

ló lehetőséget nyújt ahhoz, hogy a bőr tranziens flórájának tagjai – messze leggyakrabban *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus* – enyhe (pl. folliculitis, furunculus) vagy közepesen súlyos (pl. cellulitis, erysipelas) fertőzést idézzenek elő. Ezek az infekciók kezelhetők a járó-betegellátásban, de progresszió esetén mindenképpen a cukorbeteg kórházba küldendő. A súlyos fertőzések (pl. fasciitis necroticans, mélybe terjedő anaerob cellulitisek) már eleve kórházi ellátást igényelnek. A cukorbetegben aránylag gyakran fellépő erysipelas sokszor már megtekintéskor is igen jellegzetes elváltozást mutat és mivel *Streptococcus pyogenes* messze leggyakrabban a kórokozó, a penicillinkezelést (penicillin-rezisztens *Streptococcus pyogenes* törzset még nem izoláltak!) azonnal el lehet kezdeni.

Hyposplenía, asplenía

A lép elégtelen működése vagy hiánya postsplenectomiás sepsishez vezethet. Legtöbbször ez egy foudroyant sepsis, vagyis a kezdeti jó állapotból 24 órán belül, az esetek 60-80%-ában, a halál bekövetkezik.

A lép a szervezet legnagyobb lymphoid szövettel rendelkező szerve, amely termeli az opszonizációban szerepet játszó antitesteket, és részt vesz a véráramban cirkuláló mikroorganizmusok eltávolításában.⁷

Számos oka lehet a hyposplenismusnak, a legfontosabbak a következők: sebészi eltávolítás, atrophia, infiltráció, congestio, autoimmun kórkép, alkoholizmus, colitis ulcerosa, coeliakia, idős kor. Postsplenectomiás sepsist messze leggyakrabban *Streptococcus pneumoniae* okoz. Jóval ritkábban etiológiai ágensek: *Haemophilus influenzae* b, *Capnocytophaga canimorsus* és *Neisseria meningitidis*.

A családorvosnak a kórelőzmény gondos kikérdezése alapján, lázas

beteg esetén, fel kell vetni a sepsis gyanúját (ezekben a betegekben általában a sepsis góca nem állapítható meg!). A kórházi felvétel elengedhetetlen. Nagy hangsúlyt kell fektetni a prevencióra (vakcináció).

Leukopenia

Alacsony rizikójú lázas granulocytopenias betegeket (elsősorban a solid tumoros betegek kezelése kapcsán kialakuló neutropeniát sorolták ide) néhány évvel ezelőtt különítették el, a magas rizikójúaktól. Ebbe a csoportba tartozó betegek döntő többsége otthon kezelhető és a terápia orális antibiotikum kombinációval, esetleg szekvenciális kezeléssel, a legtöbb esetben megoldható. A választandó per os antibiotikum kombináció: amoxicillin/clavulanav + ciprofloxacin.

Az alacsony rizikót meghatározó legfontosabb tényezők:

- Abszolút neutrophil granulocytaszám $\geq 100/\text{mm}^3$
- Abszolút monocytaszám $\geq 100/\text{mm}^3$
- A mellkas-röntgenfelvétel negatív
- Májfunkciók és vesefunkciók nem mutatnak eltérést
- A neutropenia várható időtartama < 7 nap
- A neutropenia megszűnése 10 napon belül várható
- Intravénás katéterekkel kapcsolatos infekció kizárható
- Vannak bizonyítható jelei a csontvelő regenerációnak
- A malignus betegség remisszióban van
- A testhőmérséklet nem haladja meg a 39°C -ot
- Nincsenek neurológiai, pszichés, hasi elváltozások
- A beteg nem tűnik súlyos betegnek
- Az esetleges egyéb betegségek egyensúlyban vannak.

2000-ben, ezekre alapozva, egy pontozásos rendszert dolgoztak ki (multinational association for supportive care in cancer – MASCC – risk index), amely alkalmas az alacsony rizikójú, lázas, granulocytopenias betegek elkülönítésére.⁸ (2. táblázat)

Megjegyzés: ≥ 21 ponton felüli érték esetén a beteg nagy valószínűséggel az alacsony rizikójú csoportba tartozik. A MASCC pontozásos rendszer csak 16 éven felüliekre érvényes.

Irodalomjegyzék:

1. Wilson J: *Infection control in clinical practice*. Elsevier, Edinburgh, 2006.
2. Lepage P. et al: *Infection in malnourished patient*. in: Waldvogel F., Corey L., Stamm W. E: *Clinical infectious diseases*. (pp 839-848) Oxford University Press, New York – Oxford 1999.
3. Prehem L. C: *Infections in cirrhosis in the critical care unit*. in: Cunha B. A: *Infectious diseases in critical care medicine*. (pp 433-444). Second edition. Informahealth Care, USA, 2006.
4. MacGregor R. R.: *Alcohol abuse, host defenses, and infections*. in: Waldvogel F., Corey L., Stamm W. E: *Clinical infectious diseases*. (pp 853-857) Oxford University Press, New York – Oxford 1999.
5. Rajbhandari S. M., Wilson R. M.: *Unusual infections in diabetes*. *Diabetes Res Clin Pract* 1998; 39: 123-128.
6. Lutwick L. I: *Infections associated with diabetes mellitus in the critical care unit*. in: Cunha B. A: *Infectious diseases in critical care medicine*. (pp 445-457). Second edition. Informahealth Care, USA, 2006
7. Slim J., Smith I. G: *Infections in asplenic in the critical care unit*. in: Cunha B. A: *Infectious diseases in critical care medicine*. (pp 497-506). Second edition. Informahealth Care, USA, 2006.
8. Infektológiai Szakmai Kollégium, Transzfúziológiai és Hematológiai Szakmai Kollégium: *A neutropeniás beteg fertőzéseinek megelőzése és kezelése*. Infektológiai Útmutató. 2004. 147-157.

ÉRv program

A Magyar Hypertonia Társaság az EGIS Gyógyszergyár Nyrt. támogatásával útjára indította az EReink Védelmében (ÉRv) programot, a tünetmentes perifériás érbetegek felderítésére és a körükben tapasztalható megdöbbentő szív- és érrendszeri halálozási arány csökkentésére. Az 5 évesre tervezett ERv program első lépéseként olyan országos szűrőprogram indul, melynek során mintegy 48 hipertónia centrumban lesz lehetőség boka/kar index mérésre. A konkrét mérés mellett a kezelőorvos felméri az illető általános szív- és érrendszeri kockázatát is. A szűrésen résztvevőket a kapott

eredmények alapján 4 csoportba sorolják majd. Az eredmények és a kockázati tényezők értékelése alapján minden beteg tanácsot kap kezelőorvosától, az egyéni megelőző intézkedések alkalmazására. Mindezeket felül „kötelező” kontrollvizsgálatokat is előírnak.

Az érdeklődők minden, a perifériás érbetegséggel, a boka/kar index méréssel, vagy a programmal kapcsolatos tudnivalót megtalálhatnak a www.ervprogram.hu címen elérhető honlapon, vagy az ország bármely részéből helyi tarifával hívható (06) 40/918-020 számon.