

Hepatológia

A nem alkoholos zsírmáj globális epidemiológiája – A prevalencia, az incidencia és a kimenetel metaanalitikus értékelése (Global epidemiology of nonalcoholic fatty liver disease – Meta-analytic assessment of prevalence, incidence, and outcomes) Younossi ZM, Koenig AB, Abdelatif D, et al. (Betty and Guy Beatty Center for Integrated Research, Inova Health System, 3300 Gallows Road, Falls Church, VA 22042, Amerikai Egyesült Államok; e-mail: zobair.younossi@inova.org): *Hepatology* 2016; 64: 73–84.

A szerzők a MEDLINE és a PubMed adatbázisa alapján az 1989 és 2015 között megjelent közleményeket vizsgálták, és a 22 országból származó 729 tanulmányból 86 dolgozatot elemeztek. Ezekben összesen 8 515 431 *nem alkoholos zsírmájbetegségben* (NAFLD) szenvedő beteg adata szerepelt. Az NAFLD globális prevalenciáját 25,24%-nak (95% CI: 22,10–28,65) állapították meg. A leggyakrabban a Közép-Keleten (31,79%) és Dél-Amerikában (30,45%), a legritkébb Afrikában (13,4%) fordult elő. Az előfordulás az életkorral nőtt: a legalacsonyabban a 30–39 év közötti csoportban (22,3%), a legmagasabb a 70–79 év közötti populációban (33,29%) volt. Az NAFLD-betegek között az elhízás gyakorisága 51,34% volt, a diabetes mellitus 22,51%-ban, a hyperlipidaemia 69,16%-ban, az arteriális hypertonia 39,4%-ban és a metabolikus szindróma 42,5%-ban fordult elő. Nem alkoholos steatohepatitisben (NASH) az esetek 40,6%-ában észlelték a fibrosis progresszióját. Bár a biopsziával vizsgált NAFLD-betegek 59%-ában igazoltak NASH-t, ezt a magas arányt mintavételi hiba is okozhatta, mert a biopsziát az esetek nagy részében feltehetően már kóros májpróbák, steatohepatitis gyanújával végezték. (Általában elfogadott, hogy a NASH gyakorisága 25% NAFLD-ben.) A hepatocellularis carcinoma incidenciája NAFLD-betegeknél 0,44/1000 fő/év, NASH esetén 5,29/1000 fő/év, és ez tovább fog növekedni a következő években. Az NAFLD-betegek száma globálisan több mint egymilliárd, előreláthatólag ezek 1–2%-a – 20 millió ember – fog meghalni májeredetű betegségben. Az NAFLD – és különösen a NASH – nemcsak a májspecifikus, hanem az általános (over-all) mortalitás

fokozott kockázatával is jár. Az NAFLD prevalenciája az obesitas pandémiájával együtt növekedett, azonban az NAFLD nem elhízottakban is gyakran előforduló metabolikus betegség, a háttérben genetikai és életmóddal kapcsolatos tényezőkkel.

Az elemzéssel a szerzők felhívják a figyelmet arra, hogy az NAFLD rendkívül gyakori és súlyos következményekkel járó kórkép, ennek tudatosítása fontos mind az alapellátásban dolgozók, mind a specialista és az egészségügyi döntéshozók számára.

Pár Alajos dr.

Rehabilitáció

Rövid, intenzív lépcsőn járás javítja a kardiorespiratorikus fittséget (Brief intense stair climbing improves cardiorespiratory fitness) Allison MK, Baglole JH, Martin BJ, et al. (Levelező szerző: Martin J. Gibala, Department of Kinesiology, McMaster University, Hamilton, ON, Kanada; e-mail: gibalam@mcmaster.ca): *Med Sci Sports Exerc.* 2017; 49: 298–307.

A „sprint-interval” edzés időtakarékos forma: nagy intenzitású szakaszok váltakoznak a pihenő/kis intenzitásúakkal. Széles körben terjed a belgyógyászati betegek rehabilitációjában is. Kérdés, hogy ezt a módszert edzetlen, fiatal nők nem laboratóriumi körülmények között eredményesen alkalmazhatják-e.

A 24 év körüli, nem edzett nők 3 × 20 s-os maximális intenzitással vagy bicikliztek, vagy lépcsőn siettek felfelé. A pulzus számuk, a tejsavszintjük, valamint a szubjektív nehézségmegítélésük (RPE-skála) nem különbözött a kétféle terhelést követően. Az edzésprogram 3 × 20 s maximális iramú felfelé történő lépcsőzés volt, heti háromszor, hat héten át, ami a VO_{2max} 12%-os – 1 MET – emelkedéséhez vezetett. Háromféle lépcsőzésprotokollt is összehasonlítottak: 3 × 20 s, illetve két 3 × 60 s-os terhelést, utóbbit egy és két lépcsőfokként fel-le téve meg, heti háromszor, hat héten át. Az eredmény 7%-os VO_{2max}-növekedés. Az orális glükóztolerancia-tesztből számított Cederholm-index 57-ről 64-re javult. Az intenzív „interval” lépcsőzés is jó edzés mód.

Ref.: A „természetben” úgy végeztük a mini-interval edzést a tisztas fibrosisos és egyéb betegekkel, hogy a Svábjegyen kirándulás közben két villanypózna közt futva, a kö-

vetkező távot gyalogolva tettük meg. A tüdőbetegeknek – különösen, ha expektorálniuk kell – a (mini) interval tréning a kézenfekvő terhelésmód. A lépcsőzés lefelé is hasznos: excentrikus combizom-tevékenységet igényel.

Apor Péter dr.

Szülészet-nőgyógyászat

Menopauza utáni hormonkezelés tegnap és ma (Hormontherapie im Wandel der Zeit) Reuter M, Fassnacht M. (Medizinische Klinik und Poliklinik I des Universitätsklinikums Würzburg, Németország): *Dtsch Med Wochenschr.* 2016; 141: 161–164.

Régóta tudjuk, hogy a peri- és a posztmenopauzális hormonkezelés kedvezőtlenül befolyásolja a thromboemboliás és az em-lőrákkockázatot. A Women's Health Initiative vizsgálat hosszú távú követéses eredményei megerősítették, hogy a peri- és a posztmenopauzális hormonkezelés továbbra sem javasolható a koszorúér-betegség, az osteoporosis és a depresszió primer prevenciójára. A thrombosis, a tüdőembólia és a stroke veszélyét elsősorban az orális hormonkezelés növeli. A fiatalabb korú menopauzálás nőknél kedvezőbb a haszon/kockázat arány.

A különböző ösztrogének és gesztagének kockázati profilja eltérő. A készítmény kiválasztása a pontos kockázatfelmérést követően a beteg tünetei és preferenciái függvényében történik. Nagy cardiovascularis kockázat esetén intakt uterus mellett a legjobb opciónak a transzdermalis ösztrogén-tapasz tűnik.

Azoknak a nőknek, akik nem tolerálják a gesztagéneket, alternatívát jelenthet az újonnan jóváhagyott kombinációs készítmény: konjugált ösztrogén + szelektív ösztrogénreceptor-modulátor (bazedoxifen). Az egyelőre csak Svájcban hozzáférhető készítményről még nem állnak rendelkezésre használható adatok.

A klasszikus hormonkezelés a thrombosis-kockázatot majdnem a kétszeresére növeli. A kockázat szempontjából fontosnak tűnik a hormonterápia kezdetének időpontja: fiatal nők (<60 év) esetében, akik a menopauzát követően korán (<10 évvel az utolsó vérzés után) kezdik a hormonkezelést, viszonylag kedvező haszon/kockázat aránnyal számolhatunk.

Fischer Tamás dr.