

Dr. Trethon András

A felső légúti fertőzések differenciáldiagnosztikája és a felső légúti bakteriális infekciók antibiotikumkezelése gyermekkorban

Összefoglalás

Lázás légúti hurutban szenvedő gyermekbeteg ellátásakor az antiinfektív kezelés eldöntéséhez nélkülözhetetlen a klinikai kórisme megállapítása; ennek során gondolnunk kell bacteriaemia lehetőségére. Az egyetlen – antibiotikummal kezelendő – garatlob az angina Streptococcica, melynek kezelésére az elsőként választandó szer a penicillin. Az akut otitis media (AOM) és az akut bakteriális sinusitis klinikai vizsgálattal kórismézendő kórképek és a velük szemben alkalmazandó első lépcsős szer az amoxicillin.

Bevezetés

A gyermekkori felső légúti fertőzések gyakoriságuknál, a kórképekben való gondolkodás hiányánál és a helytelen antibiotikum kezeléseknél fogva kiemelkedő népegészségügyi jelentőségűek.

Felső légúti infekciónál látszólag nehezen dönthető el, hogy antibiotikummal befolyásolható folyamattal, avagy vírusinfekcióval állunk-e szemben. Ráadásul a kórképek jelentős részében – mucosális és nem invazív folyamatok lévén – elkerülhető és nem segíti a kórismézést a gyulladás területében (vírusos garatlob, dobüreg, orrmelléküregek) lévő exsudatum vizsgálata. A helyzetet tovább bonyolítja, hogy egyes infekciók kevert etiológiájúak (1. táblázat).

A kóreredetüket illetően heterogén, klinikailag sokszínű felső légúti infekciók világában a „managed care” kulcsa, hogy a lázas, hurutos beteg panaszainak háttérében szervi manifestációt keressünk. Vagyis: azt kell, eldöntsük, hogy van-e a betegnek valamely anatómiai régióban infekciós góca. Az első és legfontosabb teendő tehát a klinikai kórisme megállapítása. Erre elsőként azért van szükség, hogy a sürgősségi ellátást igénylő kórképben szenvedő betegek intézetbe kerüljenek. A többi felső légúti fertőzés (első megközelítésben a lázas légúti hurutos állapotok) zömében az alapellátás kompetenciája, szakkonzíliumra tá-

maszkodva. A klinikai kórisme megállapítása másodsorban azért elengedhetetlen, mert általa eldönthető, hogy megelégedhetünk-e tüneti kezeléssel (meghűlés, virális pharyngitis) avagy indokolt-e az antibiotikumkezelés (akut otitis media), illetve van-e további vizsgálatra szükség (Streptococcus angina gyanúja esetén torokváladék, az ún. occult bacteriaemia gyanúja esetén hemokultúra) (2. táblázat).

Okkult bacteriaemia

A legfiatalabb gyermekbetegek ismételten észlelt magas lázas állapota háttérében érdemleges klinikai tünet nélkül is állhat bacteriaemia, amely magában hordozza a súlyos kimenetelű invazív fertőzés (meningitis stb.) lehetőségét. Az egyébként tünetmentes, jó általános állapotú, lázas, illetve az ún. akut virális szindróma tüneteit (lázás állapotban serosus orrfolyás, exsudatum-mentes garatlob) mutató kisdéd ellátása ezért komoly feladat. Az okkult bacteriaemia pathogen baktériumok jelenléte a beteg vérében szervi manifestáció és – a láztól eltekintve – szisztémás tünet

Dr. Trethon András
Szent László Kórház
Gyermekosztály
1097 Bp., Gyáli út 5–7.

1. táblázat

	acut rhinitis (meghűlés)	pharyngitis	otosinusitis
vírusok	rhinovírus	rhinovírus	resp. sync. v.
	resp. sync. v.	adenovírus	adenovírus
	parainfluenzav.	parainfluenzav.	influenzavírus
	coronavírus	EBV	parainfluenzav.
baktériumok		enterovírusok	
		<i>S. pyogenes</i>	<i>S. pneumoniae</i>
		<i>C. diphtheriae</i>	<i>H. influenzae</i>
		<i>A. haemolyticum</i>	<i>M. catarrhalis</i>
		<i>M. pneumoniae</i>	

A felső légúti fertőzések kórokozói

2. táblázat

kórházi ápolás szükséges:	alapellátás hatásköre:			
	epiglottitis	common cold:	pharyngitis:	otitis media: sinusitis:
súlyos croup-sy.	tüneti terápia	torokvádék vizsgálat	otoscpos vizsgálat	a klinikai kép alapján antibioti-kumkezelés
(peri)tonsill. folyamat		<i>S. pyogenes</i> :	akut otitis media:	
		antibioti-kumkezelés	antibioti-kumkezelés	
occult bacteriaemia: kóros akut fázisreakciók esetén hemokultúra és egyetlen adag antibiotikum				

A „managed care” felső légúti fertőzésekben és occult bacteriaemia gyanúja esetén

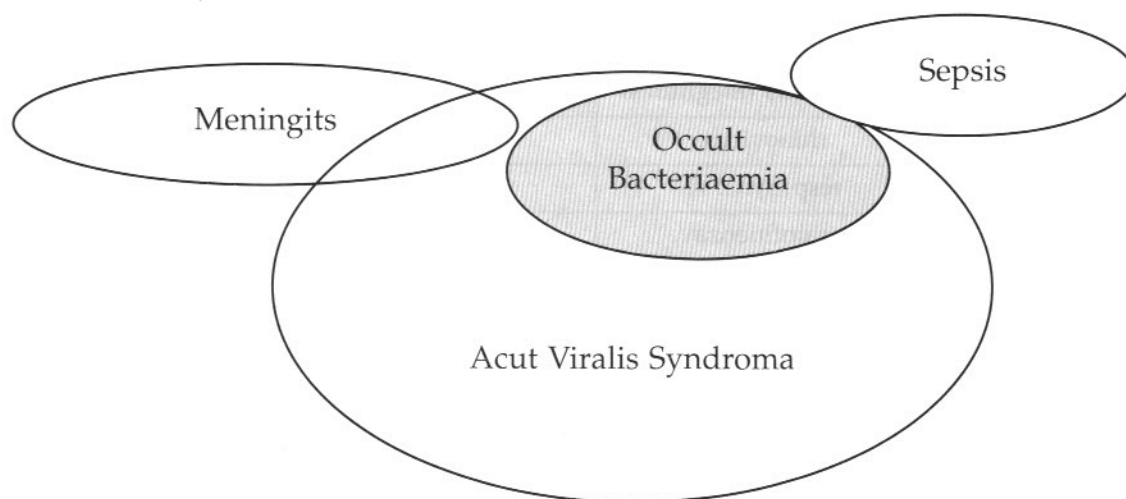
nélkül. A jelenség többnyire a három hónapos – három éves korosztály jellemzője. Gyakorisága 5%. Az 1. ábra a lázzal járó fertőző kórképek néhány alaptípusát és azt ilusztrálja, hogy ezen prognosztikailag egymástól eltérő és különböző kezelést igénylő betegségek klinikai megjelenése igen hasonló lehet: az okkult bacteriaemia a felső légúti vírusfertőzéstől tünettaniilag nem elkülöníthető és az invazív bakteriális fertőzések kezdeti stádiuma sem feltétlenül jelentkezik alarmírozó tünetekkel. Kezelés nélkül a betegek kb. harmadában a bacteriaemia perzisztál és néhány százalékban

sepsis kifejlődésére, illetve szervi manifesztációra lehet számítani (pl. 7% a meningitis kialakulásának az esélye). A világszerte követett ajánlások szerint a jó általános állapotú, *belszervileg tünetmentes*, legfőképpen banális hurutos tüneteket prezentáló *páciensnél* – az ebben az életkorban nem mellőzhető otoscopos ellenőrzést követően – el kell végezni az akut fázisreakciók és a vizelet-üledék vizsgálatát. Negatív eredménnyel a beteg kezelés nélkül hagyható. *Kóros akut fázisreakciók valószínűsítik az okkult bacteriaemiát.* Az ilyen helyzetben *elengedhetetlen hemokultúra* vizsgálattal párhuzar-

mosan egyetlen adag ceftriaxon alkalmazása javasolt. 18–30 óra elteltével indokolt a beteg ismételt vizsgálata. Láztalan, tünet- és panaszmentes kised gyógyulnak tekintendő: továbbra sem indokolt a kezelése, illetve a ceftriaxon terápiát szükségtelen folytatni. Ellenkező esetben (pozitív hemokultúra, sepsis syndroma észlelése, infektív góc megjelenése stb.) további vizsgálatokra és kezelésre lehet szükség; rendszerint már kórházban.

A következőkben a háziorvosi ellátás körébe tartozó leggyakoribb kórképeket (pharyngitis, otitis media, sinusitis paranasalis) a kóris-

1. ábra



Az occult bacteriaemia elkülöníthetősége a klinikai megjelenés alapján

3. táblázat

Baktériumok	Vírusok
<i>S. pyogenes</i>	adenovírusok
C és G csoportú Streptococcusok	influenzavírusok
<i>Corynebacterium diphtheriae</i>	Epstein-Barr vírus
<i>Arcanobacterium haemolyticum</i>	enterovírusok
<i>Neisseria</i> spécieszek	herpes simplex vírus
<i>Yersinia</i> spécieszek	kanyaróvírus
Mycoplasmák	rózsahimlővírus
<i>M. pneumoniae</i>	Gombák
<i>M. hominis</i>	<i>C. albicans</i>

A pharyngitis kórokozói

mézés és a kezelés szempontjából részletesebben tárgyaljuk.

Pharyngitis acuta, pharyngotonsillitis acuta, heveny garatlob

Ezen mindennapos kórképet a rendkívül szerteágazó etiológia, a gyakorta megalapozatlan antibiotikumkezelés és a nem ritka terápiás kudarc jellemzi. A pharyngitist okozó patogének köre tág (3. táblázat). Az infekciók több mint 70%-a virális, oki kezelésük nem szükséges. *Angina Streptococcica/A csoportú, béta-hemolizáló Streptococcus pharyngitis*. Elsősorban az 5–15 év közöttiek betegsége. *Hároméves kor alatt elvétve fordul csak elő!*² Tél végén és ko-

ra tavasszal halmozottan jelentkeznek. A betegek panaszai és a kórkép tünettana jellegzetes (4. táblázat), ám nem specifikus és nem eléggé közzismert. Nélkülözhetetlen a mikrobiológiai diagnózis! Jellemzőnek tartott klinikai kép esetén két módszer áll rendelkezésre: a torokváladék bakteriológiai vizsgálata (ez a „gold standard”) és a Streptococcalis antigénteszt. A tenyésztés – korrekt mintavétel és transzport esetén – érzékenyebb (90–95%-os érzékenységgű) eljárás, az antigénteszt specificitása kedvezőbb (95%) feletti. Negatív eredményű gyorsteszt után célszerű tenyésztést végezni. Bármelyik vizsgálat pozitív eredménye bizonyító erejű. A torokváladékból

izolált légúti (*S. pneumoniae*), bélbaktériumok (*E. coli*), illetve más patogének (pl.: *S. aureus*) jelentőség nélküliek, mert nem okoznak tonsillopharyngitist. Hasonló klinikai kép kialakulhat más, ritka bakteriális fertőzés esetén is (C és G csoportú Streptococcus, *A. haemolyticum*), kezelésük azonban nem tér el a *S. pyogenes* esetében követendő rezsimtól³. A diphtheriát illetően az átoltság megfelelő. Egyéb tünetek (légúti hurut, kötőhártya belőveltség, hasmenés) esetén más betegséget (ún. akut viralis syndroma, Kawasaki betegség stb.) kell feltételeznünk. Ilyen esetben főleg a torokváladék vizsgálata. Nagyon nehéz ugyanis bakteriológiai poziti-

4. táblázat

Panaszok	
Jellegzetes:	Ellene szól:
hirtelen torokfájás	nátha
nyelési fájdalom	rekedtség
láz	köhögés
fejfájás	hasmenés
hányinger, hányás	
Tünetek:	
vérbő garat	conjunctivitis
tonsillaris exsudatum	stomatitis
petechiák a légyszájpadon	aphthák
uvulitis	
elülső nyaki lymphadenitis	
scarlatiniform kiütés	

A Streptococcus angina klinikuma

5. táblázat

orális:	parenterális:	alternatív:
phenoxymethylpenicillin tíz napig	benzylpenicillin procaine egyetlen adagja	makrolid tíz napig (rezisztencia-vizsgálat szükséges!) amoxicillin tíz napig

A Streptococcus angina kezelése

vítás esetén állást foglalni, hogy fertőzésről vagy hordozásról van-e szó. A hólyagos, fekélyes nyálkahártya-lézióval járó betegségek (pl.: herpangina) ritkán hagynak kétséget a virális eredetét illetően. Ép immunitás esetén – a diphtherián és a Neisseriak okozta szintén ritka kórképen kívül – csak a *Streptococcus* infekciót kell antimikrobás szerrel kezelni. Noha ez az esetek többségében magától gyógyul, antibiotikum által a fertőzés terjedését megakadályozhatjuk és megelőzhetjük a „második betegség” kialakulását. Nem idővesztés megvárni a vizsgálati eredményt sem a korai, sem pedig a kései szövődmények szempontjából. Kilencnapos késlekedés a rheumás láz megelőzését illetően közbős.

A *Streptococcus angina* kezelését az 5. táblázat ismerteti. Nem kezelt vagy empirikusan kezelt betegnél három-négy napnál tartósabban észlelhető láz és általános tünetek megkérdőjelezi a diagnózist, illetve szuppuratív szövödményre utalhatnak. *Recidív pharyngitis* hátterében nem penicillinrezisztencia áll, hanem elégtelen compliance a beteg részéről, interkurrens vírusfertőzés, reinfekció másik törzssel, illetve hordozóállapotban endogén reinfekció. Utóbbi oka lehet bétalaktamázét termelő patogén jelenléte

a torokban. Recidív angina *Streptococcica* esetére ajánl megoldást a 6. táblázat. Fontos: szulfonamidoknak, tetracyclineknek és fluorokinolonoknak a kezelésben nincs helyük!

**Otitis media acuta.
Sinusitis paranasalis acuta**

Fenti kórképek együttes tárgyalását a spontán gyógyhajlam, a patogének és a kezelésükben alkalmazható antibakteriális szerek azonos spektrumba indokolja. Gyakran – elsősorban a hurutok „fő szezonjában” – vírus az elsődleges kórokozó és ezt bakteriális felülfertőzés követheti. A bakteriális patogének az alábbiak: *S. pneumoniae*, *H. influenzae* és *M. catarrhalis*. Egyéb – ritkábban előforduló – baktériumok: *S. pyogenes*, *S. aureus*.

Az otitis mediával kapcsolatos meghatározások⁴

Akut otitis media: AOM. Dobüregi váladék kíséretében helyi (fülfájás, -folyás, kóros dobhártyakép) és általános (láz, hányás, rossz közérzet stb.) tünetek észlelhetők. **Otitis media effúzióval:** OME. Dobüregi folyadék észlelése akut helyi és általános tünetek hiányában. Nem igényel antibiotikumkezelést.

A paranasalis sinusitis-szel kapcsolatos meghatározások⁵

Akut bakteriális sinusitis: az orr-

melléküreg 30 napnál rövidebb ideig tartó és tünetmentesen gyógyuló bakteriális fertőzése antibiotikumkezelést igényel.

Akut virális rhinosinusitis: heveny vírusfertőzés a felső légutakban, amely a garat és az orrmelléküreg nyálkahártyáját egyaránt érintő gyulladással és (a sinusokban is) radiológiai eltéréssel jár. Nem kell kezelni!

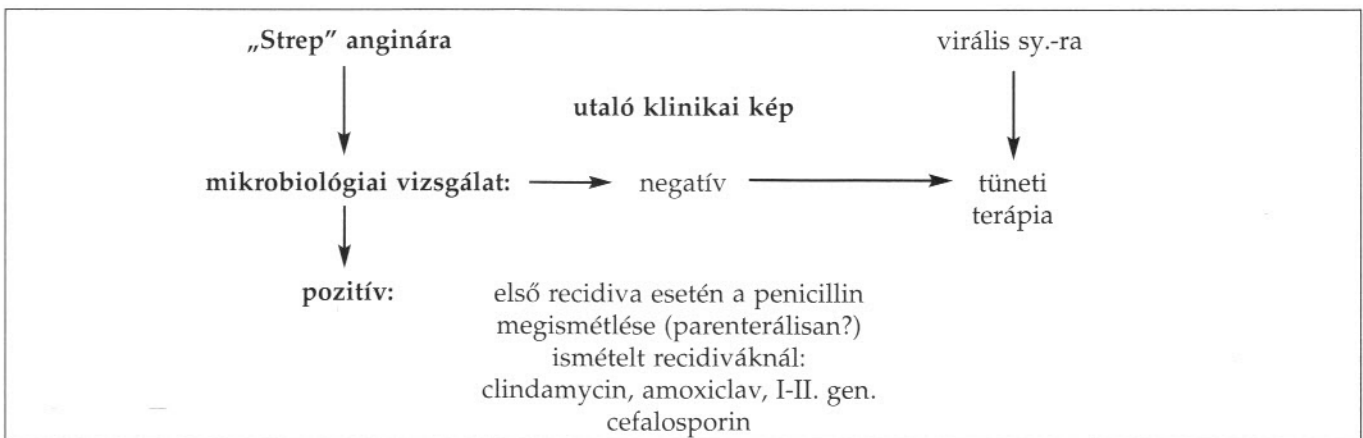
Az akut bakteriális sinusitis epidemiológiája

A bakteriális sinusitis egyéves kor előtt ritka. Az orrmelléküregek infekciói szinte minden esetben vírusfertőzéssel kezdődnek. A bakteriális folyamatot az esetek 80%-ában virális rhinosinusitis, 20%-ukban allergiás lob előzi meg. A felső légúti vírusfertőzést az esetek 5–13%-ában bakteriális sinusitis követi.

Az akut bakteriális sinusitis kórismézése és klinikai képe

A kórismezés „gold standard”-ja a sinuspunktátum mikrobiológiai vizsgálata (>10⁴ telep/ml). A mintavétel invazív, fájdalmas, időigényes és az alapellátás számára nehézkesen hozzáférhető. A szokványos esetek diagnózisa a klinikai kép ismeretén alapszik. A nemzetközi ajánlások⁶ az akut bakteriális sinusitist az orrmelléküreg olyan infekciójaként határozzák meg, amely elhúzódó és/vagy súlyos légúti tünetekkel jár. Elhúzódó

6. táblázat



Diagnosztikus és terápiás algoritmus recidív pharyngitis esetén

7. táblázat

kockázati tényező	0. nap	a javulás elmaradása a 3. napon
nincs	amoxicillin	amoxiclav nagy adagban / cefuroxim-axetil / ceftriaxon
van	amoxicillin / amoxiclav nagy adagban vagy: cefuroxim-axetil	ceftriaxon / mintavétel nyomán célzott kezelés

Az AOM és a bakteriális sinusitis iniciális empirikus terápiája

tünetek: legalább 10–14 napja tartó orrfolyás, hátsó garatfali exsudatio, nappali – éjjel esetleg fokozódó – köhögés. **Súlyos tünetek:** legalább 3–4 napja tartó 39°C fölötti láz és gennyes orrfolyás; beteg benyomást keltő gyermeknél.

A belszervi status az esetek többségében nem igazít útba. Jellegzetes, ám kisgyermeknél ritka panasz az arc fájdalom, illetve a sinus fölötti régió kopogtatásával vagy megnyomásával kiváltható fájdalom. Éthmoidalis folyamatra utal a periorbitális duzzanat. Utóbbi igen súlyos tünetek esetén a diagnózis természetesen azonnal megállapítható.

Gyermekek szövődménymentes felső légúti vírusinfekcióját néha nehéz az akut bakteriális sinusitistól elkülöníteni. A felső légutak vírusfertőzései ritkán tartanak 5–7 napnál hosszabb ideig, a betegség elején lázzal és gyakran általános tünetekkel (főfájás, izomfájdalom) járnak. Az általános tünetek virális kórképben rendszerint 48 órán belül megszűnnek. Bakteriális felülfertőzésre utal a légúti tünetek javulásának elmaradása. Szintén ezt jelzik, csak változó gyakorisággal észlelhetők: a magas láz, az arc fájdalom és a fejfájás (a szem fölét, illetve mögé lokalizálva).

Radiológiai vizsgálatok bakteriális sinusitisben

Hatéves kor előtt igen gyakori a viralis rhinosinusitis, amely hajlamosító tényezőként megelőzi a bakteriális folyamatot és ahhoz hasonló radiológiai tünetekkel jár. A gyermekori szövődménymentes akut bakteriális sinusitisek kórismézésénél az orrmelléküreg-felvétel és a CT vizsgálat nélkülözhető és főlegesen is egyben, hiszen a megelőző vagy egyidejűen zajló légúti vírusinfekció a bakteriális folyamattól nem elkülöníthető radiológiai eltérésekkel jár. Ezen vizsgálatokat az ajánlások a nem gyógyuló és/vagy komplikált esetekre javasolják.

Az akut otitis media és az akut bakteriális sinusitis mikrobiológiája⁷

Kóroki diagnózis kizárólag releváns, az infekció területéből nyert minta vizsgálata alapján állapítható meg. A három vezető pathogen a *S. pneumoniae* (30%-os részvételi aránnyal), a *H. influenzae* és a *M. catarrhalis* (20–20%-os részvételi aránnyal). Gyermekek akut folyamataiban az anaerob baktériumoknak nincs kóroki szerepük. Bakteriális sinusitisben és akut otitis mediában az orr-, illetve torokváladék nem releváns minták! Nem szolgálnak információval a célzott kezeléshez. Ráadásul – mivel hiányzik működésünkből a kórokozóban való gondolkodás – helytelen interpretációjuk hibás kezelésekre is vezethet (pl. csecsemő vagy kisdid bélbaktériummal colonisált torokflórája).

Az akut otitis media és az akut bakteriális sinusitis antibiotikumkezelése – elméleti megfontolások és gyakorlati útmutató

A *S. pneumoniae* előidézte fertőzés spontán gyógyhajlama nem több, mint 15%. A *H. influenzae* eredetű folyamatok fele, a *M. catarrhalis* által okozott infekciók fele-kétharmada kezelés nélkül meggyógyul. A kezelés célja a szövődmények megelőzése, illetve a klinikai és a bakteriológiai gyógyulás elősegítése.⁸

Szövődménymentes esetekben a terápia mindig tapasztalati. Az otitis sinusitis kórokozói veleszületetten érzékenyek a penicillinekkal szemben. Az idők folyamán kialakult másodlagos rezisztencia a különböző spéciéseknél eltérő mechanizmusokon alapul, nem általános, az egyes izolátumokat eltérő mértékben jellemzi és megint mások a klinikai következményei.

A *Pneumococcus* penicillinnel szemben mutatózó másodlagos érzékenységszűkenése az ún. penicillinkötő fehérjék térszerkezetének megváltozásán alapszik. Jellemzője, hogy eltérő mértékben ugyan, de valamennyi

betalaktám molekulát érinti, sőt: más vegyületekre (makrolid szerek, cotrimoxazol stb.) vonatkozó keresztrezisztenciával jár. A nem maradéktalanul érzékeny izolátumok mérsékelten, illetve magas fokban penicillinrezisztens csoportra oszthatók. A gátlókoncentrációkat a klinikai tapasztalatokkal összhangba hozva megállapították, hogy a mérsékelten penicillinérzékeny *S. pneumoniae* izolátumok aminopenicillinekkal (ampicillin, amoxicillin stb.) és cefuroximmal szemben érzékenyek. Egy hazai prospektív vizsgálat a 2001–2002. években gyermekek dobüregéből származó nagyszámú minta feldolgozásával a csökkent penicillinérzékenységű törzsek igen csekély részvételi arányát tárta fel: az összes törzs 5%-a volt mérsékelten érzékeny és csak 0,8%-a magas fokban penicillinrezisztens (ún. HEPI tanulmány). A nem teljesen penicillinérzékeny izolátumoknak csak 3,4%-át találták amoxicillinnel szemben (mérsékelten vagy magas fokban) rezisztensnek.

A másik két pathogen – a Gram negatívok – ampicillinnel szembeni természetes érzékenységének csökkenése szintén másodlagos és döntően betalaktamáz termelésnek tulajdonítható. A *H. influenzae* törzsek kevesebb mint egyötöde, a *M. catarrhalis* törzsek nagy része betalaktamáz pozitív.

A nemzetközi terápiás javaslatok egyöntetűen az amoxicillint javasolják elsőként választandó szerként.⁹ Habár a magas fokban penicillinrezisztens *S. pneumoniae* izolátumokkal és a betalaktamáz pozitív *H. influenzae* és *M. catarrhalis* törzsekkel szemben az amoxicillin nem hatékony, rizikótényezők hiányában a gyermekbetegek 80%-a jól reagál amoxicillin kezelésre. Ez a tapasztalat *Pneumococcus* esetében a magas fokú rezisztencia igen ritka előfordulásával és a dózisémelés rezisztenciát ellensúlyozó hatásával, a Gram negatív baktériumok esetében pedig a jó spontán gyógyhajlammal magya-

rázható. Bizonyos kockázati tényezők megléte esetén (a kétévesnél fiatalabb életkor, gyermekközösség, antibiotikumkezelés három hónapon belül (v.ö. Magyarország!) rezisztens kórokozókkal kell számolnunk. Az amoxiclav és a cefuroxim-axetil azon orális szerek, amelyek hatékonyak a csökkent érzékenységgű légúti patogénekkal szemben.¹⁰

Nem súlyos, szövődménymentes esetben és kockázati tényező hiányában iniciális terápiaként amoxicillin javasolható. Napi adagja 50 mg/ttkg; két részre osztva. Rizikótényező(k) meglétekor és/vagy súlyosabb klinikai képet esetén a szert emelt adagban javasolják alkalmazni: 80–90 mg/ttkg/die; 6,4 mg/ttkg/die klavulánsavval kiegészítve. Ugyanezt ajánlják azon betegnek is, aki a szokványos adag amoxicillin mellett nem javul. Ezen terápia alternatívája a cefuroxim-axetil 30 mg/ttkg napi adagban; két részre osztva (7. táblázat).

Amennyiben az orális kezelés nem megoldható, ceftriaxon vagy cefotaxim alkalmazható. Nem azonos típusú reakciót mutató penicillinallergiás beteg orális második ge-

nerációs cefalosporinnal (cefuroxim-axetil, cefprozil) kezelhető. Ún. I-es típusú allergiás reakció esetén clarithromycin ajánlható.

Nem kielégítő hatásspektrumuknál fogva empirikus alkalmazásra nem javasolhatók alábbi szerek: penicillin, első generációs cefalosporinok (cefalexin, cefadroxil), co-trimoxazol, erythromycin (és az azonos generációba tartozó makrolid készítmények), tetracyclinek. Az ampicillin szájon át adva rosszul szívódik föl.

Az útmutatók legtöbbször akut bakteriális sinusitisben a tünet- és panaszmentességet követően még 7 nap kezelést javasol. AOM-ban kétéves kor alatt tíz napig célszerű a beteget kezelni; nagyobb gyermeknél jó klinikai válasz esetében 5–7 nap az orális terápia időtartama.

Irodalomjegyzék:

1. Baraff, LJ., Bass, JW., Fleisher, GR. et al.: *Practice guideline for the management of infants and children with fever without source 0–36 months of age.* Pediatrics 1998; 92, 1–12.

2. Schwartz, B, Marcy, SM, Phillips, WR et al.: *Pharyngitis – Principles of Judicious Use of Antimicrobial Agents.* Pediatrics 101 (Suppl): 1998; 171–74.

3. Dowell, SF, Marcy, SM, Phillips, WR et al.: *Principles of Judicious Use of Antimicrobial Agents for Pediatric Upper Respiratory Tract Infections.* Pediatrics 101 (Suppl): 1998; 163–65.

4. Dowell, SF, Marcy, SM, Phillips, WR et al.: *Otitis Media – Principles of Judicious Use of Antimicrobial Agents.* Pediatrics 101 (Suppl): 1998; 165–71.

5. American Academy of Pediatrics. *Clinical Practice Guideline: Management of Sinusitis.* Pediatrics. Vol.108, Number 3, Sept 2001

6. O'Brien, KL et al.: *Acute Sinusitis – Principles and Judicious Use of Antimicrobial Agents.* Pediatrics 1998 (Suppl); Vol. 101 Number 1, Jan

7. Blumer, JL: *Fundamental basis for rational therapeutics in acute otitis media.* Pediatr Infect Dis J 1999; 18:1130–40.

8. Brook I et al.: *Medical Management of Acute Bacterial Sinusitis. Recommendations of a Clinical Advisory Committee on Pediatric and Adult Sinusitis.* Ann Rhinol Laryngol 2000;109

9. O'Neill, P: *Acute otitis media.* BMJ 1999;319:833–5.

10. Balter, SE, Dowell, SF: *Update on acute otitis media.* Curr Op in Inf Dis 2000; 13:165–70.

Cardiovascularis rizikóbecslés a háziiorvosi praxisokban

Lezárult az a vizsgálat, amelyet az Országos Alapellátási Intézet indított az év márciusában háziiorvosok bevonásával abból a célból, hogy felmérje a 40 és 70 év közötti lakosság körében a szív-érrendszeri megbetegedés elkövetkező tíz évben várható kockázatát.

Közismert az a szomorú statisztika, mely szerint Magyarországon a vezető halálok kardiovaszkuláris eredetű. A munkaképes, aktív, 40 - 70 éves korosztály van kitéve élettanilag is a legnagyobb rizikónak, ráadásul ez a populáció szenved el a mindennapokban a legnagyobb megterhelést. Ezért nagyon fontos, hogy időben fény derüljön ezekre a kockázatokra, mert nagy részük befolyásolható. Ilyen az elhízás, a dohányzás, a magas vérnyomás, a magas koleszterin-, vércukorszint, a stressz, a mozgásszegény életmód, a korszerűtlen táplálkozás. Életmód változtatással, vagy gyógyszeres kezeléssel, szoros orvosi kontrollal ezeket ellenőrizni és a normális tartományban tartani lehet.

Magyarországon eddig még nem történt ilyen széleskörű, a háziiorvosok munkáján alapuló felmérő vizsgálat. Az adatgyűjtés 5 hónapon keresztül zajlott. A 170 háziiorvos félszáz ezer induló vizsgálatot végzett el a rendelésen megjelenő, 40 és 70 év közötti, rizikó korcsoportba tartozó betegeken. Az eredmények lesújtó állapotot tükröznek, annál is inkább, mivel a betegek között voltak olyanok is szép számmal, akik már eddig is jártak háziiorvoshoz.

A vizsgált férfiak 40%-nak magasabb a szisztolés vérnyomása, mint a normális felső határát jelentő 140 Hgmm. A nőknél ez az arány: 27%. A diasztolés érték tekintetében a határt jelentő 85 Hgmm-t a férfiak 39%-a, a nők 34%-a haladja meg. Az összkoleszterin szint a férfiak 51%-ban, a

nők 54%-ban a kóros tartományban van. Cukorbetegség szempontjából minden hatodik férfi és minden nyolcadik nő komolyan veszélyeztetett. Mindezzel szoros összefüggésben van az elhízás, mely nemcsak a cukorbetegség kockázatát növeli és gátolja a terápiát, hanem növeli a vérnyomást, ezáltal súlyos terhet ró a szívre, aminek gyakran szívinfarktus a következménye. Az ebbe a korosztályba tartozó nők és férfiak több, mint fele elhízott, a férfiak 53%-a, a nők 34%-a dohányzik és csupán 5-10% végez rendszeres testmozgást. A megkérdezettek közül minden hatodik férfi és nő vallotta azt, hogy gyakori, illetve állandó stressznek van kitéve a mindennapokban. A táplálkozás az esetek kevesebb, mint 1/3-ban mondható korszerűnek.

Az időszakos szűrés, a kockázatfelmérés, a megelőzés a háziiorvos feladata. Ezzel a vizsgálattal egy olyan kidolgozott, külföldön is kipróbált és bevált szűrő programot adott az Intézet a résztvevő háziiorvosok kezébe, amellyel képesek rendszerszerűen felmérni az ellátási körükbe tartozó lakosság kardiovaszkuláris állapotát. Ugyanakkor a beteg is világos képet kap arról, milyen az egészségi állapota, mit jelent ez számára, mely területen kell változtatni ahhoz, hogy kockázata csökkenjen. A további eredményes működés feltételezi az aktív együttműködést mind a beteg, mind a háziiorvos részéről.

A vizsgálat jelentősége azon túl, hogy képet adott a lakosság egy reprezentatív mintájának egészségi állapotáról az az, hogy megmutatta: a háziiorvos által végzett szűrés az alapja annak a folyamatnak, melynek célja a lakosság elszomorító egészségi állapotának a javítása.