

► **Schwerpunkt: Beatmungsmedizin**

Nicht invasive Beatmung mit Nasen-Mund- oder Vollgesichtsmaske .....Seite 2

Hochfluss-Sauerstofftherapie bei akutem hypoxämischem Atemversagen .....Seite 3

Obstruktive Schlafapnoe bei Senioren .....Seite 6

Anatomische Grundlage für OSA bei Jugendlichen .....Seite 8

BiPAP bei OSA-Patienten mit weniger als vier Stunden CPAP pro Nacht .....Seite 8

CPAP bei OSA und Glucosestoffwechsel bei Prädiabetes .....Seite 8

Erfahrungen nach der ersten CPAP-Nacht in Bezug auf Neurokognition .....Seite 10

Therapien beim Adipositas-Hypoventilations-Syndrom .....Seite 10

Geöffneter Mund unter CPAP-Beatmung .....Seite 15

Atemstörungen im Schlaf bei Biomasseverbrennung .....Seite 15

Vorrichtung zur automatischen Kontrolle des Cuff-Druckes bei Intubation .....Seite 23

► **Asthma/Allergien**

Effekt akuter körperlicher Belastung bei unsporlichen Asthmatikern .....Seite 3

Tierfell im Kinderbett und Asthma in der späteren Kindheit .....Seite 3

Asthmawissen und -kontrolle bei Senioren in der Türkei .....Seite 4

Reslizumab bei schlecht kontrolliertem Asthma mit erhöhten Eosinophilen .....Seite 4

Adipositaschirurgie und Asthmakontrolle bei adipösen Asthmatikern .....Seite 6

Alter bei Diagnose von im Erwachsenenalter auftretendem Asthma .....Seite 10

Zöliakie, Asthma: Zusammenhang bei Kindern .....Seite 11

Soja-Isoflavone bei schlecht kontrolliertem Asthma .....Seite 11

Verminderte Vielfalt des Mikrobioms im Tiermodell .....Seite 15

Tiotropium und Salmeterol bei moderat symptomatischem Asthma .....Seite 16

Omalizumab-Adhärenz bei moderatem bis schwerem allergischen Asthma .....Seite 18

Therapieeskalation auf GINA-Schritte 4 und 5 bei schwerem Asthma .....Seite 18

Schriftlicher Asthma-Aktions-Plan vom Facharzt .....Seite 19

Kleine Steroid-Partikel bei therapierefraktärem eosinophilem Asthma .....Seite 20

Einfluss der Direktvermarktung von Asthmamedikamenten .....Seite 22

► **Infektionen**

Soforttyp-Allergien gegen medikamentöse Behandlung bei Tuberkulose .....Seite 12

Adjunktives Vitamin D bei aktiver Tuberkulose in Indien .....Seite 12

UIP-Klassifizierung bei interstitieller Lungenerkrankung .....Seite 16

Die ambulant erworbene Pneumonie als medizinischer Notfall .....Seite 16

Makrolidresistenz bei Streptokokken-Pneumonie .....Seite 19

Diagnose gewöhnlicher interstitieller Pneumonie mittels HRCT .....Seite 20

Kurzfristige Prednisolontherapie bei chronischer eosinophiler Pneumonie .....Seite 20

PCV13-Vakzine und Serotypen bei Erwachsenen-Pneumonie .....Seite 23

Ideale Strategie zur Vermeidung Beatmungs-assoziiertes Pneumonie .....Seite 23

► **COPD**

Rotterdam-Studie: Gangbild bei chronisch-obstruktiver Lungenkrankheit .....Seite 4

Vermeidung baldiger Neueinweisung von Patienten wegen AECOPD .....Seite 11

Bestimmung des Ansprechens auf inhalatives Corticosteroid bei COPD .....Seite 12

Vorhersage der Mortalität bei COPD bei GOLD-Stadien 2007 und 2011 .....Seite 14

Glycopyrronium plus Salmeterol/Fluticason bei COPD .....Seite 22

► **Verschiedenes**

Nichtraucher-Programme mit finanziellen Anreizen .....Seite 6

Management von IPF-Patienten in der klinischen Praxis .....Seite 14

Vitamin-D-Defizienz trägt direkt zu ARDS bei .....Seite 14

Gemcitabin/Cisplatin plus Necitumumab beim sNSCLC .....Seite 18

Infliximab bei therapierefraktärer <sup>18</sup>F-FDG-PET-positiver Sarkoidose .....Seite 22

► **Forschung, Hochschule Et Verbände.....Seite 27**

► **Industrie.....Seite 33**

► **Termine.....Seite 39**

Editorial

Was lehrt uns SERVE-HF?

Die Geschichte der Herzinsuffizienz ist eine Geschichte der Missverständnisse. Immer wieder haben Irrtümer in die therapeutische Irre geleitet. Schreiben wir mit SERVE-HF das nächste Kapitel?

Jahrzehntelang galt für die Behandlung der chronischen Linksherzinsuffizienz, dass es keine ursächliche Behandlung gebe. Diuretika, Digitalis und körperliche Schonung prägten noch in den 1990er-Jahren das therapeutische Konzept. Betablocker waren kontraindiziert, ACE-Hemmer allenfalls mit großer Vorsicht einzusetzen.

Durch der Entwicklung der Echokardiographie ergab sich eine neue Sicht: Die systolische Pumpfunktion mit Verminderung der Ejektionsfraktion wurde sichtbar. Substanzen mit positiv inotroper Wirkung schienen hier vielversprechend: Mit Milrinon und Amrinon war es möglich, dem müden Ventrikel Druck zu machen: Die Ejektionsfraktion konnte dramatisch gesteigert werden, ein „faules Herz“, wie es im Jargon hieß, zeigte plötzlich wieder eine deutliche Kontraktion des Ventrikels. Doch dann das böse Erwachen: Positiv inotrope Substanzen, die doch scheinbar das Problem der geringen Auswurfleistung lösen, erhöhen die Mortalität dramatisch. Sie sind – bis auf Digitalis, das eher wegen seiner frequenzsenkenden Wirkung Einsatz findet – völlig aus der Dauertherapie verschwunden.

Welche Lehre wurde damals gezogen? Zunächst ergab sich ein neues Verständnis der Pathophysiologie. Für die Natur kommt als Ursache eines verminderten Herzminutenvolumens nur eine Ursache in Betracht: Erheblicher Blutverlust durch eine Verletzung. Dementsprechend sind auch die Kompensationsmechanismen angelegt: Flüssigkeitsretention durch Aktivierung des Renin-Angiotensin-Aldosteron-Systems, Zentralisierung der Blutzirkulation und Vasokonstriktion zur Aufrechterhaltung des Blutdruckes, beides vermittelt durch einen erhöhten Sympathikotonus. Ist allerdings nicht Blutverlust die Ursache sondern beispielsweise eine hypertensive oder koronare Herzkrankheit, so bewirken diese Kompensationsmechanismen das Gegenteil des ursprünglichen Zieles: Sie schädigen das kranke Herz. So erklärt sich auch die deletäre Wirkung der positiv inotropen Substanzen. Die therapeutische Konsequenz war eine 180-Grad-Wendung des bisherigen Konzeptes: Die



Herausgeber: Justus de Z...

hochdosierte Gabe von Beta-Blockern und ACE-Hemmern, um die hohen Herzraten Systeme zu bremsen, sich schnell als Standard der Herzinsuffizienz-Therapie. Im Ergebnis eine beeindruckende Verringerung der Mortalität erreicht werden – der Therapie, die wenige Jahre zuvor noch als kontraindiziert galt.

Die Beobachtung, dass systemische Atmungsstörungen die Atemungsstörungen die der Herzinsuffizienz ungünstig beeinflussten, gab Anlass zu weiteren Untersuchungen. In der CANPAP-Studie unter CPAP eine Verbesserung der Ejektionsfraktion gezeigt wurde, allerdings ohne Einfluss auf die Mortalität. Zentrale Atmungsregulationsstörungen wurden durch die in CANPAP verwendete CPAP-Therapie nicht beseitigt. Die Vermutung lag nahe, dass die Ursache der fehlenden Mortalitätsreduktion zu finden sei.<sup>2</sup> Mit der nicht-invasiven Ventilation ergaben sich neue Erkenntnisse, auf die Pathophysiologie des um das kranke Herz Einfluss zu nehmen. Es gelang, mittels spezieller...

Fortsetzung siehe Seite 3

Behandlungschaos COPD?

