

A hús legfontosabb tudományos vizsgálat családorvosok számára 2017-ből

DR. MARK H. EBELL, DR. ROLAND GRAD



► KOMMENTÁR: DR. VÖRÖS KRISZTIÁN

A Canadian Medical Association tagjai minden évben 20 POEM-et (patient-oriented evidence that matters, azaz betegorientált, releváns bizonyíték) minősítenek a mindennapi gyakorlat szempontjából különösen jelentősnek. A 2017-es évben több mint 110 orvosi szaklap szisztematikus áttekintése során 247 vizsgálat felelt meg a POEM kritériumainak. Cikkünk sorra veszi az ezek közül kiemelkedő, betegorientált családorvosi vizsgálati eredményeket.

Az utóbbi évtizedekben jelentősen megnőtt az évente nyilvánosságra kerülő vizsgálatok száma. A PubMed 1990-ben 6762 vizsgálatot sorolt be randomizált, kontrollcsoportos vizsgálatként, 2015-ben azonban már 24 434 vizsgálatot. Az orvoslás széles spektrumával szembesülő családorvosok számára egyre nehezebb lépést tartani a friss kutatások eredményeivel. E probléma megoldását segítő, a bizonyítékokra alapozott orvoslás terén jártas orvoscsoport több mint 20 éve 110-nél is több angol nyelvű szaklapot tekint át szisztematikus, olyan bizonyítékok után kutatva, melyek jó eséllyel változást hozhatnak az alapellátásban. A csoportban családorvosok és farmakológusok éppen úgy részt vesznek, mint kórházi orvosok és a nők egészségügyi ellátását végző szakemberek.^{1,2}

A munka célja az olyan betegorientált bizonyítékok gyűjtése, melyek releván-

sak az alapellátásban dolgozók számára. A POEM-ek közé csak olyan vizsgálatok sorolhatók, melyek adatokkal szolgálnak a betegközpontú kimeneteli paraméterekről, pl. a tünetek, a morbiditás vagy a mortalitás javulásáról; mentesek a lényeges módszertani hibáktól; valamint ajánlásokat fogalmaznak meg a korábbi gyakorlat megváltoztatására. A POEM-eknek a betegellátás gyakorlatába való átültetése tehát javíthatja a betegek kimeneteli paramétereit. A szemlézett szaklapokban 2017-ben megjelent több mint 20 000 vizsgálat közül 247 közlemény felelt meg a validitás, a relevancia és a gyakorlat megváltoztatása iránt támasztott kritériumoknak.

A Canadian Medical Association (CMA) 2005 óta minden tagja számára előfizet a POEM-ekre, ezeket a társaság tagjai elektronikus levelekben is megkapják. A POEM-

ek elolvasása után módjuk van arra, hogy egy meghatározott információértékelési módszerrel értékeljék azokat. Az értékelési módszer figyelembe veszi, hogy az adott forrás mennyire releváns a klinikusok számára; milyen kognitív, illetve gyakorlati hatása van; továbbá alkalmas a várható egészségi hatás felmérésére is.³ Cikkünk azt a 20 POEM-et mutatja be, melyek klinikai relevanciáját a tagok 2017-ben a legmagasabbra értékelték. Az évente megjelenő cikksorozat⁴⁻⁹ mostani, hetedik részében a 2017-ben POEM-ként azonosított legfontosabb hús vizsgálatban fölvetett klinikai kérdéseket és az ezekre adott válaszokat összegezzük szakterületenként csoportosítva, rövid megbeszéléssel kiegészítve. Emellett ismertetjük az öt legfontosabb klinikai irányelvet is. A POEM-ek teljes szövege a <https://www.aafp.org/afp/poems2017> internetes címen található.

KARDIOVASZKULÁRIS BETEGSÉGEK ÉS MAGAS VÉRNYOMÁS

A POEM-ek első csoportjának középpontjában a szív- és érrendszeri megbetegedések (CVD) és a magas vérnyomás állnak (1. táblázat).^{10–14} Ezek közül két POEM a vérnyommérés megfelelő módjával foglalkozik. Bár csábító lehet nyerni néhány másodpercet azzal, hogy a beteg ingén vagy pulóverén keresztül mérjük a vérnyomást, a Japánból származó 1. számú vizsgálat arra

figyelmeztet, hogy ily módon a diasztolés vérnyomást 6-7 Hgmm-rel, míg a szisztolés vérnyomást 4 Hgmm-rel magasabbnak vélhetjük a ténylegesnél.¹⁰ A 2. számú holland vizsgálatban fehéreköpeny-hypertonia gyanújakor arra kérték a betegeket, hogy nyugodtan üljenek a rendelőben, miközben automata vérnyommérővel 5 percenként mérték a vérnyomásukat. Az így kapott mérési eredmények átlagértéke 23/12 Hgmm-rel bizonyult alacsonyabbnak, mint az első rendelői vérnyomás.¹¹ A 3. számú

vizsgálatban a Systolic Blood Pressure Intervention Trial (SPRINT) vizsgálat adatait értékelték újra. Arra a következtetésre jutottak, hogy olyan esetekben, amikor magas vérnyomás fennáll, cukorbetegség azonban nem, ugyanakkor fokozott a CVD kockázata (átlagéletkor: 68 év; a résztvevők 61%-ának 10 évre számított kardiovaszkuláris kockázata elérte vagy meghaladta a 15%-ot), az erősebb vérnyomásértékek célul tűzése kardiovaszkuláris szempontból előnyös, ám károsíthatja a veséket, és

01. TÁBLÁZAT

Kardiovaszkuláris betegségek és magas vérnyomás

KLINIKAI KÉRDÉS

1. Vérnyommérés

► Mi a vérnyommérés legjobb módszere?¹⁰

2. Vérnyommérés

► Mennyire pontos a vérnyomás 30 perces rendelői monitorozása alapján meghatározott érték (az egyszeri rendelői méréssel összehasonlítva) fehéreköpeny-hypertonia gyanújakor?¹¹

3. Az intenzív vérnyomáskontroll veszélyei

► Idősebb betegek szisztolés vérnyomásának erőyes csökkentése fokozza-e a renális diszfunkció kockázatát?¹²

4. Az ortosztatikus vérnyomás mérése

► Pontosabb-e az ortosztatikus hipotenzió megítélése 1 perces, mint 3 perces állás után?¹³

5. Idősebb betegek hyperlipidaemiájának kezelése

► A koleszterinszint csökkentése mérsékli-e azoknak a CVD-ben nem szenvedő, 65 évesnél idősebb betegeknek a morbiditását és mortalitását, akiknek az LDL-koleszterinje emelkedett?¹⁴

ÖSSZEFOGLALÓ VÁLASZ

A vérnyomást teljesen ruhátlan karon mérjük.

A pontos mérés érdekében hagyjuk a beteget pihenni néhány percig, majd a teljesen ruhátlan karján mérjük a vérnyomását. Számít a szisztolés vérnyomás 4 Hgmm-es, illetve a diasztolés vérnyomás 6-7 Hgmm-es eltérése? Egyes esetekben igen, különösen ha azt fontolgatjuk, hogy az addigi kezelési sémát kiegészítsük-e második vagy harmadik szerrel

Hagyjuk a beteget pihenni, és fontoljuk meg több, automata mandzsettával mért eredmény átlagértékének felhasználását.

Ebben a hollandiai vizsgálatban a vérnyomásértékek 30 perces rendelői monitorozása lényegesen alacsonyabb eredményeket adott, mint a legutóbbi rendelői mérés (a különbség kb. 23/12 Hgmm). A klinikusok sokkal kisebb eséllyel döntenek a terápia intenzifikálása mellett, ha döntéseiket ezekre az értékekre alapozzák

Idősebb betegeknél a 120/80 Hgmm-es célérték előnyös, ám fokozza a veseműködési zavar kockázatát.

A korábban publikált Systolic Blood Pressure Intervention Trial (SPRINT) *post hoc* analízise szerint a kardiovaszkuláris események szempontjából nagy kockázatú betegek (átlagéletkor: 68 év) szisztolés vérnyomásának csökkentése mérsékelt a CVD előfordulásának esélyét, viszont növelte a közepes súlyosságú renális diszfunkció felléptének kockázatát. Ugyanakkor – legalábbis 3 évig – nem nőtt annak veszélye, hogy a vesefunkció zavara végstádiumú vesebetegségbe megy át

A korábban ajánlott 3 perc helyett 1 perc töltsön a beteg álló helyzetben a vérnyommérés előtt.

Az 1 perces állást követően fellépő ortosztatikus vérnyomásesés pontosabban jelzi előre a szédülést és a későbbi nem kívánt események előfordulását, mint a jelenleg javasolt 3 perces állás

Nem igazolódott a hyperlipidaemia kezelésének előnyös hatása idősebb betegeknél, különösen 75 éves kor felett.

Ha a beteg 65 éves vagy idősebb, és CVD nem áll fenn, a koleszterinszint csökkentése nem hatásos, sőt akár káros is lehet, ha azt 75 év feletti betegnél kezdjük meg. Mivel más vizsgálatok sem igazolták a koleszterin-csökkentés előnyeit, itt az ideje, hogy ebben a betegcsoportban felhagyjunk a koleszterinszint ellenőrzésével és kezelésével

CVD: kardiovaszkuláris betegség

Irodalmi adatok^{10–14} alapján

több gyógyszer adását teszi szükségessé.¹² A SPRINT vizsgálatban a hollandiai vizsgálathoz hasonló mérési módszereket alkalmazták (azaz a beteg nyugalmi helyzetében 5 percnként végzett mérések adatait átlagolták); ennek ismeretében alapvetően fontos, hogy a vérnyomásmérést a SPRINT vizsgálói által javasolt módon is megismételjük, mielőtt újabb gyógyszerekkel egészítenénk ki az addigi terápiás sémát a célértékek elérése érdekében. Az ugyancsak a vérnyomásméréssel foglalkozó 4. számú vizsgálat végkövetkeztetése, hogy ortosztatikus hipotenzió gyanújakor 3 perc helyett inkább csak 1 percet kell a betegnek álló helyzetben töltenie a vérnyomásmérés előtt.¹³

A sztatínokat gyakran rendelik 65 éves vagy annál idősebb betegek számára, kérdés azonban, hogy hatásosak-e a CVD primer prevenciójában. Az 5. számú véletlen besorolós vizsgálatba csaknem 3000, legalább 65 éves beteget vontak be, akiknél nem állt fenn ismert CVD. Az egyik csoportban pravastatint (40 mg/nap) adtak, míg a másik csoportban placebót. Nem észlelték, hogy csökkent volna a coronaria-események előfordulása vagy az összegzett mortalitás, ugyanakkor nem szignifikáns mértékben emelkedett a halálozás a sztatinkezelésben részesült 75 évesnél idősebb betegek csoportjában (relatív házár: 1,34; 95%-os MT: 0,98–1,84).¹⁴

FERTŐZÉSEK

Két POEM tárgyát képezte a gyakori fertőzések megelőzése és kezelése az alapellátásban (2. táblázat).^{15,16} A 6. számú forrás szisztematikus áttekintés, mely nem igazolta az infekciók vagy szövődmények számának megszorodását azokban az esetekben, amikor a járóbeteg-ellátás keretében a bőrön végzett manipulációk során a személyzet nem steril kesztyűt viselt.¹⁵ A 7. számú vizsgálat azt a gyakorlatot kérdőjelezte meg, mely szerint számos biztosítóársaság klinikailag nyilvánvaló onychomycosis ese-

02. TÁBLÁZAT

Fertőzések

KLINIKAI KÉRDÉS

6. Steril kesztyűk használata

► Csökkenti-e a fertőzésveszélyt steril kesztyű használata a bőrt érintő kisebb ambuláns beavatkozások során?¹⁵

7. Az onychomycosis kórismerése

► Kellően költséghatékonyak-e a megerősítő diagnosztikai tesztek onychomycosis klinikai gyanúja esetén?¹⁶

ÖSSZEFOGLALÓ VÁLASZ

A steril kesztyű viselése nem jár előnnyel a bőrön végzett kisebb beavatkozások során.

Több mint 2700 beteg részvételével lefolytatott 8 vizsgálat alapján nem állítható, hogy a bőrt érintő leggyakoribb ambuláns beavatkozások (pl. lágyrészsérülés ellátása, elváltozás kimetszése) kapcsán különbség lenne a steril és a nem steril kesztyűben végzett eljárások között. Az infekció relatív kockázatában nincs szignifikáns különbség (0,95; 95%-os MT: 0,65–1,40).

Onychomycosis klinikai gyanújakor általában nincs szükség megerősítő tesztek végzésére.

Ha a klinikai jelek onychomycosisra utalnak, orális terbinafin empirikus adása a leggazdaságosabb. A májkárosodás esélye csupán 1:50 000–200 000, így a diagnózis megerősítésére végzett vizsgálatokkal több tízmillió dolláros költség árán lehetne elkerülni egyetlen májkárosodást. Ha a kevésbé hatásos, de jóval költségesebb eficonazol tartalmú helyi oldat felírása mellett döntünk, időszakosan végzett savas Schiff-festéssel méréselkelhető a költségek

Irodalmi adatok^{15,16} alapján

teiben a gombaellenes kezelés finanszírozásának feltételül szabja, hogy előzetesen történjen meg a lábköröm vizsgálata. E követelmény szükségtelen késedelmet okoz a kezelésben. A költséghatékonsági analízis szerint a diagnosztikai teszt nélkül, orális terbinafinnal indított empirikus kezelés a leggazdaságosabb terápiás stratégia.¹⁶

CUKORBETEGSÉG ÉS PAJZSMIRIGYBETEGSÉG

A 2-es típusú cukorbetegség témájában három POEM került nyilvánosságra 2017-ben (3. táblázat).^{17–20} A 8. számú vizsgálat az Egyesült Államokban végzett, jól megtervezett véletlen besorolós vizsgálat volt, mely megerősítette azt a számos európai országban korábban tett megfigyelést, mely szerint inzulinkezelésben nem részesülő, 2-es típusú diabetesben szenvedő betegek csoportjában a rutinszerű önellenőrzés nem javítja a klinikai kimeneteli

változókat.¹⁷ A betegeket el kell látni vércukormérő berendezéssel, melyet használhatnak akkor, ha rosszul érzik magukat vagy tüneteik jelentkeznek, rutinszerű önellenőrzésekre azonban nincs szükség. A 9. számú vizsgálat a mérföldkőnek számító ACCORD (Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes) vizsgálat hosszú távú követése. Az ACCORD vizsgálatához hasonlóan azt találták, hogy bár a szigorúbb glikémiás kontrollra randomizált betegek átlagos HbA_{1c}-szintjei alacsonyabbak voltak, a kardiovaszkuláris események fokozott kockázata továbbra sem csökkent.¹⁸ A 10. számú vizsgálatban szisztematikusan elemezték a HbA_{1c}-mérés és az éhomi vércukorszintek pontosságát a kóros glükóztolerancia teszt előrejelzésében. Egyik módszer sem bizonyult érzékenynek (szensitivitás: 25–49%), de az éhomi vércukorszint specifikusabbnak mutatkozott, ami közepes erősségű bizonyítékot jelent

03. TÁBLÁZAT

Cukorbetegség és pajzsmirigybetegség

KLINIKAI KÉRDÉS

8. Otthoni glükózmonitorozás

► Javítható-e a vércukorszint otthoni önellenőrzésével az inzulinnal nem kezelt, 2-es típusú diabetesben szenvedő betegek glikémiás kontrollja vagy életminősége?¹⁷

9. Intenzív glükózkontroll

► Melyek az intenzív glükózkontroll hosszú távú hatásai 2-es típusú cukorbetegségben?¹⁸

10. A praediabetes szűrése

► Pontosak-e a praediabetes szűrésére használt tesztek?¹⁹

11. A hypothyreosis kezelése

► Rejt-e klinikai előnyöket az idősebb felnőttek szubklinikus hypothyreosisának kezelése?²⁰

ÖSSZEFOGLALÓ VÁLASZ

Nem inzulinnal kezelt cukorbeteg esetében rutinszerű otthoni glükózmonitorozásra nincs szükség.

Rengeteg adat, rengeteg pénz és tesztcsíkok tömkelege a szeméttelpeken, de kevés eredmény. Az alapellátásban gondozott cukorbeteg által végzett otthoni glükózmonitorozás 1 év elteltével nem javítja a HbA_{1c}-értékeket vagy az életminőséget, ha a kezelés nem inzulinnal történik. A betegek otthoni önellenőrzés mellett sem magabiztosabbak vagy elégedettebbek, és nem ritkábbak a hypoglykaemiás epizódok sem. Úgy tűnik, a kezelőorvosok sem reagálnak úgy az otthoni mérések eredményeire, hogy annak kedvező hatása lenne

A cukorbeteg intenzív glükózkontrollja kapcsán nő a kardiovaszkuláris mortalitás.

Az első Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes (ACCORD) vizsgálat – mely a szokványos kezelés (HbA_{1c}-célérték: 7,0–7,9%) és az intenzív kontroll (HbA_{1c}-célérték: 6,0%) eredményeit hasonlította össze – azt igazolta, hogy a jó szándék ellenére alacsonyabb vércukorszintek mellett fokozódik a kardiovaszkuláris és az összegzett halálozás. A betegeket további 5 éven át figyelemmel kíséző vizsgálatban az intenzív terápiás csoport betegeinek HbA_{1c}-értékei továbbra is alacsonyabbak maradtak, mint a szokványos gondozásban részesült csoportban mért szintek; ugyanakkor továbbra is nagy volt a szív-ér rendszeri események okozta halálozás kockázata

A praediabetesnek az éhomi vércukorszint vagy a HbA_{1c}-értékek alapján történő szűrése pontatlan eredményeket ad. Ebben az elemzésben az emelkedett HbA_{1c}-értékek vagy az éhomi vércukorszintek csak néha mutattak párhuzamot a glükóztolerancia teszt eredményével. Ha a 2 órás glükóztolerancia teszt kóros eredményét a tényleges 2-es típusú cukorbetegség bizonyítékának tekintjük, akkor az emelkedett HbA_{1c} sem nem érzékeny, sem nem fajlagos, míg az éhomi vércukorszint specifikus (megbízhatóan kizárja a kockázatot), ám nem szenzitív. Az alkalmazott szűrővizsgálati módszertől függően a betegek jelentős része pontatlan diagnózishoz jut, míg másokban a diagnózis hamis biztonságérzetet kelt

Minimális mértékben emelkedett TSH-szintek esetében nincs haszna a kezelésnek.

Minimálisan emelkedett TSH-szintek esetén a kezelés nem eredményez tüneti javulást. Ha a TSH-szint 4,6 és 10 mNE/l közé esik, ismételt meghatározás szükséges, mivel a kóros szintek gyakran normalizálódnak (ez történt a vizsgálatba besorolt betegek 60%-ánál). Csak akkor mérlegeljük kezelés megkezdését, ha a TSH-értékek 10,0 mNE/l fölé emelkednek

TSH: thyreoida-stimuláló hormon

Irodalmi adatok^{17–20} alapján

kóros glükóztolerancia szempontjából, amennyiben az értékek emelkedettek.¹⁹ Végül a 11. számú vizsgálat útmutatóval szolgál a szubklinikus hypothyreosis kezeléséhez. Ebben a vizsgálatban olyan, 65 évesnél idősebb betegek vettek részt, akik mérsékelten emelkedett TSH-szint mellett tünetmentesek voltak, vagy csak enyhe tüneteket mutattak. Kiderült, hogy a 4,6 és 10,0 mNE/ml közötti értékek az ismételt vizsgálat idejére gyakran rendeződnek, és ebben a csoportban a kezelés nem eredményez tüneti javulást.²⁰

VÁZ-IZOM RENDSZERI KÓRÁLLAPOTOK

A POEM-ek következő csoportja a vázizom rendszeri betegségek témájában született (4. táblázat).^{21–24} A gabapentin és a pregabalin egyre népszerűbb választás az akut és krónikus derékfájás kezelésében. A 12. sorszámot egy jól megtervezett, véletlen besorolásos ausztráliai vizsgálat kapta, mely azt igazolta, hogy a közepesen súlyos vagy súlyos lumbágó klinikai kimeneteli változói pregabalin adásával nem javíthatók.²¹ A 13. sorszámú viz-

sgálat hasonlóképpen a gabapentin és a pregabalin hatásait elemezte szisztematikus módon idült derékfájás eseteiben, és legjobb esetben is csak korlátozott bizonyítékokkal szolgált a terápiás előnyökről, ugyanakkor meggyőzően megerősítette a mellékhatásokat.²² Amennyiben más vizsgálatokban nem nyer bizonyítást, hogy e szerek előnyei meghaladják az ártalmait, úgy a gabapentint és a pregabalin nem rendelhetjük derékfájással jelentkező betegeink számára. A 14. számú véletlen besorolásos vizsgálatban bokarándulást

04. TÁBLÁZAT

▶ Váz-izom rendszeri kórállapotok

KLINIKAI KÉRDÉS

12. Pregabalin alkalmazása lumbágóban

▶ Hatásosan enyhíti-e a pregabalin az akut és krónikus lumbágót kísérő fájdalmat?²¹

13. Gabapentin és pregabalin alkalmazása derékfájás ellen

▶ Hatásosak és biztonságosak-e a gabapentinoidok az idült derékfájás kezelésében?²²

14. Fizioterápia bokaizületi rándulás követően

▶ Enyhe vagy közepes súlyos bokarándulás eseteiben a fizioterápia gyorsítja vagy javítja-e a gyógyulást?²³

15. Kortikoszteroid injekciók alkalmazása térdizületi arthrosisban

▶ Az intraartikuláris kortikoszteroidok enyhítik-e a fájdalmat, javítják-e a funkciót, lassítják-e a porcpusztulást felnőttek térdizületi arthrosisában?²⁴

Irodalmi adatok²¹⁻²⁴ alapján

ÖSSZEFOGLALÓ VÁLASZ

Akut és krónikus lumbágóban a pregabalin hatástalan.

Ebbe a randomizált vizsgálatba 207, közepesen súlyos vagy súlyos lumbágóban szenvedő beteget választottak be és követték 1 évig. A szerzők tapasztalatai szerint a pregabalin nem eredményezett fájdalomcsökkenést vagy tüneti javulást, és nem javultak a derékfájós betegek egyéb kimeneteli paramétereit sem

Idült derékfájás eseteiben a gabapentinoidok hatástalanok.

A krónikus derékfájás miatt alkalmazott gabapentinoidokról rendelkezésre álló adatok mind számukat, mind minőségüket tekintve korlátozottak. A fájdalom csak kis vagy közepes mértékben csökkent, ám gyakoriak voltak a mellékhatások. A funkciót is elemző kisszámú vizsgálat nem igazolt javulást

A fizioterápia nem eredményes az akut bokarándulás kezelésében.

Felnőttkori bokarándulás eseteiben a fizioterápia (legfeljebb 7 ülésben) nem hozza előbbre a tünetek megszűnését és nem javítja a funkciót. A szokásos ellátásban vagy fizioterápiában részesült betegek kb. 60%-a kiváló gyógyulást tapasztal. Bocsássuk haza a betegeket a szokásos RICES protokollal: nyugalom (Rest), jegelés (Ice), kompresszió (Compression), megemelés (Elevation) és sínzés (Splinting)

A kortikoszteroid injekciók nem javítják a térdizületi arthrosis kimeneteli paramétereit, sőt ártalmasak is lehetnek.

Ebben a jól kivitelezett vizsgálatban 2 éven át 3 havonta rendszeresen intraartikuláris triamcinolon injekciót kaptak a betegek, a hatás a fájdalom és a funkció tekintetében nem tért el a sóoldattól. Ezzel együtt szignifikánsan fokozódott az izületi porc elvékonyodása, és kortikoszteroid alkalmazása kapcsán súlyosabb károsodás következett be, mint sóoldat adásakor

szenvedett betegek (n=503) kaptak szakember által felügyelt fizioterápiát vagy szokványos ellátást. Azt találták, hogy 3 hónap elteltével a szokványos módon kezelt betegek 65%-a mutatott kiváló gyógyhajlamot, míg a fizioterápiában részesült csoportban 56% (p=0,09).²³ Végül egy korábbi Cochrane-elemzés azzal a következtetéssel zárult, hogy a kortikoszteroid injekciók csak mérsékelt terápiás előnyt jelentenek a térdizületi kopásban szenvedő betegek számára.²⁵ Meg kell azonban jegyezni, hogy az említett vizsgálatok jelentős része nem volt megfelelően kontrollált, és számos vizsgálatban az injekciós kezelést nem placebóval, hanem kezelés nélküli stratégiával hasonlították össze. A 15. számú vizsgálatban térdizületi arthrosisban szenvedő betegek (n=140) kaptak véletlen besorolás szerint triamcinolont (40 mg) vagy sóinjekciót 3

havonta, 2 éven keresztül. A szerzők tapasztalatai szerint a kezelés nem befolyásolta kedvezően a fájdalmat vagy az izületi funkcióját, ám a kezelés előtt és után készített MRI-felvételek az izületi porc aggasztó mértékű elvékonyodását mutatták kortikoszteroid adása mellett.²⁴

SZŪRŐVIZSGÁLATOK

Három POEM foglalkozott a szűrővizsgálatok kérdéskörével (5. táblázat).²⁶⁻²⁸ A 16. számú metaanalízis azt igazolta, hogy a depresszió szűrésére széles körben használt kétkérdéses teszt segítséget nyújt idősebb felnőttek esetében a depresszió kiszűréséhez; fiatalabb populációban azonban az egy vagy több pozitív válasz nem diagnosztikus értékű depresszióra, ezért további megerősítés szükséges.²⁶ A 17. számú vizsgálat a betegeket hosszú távon követő Prostate, Lung, Colorectal,

and Ovarian Cancer Screening vizsgálat, mely ismét nem tudta megerősíteni, hogy a prosztatarák szűrése kedvezően befolyásolná a halálozást.²⁷ Az American College of Physicians (ACP), az American Urological Association és a U.S. Preventive Services Task Force irányelvei szerint a szűrést csak 55 (az ACP irányelvei szerint 50) éves kortól 69 éves korig kell megfontolni, miután a beteggel megvitattuk a potenciális előnyöket (melyek csekélyek) és a potenciális ártalmakat (melyek gyakoriak). Mind az orvos, mind a beteg számára nehéz lehet a rákszűrés abbahagyásáról szóló döntés meghozatala.

A 18. számmal ellátott kvalitatív vizsgálat következtetése szerint jobb azt hangsúlyozni, hogy „ez a teszt nem járul hozzá az élet meghosszabbításához”, mint felhívni a figyelmet a beteg igen behatárolt életkilátásaira.²⁸

05. TÁBLÁZAT

▶ Szűrővizsgálatok

KLINIKAI KÉRDÉS

16. A depresszió szűrése

▶ Alkalmas-e a kétkérdéses szűrés idősebb felnőttek depressziójának felismerésére?²⁶

17. A prosztatarak szűrése

▶ Javítja-e a mortalitást a panaszmentes férfiak prosztatarakszűrése?²⁷

18. A rákszűrés megvitatása

▶ Hogyan reagálnak az idősebb betegek arra a felvetésre, hogy az élet vége felé beszüntetjük a rákszűrő vizsgálatok végzését?²⁸

ÖSSZEFOGLALÓ VÁLASZ

A kétkérdéses teszt az időskori depresszió szűrésének megbízható módszere.

A depresszió szűrésére kifejlesztett teszt két írásos kérdést tartalmaz: (1) „Az elmúlt 1 hónapban okozott-e önnek problémát a levertség, depresszió vagy reménytelenség érzése?” és (2) „Az elmúlt hónapban előfordult-e, hogy bizonyos dolgok végzése nem érdekelt, vagy azok nem szereztek élvezetet önnek?” Amennyiben a beteg mindkét kérdésre nemmel válaszol, azzal gyorsan kizárható a depresszió (szenzitivitás: 92%), ám ha egyik vagy mindkét kérdésre „igen” a felelet, akkor további kikérdezés szükséges a diagnózis megerősítésére, mivel a szűrőeszköz specificitása gyenge (68%)

A PLCO Cancer Screening Trial továbbra sem szolgáltatott bizonyítékot arra, hogy a prosztatarakszűrés javítaná a betegség halálzási arányait.

A PLCO Cancer Screening Trial betegeinek csaknem két évtizedes követése alapján úgy tűnik, hogy a tünetmentes férfiak prosztatarakszűrése nem csökkenti a halálzást. A megállapítás értékét némiképp behatárolja, hogy a szűrés nélküli stratégiára sorolt személyek csaknem felénél a vizsgálati periódus alatt legalább egy alkalommal sor került a prosztataspecifikus antigén meghatározására

Hogyan beszéljünk a beteggel a rákszűrő vizsgálatok leállításáról?

Annak felvetésekor, hogy a beteg behatárolt életkilátásainak ismeretében már nincs haszna a rákszűrésnek, a beteg számára durvának tűnhetnek az olyan direkt megfogalmazások, mint pl. „Már nem fog olyan sokáig élni, hogy legyen értelme ennek a vizsgálatnak.” Ehelyett fogalmazzunk pl. így: „Ez a vizsgálat nem fog segíteni önnek abban, hogy hosszabb ideig éljen.” Vizsgálatok nélkül is sejthető, hogy a gyógyszeres kezelések leállításakor is célszerű tapintatosan fogalmazni

PLCO: prosztata, tüdő, vastagbél- és végbél, petefészek

Irodalmi adatok²⁶⁻²⁸ alapján

06. TÁBLÁZAT

▶ Egyéb

KLINIKAI KÉRDÉS

19. A nem szteroid gyulladáscsökkentő szerek relatív biztonságossága

▶ A kardiovaszkuláris események szempontjából ugyanolyan biztonságos-e a celecoxib, mint a naproxen vagy az ibuprofen?²⁹

20. Az alvási apnoe kezelése

▶ A felnőttkori alvási apnoében alkalmazott pozitív légúti nyomás csökkenti-e a kardiovaszkuláris eseményekkel összefüggő morbiditást és mortalitást?³⁰

ÖSSZEFOGLALÓ VÁLASZ

Legfeljebb csekély különbségek mutatkoznak a celecoxib, az ibuprofen és a naproxen biztonságossága között.

Az egyes szerek közötti különbségek többnyire igen csekélyek, és a fontosabb kimeneteli változók (bármely okból bekövetkező halálzás, kardiovaszkuláris mortalitás és stroke) tekintetében sem igazolható közöttük eltérés. Ha celecoxib szedését javasoljuk a betegnek valamelyik olcsóbb alternatívával (pl. naproxen, ibuprofen) szemben, generikus készítményt rendeljünk számára, mivel az olcsóbb, és a dózis ne haladja meg a napi 200 mg-ot

Bár az alvási apnoe kezelése enyhíti a tüneteket, a kardiovaszkuláris események kockázata nem csökken.

A felnőttkori alvási apnoe folyamatos pozitív légúti nyomással történő kezelése mellett sem csökken a kardiovaszkuláris események előfordulása és a halálzás. A napközbeni kimerültséggel jelentkező betegek számára előnyös lehet az álmoság csökkenése, valamint a testi és szellemi jóllét javulása. Alvási apnoe tüneteit mutató beteget csak akkor küldjünk alvásvizsgálatra, ha napközbeni fáradtság klinikailag jelentős tünetei észlelhetők

Irodalmi adatok^{29,30} alapján

07.
TÁBLÁZAT

▶ Gyakorlati irányelvek

KLINIKAI KÉRDÉS

▶ **ACP:** a 2-es típusú cukorbetegség orális gyógyszeres terápiája³¹

▶ **ACP és AAFP:** a magas vérnyomás kezelése 60 évesnél idősebb betegeknél³²

▶ **ACP:** az akut, szubakut és krónikus derékfájás noninvazív terápiája³³

▶ **ACP:** a köszvény kezelése³⁴

▶ **USPSTF:** sztatinek a kardiovaszkuláris események primer prevenciójában³⁵

ÖSSZEFOGLALÓ VÁLASZ

A metformin az elsőként választandó szer 2-es típusú cukorbetegségben. Ezt második orális szerrel (pl. szulfonilurea, tiazolidindion, nátrium-glükóz-transzporter-2-inhibitor, dipeptidil-peptidáz-4-inhibitor) kell kiegészíteni akkor, ha a glikémiás kontroll szempontjából ez szükségesnek látszik. A második vonalbeli gyógyszercsoport egyik képviselője sem részesítendő előnyben a többivel szemben, a döntést a beteg preferenciái, a mellékhatások és a költségek szabják meg

Jegyezzük meg a 60–150–140 számsort: 60 éves kor felett akkor mérleljük a kezelést, ha a szisztolés vérnyomás meghaladja a 150 Hgmm-t, illetve korábban stroke-on vagy TIA-n átesett betegek esetében a 140 Hgmm-t, és ugyanez a határérték érvényes a kardiovaszkuláris események szempontjából fokozott kockázatú betegekre is. Az irányelvek csak azt követően javasolják a kezelés megkezdését, hogy a beteggel megvitattuk annak előnyeit és hátrányait; ennek során az orvosnak óvakodnia kell attól, hogy pusztán a számok alapján hozzon döntést

Az irányelvek nem gyógyszeres kezelést javasolnak a heveny és idült derékfájás terápiájának első lépéseként, mivel a gyógyszerek előnyeire és kockázataira vonatkozóan nem rendelkezünk elegendő bizonyítékkal. Egy sor nem gyógyszeres megközelítés hasznáról van némi bizonyíték, így a betegnek módja van kiválasztani a számára legalkalmasabbnak tűnő módszert

Meggyőzően bizonyítottnak látszik, hogy akut köszvényben kortikoszteroidok, nem szteroid gyulladáscsökkentők vagy kis dózísú kolchicin (1,2 mg, majd egy óra múltán 0,6 mg) adandók. A profilaxist többnyire nem kell megkezdeni az első köszvényes roham után, illetve amikor rohamok csak ritkán jelentkeznek. A beteget tájékoztatni kell a kezelés előnyeiről, kockázatairól és költségeiről, ezzel segítve őt annak eldöntésében, hogy az megfelel-e az igényeinek. Preventív terápia alkalmazásakor nincs szükség 24 órás vizeletmonitorozásra vagy a húgysavszint folyamatos követésére; egyszerűen alkalmazzuk az allopurinol vagy febuxostat szokványos dózisait.

Ha egy felnőtt beteg kórelőzményében nem szerepel CVD, akkor a CV események megelőzésére kis vagy közepes dózísú sztatinterápia szükséges, amennyiben teljes körűen teljesülnek a következő kritériumok: (1) a beteg életkora 40 és 75 év közé esik; (2) a CVD legalább egy kockázati tényezője fennáll (pl. dyslipidaemia, cukorbetegség, magas vérnyomás, dohányzás); és (3) a CVD esemény 10 évre számított kockázata 10% vagy annál nagyobb. Primer prevenció céljából is megfontolható sztatín adása, ha a beteg életkora 40 és 70 év között van, legalább egy CV kockázati tényező megléte igazolható, és a CVD esemény 10 évre számított kockázata 7,5–10%, bár ilyenkor a terápiás haszon esélye kisebb. Végül a USPSTF azt a következtetést fogalmazta meg, hogy a jelenlegi bizonyítékok nem elégségesek annak megítélésére, hogy legalább 76 éves betegeknél kezdjünk-e sztatinterápiát a CVD események megelőzésére, bár a korábban idézett vizsgálatok egyike azt jelezte, hogy a sztatinek ebben a betegcsoportban nem előnyösek, sőt akár károsak is lehetnek

AAFP: American Academy of Family Physicians; ACP: American College of Physicians; CV: kardiovaszkuláris; CVD: kardiovaszkuláris betegség; USPSTF: U.S. Preventive Services Task Force; TIA: átmeneti agyi keringészavar

Irodalmi adatok^{14,31–35} alapján

EGYÉB

Ebbe a csoportba két vizsgálat került (6. táblázat).^{29,30} A 19. számú vizsgálat az ibuprofen, a naproxen és a celecoxib összehasonlítása során nem igazolt különbséget a kardiovaszkuláris események előfordulásában, és csupán a gasztrointesztinális és renális események előfordulásában mutatkozott csekély különbség a három szer között, mely nem érte el a 0,5%-ot sem.²⁹

A gyógyszerválasztásban tehát a mellékhatások valószínűsége helyett más tényezőket kell figyelembe venni, pl. a költségeket vagy a beteg preferenciáit. A húszas toplista végén egy 10 véletlen besorolások vizsgálatot felölelő szisztematikus áttekintés áll, melyben 7266, obstruktív alvási apnoéban szenvedő beteg vett részt. Nem nyert bizonyítást, hogy a folyamatos pozitív légúti nyomás csökkentené a kardiovaszkuláris

események vagy a halálozás kockázatát.³⁰

A folyamatos pozitív légúti nyomás alkalmazásáról hozott döntésben kizárólag a tolerálhatóságot, illetve a tünetekre gyakorolt hatást kell figyelembe venni.

GYAKORLATI IRÁNYELVEK

Bár a POEM-ek zöme egyedi kutatás vagy szisztematikus áttekintés, a nagy jelentőségű gyakorlati irányelveket is gyakran

összegzik. A CMA olvasói öt irányelvet értékelték a legmagasabbra a mindennapi gyakorlati relevancia szempontjából, ezeket a 7. táblázat sorolja fel az alapvető ajánlásokkal együtt.^{14,31–35} Mindegyiket teljes körűen elfogadta az American Academy of Family Physicians (AAFP), és megtalálhatók az AAFP klinikai gyakorlati irányelveket gyűjtő honlapján is (<https://www.aafp.org/patient-care/browse/type-tag-clinical-practice-guidelines.html>). A cikkben ismertetett POEM-ek teljes terjedelmükben a <https://www.aafp.org/afp/poems2017> internetes címen olvashatók. A korábbi évek POEM-listája a <https://www.aafp.org/journals/afp/authors/ebm-toolkit/resources/top-poems.html> internetes címen található.

A szerkesztő megjegyzése. A cikk egyik szerzője, dr. Mark Ebell 2012-től 2015-ig a U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) munkatársa volt, jelenleg a USPSTF konzulense. A cikkben foglaltak nem feltétlenül tükrözik a USPSTF álláspontját és stratégiáját. Dr. Ebell az American Family Physician (AFP) bizonyíték alapú orvostudományra szakosodott főszerkesztő-helyettese, a Wiley-Blackwell, Inc. által kiadott Essential Evidence Plus alapítója és főszerkesztője. Tekintettel dr. Ebell kettős szerepére és az Essential Evidence Plus-hoz való kötődésére, a cikk alapkoncepcióját az AFP orvosszerkesztői is áttekinthették és jóváhagyták. Emellett a kézirat átment az AFP orvosszerkesztői által végzett szakmai lektorálás és szerkesztés folyamatán is. Dr. Ebell nem vett részt a szerkesztőségi döntéshozatali folyamatban. – *Dr. Sumi Sexton, főszerkesztő, American Family Physician*

A szerzők köszönetet mondanak a Wiley-Blackwell, Inc. kiadóvállalatnak a POEM-ek kivonatolásához adott engedélyért. Dr. Allen Shaughnessy, dr. Henry Barry, dr. David Slawson, dr. Nita Kulkarni és dr. Linda Speer végezte az eredeti POEM-ek kiválasztását és az összefoglaló megírását; köszönet illeti a Missouri Egyetem – Columbia családorvos

szakorvosait a szakmai lektorálásért. Dr. Pierre Pluye részt vett az információértékelési módszer kifejlesztésében; Maria Vlasak az utóbbi 24 évben megjelent POEM-ek nyomdai előkészítési munkáiért volt felelős.

TOP 20 RESEARCH STUDIES OF 2017 FOR PRIMARY CARE PHYSICIANS • VOL 97 / NO 9 / MAY 1, 2018 / AMERICAN FAMILY PHYSICIAN



Levelezési cím:

volker.burst@uk-koeln.de Mark H. Ebell, MD, MS, University of Georgia, 125 Miller Hall, Athens, GA 30602

A szerzők munkahelye:

Dr. Mark H. Ebell,¹ Dr. Roland Grad²

¹Egyetemi tanár, Georgiai Egyetem, Epidemiológiai Tanszék, Athens (Georgia, USA). ²Egyetemi docens, McGill Egyetem, Családorvostani Tanszék, Montreal (Quebec, Kanada)



Irodalom:

1. Shaughnessy AF, Slawson DC, Bennett JH. Becoming an information master: a guidebook to the medical information jungle. *J Fam Pract* 1994;39(5):489–499
2. Ebell MH, Barry HC, Slawson DC, Shaughnessy AF. Finding POEMs in the medical literature. *J Fam Pract* 1999;48(5):350–355
3. Pluye P, Grad RM, Johnson-Lafleur J, et al. Evaluation of email alerts in practice: part 2. Validation of the information assessment method. *J Eval Clin Pract* 2010;16(6):1236–1243
4. Ebell MH, Grad R. Top 20 research studies of 2016 for primary care physicians. *Am Fam Physician* 2017;95(9):572–579
5. Ebell MH, Grad R. Top 20 research studies of 2015 for primary care physicians. *Am Fam Physician* 2016;93(9):756–762
6. Ebell MH, Grad R. Top 20 research studies of 2014 for primary care physicians. *Am Fam Physician* 2015;92(5):377–383
7. Ebell MH, Grad R. Top 20 research studies of 2013 for primary care physicians. *Am Fam Physician* 2014;90(6):397–402
8. Ebell MH, Grad R. Top 20 research studies of 2012 for primary care physicians. *Am Fam Physician* 2013;88(6):380–386
9. Ebell MH, Grad R. Top 20 research studies of 2011 for primary care physicians. *Am Fam Physician* 2012;86(9):835–840
10. Ozone S, Shaku F, Sato M, Takayashiki A, Tsutsumi M, Maeno T. Comparison of blood pressure measurements on the bare arm, over a sleeve and over a rolled-up sleeve in the elderly. *Fam Pract* 2016;33(5):517–522

11. Bos MJ, Buis S. Thirty-minute office blood pressure monitoring in primary care. *Ann Fam Med* 2017;15(2):120–123
12. Beddhu S, Rocco MV, Toto R, et al.; SPRINT Research Group. Effects of intensive systolic blood pressure control on kidney and cardiovascular outcomes in persons without kidney disease: a secondary analysis of a randomized trial. *Ann Intern Med* 2017;167(6):375–383
13. Juraschek SP, Daya N, Rawlings AM, et al. Association of history of dizziness and long-term adverse outcomes with early vs later orthostatic hypotension assessment times in middle-aged adults. *JAMA Intern Med* 2017;177(9):1316–1323
14. Han BH, Sutin D, Williamson JD, et al.; ALLHAT Collaborative Research Group. Effect of statin treatment vs usual care on primary cardiovascular prevention among older adults. The ALLHAT-LLT randomized clinical trial. *JAMA Intern Med* 2017;177(7):955–965
15. Brewer JD, Gonzalez AB, Baum CL, et al. Comparison of sterile vs nonsterile gloves in cutaneous surgery and common outpatient dental procedures: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Dermatol* 2016;152(9):1008–1014
16. Mikailov A, Cohen J, Joyce C, Mostaghimi A. Cost-effectiveness of confirmatory testing before treatment of onychomycosis. *JAMA Dermatol* 2016;152(3):276–281
17. Young LA, Buse JB, Weaver MA, et al.; Monitor Trial Group. Glucose self-monitoring in non-insulin-treated patients with type 2 diabetes in primary care settings: a randomized trial. *JAMA Intern Med* 2017;177(7):920–929
18. ACCORD Study Group. Nine-year effects of 3.7 years of intensive glycemic control on cardiovascular outcomes. *Diabetes Care* 2016;39(5):701–708
19. Barry E, Roberts S, Oke J, Vijayaraghavan S, Normansell R, Greenhalgh T. Efficacy and effectiveness of screen and treat policies in prevention of type 2 diabetes: systematic review and meta-analysis of screening tests and interventions. *BMJ* 2017;356:i6538
20. Stott DJ, Rodondi N, Kearney PM, et al.; TRUST Study Group. Thyroid hormone therapy for older adults with subclinical hypothyroidism. *N Engl J Med* 2017;376(26):2534–2544
21. Mathieson S, Maher CG, McLachlan AJ, et al. Trial of pregabalin for acute and chronic sciatica. *N Engl J Med* 2017;376(12):1111–1120
22. Shanthanna H, Giron I, Rajarathinam M, et al. Benefits and safety of gabapentinoids in chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS Med* 2017;14(8):e1002369
23. Brison RJ, Day AG, Pelland L, et al. Effect of early supervised physiotherapy on recovery from acute ankle sprain: randomised controlled trial. *BMJ* 2016;355:i5650
24. McAlindon TE, LaValley MP, Harvey WF, et al. Effect of intra-articular triamcinolone vs saline on knee cartilage volume and pain in patients with knee osteoarthritis: a randomized clinical trial. *JAMA* 2017;317(19):1967–1975
25. Jüni P, Hari R, Rutjes AW, et al. Intra-articular corticosteroid for knee osteoarthritis. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;(10):CD005328
26. Tsoi KK, Chan JY, Hirai HW, Wong SY. Comparison of diagnostic performance of Two-Question Screen and 15 depression screening instruments for older adults: sys-

tematic review and meta-analysis [published correction appears in Br J Psychiatry 2017;211(2):120]. Br J Psychiatry 2017;210(4):255–260

27. Pinsky PF, Prorok PC, Yu K, et al. Extended mortality results for prostate cancer screening in the PLCO trial with median follow-up of 15 years. Cancer 2017;123(4):592–599

28. Schoenborn NL, Lee K, Pollack CE, et al. Older adults' views and communication preferences about cancer screening cessation. JAMA Intern Med 2017;177(8):1121–1128

29. Nissen SE, Yeomans ND, Solomon DH, et al; PRECISION Trial Investigators. Cardiovascular safety of celecoxib, naproxen, or ibuprofen for arthritis. N Engl J Med 2016;375(26):2519–2529

30. Yu J, Zhou Z, McEvoy RD, et al. Association of positive airway pressure with cardiovascular events and death in adults with sleep apnea: a systematic review and meta-analysis. JAMA 2017;318(2):156–166

31. Qaseem A, Barry MJ, Humphrey LL, Forciea MA. Oral pharmacologic treatment of type 2 diabetes mellitus: a clinical practice guideline update from the American College of Physicians. Ann Intern Med 2017;166(4):279–290

32. Qaseem A, Wilt TJ, Rich R, Humphrey LL, Frost J, Forciea MA. Pharmacologic treatment of hypertension in adults aged 60 years or older to higher versus lower blood pressure targets: a clinical practice guideline from the American College of Physicians and the

American Academy of Family Physicians. Ann Intern Med 2017;166(6):430–437

33. Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, Forciea MA. Noninvasive treatments for acute, subacute, and chronic low back pain: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. Ann Intern Med 2017;166(7):514–530

34. Qaseem A, Harris RP, Forciea MA. Management of acute and recurrent gout: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. Ann Intern Med 2017;166(1):58–68

35. Bibbins-Domingo K, Grossman DC, Curry SJ, et al. Statin use for the primary prevention of cardiovascular disease in adults. US Preventive Services Task Force recommendation statement. JAMA 2016;316(19):1997–2007

DIABETOLÓGIAI MOZAIK

A SITAGLIPTIN NEUROPROTEKTÍV HATÁSA ALZHEIMER-KÓRBAN

Amennyiben sikerül igazolni a DPP-4-inhibitorok klinikailag jelentős antiscleroticus, szabad gyökök képződését és a β -amiloid felhalmozódását csökkentő hatását humán körülmények között is, úgy szerepet kaphatnak a neurodegeneratív betegségek terápiájában.

AZ OBSTRUKTÍV ALVÁSI APNOE ÉS A 2-ES TÍPUSÚ CUKORBETEGSÉG KÖZÖTTI KÉTIRÁNYÚ ÖSSZEFÜGGÉS

Az obstruktív alvási apnoe (OSA) független korrelációt mutat a cukorbetegség fokozott kockázatával, és viszont: a diabétesz – és ezen belül is különösen az inzulinnal kezelt diabétesz – az OSA magasabb rizikójával társul, és ez az összefüggés a nők esetében szorosabb, mint a férfiaknál.

A GYORS eGFR-VÁLTOZÁS MINT A KARDIOVASZKULÁRIS ÉS RENÁLIS KIMENETEK, VALAMINT A MORTALITÁS MEGHATÁROZÓJA

Az eGFR-változás a 2-es típusú diabetesben szenvedőkben jelentősebben befolyásolja a kardiovaszkuláris betegségek rizikóját és a renális kimeneteket, a szívelégtelenséget, a vesebetegséget és a mortalitást, mint a kiindulási eGFR-értékek.

A PLAZMAGLÜKÓZ SZEREPE A MYOCARDIALIS PERFÚZIÓ SZEMPONTJÁBÓL

A kórházi felvételnélkor fennálló plazmaglükózszint mind az érintett, mind a nem érintett koszorúerek keringésére hatással van. A hyperglykaemia coronaria-keringést rontó hatása igazolt diabétesz eseteiben is kimutatható volt. A most feltárt bizonyítékok birtokában a hyperglykaemiát is járulékos kockázati tényezőként kell számításba venni.

A KIEGÉSZÍTŐ METFORMINKEZELÉS HATÁSOSÁGA ÉS BIZTONSÁGOSÁGA 2-ES TÍPUSÚ CUKORBETEGSÉGBEN

Az összegzett analízis megerősíti, hogy a sitagliptin hatásosan és biztonságosan alkalmazható azon betegek esetében, akiknél premix inzulinnal nem sikerült megfelelő glykaemiás kontrollt elérni.

A GYÓGYSZER ÁLTAL INDUKÁLT TÜNEMENTES HYPOGLYKAEMIA KIMUTATÁSA

A folyamatos glükózmonitorozás segítségével felismerhetők az idősebb cukorbetegeket fenyegető olyan hypoglykaemiás események is, melyek máskülönben rejtve maradnának, így elkerülhetők a hypoglykaemiából adódó ártalmak, és megfelelő diabéteszkontroll biztosítható ezen betegek számára.

► Kommentár

► A húszt legfontosabb tudományos vizsgálat családorvosok számára 2017-ből

A gyakorló orvosokra napjainkban valószínűleg információövezet zúdul: tudományos és továbbképző lapok, weboldalak, rendezvények, a laikus sajtó egészségügyi cikkei, e-mail tájékoztatók, orvoslátogatók öntik ránk az ismereteket. Remek kezdeményezés a Wiley-Blackwell kiadó Essential Evidence Plus rendszere, mely a leginkább releváns szakmai forrást, a randomizált klinikai vizsgálatokat foglalja össze betegközpontú és gyakorlatias szemlélettel. A közlemények kiválasztása szükségszerűen szelektált, a neves szakértők a kiadó lapjait szemlélik, a kiválasztott publikációk közül a legfontosabb húszt kiemelés pedig az olvasók szavazatai alapján történik. Az utóbbi szempont segítheti a napi gyakorlat számára fontos közlemények előtérbe kerülését.

Az összeállítás kérdés-felelet felépítése is gyakorlatias megközelítést sugall, a szerzők célként is megemlítik a családorvosi ellátás gyakorlatának megváltoztatását segítő evidenciák megtalálását. A napi gyakorlat szempontjából az itt kiemelt, szelektált, az aktuális irányelveknek néha ellentmondó eredményeket hozó klinikai vizsgálatokra alapozva nem célszerű változtatni a kezelési elveken. Az ismeretszerzést, szakmai tájékozódást azonban kiválóan segíti a közleménycsokor.

VÉRNYOMÁS

Az első négy közlemény a vérnyomás mérésével, kezelésével foglalkozik. Bár nem feladatunk a közlemények interpretálásának kritikája, az első közlemény összefoglalása félreérthető lehet a gyakorló orvos

sámára. Az összefoglaló szerint az „ingen vagy pulóveren” keresztül mért vérnyomás 4/6–7 Hgmm-rel is magasabb lehet a csupasz karon mérthez képest. A fentiek alapján joggal gondolhat arra az olvasó, hogy vékony ingen mérve is hamis eredményeket kapunk. Az eredeti közleményből azonban kiderül, hogy a méréseket kardigánon keresztül végezték, a vizsgálat célja a „vastag ruházaton keresztüli vérnyommérés pontosságának megítélése” volt. Az absztraktban is csak a „ruha” szó szerepel, pontosítás nélkül. Bár rendelői körülmények között legtöbbször van idő és mód a kar szabadra tételére, a hosszú ujjú póló vagy ing méréseket torzító szerepe a 24 órás ambuláns vérnyommérés (ABPM) során már problémát jelenthetne. A közleményben is hivatkozott korábbi ilyen irányú vizsgálatok azonban ezt nem erősítették meg. A publikáció üzenetét szerencsésebb lett volna úgy interpretálni, hogy pulóveren, kardigánon keresztül, különösen felhajtott ujjal ne mérjünk vérnyomást. Ez a konklúzió azonban vélhetőleg kevés kolléga gyakorlatát változtatja meg. Érdekes megállapítása a közleménynek, hogy a különbség nagyobb volt idősebb betegek körében. Az otthoni vizitek vagy a rendelőben megjelenő, alaposan felöltözött idősök esetében különösen fontos lehet a lege artis vérnyommérés.

A fehérköpeny-hypertonia prevalenciája egyes betegcsoportokban (1. fokú hypertensio) akár az 50%-ot is meghaladhatja. Gyakori, hogy a vérnyomás csökken az ismételt mérések során a rendelőben. A második POEM eredményei azonban így



DR. VÖRÖS KRISZTIÁN

Egyetemi adjunktus, Semmelweis Egyetem, Családorvosi Tanszék, Budapest

is meglepőek. Az eseti méréshez képest a fél óra alatt mért hat mérés átlaga 23/12 Hgmm-rel volt alacsonyabb, fehérköpeny-hypertonia gyanújával vizsgált betegek esetében 30/14 Hgmm-rel. Ha a hat mérés átlaga helyett csak a fél óra végén mért vérnyomást hasonlították volna a rendelői méréshez, valószínűleg még nagyobb lett volna a különbség.

Az MHT 2015-ös ajánlása lemeztelepített karon javasolt ismételt méréseket, amíg az értékek közötti különbség 4–6 Hgmm-re csökken, így a fenti problémák az irányelv követésével kiküszöbölhetők.

A pontos méréshez azonban számos kritériumot be kell tartani, ami nehézségekbe ütközhet. A vérnyommérés előtti 5 perces nyugalmat nehéz lehet biztosítani a rendelői nyüzsgésben, illetve az ismételt mérésekkel együtt kb. 10 perc telhet a tenzió ellenőrzésével – úgy, hogy a beteg még nem panaszkodott, nem vizsgáltuk, nem tekintettük át az aktuális teendőket. A rendkívül nagy számú orvos-beteg találkozások mellett egy betegre csak rövid idő jut. Ezeket a nehézségeket az ABPM egyre kiterjedtebb használata és a legtöbb

beteg által megvásárolt otthoni vérnyomásmérők azonban ellensúlyozni tudják. Az elmúlt évek során az angol ajánlásban a hipertonia diagnózisának eszköze a 24 órás, illetve az otthoni monitorozás (ABPM/HBPM) lett, az új amerikai és európai irányelv is ebbe az irányba mozdult – mely változások a hazai helyzettel is jól összeegyeztethetők.

Különösen akkor fontosak a fentiek, ha az ismételten szigorodó célértékeket próbáljuk elérni (bár idősebb betegek esetében a 120/80 Hgmm-re valószínűleg kevés kolléga törekszik). A harmadik POEM eredményei alapján a csökkenő kardiovaszkuláris kockázatot (és ösztörtalitást!) mérsékelt vesefunkció-vesztéssel elérhetjük. A kardiovaszkuláris védelem és a mellékhatások egyensúlya szempontjából az amerikai és európai ajánlásokban megfogalmazott 130 Hgmm, idősebb betegek esetében 140 Hgmm alatti cél megfelelőbbnek tűnik.

Az ortosztatisztikus hypotonia kockázata is emelkedhet az intenzívebb kezeléssel, így gyors és egyszerű rendelői kórismézése is fontosabbá válik. A pár perces vizsgálat végzése kevésbé elterjedt, azonban klinikai gyanú esetén, illetve idősebb (diabetese) betegeknél az elvégzése mindenképp indokolt.

KOLESZTERINSZINT

Az idősebb betegek primer prevenció sztatinkelése izgalmas, vitatott téma, melyről kiváló publikációt olvashattunk magyarul is.¹ A hazai adatok alapján a koleszterincsökkentők kiváltása évek óta csökken, annak ellenére, hogy – különösen szekunder – prevenció hatásuk kiváló.² Ebben a sajnálatos tényben a közvélemény ellenségessége mellett az orvostársadalom megosztottsága, időnként szélsőséges vélemények kinyilvánítása is minden bizonnyal szerepet játszik. A 65 év feletiek primer prevenció sztatinkelése az ajánlások alapján mindenképp javasolt, de ennek az ALLHAT-LLT vizsgálat *post*

hoc elemzése ellentmondani látszik (így az 5. POEM és az áttekintett ötödik irányelv nincs összhangban). Nem szabad azonban megfelekedni a vizsgálat korlátairól sem. A bevont betegek jól kezelt hypertóniások voltak, viszonylag alacsony kardiovaszkuláris kockázattal. Az eredeti vizsgálatot számos kritika érte az alacsony statisztikai erő és a vizsgálat nyílt felépítése, a következményes compliance-problémák miatt. A gyenge hatású pravastatinnal elért 9,6%-os összkoleszterin-csökkenés is minimális volt. Mindezek miatt már az eredeti, nem csak idős betegeket követő vizsgálat sem igazolt primer prevenció hatást – számos más, jobb felépítésű vizsgálat ellentétben. A napi gyakorlat számára messzemenő következtetést véleményem szerint ebből a publikációból nem szabad levonni.

KÖRÖMGOMBA

Az onychomycosis kezelése – gyakran a vény nélkül kapható készítmények hatástalansága esetén – a családorvosi vagy a Magyarországon beutaló nélkül is elérhető bőrgyógyászati rendeléseken zajlik. Magas prevalenciájú, mindennapos problémával állunk szemben, tenyésztésre azonban ritkán kerül sor. A 7. POEM alapján a diagnózis rutinszerű megerősítése nem is költséghatékony. Családorvosi szempontból az adherencia követése, erősítése, a lábápolás, a beteg bátorítása a fenntartó lokális kezelésre, társbetegségek (diabetes, alsó végtagi érszűkület) keresése, kezelése kell hogy hangsúlyos legyen. A biztosítók által megkövetelt tenyésztés sajátos amerikai probléma.

CUKORBETEGSÉG

Magyarországon a leggyakoribb az elhízás Európában, világviszonylatban is a negyedik helyen állunk. Hazánkban 727 000 beteg váltott ki antidiabetikumot 2014-ben, a cukorbetegek többségét az alapellátásban kezelik, gondozzák. A vérnyomásmérők elterjedéséhez hasonlóan a vércukor

mérőket is egyre gyakrabban vásárolják meg pácienseink, NEAK-támogatás vagy akár orvosi tanács hiányában is. Orális antidiabetikus kezelés során, elsősorban hipoglikemizáló szerek használata esetén, alkalmazásuk segítheti a beteg bevonását a kezelésbe, a kezelés eredményességének, esetleges mellékhatásainak megítélését. A Magyar Diabetes Társaság (MDT) 2017-es irányelve inzulinkezelésben nem részesülő cukorbeteg számára is javasolja a vércukorszint rendszeres ellenőrzését, bár csak C szintű, mérlegelendő ajánlasként. A 8. POEM eredményei alapján a vércukor-ellenőrzés nem javította a HbA_{1c}-szintet, nem csökkentette a kezelés mellékhatásait, és nem növelte a betegek elégedettségét. Azoknak a betegeknek, akikben még nem merült fel az igény vércukormérő-vásárlásra, az eszköz beszerzése a fentiek mérlegelésével javasolható. Amennyiben a pácienssel közösen a vércukor szorosabb kontrollja mellett döntünk, a vércukor-önellenőrzés haszna is nagyobb lehet. A 6,0% alatti HbA_{1c} elérése az ACCORD vizsgálat és a követés alapján sem javasolható a magasabb mortalitás miatt. Az új ajánlások tükrében erre 2-es típusú diabeteses betegek esetében nem is törekszünk. A modern antidiabetikumok az alapellátásban csak diabetológiai beutalást követően érhetők el, ami nem kis terhet ró a családorvosokra, a diabetológusokra és a betegekre.

A diabetes szűrése, kialakulásának megelőzése azonban az alapellátás feladata. A magyar ajánlás a FINDRISC kérdőívvel történő előszűrést követő orális glükóztolerancia-tesztet (OGTT) javasolt. A 10. POEM alapján ennek kiegészítése/helyettesítése a HbA_{1c} illetve az éhomi vércukorszint mérésével nem javasolható. A praediabeteses betegek körében életmódkezeléssel, illetve metforminnal a T2DM kialakulása megelőzhető. A metformin rendelése hazánkban ezzel az indikációval (egyes gyógyszerek esetében) megengedett. A sikeres életmódkezelés komoly változást igényel a be-

tegy részéről; kérdéses, hogy ez mennyire lehet hatékony hazánkban. A praxisközösségek, egészségközpontok létrejöttével párhuzamosan a tanácsadók, pszichológusok, gyógytornászok, dietetikusok bevonása segítheti az eredményesség javítását.

MOZGÁSSZERV PANASZOK

Az alapellátásban az orvoshoz fordulás leggyakoribb okai között a krónikus betegségek gondozása és a felső légúti fertőzések mellett a mozgásszervi panaszokat találjuk. Az arthrosis, a derékfájás kezelésével kapcsolatban a fizioterápia korlátai, illetve a térd-arthrosis kezelésében alkalmazott intraartikuláris szteroid injekciók hatástalansága és esetleges veszélyessége elsősorban a reumatológus kollégák számára lehet irányadó. A 15. POEM-ben említett protokoll (3 havonta triamcinolon 2 évig) jelentősen eltér a hazai gyakorlattól, ahol fellángoló panaszok esetén egyszer-kétszer alkalmazott betametazon, a köztes időszakokban intraartikuláris terápiaként a hialuronsav származékainak alkalmazása jellemző. Utóbbi gyakorlat lényegesen biztonságosabb a publikációban ismertettettnél.

A mozgásszervi betegségek gyógyszeres kezelése elsősorban az alapellátásban történik. A pregabalin és a gabapentin nem jön szóba az esetleges mellékhatások, az indikáción túli gyógyszerrendelés és a magas ár miatt. A nem szteroid gyulladáscsökkentők felírása azonban döntően

a családorvosi ellátásban történik. Az elmúlt években számos publikáció elemezte a gyógyszercsoport gasztrointesztinális és kardiovaszkuláris biztonságosságát – némileg ellentmondásos eredményekkel. E közlemények tanulsága a családorvosok számára, hogy nem az egyes hatóanyagok közötti különbségek a döntőek, hanem a gyógyszercsoport óvatos alkalmazása a cél. A felírás csökkentése (akár a betegekkel történő kisebb súrlódások árán is), a kockázat előzetes felmérése, a rövid időtartamú kezelés, a gasztroprotektív, a vény nélküli készítmények szedésének felmérése segítheti a mellékhatások számának csökkentését. Lehetőség szerint preferálandók az alternatív, biztonságosabb terápiák (kondroprotektív szerek, gyógytorna, testsúlyredukció).

SZŰRÉSEK

A közlemények közül négy foglalkozik a szűrésekkel, az alapellátás klasszikus feladatával. A családorvosi praxisok magas forgalma, a népegészségügyi szűrések viszonylag alacsony igénybevétele nem segítik a hatékony szekunder prevenciót. A magyarországi daganatos megbetegedés magas számának és halálzásának mérséklése prioritás kell hogy legyen az egészségügyben. Bár a népegészségügyi szűréseket – egyelőre – 65 éves korig javasolják, a szűréseket továbbra is igénybe vehetik a betegek. Hazánkban nagyobb kommunikációs kihívásnak tűnik a betegek

rábeszélése a szűrésre, mint tájékoztatásuk a szervezett szűrések életkorhoz kötött befejezéséről. A nagy betegforgalom mellett is egyszerűen alkalmazható módszerek, mint a depresszió alaptüneteit két kérdéssel felmérő szűrés, jól beilleszthetők lennének a hazai ellátásba. A depresszió magas prevalenciáját ismerve alkalmazása minden bizonnyal hatékony is lenne.

Az alvási apnoe szűrése 2015 áprilisa óta minden jogosítványért folyamodó számára kötelező, mostanra a napi rutin részévé vált. A betegség összefüggése a hypertóniával, kardiovaszkuláris betegségekkel jól ismert, éppen ezért családást keltő a 20. POEM metaanalízisének eredménye. A folyamatos pozitív légúti nyomás (CPAP) kezeléssel elért életminőség-javulás is fontos eredmény azonban, a kóros aluszékonyosság javulása pedig segítheti a súlyos munkahelyi, közlekedési balesetek megelőzését.



Levelezési cím:

voros.krisztian@med.semmelweis-univ.hu



Irodalom:

1. Császár A. Időskorban is szükséges a koleszterincsökkentő kezelés. Hypertonia és Nephrologia 2016;20(4): 171–172
2. Bajnok L. A koleszterincsökkentés nem a Szent Grál, de nem is az ördög műve. Hypertonia és Nephrologia 2018;22(2):55–58

12.

Budapesti Infektológiai Továbbképző Tanfolyam

Fókuszban az antibiotikum terápia

KEDVEZMÉNYES REGISZTRÁCIÓ:
2019. FEBRUÁR 20.

Budapest, Danubius Hotel Flamenco,
2019. március 22–23.



CONVENTION
BUDAPEST KFT.

TOVÁBBI RENDEZVÉNYEK, INFORMÁCIÓK
ÉS ONLINE REGISZTRÁCIÓ:
WWW.CONVENTION.HU