osteoplasticus metasztatizással társul, leírták más betegségekből is.

Az elefántcsont-csigolya a homogénen scleroticus csigolyatest röntgen- vagy CT-képe. A kifejezést először francia orvosok használták 1925-ben egy emlőcarcinomás beteg osteoblastos csigolyaáttéte leírásakor.

A szerzők kétirányú röntgen, sagittális csont ablakos CT és T1-súlyozott fast spin echo MR-képeket mutatnak be. Az ivory vertebra leggyakrabban osteoblastos metasztatizis esetén látható (mamma- vagy prostatacarcinoma áttétei), azonban más szisztémás betegségekből, például lymphomában, Paget-kórban, mastocytosisban is előfordul.

Gáspárdy Géza dr.

Szív- és érrendszeri betegségek

Új terápiás lehetőségek a lipoprotein(a) csökkentésére: összefüggések a cardiovascularis betegségek megelőzéséhez (Emerging therapeutic options for lowering of lipoprotein(a): implications for prevention of cardiovascular disease) Boffa, M. B.
(Department of Biochemistry, Room 4245A Robarts Research Institute,

University of Western Ontario,
1151 Richmond Street North,
London, ON N6A 5B7, Kanada,
e-mail: mboffa@uwo.ca):
Curr. Atheroscler. Rep., 2016,
18(12), 69.

A magas lipoprotein(a)- [Lp(a)-] koncentráció független szív-ér rendszeri kockázati tényezőnek tekinthető a coronariabetegség, az ischaemiás stroke, a perifériás érbetegség és a meszes aortabillentyű-stenosis esetében is. Az emelkedett Lp(a)-szint prevalenciája magas, a populáció több mint 20%-át érintheti. Az Lp(a) szintje egyes népcsoportokban lényeges különbséget mutat, szintje több mint 90%-ban genetikailag meghatározott. A magas Lp(a)-koncentráció az ajánlások szerint a residuális szív- és érrendszeri kockázat részét képezi.

Az Lp(a) szűrését elsősorban ismert cardiovascularis betegséggel, statinkezelés mellett kialakuló cardiovascularis eseményekkel, familiáris hypercholesterinaemiával és igen nagy cardiovascularis kockázatú betegek esetében ajánlják.

Az Lp(a) szintje nem, vagy alig befolyásolható életmód-változtatással, valamint statinok vagy fibrátok adásával. Egyes gyógyszerek, mint például a pajzsmirigyhormon, a nikotinsav, a CETP-gátlók és a PCSK9-gátlók, az antisense oligonukleotidok (mipomersen, lomitapid), valamint a lipoproteinaferézis különböző mértékben (20–80%) csökkenthetik az Lp(a) szintjét.

A magas Lp(a)-szint cardiovascularis kockázatot emelő hatása mellett azonban még továbbra sem ismert pontosan, hogy csökkentésével a cardiovascularis események milyen mértékű mérséklése érhető el.

Ábel Tatjana dr.

*Amicum an nomen habes, aperit calamitas.
(A balsors mutatja meg, ki az igazi barát.)*

Az OH 2017/9. számában megjelent kvíz megoldásai:

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

Indoklások:

1. D) Az óriássejtes vasculitis a felnőttkori szisztémás vasculitisek egyik leggyakoribb formája. Az irodalomban arteritis temporalisként is említik. Az 50 év feletti életkor a betegség kezdetekor, az új keletű vagy lokalizációjú fejfájás, az arteria temporalis nyomásérzékenysége, fokozott pulzációja, a gyorsult vörösvértest-süllyedés, valamint az abnormális artériabiopsziás eredmény tartozik a klasszifikációs kritériumok közé az Amerikai Reumatológiai Kollégium alapján.
2. D) A koleszterin-, különösen az LDL-koleszterin-szint kulcsszerepet játszik az érlemezésedésben és a plakkok kialakulásában. 1 mmol/l LDL-koleszterin-szint-csökkentés 20%-os relatív stroke-kockázat-csökkenést eredményez.
3. D) A bölcsességfog-eltávolítások után jelentkező szövődményekre, posztoperatív gyulladásokra hajlamosít a dohányzás, a rossz szájhygiénia, a 25 év feletti életkor, valamint a nagyobb mennyiségű csont eltávolítása és a hosszabb műtéti időtartam.
4. C) A kolonoszkópia a colorectalis rák és prekursor laesiói észlelésének arany standardja. A kolonoszkópia minőségének megítélésére számos indikátor került leírásra az irodalomban: adenomadetekciós ráta, coecumintubációs ráta, endoszkópkihúzási idő, bélelőkészítés, szövődmenyráta.
5. A) A szürkehályog-műtét során műlencse hiányában évszázadokig elfogadott állapotnak tekintették az aphakiát. Az aphakia korrekciójának lehetséges megoldása az irisklipműlencse alkalmazása, beültetése. Az irisklipműlencse első prezentációja 1971-ben, Worsttól származik.
6. B) 184 országot tekintve jelenleg a koraszülöttek aránya 5 és 18% között változik, hazánk 8–11%-os mutatói a középkeletre esnek, azonban napjainkban folyamatos az emelkedés.
7. D) A membrántranszporterek aktivitásának, illetve expressziójának változása nemcsak a gyógyszerek és más exogén anyagok felszívódását befolyásolhatja, hanem különböző központi idegrendszeri betegségek kialakulásához vezethet. Például a sclerosis multiplex patológiájában a P-gp, a BCRP, valamint az ABCD3 transzporter vehet részt.
8. A) A vese-angiomylipoma kezelendő, ha nagyobb, mint 4 cm, ha tüneteket, illetve ha pszichés megterhelést okoz. Az üregrendszerbe nyomuló vagy a környező szervekbe törő, vagy azoktól el nem választható terime speciális ellenjavallatot képez.
9. D) A melanoma malignum incidenciája nő. Kórlefolyása sokszor kiszámíthatatlan, a korai felismerés jelentőségét hangsúlyozzák a túlélési adatok. Korai stádiumban a túlélés 98,3%, míg távoli áttétek esetén csupán 16%.
10. A) A bronchiolitis leggyakoribb kórokozója a respiratory syncytial vírus. A gyermekek körülbelül 20–30%-a az első életév után, 90%-a az életének első két évében átesik a fertőzésen. Gyakori a reinfekció.

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 6 továbbképzési pont kapható. Távoztatással 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: 2017. április 20.

Beküldési cím: Akadémiai Kiadó Zrt., 1519 Budapest, Pf. 245, e-mail: edit.budai@akademiai.hu

OH-KVÍZ – 2017/13. szám

Válassza ki az alábbi lehetőségek közül a megfelelőt!

- Mi lehet az antidiabetikus szerek releváns közvetlen támadáspontja a szívelégtelenség szempontjából?
 - Aritmogenezis.
 - Renin-angiotenzin-aldoszteron rendszer.
 - Szisztémás gyulladás.
 - Mindegyik közvetlen hatás lehet.
- Mit jelent a perifériás artériás verőérbetegség Fontain III. stádiuma?
 - Panaszmentes.
 - Enyhe claudicatio intermittens.
 - Nyugalmi fájdalom.
 - Ulcus.
- Melyik a leggyakoribb pajzsmirigy-carcinoma?
 - Papillaris.
 - Follicularis.
 - Medullaris.
 - Anaplasztikus.
- Hazánkban milyen gyakori a laikus által megkezdett újraélesztés?
 - 5%.
 - 20%.
 - 30%.
 - 40%.
- Mikor indokolt LMWH-kezelés superficialis vénás thrombosisban?
 - Progrediáló folyamat, kifejezett tünetek.
 - Hosszú szakaszú, legalább 5 cm-es köteg.
 - Combon kialakuló, junctióhoz közeli superficialis vénás thrombosis.
 - Mindegyik.
- Hazánkban a Nemzeti Szívinfarktus Regiszter 2015. évi adatai szerint a primer transzferrel szívkatéteres laboratóriumba került betegeknél mennyi idő (medián?) telik el a panasz kezdete és a szívkatéteres laboratóriumba kerülés között?
 - 152 perc.
 - 325 perc.
 - 223 perc.
 - 415 perc.
- Melyik a perinatalis depresszió kockázati tényezője?
 - Nem tervezett várandósság.
 - Fiatalabb életkor.
 - Egyedülálló anya.
 - Mindegyik.
- Hazánkban hányszorosa a szívinfarktus incidenciája az Európai Unió átlagához képest?
 - Kétszeres.
 - Ötszörös.
 - Fele.
 - Háromszorosa.
- Melyik kórkép kockázatbecslésére alkalmas a Landolfi-féle rizikóstratifikáció?
 - Thromboembolia.
 - Pancreatitis.
 - Myocardialis infarctus.
 - Egyik sem.
- Melyik készítmény van törzskönyveztve androgén deprivációra prosztatákban?
 - Leuprorelin.
 - Degarelix.
 - Abirateron.
 - Mindegyik.

Az Orvosi Hetilap egyes számai megvásárolhatók a Mediprint Orvosi Könyvesboltban.

Cím: Budapest V., Múzeum krt. 17. – Telefon: 317-4948