



AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS
FOLYÓIRATA

ORVOSI HETILAP

116. ÉVFOLYAM 14. SZÁM 781—840 OLDAL

BUDAPEST, 1975. ÁPRILIS 6.

ELŐFIZETÉSI ÁRA 1 ÉVRE 216,— FT

EGYES PÉLDÁNY ÁRA 4,50 FT

ADEBIT

tabletta
antidiabeticum

A cukorbetegség gyógyításában előrehaladást jelentett az újabb felfedezés, hogy a sulfonilcarbamid származékok kémiai szerkezetétől és hatásmechanizmusától teljesen eltérő biguanid származék is szájon át adagolva antidiabetikus hatású. Ilyen vércukorcsökkentő készítmény az Adebit tablettá.

OSSZETÉTEL: Tablettánként 50 mg 1-Butylbiguanidinum hydrochloricum hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK: A diabetes mellitus minden olyan típusának kezelésére alkalmazható önmagában vagy sulfonilcarbamid készítménnyel együtt, ahol a saját insulintermelés nem szűnt meg. Ezenkívül bizonyos esetekben insulinnal kombinált alkalmazása indokolt lehet.

Elsősorban **felnttkori**, sulfonilcarbamidra rezisztens diabetesben önállóan, vagy sulfonilcarbamid készítménnyel kombinálva, ha ez utóbbival egymagában a megfelelő anyagcsere-egyensúly nem volt elérhető. Felnttkori diabetesben sor kerülhet elsődleges alkalmazására is, ami igen előnyös lehet sulfonilcarbamid túlérzékenységben.

Fiatalkori és labilis anyagcserejű diabetes jobb kompenzálására, a vércukor-ingadozások csillapítására, insulinnal kombinálva. Tapasztalat szerint várható az insulinszükséglet csökkentése, némelykor az insulinszükséglet javítása.

ELLENJAVALLATOK: Acidosisos anyagcsere-zavar, így természetesen praecoma és coma diabeticum, fertőzéses, lázas állapot, terhesség, gangraena, veseműködési elégtelenség, májbetegségek (annak ellenére, hogy adagolására visszavezethető májkárosodást nem észleltek). Műtét előtt a beteget insulinnal kell beállítani.

ADAGOLÁS: Egyéni megítélést igényel. Az adagolás beállítása, illetve átállítása csak gyógyintézetben, vagy szakorvosi járóbeteg-rendelésen történő állandó orvosi (laboratóriumi) ellenőrzés mellett végezhető.

Helyesen akkor járunk el, ha a kezdeti adagot fokozatosan növeljük az egyéni optimális adag eléréséig. Átlagos kezdeti adag naponta 2-3-szor 1 tablettá (100-150 mg) étkezés után, kevés folyadékkal. A továbbiakban, a beteg állapotától függően 2-4 naponként 1 tablettával növelhetjük az adagot. A maximális napi adag 6 tablettá (300 mg) 3-4-szeri elosztásban. A bevezetés időszakában (10-14 napig) a napi vizeletcukor-ürítés és néhányszor az éhgyomri vércukorvizsgálat elvégzése szükséges, minthogy általában csak a kezelés 10-14. napján dönthető el, hogy a beteg reagál-e a kezelésre. A további időszakban (kb. 2 hónapig) az ellenőrzést 1-2 hetenként végezzük. A vérép, a máj- és vesefunkciók félévenként ellenőrizendők. Az Adebit tablettá napi fenntartó adagja leggyakrabban naponta reggel 1-2 tablettá és este 1 tablettá. A diéta szigorú betartása természetesen elengedhetetlen. Kombinált kezelés esetén a sulfonilcarbamid készítmény, illetve az insulinnal adagja az anyagcsere-kontrollnak megfelelően csökkentendő. Amennyiben a normális anyagcsere a kombinált kezelés (pl. 2 tabl. sulfonilcarbamid + 3 tabl. Adebit) alkalmazására helyreáll, megkísérelendő a sulfonilcarbamid készítmény fokozatosan történő teljes elhagyása. Az adag csökkentése, vagy növelése csak megfelelő laboratóriumi ellenőrzéssel történhet.

MELLEKHATASOK: A ritkán előforduló mellékhatások (étvágytalanság, hányinger, hányás, hasmenés, fémes szájíz) az adag átmeneti csökkentésére általában mérsékelhetők, illetve megszüntethetők.

FIGYELMEZTETÉSI E gyógyszer alkalmazása fokozott elővigyázatosságot igényel, ezért főleg járművezetők, magasban vagy veszélyes gépen dolgozók csak az orvos által - az egyéni érzékenységek megfelelően - előírt adagban szedhetik.

Alkalmazásának időtartama alatt tilos szeszes italt fogyasztani!

CSOMAGOLÁS:

40 db à 0,05 g tablettá	6,80 Ft
200 db à 0,05 g tablettá	30,50 Ft

MEGJEGYZÉS: Rendelését az insulinnal és az orális antidiabeticumok rendeléséről, kiszolgáltatójáról kiadott 5/1967. Eü. M. számú utasítás szabályozza.

CHINOIN BUDAPEST

ORVOSI HETILAP

AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:
MARKUSOVSKY LAJOS
1857-ben

*

Szerkesztő bizottság:

ALFÖLDY ZOLTÁN DR.
BRAUN PÁL DR.
DARABOS PÁL DR.
FISCHER ANTAL DR.
HIRSCHLER IMRE DR.
LENART GYÖRGY DR.
SZÁNTÓ GYÖRGY DR.

*

Felelős szerkesztő:
TRENCSÉNI TIBOR DR.

*

Munkatársak:

PAPP MIKLÓS DR.
GIACINTO MIKLÓS DR.
BTAGE ZSUZSANNA DR.
WALSA RÓBERT DR.
BUDA BÉLA DR.
HONTI JÓZSEF DR.

*

116. ÉVFOLYAM

*

14. SZÁM

*

1975. ÁPRILIS 6.

TARTALOMJEGYZÉK

Sellyei Mihály dr., Vass László dr.
és Krausz Tamás dr.:
Adatok a sejtmag
szervekre jellemző szerkezetéhez 783

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Káldor Antal dr., Somogyi György dr.,
Debreczeni Lóránt dr. és Gachályi Béla dr.:
A szívglikozidák és a phenobarbital
kölcsonhatásáról 787

Nagy György dr., Dezső István dr.,
Varsányi Magdolna dr. és Léhi Mária dr.:
Vérképzés-fokozódás
és vasraktárak telítettsége
közötti összefüggés vizsgálata
polycythaemia rubra verában 790

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Kotsis Lajos dr., Krisár Zoltán dr.
és Dobjanschi Sándor dr.:
A nem resecalható cardia tumorok
palliatív kezelése
oesophago-jejunalis bypassal 792

A GONDOZÁS KÉRDÉSEI

Dutz, H. és Precht, K.:
A vesebetegek gondozásának
megszervezése az NDK-ban 795

Mebel, M., Janisch, W. és May G.:
Az NDK vese-transplantációs rendszerének
kifejlődése 801

MÓDSZERTANI LEVÉL

Az idült vesebetegek gondozási irányelvei
a korai felismeréstől a művese-kezelésig ... 803

HORUS

Orvostudományi Dokumentációs Szolgálat

Orvosi eszközök érmeiken 807

Az első jelentős magyar tudományos
folyóirat orvosi vonatkozásai 811

A TMB hírei 814

Beszámolók, jegyzőkönyvek 815

Folyóiratreferátumok 817

Levelek a szerkesztőhöz 833

Hírek 834

Előadások, ülések 840

ORAP

tabletta

ÖSSZETÉTEL

1 tabletta 1, ill. 4 mg pimosid-ot tartalmaz.

JAVALLATOK

Olyan tartós hatású neurolepticum, amely előzetes neurolepticus kezelés után a korábban téveseszmékkel, hallucinációval, beteges fantáziával küzdő betegek fenntartó kezelésére alkalmas, anélkül, hogy hypnosedatív hatást okozna.

ELLENJAVALLATOK

Extrapiramidális kórképek, depressív állapotok minden formája.

ADAGOLÁS

Naponta egyszer, 1–8 mg, individuálisan, szakorvos utasítása szerint.

MEGJEGYZÉS

Társadalombiztosítás terhére idegbeteg-gondozó intézetek, idegyógyászati szakrendelések szabadon rendelhetik, illetőleg csak a javaslatukra (fekvőbeteg-gyógyintézeti, elme-, idegosztály javaslatára) rendelhető. Elmebetegségekből, idegbetegségekből szakorvosi képesítéssel rendelkező körzeti, üzemi stb. orvosok is szabadon rendelhetik az ellátásukba tartozó betegek részére.

CSOMAGOLÁS

50 tabletta 1 mg	13,— Ft
20 tabletta 4 mg	15,60 Ft



Kőbányai Gyógyszerárugyár Budapest X.

Adatok a sejtmag szervekre jellemző szerkezetéhez

Sellyei Mihály dr., Vass László dr.
és Krausz Tamás dr.

Ismeretes, hogy a sejtműködés és annak szabályozása a sejtmagban levő DNS szerkezetében molekuláris szinten van kódolva. A szervezetben minden egyes sejtmag tartalmazza azt az egész információtömeget, amely a szervezet teljes működésének örökletes determinálásához szükséges. Kézenfekvő, hogy ezen információtömegeből az egyes sejtekben csupán a szerv működését meghatározó információ „szabadul fel”, illetve az összes egyéb információ, amely az adott szerv működése szempontjából felesleges, „gátlódik”. Ezeknek a functionális különbségeknek a DNS-t tartalmazó sejtmag mikroszkópos szerkezetében való megnyilvánulása elméletileg aligha volt várható.

A mag anyagát alkotó chromatin mikroszkópban egyenetlen szerkezetű, és az átlagos festődésű, úgynevezett *euchromatikus* részek váltakoznak sötétebb, esetleg világosabb *heterochromatikus* területekkel. A morfológusok számára ismert volt ez a jelenség, de alig foglalkoztak annak esetleges functionális jelentőségével. Radioautographiás vizsgálatokkal mintegy tíz évvel ezelőtt kiderült, hogy a chromosomák, amelyek Giemsa-oldattal homogéneken festődnek, a sejtcyclus folyamán aszynchron replikálódnak. A DNS-synthesis szakaszának végén replikálódnak a DNS-synthesisban sötét heterochromatikus rögök formájában jelennek meg. Ezek pedig genetikailag többnyire inaktívok, mint arra nők két X chromosomája közül a későn replikáló és a sötét heterochromatikus Barr-testet képező egyik X chromosoma alapján következtetni lehet. Már ez a jelenség felhívta a figyelmet arra, hogy a genetikai anyag mikroszkópos megjelenése és funkciója között összefüggés van.

A chromatin differenciált szerkezetének vizsgálatában fontos új lépést jelentett Caspersson és iskolájának (2) felismerése, amely szerint chinakrin és származékai különböző mértékben kötődnek egyes chromosoma-részekhez. Ennek következtében fluorescens mikroszkópban a chromosomákon sötétebb és világosabb sávok váltakoznak. A humán Y chromosoma hosszú karjának distális része rendkívül erősen köti a chinakrint, miáltal páratlanul ragyogó fluorescenciát ad. Ez a rész az interphasisban feltűnően fénylő chromatin-rögöt képez, amelyet Y chromatinnak neveztek el. Mivel Y csak férfiak sejteiben van, a sejtmagvak alapján megállapítható az egyed neme. Laboratóriumunkban Kovácsal és Vass-sal vizsgáltuk az Y chromatin használhatóságát az igazságügyi orvostanban. Ennek során halottak különböző szerveiből készült kenetekben feltűnt, hogy a pajzsmirigysejtek magvai gyakran tartalmaztak Y chromatinhoz hasonló, erősen fénylő képletet: a nőkben egyet, férfiakban ketőt; ez az elméletileg nehezen magyarázható jelenség

zavarta a nem helyes meghatározását pajzsmirigyből az Y chromatin előfordulása alapján. Mivel egyéb szervek keneteiben hasonló jelenséget nem találtunk, felmerült, hogy a chromatin sajátos, esetleg szerve specifikus mikroszkópos szerkezetére bukkantunk (6). Egyúttal felmerült az Y chromatin alapján történő nem meghatározás megbízhatóságának kérdése is.

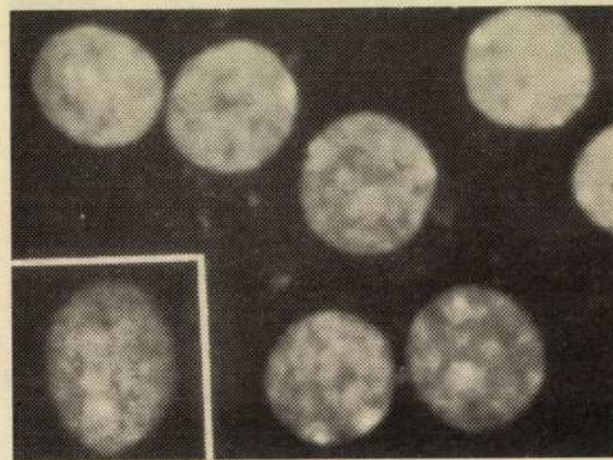
Jelen vizsgálataink megkezdésekor célul tűztük ki, hogy 1. megállapítsuk az Y-hoz hasonló chromatin előfordulásának gyakoriságát nagyobb számú pajzsmirigyben, ill. többnyire olyan szövetekben, amelyek a pajzsmiriggyel fejlődéstanilag (előbélből származó szervek) vagy functionálisan (endokrin mirigyek) mutatnak közös vonásokat; 2. tisztázzuk kívántuk, hogy az Y chromatinhoz hasonló képletek milyen összefüggésben vannak az osztódásban egyéb chromosomákon egyenként változóan előforduló fényesen fluoreszkáló segmentumokkal, amelyek e tekintetben hasonlítanak az Y chromosoma fényes segmentumára.

Anyag és módszer

I. 52 felnőtt (26 férfi és 26 nő) holttestéből származó szerveket vizsgáltunk 2–12 órával a halál beállta után. A vizsgált szervekből (agy, hypophysis mindkét lebenye, pajzsmirigy, mellékpajzsmirigy, mellékvese kéreg- és velőállománya, máj, pancreas) keneteket készítettünk, ill. több szervből (pajzsmirigy, hypophysis lebenyei, máj, agy) szétdörzsöléssel és rázással sejt-szuspensiót is állítottunk elő. Mind a keneteket, mind a sejt-szuspensiókat jégecet és methanol 1:3 arányú keverékével rögzítettük.

II. Spontán abortusokból származó 15 magzat (9 fiú, 6 leány) pajzsmirigyét és egyéb szervét (tüdő, lép, pancreas, máj, szív, harántesikolt izom, agy, here, gyomornyálkahártya, vékonybél-nyálkahártya, csontvelő, placenta magzati és anyai felszíne) vizsgáltuk kenetekben. A magzatok a terhesség V–VI. hónapjából származtak. Hosszuk 23 és 39 cm között változott. Az egyik leánymagzat a terhesség IX. hónapjából származott, 36 cm hosszú *anencephal* volt.

III. Kilenc esetben vizsgáltuk műtétileg eltávolított pajzsmirigyek készítményeit. Minden esetben tenyésztettük a betegek lymphocytáit is és a mitosisokban a chromosomákon értékeltük a fényesen fluoreszkáló segmentumokat, amelyek az Y chromatinhoz hasonló képleteket képezhetnek az interphasisban. A pajzsmirigy-magvak fluorescens szerkezetének kont-



1. ábra.

Chinakrinnal festett pajzsmirigy sejtmagvak. Néhányban két fluoreszkáló chromocentrum van. Balra lent ugyanazon beteg szájnyalkahártya-sejtjének magvában egy Y chromatin van (E 709. sz. eset)

nem	férfi				női			
	előfordulás	pozitív	átmenet	negatív	összes	pozitív	átmeneti	negatív
pajzsmirigy ..	10	10	6	26	22*	1	3	26
agy	2	7	17	26	10	6	10	26

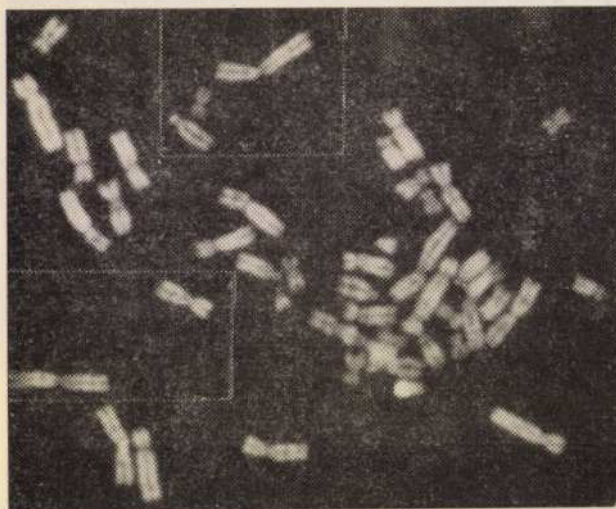
* Egyetlen nő esetében a többi szervek praeparatumaiban is az Y-hoz hasonló fluorescentia pozitív vagy átmeneti ért. adott

rolljaként a betegek szájnyálkahártya sejtjeiben és a tenyésztett lymphocyták interphasisú magjaiban is számoltuk az Y chromatin jellegű képletek előfordulását.

Festési módszerek. Fluorescens festést Pearson és mtsai (9) módszere szerint chinakrin 0,5%-os oldatával végeztünk 3–10 percig; öblítés után a praeparatumokat pH 5,5-es foszfat pufferrel és 0'-ás vastag fedőlemezrel zártuk. Később a festést Benjus (1) elve alapján módosítottuk: a festőoldat destillált vízben oldott chinakrin 10^{-5} g/ml koncentrációban (0,001%), a lefedő közeg pH 5,5-ös foszfat puffer, amely ugyanilyen töménységben tartalmaz chinakrint. Mivel a lefedő közegben is van kevés chinakrin, az ultraibolya fényben a készítmények lassabban színtelenednek el, de a háttér még nem fluoreszkál.

Egyes esetekben a chinakrinnal festett magvakat, ill. osztódásokat lefényképeztük és Sumner (12) szerint újrafestettük a centromerikus heterochromatin kimutatására.

Értékelés. Férfiak sejtmagjaiban várhatóan található Y chromatin, amely a magvaknak legalább 20 százalékában felismerhető. Nők sejtjeiben nincs Y chromosoma, ezért az interphasisban hasonló képletek legfeljebb a magvak 10%-ában fordulnak elő. Az Y chromatinhoz hasonló fluorescentiát pozitívnak te-



2. ábra.

E 709. sz. eset lymphocytá mitosisában az Y chromosoma distális részén kívül nincs erősen fénylő chromosomasegmentum. A pajzsmirigy magvakban mégis két fénylő chromocentrum jelent meg (l. 1. ábra)

kintettük, ha a magvak legalább 20%-ában férfiakra esetében kettő, nők esetében egy Y chromatin jellegű rög volt; átmeneti értéknek 10–19%-ot, negatívnak pedig 0–9%-os előfordulást vettünk.

A számolást kódolt készítményeken két vagy három vizsgáló egymástól függetlenül „vakon” végezte, akik legalább 50–50 sejtben értékelték az Y chromatinnak megfelelő képletek előfordulását. Az egyes anyagokat az átlagértékek alapján osztályoztuk.

Eredmények

A felnőtt szervek közül Y-hoz hasonló, számfeletti rög gyakorisága pozitív értéknek felelt meg 23 női pajzsmirigy-praeparatumban 26 közül. A 26 férfi pajzsmirigykészítmény közül 10 bizonyult pozitívnak és további 10 esetben találtunk átmeneti értéket. Nők agy-praeparatumaiban pozitív értéket észleltünk 10 esetben, átmeneti értéket hat esetben, míg a 26 férfiagy praeparatuma között csak kettő bizonyult pozitívnak és hét esetben átmeneti értéket találtunk (1. táblázat).

A sejt-szuspensiókból készült praeparatumokban a fluorescens chromatin-rögök általában nagyobb százalékban fordultak elő, mint ugyanazon egyének keneiteiben. Ez a kenetek rosszabb vizsgálhatóságával, a szövethedvek és törmelék zavaró háttér fluorescentiájával magyarázható. Ezért a szervet pozitívnak értékeltük akkor is, ha ugyanazon szervből csak az egyik praeparatum (szuspensio vagy kenet) volt pozitív. Egy nő esetében minden szervben pozitív vagy átmeneti értéket találtunk, de férfiak és nők összesen 510 kontroll készítményéből csak 19 (3,73%) bizonyult pozitívnak, ill. átmeneti értékűnek. Ezzel szemben pajzsmirigy és agy 207 praeparatuma közül 94-ben (45,41%) észleltük az Y-hoz hasonló chromatin pozitív vagy átmeneti értéknek megfelelő előfordulását.

Lényegében ugyanilyen különbséget állapítottunk meg magzatok pajzsmirigye és agya, ill. egyéb szervei között az Y-hoz hasonló chromatin előfordulásában (2. táblázat). Az anencephal magzat 100 pajzsmirigymagja közül egy sem tartalmazott fénylő chromatin-rögöt.

Az eredményeket azzal magyaráztuk, hogy az autosomákon egyenként változó fényes fluorescens segmentumok valamilyen ismeretlen okból erősebben fluoreszkálnak a pajzsmirigy és az agy

Y jellegű chromatin előfordulása magzatok és koraszülöttek szerveiben

2. táblázat

nem	férfi				női			
	előfordulás	pozitív	átmeneti	negatív	összes	pozitív	átmeneti	negatív
pajzsmirigy	5	3	1	9*	4	—	2	6
agy	1	3	3	7*	4	—	—	4*

* Két-két esetben az agyból nem sikerült értékelhető praeparatumot nyerni

Az interphasisban fénylő chromatin rögök és a chromosomák fénylő segmentumainak összehasonlítása

Eset száma	Beteg neve	Fénylő segmentumok száma a lymphocyta chromosomákon	Fénylő chromocentrumok száma	
			pajzsmirigy-sejtmagvakban	lymphocyta, ill. szájnyalkahártya-sejtmagvakban
E 695	nő	0	0	0
E 664	nő	1 (A ₃)	1	0
E 696	nő	1 (A ₃)	1	0
E 610	nő	0	1	0
E 662	nő	1 (A ₃)	2	0
E 680	nő	1 (D ₁₃)	2	0
E 679	férfi	3 (Y; A ₃ ; D ₁₃)	2	1
E 697	férfi	1 (Y)	2	1
E 709	férfi	1 (Y)	2	1

interphasisú magvaiban, mint egyéb szervekben. Ezt a hypothesiszt szándékoztunk azzal alátámasztani, hogy műtéileg eltávolított pajzsmirigyek vizsgálatával egyidejűleg a lymphocyta-osztódásokban is megállapítsuk azoknak a chromosoma-segmentumoknak jellegét, amelyek fényességük és méretük alapján szimulálhatják az interphasisban az Y chromatin. Kilenc esetben sikerült a párhuzamos vizsgálat (3. táblázat). Az Y chromatin száma a kontroll lymphocyták, ill. a szájnyalkahártya-sejtek egyes magvaiban mindig megfelelt a beteg nemének (nők sejtmagjaiban nincs Y chromatin, férfiakéban egy van). A pajzsmirigysejtekben ezzel szemben — egy eset kivételével (E 695 l. 3. táblázat) — mindig több volt a magvakban a fluoreszkáló chromatin-rögök száma, mint az az egyed neve alapján várható. Két esetben a pajzsmirigy-magvak annyi fluoreszkáló chromocentrumot tartalmaztak, ahány fénylő segmentum a chromosomákon volt (E 664, E 696), ill. egy esetben kevesebbet (E 679). Öt további eset azonban cáfolta hypothesisünket (E 610, E 662, E 680, E 697, E 709), mivel a pajzsmirigy-magvakban a fénylő rögök száma meghaladta a mitosisokban észlelt fénylő segmentumok számát (1. és 2. ábra).

Egyes esetekben igazoltuk, hogy az osztódásokban a fényesen fluoreszkáló segmentumok, beleértve az Y chromosoma hosszú karjának distális részét, pozitív C sáv festődést mutatnak. Az Y-hoz hasonló fénylő chromocentrumok is sötétre festődnek ezzel a módszerrel az interphasisban (3. ábra).

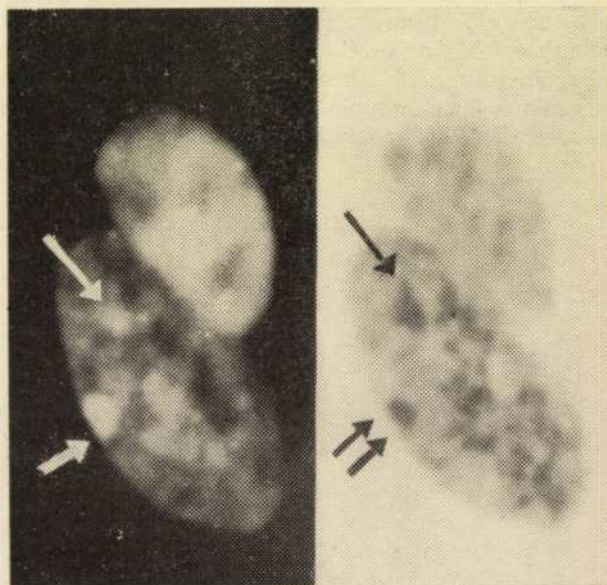
Megbeszélés

Vizsgálataink alátámasztják, hogy a pajzsmirigy sejtjeiben nagy gyakorisággal, az agy sejtjeiben kevésbé gyakran fordul elő chinakrinnal fluoreszkáló olyan chromatin-rög, amely az Y chromatinhoz hasonlít. Ezt a jelenséget egyéb szervek magjaiban ritkán figyeltük meg.

Az Y-hoz hasonló chromatin nem tartjuk egyéges eredetűnek. Megjelenhetnek ilyen formában azok a chromosoma-részek, amelyek az Y-hoz hasonlóan fénylőek. Egy-egy esetben valóban minden szervben találtunk Y-hoz hasonló chromatin (1. táblázat). Kérdés azonban, hogy ilyen eredetűek-e

azok a chromatin-rögök, amelyek csak a pajzsmirigyben és az agyban fluoreszkálnak, egyéb szervek magvaiban pedig nem láthatók. Erre közvetlen választ nem tudunk adni, mivel pajzsmirigysejtek mitosisait még nem sikerült vizsgálnunk. Egyes esetekben a lymphocyta-mitosisokban valóban találtunk az Y-on kívül más chromosomákon fluoreszkáló segmentumokat, amelyek produkálhattak Y-hoz hasonló chromatin-rögöt az interphasisban. Ilyen esetekben még tisztázatlan, hogy az Y-hoz hasonló chromatin-rögök miért jelentkeznek elektíven a pajzsmirigy, ill. agy magjaiban és miért hiányoznak ugyanazon egyén más szerveiből. Ilyen különbséget a valódi Y chromatin előfordulásában nem figyeltünk meg. Noël és mtsai (7) feltételezik, hogy az Y, ill. egyéb chromosomák ragyogó fluorescentiája nem azonos természetű, mivel egy férfiban a 13. chromosoma-pár egyik tagjának rövid karján is ugyanolyan méretű fénylő részt találtak, mint az Y chromosomán, az interphasisokban ennek ellenére csak egy fénylő chromatin-rög volt. Az Y chromosoma fluoreszkáló része a sejt-cyclus minden szakaszában erősen fénylik (14, 15). Lehet, hogy egyéb erősen fluoreszkáló chromosoma-segmentumok kondenzáltsága, tehát fokozott chinakrin-kötő képessége az interphasisban szövetenként változik. Kísérletes körülmények között a pajzsmirigy magvaiban a sötét chromatin-rögök számát hormonkezeléssel csökkentették (3, 11), májban pedig előfordulásuknak a sejt-cyclus-sal való összefüggését igazolták (10).

A pajzsmirigy-magvak Y-hoz hasonló chromatinja végképp nem magyarázható a lymphocytamitosisok fénylő segmentumaival azon eseteinkben (3. táblázat), amikor ilyenek vagy nem voltak az osztódásokban, vagy egyedül az Y chromosoma hosszú karjának ragyogó fluorescentiája látszott; a pajzsmirigy-magvakban mégis egy, ill. két erősen



3. ábra. Nő pajzsmirigy készítményében chinakrin festéssel Y-hoz hasonló fénylő chromatin (nyíl) mellett felismerhető a Barr-test is (kettős nyíl). Mindkettő pozitív heterochromatikus festődést ad

fluoreszkáló chromocentrumot észleltünk. Ilyen esetekben feltételezzük, hogy a pajzsmirigymagvak interphasisában a chromatin kis része úgy alakul át, hogy az Y-hoz hasonló intenzitással köti a chinakrint, de ez a folyamat más szervek sejtmagjaiban nem következik be. E tekintetben a felnőttek és a terhesség II. feléből származó magzatok között nincs lényeges különbség. Figyelemre méltó, hogy az anencephal magzatban, ahol a hormontermelés serkentése csökkent vagy hiányzik, egyetlen pajzsmirigymagban sem találtunk Y jellegű chromatint.

Gaál és László (5) human embriók bőrében figyelt meg Y-hoz hasonló chromatint, amely 40 napnál idősebb terhességből származó egyedekből már eltűnt.

Chrzączka és mtsai (4) idült lymphoid leukaemiás nő leukaemiás sejtjeiben észlelték fluoreszkáló chromatin-rögöt, amelynek fényessége és mérete denzitometriás vizsgálatokkal is az Y chromatinnal azonosnak bizonyult.

Palutke és mtsai (8) 46,XX női chromosomakészletű, de férfi phenotypusú, 19 éves egyén heréiben a várákoszónak megfelelően Barr-pozitívna találtak a Leydig-sejteket, de a Sertoli-sejtek Barr-negatívak voltak. Utóbbiaknak 29%-a tartalmazott Y chromatint. Ezért szerzők feltételezik, hogy ebben az esetben a Sertoli-sejtek nemi chromosoma-készlete XY, férfi jellegű és e sejtek az egyed fejlődésének korai szakaszában esetleg fennállott XX/XY mozaikosság maradványai. Felmerül bennünk, hogy itt is az Y-hoz hasonló fluorescentia egy sejt típusra korlátozódó megjelenéséről van szó.

Y jellegű chromatin előfordulását agy és pajzsmirigy sejtjeiben *Tishler és Javier* (13) is vizsgálták. Ők nők agykéregsejtjeiben (öt eset) átlagosan a magvak 19%-ában találtak Y jellegű chromatint, pajzsmirigyben pedig a magvak 6%-ában. Tőlünk eltérő eredményeik azzal magyarázhatók, hogy részint kevés esetet vizsgáltak, részint kryostatban készült metszeteket értékelték és nem sejt-szuszpenziót. A methodika érzékeny és magunk is megfigyeltük a fluorescentia eltűnését, ha a fixált sejt-szuszpenziót néhány hónapig 0 °C körüli hőmérsékleten tároltuk.

Nőkben sokkal gyakrabban észleltünk az Y-hoz hasonló fluorescentiát, mint férfiakban. Ezt bizonyos fokig az értékelés technikájából származó elkerülhetetlen következménynek tartjuk. Nőkben ugyanis Y-hoz hasonló chromatinnak értékelünk minden fénylő chromatin-rögöt. Férfiakban azon-

ban minden fénylő chromatin rögöt valódi Y chromatinnak értékelünk, ha abból a magban csak egy van jelen; egy magban már két Y jellegű chromatin-rögnek kell látszani, hogy az egyiket Y-hoz hasonló chromatin szempontjából pozitívnak tartjuk. Pedig férfiak pajzsmirigysejtjeiben talált egyetlen fluoreszkáló chromatin-rög nem feltétlenül az Y chromatinnak felel meg, hanem lehet Y-hoz hasonló chromatin is, amely mellett a valódi Y chromatin az adott magban nem jelent meg.

További vizsgálatokat szándékozunk végezni annak felderítésére, hogy az Y-hoz hasonló chromatin gyakorisága kapcsolatban áll-e a pajzsmirigy functionális állapotával és szöveti struktúrájának változásaival.

Összefoglalás. Szerzők megállapítják, hogy a pajzsmirigy és részben az agy sejtmagjaiban Y-hoz hasonló chromatin van jelen. Ez chinakrinnal fluorescens mikroszkópban mutatható ki. Egyéb szervekben ilyen jelenséget ritkán észleltek. Az Y-hoz hasonló chromatin zavarja a nem helyes megállapítását pajzsmirigy és agy sejtjeiből az Y chromatin alapján. A pajzsmirigysejtjeiben ilyen chromatin akkor is előfordult, ha a lymphocytamitózisokban megfelelően fénylő chromosoma-segmentum nem volt. A jelenség kapcsolatban lehet a pajzsmirigy functionális állapotával.

IRODALOM: 1. *Benjus, V. A.*: Bjull. Ekszp. Biol. Med. 1973, 76/9, 122. — 2. *Caspersson, T., Zech, L., Johansson, C., Lindsten, J., Hultén, M.*: Exp. Cell. Res. 1970, 61, 472. — 3. *Christov, K., Kiefer, G., Kiefer, R., Sandritter, W.*: Beitr. Path. 1974, 152, 19. — 4. *Chrzączka, R., Kozák, J., Michalová, K.*: Sborn. lék. 1974, 76, 55. — 5. *Gaál M., László J.*: Acta anat. 1974, 89, 31. — 6. *Kovács M., Sellyei M., Vass L.*: Acta morph. Acad. Sci. hung. 1973, Suppl. XIV., 87. — 7. *Noël, B., Mottet, J., Quack, B.*: J. Génét. hum. 1974, 22, 31. — 8. *Palutke, W. A., Chen, Y., Chen, H.*: J. Med. Genet. 1973, 10, 170. — 9. *Pearson, P. L., Bobrow, M., Vosa, C. G.*: Nature. 1970, 226, 78. — 10. *Pera, F.*: Histochemie. 1972, 30, 82. — 11. *Schneider, E., Heukamp, U., Pera, F.*: Chromosoma (Berl.) 1973, 41, 1967. — 12. *Sumner, A. T.*: Exp. Cell. Res. 1972, 75, 304. — 13. *Tishler, P. V., Javier, C.*: J. Histochem. Cytochem. 1973, 21, 587. — 14. *Wyandt, H. E., Hecht, F.*: Exp. Cell. Res. 1973, 81, 462. — 15. *Wyandt, H. E., Iorio, R. J.*: Exp. Cell. Res. 1973, 81, 468.

„Aki az orvosi előírások szerint él, keservesen él!”

„Mérsékelt táplálkozás a legjobb házi orvos.”

Bagliivi

Semmelweis Orvostudományi Egyetem,
II. Belgyógyászati Klinika (igazgató: Petrányi Gyula dr.)

A szivglikozidák és a phenobarbital kölcsönhatásáról

Káldor Antal dr., Somogyi György dr.,
Debreczeni Lóránt dr. és Gachályi Béla dr.

Egyes gyógyszerek más gyógyszerek hatását számottevően befolyásolhatják és ennek sok esetben gyakorlati jelentősége is van. A régóta és kiterjedten használt gyógyszerek közül viszonylag keveset tudunk arról, hogy a szivglikozidák hatását milyen más gyógyszerek befolyásolják, ez a hatás hol jön létre és van-e klinikai jelentősége. Ismeretes például, hogy a Neomycin kismértékben gátolni képes a digitalis felszívódását, de ennek gyakorlati jelentősége nincs.

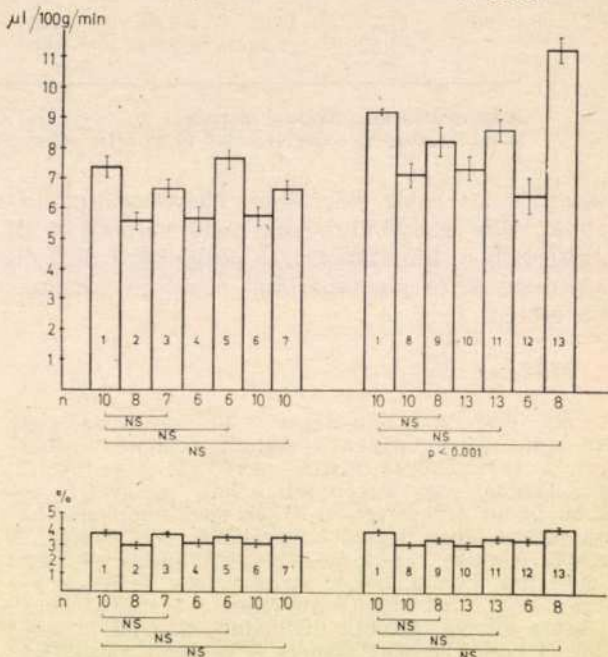
Solomon és mtsai (1) kimutatták, hogy phenylbutazon jelenlétében kevesebb digitoxin kötődik a szérumban albuminhoz, de ennek a hatásnak az eléréséhez igen magas phenylbutazon koncentráció szükséges. Jelliffe és Blankenhorn (2) 1966-ban azt találták, hogy a phenobarbital emberen stimulálja a digitoxin átalakulását digoxinná, valószínűleg a máj endoplazmatikus retikulumára gyakorolt hatás útján. Egyik betegük 13 napig 96 mg/nap barbiturátot, a másik 300 mg-ot kapott. Solomon és mtsai (1) kimutatták, hogy a phenylbutazon és a diphenylhydantoin — ismert enzimindukáló szerek — emberen hatnak a plazma digitoxin szintre: egyik betegükön phenylbutazon (300 mg/nap) csökkentette a digitoxin egyensúlyi vérszintjét (steady state level), majd az a phenylbutazon elhagyására visszatért az eredeti értékre. Mások betegükön diphenylhydantoin terápiás adagjainak hatására a digitoxin vérszint jelentős csökkenését figyelték meg. 12 héten át alkalmazott 60 mg barbiturát adására a digitoxin szérumszintjének 50%-os csökkenését figyelték meg (3).

Az állatkísérletek adatai részben ellentmondóak, de ezt speciesdifferencia is okozhatja (4). A digitoxin és a digoxin metabolizmusa nem a patkánymáj microsómáiban történik, ezért a máj microsómáiban lebomló aglikonokat, a digitoxigenint és a digoxigenint tanulmányozva kimutatták, hogy ennek az 5-beta-hydroxilációnak a mértéke phenobarbitallal fokozható

(5), hasonló hatása a phenylbutazonnak nincs (6). Ugyanakkor a phenobarbital például a spironolactonnal szemben nem csökkenti a vér és a szövetek digitoxin szintjét (7) és nem jelent védelmet a patkány digitoxin okozta mortalitásával szemben (8).

A részben ellentmondó human vizsgálatok és farmakológiai adatok alapján érdemesnek látszott megvizsgálni, hogy a digitalis—barbiturát kölcsönhatás a klinikumban alkalmazott dózisok esetén kimutatható-e; pontosabban az acut digitalizálás esetén a barbiturát kezelés befolyásolja-e a digitalis plazmaszintjét, illetőleg barbiturátot rendszeresen szedő betegek nagyobb adag digitalisra szoruló

1. ábra.



Szivglikozidák és phenobarbital hatása a 30 perces epefolyásra (ml/10 g/min) és májsúlyra (%o) patkányon

- 3 napon keresztül, naponta 2×20 mg/kg ip. phenobarbital
- 3 napon keresztül, naponta $1 \times 0,5$ mg/kg sc. acigoxin
- 3 napon keresztül, naponta $1 \times 0,5$ mg/kg sc. acigoxin + naponta 2×20 mg/kg ip. phenobarbital
- 3 napon keresztül, naponta $1 \times 1,0$ mg/kg sc. acigoxin
- 3 napon keresztül, naponta $1 \times 1,0$ mg/kg sc. acigoxin + naponta 2×20 mg/kg ip. phenobarbital
- 3 napon keresztül, naponta $1 \times 1,0$ mg/kg digoxin
- 3 napon keresztül, naponta $1 \times 1,0$ mg/kg sc. digoxin + naponta 2×20 mg/kg ip. phenobarbital
- 3 napon keresztül, naponta $1 \times 0,5$ mg/kg sc. digitoxin
- 3 napon keresztül, naponta $1 \times 0,5$ mg/kg sc. digitoxin + naponta 2×20 mg/kg ip. phenobarbital
- 3 napon keresztül, naponta $1 \times 1,0$ mg/kg sc. digitoxin
- 3 napon keresztül, naponta $1 \times 1,0$ mg/kg sc. digitoxin + naponta 2×20 mg/kg ip. phenobarbital
- 3 napon keresztül, naponta $2 \times 1,0$ mg/kg sc. digitoxin
- 3 napon keresztül, naponta $2 \times 1,0$ mg/kg sc. digitoxin + naponta 2×20 mg/kg ip. phenobarbital

n	10			10			10		
	Acigoxin (0,8 mg)			Carditoxin (0,4 mg)			Digoxin (1,0 mg)		
	előtt	után	különb- ség	előtt	után	különb- ség	előtt	után	különb- ség
30'	9,41 ±1,52	11,9 ±2,26	2,45 ±2,91	2,33 ±0,27	2,36 ±2,46	0,03 ±0,60	2,25 ±0,54	2,55 ±0,98	-1,90 ±1,16
45'	13,9 ±3,01	14,2 ±2,80	0,29 ±4,76	11,2 ±0,64	9,12 ±1,22	-2,11 ±1,54	10,1 ±1,38	12,5 ±1,65	2,48 ±2,40
60'	19,2 ±3,19	17,6 ±2,82	-1,56 ±4,92	9,57 ±1,12	9,04 ±1,33	-0,53 ±2,09	11,3 ±1,16	11,4 ±1,35	0,15 ±1,65
90'	17,7 ±1,52	13,7 ±1,73	-3,95 ±2,04	3,68 ±0,69	3,83 ±1,02	0,15 ±1,26	6,27 ±0,81	5,68 ±1,22	-0,59 ±1,26

A koncentrációk: ng/2 ml plazma

A táblázatban az átlagértékeket és az átlag standard hibáját adtuk meg.

nak-e, azonos hatás eléréséhez. Megvizsgáltuk továbbá, hogy enzimindukcióra utaló változások állatkísérletben kimutathatók-e különböző digitális készítmények és phenobarbital egyidejű alkalmazása esetén.

Módszer

Az első vizsgálatosorozatot 30, szívbetegségben nem szenvedő személyen végeztük; akikben a máj- vagy a veseműködés zavara nem volt kimutatható; szívglikozidát vagy egyéb szívre ható gyógyszert, továbbá olyan gyógyszert, melynek enzimindukciós hatása ismert lenne, legalább egy hétig nem kaptak. A betegek életkora 17—77 év között volt (átlag: 36,5 év); a digitális éhombra, pohár vízzel vették be reggel 8—9 óra között. Tíz beteg 0,8 mg (4 tabl.) acetildigitoxint¹, 10 beteg 0,4 mg (4 tabl.) digitoxint², további 10 beteg 1 mg (4 tabl.) digoxint³ kapott. A vérvétel a gyógyszer bevétele után 30, 45, 60, illetőleg 90 perc múlva történt. A digitális eltűnésének vizsgálatára ez a módszer már korábbi kísérleteinkben is bevált (9). A plazma digitális meghatározást Lowenstein általunk módosított módszerrel végeztük (10). A vérvételeket követően a betegek 7—9 napon át 3 × 0,10 g phenobarbitált⁴ kaptak, majd a kezdeti digitális adaggal megismételték a terhelést.

A második kísérletsorozatban megvizsgáltuk, hogy patkányok epefolyásának fokozódását, illetve májsúlyának növekedését — melyet általában az enzimindukció jeleinek tartanak — digitális készítmények és barbiturát együttes alkalmazásakor ki lehet-e mutatni.

Azonos törzsből származó, mindkét nembeli, standard LATI diétán tartott patkányoknak subcutan 0,5 mg/kg, 1 mg/kg vagy 2 mg/kg dózisban Digitoxint; 0,5 mg/kg, 1 mg/kg adagban Acigoxint vagy 1 mg/kg dózisban Digoxint adtunk 3 napon keresztül; ugyanezen idő alatt az állatok ip. 2 × 20 mg/kg Sevenalt kaptak. A kontroll csoport csak phenobarbitált kapott. A 4. napon Urethan narcosisban (1,2 g/100 g ip.) a ductus choledochus felső szakaszába kanült kötöttünk. Az ürített epét 2 × 30 percen keresztül gyűjtöttük. Az összegyűlt epe térfogatát regisztráltuk, majd a májat eltávolítottuk és megmértük a súlyát.

Biometriai analízis: az 1. táblázaton és az 1. ábrán a csoportok átlagértékeit és az átlag hibáját tün-

tettük fel. A humán mérési eredmények átlagértékeit egymintás *t*-tesztel, a patkánykísérletek adatait kétmintás *t*-tesztel vetettük egybe. Utóbbi esetben mindig vizsgáltuk, hogy a varianciák különböznek-e (*F*-teszt). Ha a varianciák különböztek, akkor *d*-tesztel végeztük el az összehasonlítást. A számításokat Celatron 8205 mini digitális komputeren végeztük.

Eredmények

Az első kísérletsorozat eredményeit az 1. táblázat tartalmazza, melyben a szívglikozidák plazmakoncentrációját a phenobarbital kezelés előtt és az után adtuk meg és feltüntettük a kezelés előtti és az az utáni értékek közti különbséget is. Az eredményekből megállapítható, hogy egyhetes phenobarbital kezelés a különböző glikozidáknak a szérumból való eltűnését nem befolyásolja szignifikánsan.

A második sorozat előkísérleteként mi is megállapítottuk, hogy a phenobarbital a fiziológias sóval kezelt állatokhoz képest mind az epefolyást, mind a májnak súlyát szignifikánsan megnövelte mindkét periódusban. Ezt az ismert adatot ábránk nem tartalmazza. A digitálisszal és phenobarbitállal kezelt állatok eredményeit a csak phenobarbitállal kezelt csoport eredményeivel összehasonlítva az 1. ábra tünteti fel, csak a 30 perc alatti epeürítés mennyiségét ábrázolva. Az epefolyás növekedését $\mu\text{g}/100 \text{ g}/\text{min}$ értékben, a májsúly növekedését százalékos értékben adtuk meg, a középértékeket és a középértékek standard hibáit feltüntetve. Megállapítható, hogy a phenobarbitállal kezelt csoporthoz képest az Acigoxin és a Digoxin az alkalmazott mennyiségekben sem a 30, sem a 60 perces periódusban nem növelte az epefolyást és a májak súlyát sem. A Digitoxin csupán a 2 mg/kg-os dózisban emelte szignifikánsan az epefolyást, mind a 30, mind a 60 perces periódusban; májsúlynövekedést azonban itt sem lehetett kimutatni. Megjegyzendő, hogy a 2 mg/kg-os dózis erősen toxicusnak bizonyult; boncoláskor a bélnyálkahártya kifejezetten cyanoticus volt és a gyomor-bél traktusban nagy mennyiségű ételmaradék volt található.

¹ Acigoxin, Kőbányai Gyógyszerárugár.

² Carditoxin, Kőbányai Gyógyszerárugár.

³ Digoxin, Kőbányai Gyógyszerárugár.

⁴ Sevenal, Chinoin.

A phenobarbitalnak különböző anyagok metabolizmusát fokozó hatását ma már több területen felhasználják, így hazánkban is (11). Egyesek klinikai jelentőséget tulajdonítanak annak, hogy a phenobarbital, hydantoin származékok és a phenylbutazon csökkentik a szérum digitalis szintet (12).

Humán vizsgálataink arra utalnak, hogy a terapeutikus adagú digitalis eltűnését a plazmából a gyakorlatban használt mennyiségű phenobarbital előzetes adása jelentősen nem befolyásolja, akár a digitoxin, akár a digoxin, akár az acetildigitoxin az alkalmazott szívglikozida. Feltehető, hogy akut digitalizálás esetén a megelőzően adott barbiturát által okozott kölcsönhatással nem kell számolni.

Greenberger és mtsai (13) ³H digitoxin intramuscularis adása után patkányon 6 órás periódus alatt a phenobarbitállal kezelt csoportban nem tudtak szignifikánsan alacsonyabb vérszinteket kimutatni. A barbiturátok gátolják vagy megakadályozhatják a digoxin okozta bradycardiát vagy bradyarrhythmiákat; ez azonban a barbiturátoknak a szívre gyakorolt általános depressív hatásának a következménye lehet (14).

Állatkísérleteinkben a phenobarbital által szignifikánsan fokozott epefolyást és májsúlynövekedést digitalis készítmények nem fokozták tovább, csak az erősen toxicus adagú digitoxin esetében. Enzimindukciók kialakulását tehát egyik készítménnyel sem sikerült bizonyítani.

Vizsgálataink alátámasztják Doherty és Kane véleményét (15), akik szerint a digoxinnal eddig

kimutatott kölcsönhatások „többnyire jelentéktelenek és izoláltak, egy részüket csak állatkísérletben mutatták ki és ezek emberre nem érvényesek”.

Összefoglalás. Phenobarbital egyhetes alkalmazása nem befolyásolja a digoxin, a digitoxin és az acetildigitoxin egyszeri adagjának eltűnését a plazmából, emberben.

Patkányokon a phenobarbitállal kiváltott fokozott epefolyást és májsúlynövekedést sem fokozták tovább a fenti szívglikozidák.

Akut digitalizálás során a phenobarbital enzimindukciót előidéző hatásával nem kell számolni, sőt a szívglikozidák és a phenobarbital klinikailag jelentős kölcsönhatása is kétséges.

IRODALOM: 1. Solomon, H. M. és mtsai: Ann. N. Y. Acad. Sci. 1971, 179, 362. — 2. Jelliffe, R. W., Blankenhorn, A. H.: Clin. Res. 1966, 14, 160. — 3. Solomon, H. M., Abrams, W. B.: Amer. Heart J. 1972, 83, 277. — 4. Okita, G. T.: Fed. Proc. 1967, 26, 1125. — 5. Talcott, R. R., Stohs, S. J.: Res. Comm. Chem. Path. Pharmac. 1973, 5, 663. — 6. Spratt, J. L.: Biochem. Pharm. 1973, 22, 1669. — 7. Castle, M. C., Lage, G. L.: Biochem. Pharm. 1972, 21, 1449. — 8. Selye, H.: Hormones and Resistance Vol. I. II., Berlin, 1971, Springer. — 9. Somogyi Gy., Káldor A.: Orv. Hetil. 1972, 113, 1774. — 10. Somogyi Gy., Káldor A.: Orv. Hetil. 1969, 110, 2088. — 11. Jávorszky T. és mtsai: Drug. Metab. Disposition. 1973, 1, 424. — 12. Butler, V. P.: Progr. Cardiovasc. Dis. 1972, 14, 571. — 13. Greenberger, M. J., Thomas, F. B.: J. Lab. Clin. Med. 1973, 81, 241. — 14. Greenberg, S. és mtsai: Arch. Int. Pharmac. Ther. 1973, 205, 172. — 15. Doherty, J. E., Kane, J. J.: Drugs. 1973, 6, 182.

A ritka természeti adottságok alapján keletkezett gyógyforrások, gyógyiszapok széles körű felhasználásának gátat vet a helyhez kötöttség. Ezen segítünk oly módon, hogy a gyógyiszapot kompresszekbe csomagolva a beteg otthonába visszük.

A már jól ismert hévízi rádiumos iszapkompressz mellett a gyógyszerárakban kapható:

„MAROSI RÁDIUMOS ISZAPKOMPRESSZ”

Az Országos Közegészségügyi Intézet vizsgálatai alapján a marosi gyógyiszapkompressz forgalomba hozatalát az Egészségügyi Minisztérium engedélyezte. A vizsgálatok igazolták, hogy a marosi iszap hatásában azonos a hévízi iszapéval.

A peloidok indikációs területe elsősorban a subacut és krónikus mozgásszervi folyamatok esetében van. Indikációs területe széles. Iszapkezeléseket alkalmazhatunk: arthrosisek, krónikus izom- és perifériás idegbetegségek, arthralgiák, krónikus arthropathiák, M. Bechterew, fibrositisek, arthritisek urica rohammentes időszakában, tendovaginitisek, posztraumás állapot, baleseti sérülések utókezelésére.

Acut folyamatokban alkalmazásuk kontraindikált, mivel az intenzív melegítés aktiválóló hat a folyamatokra. Kontraindikált ezenkívül cardialis decompensatio, hypertonia, súlyos bőrbetegségek, nyílt sérülés, rosszindulatú tumor, láz, fertőző betegségek esetén.

Társadalombiztosítás terhére a szakrendelések minden megkötöttség nélkül rendelhetik.

A marosi iszapkompressz ötféle alakban van forgalomban, így számozás szerint az alábbi testrészekre applikálható:

- I. sz. hát – váll, felkar – mell
- II. sz. derék – végtag
- III. sz. lábfej – boka (csizma)
- IV. sz. kézfej – csukló
- V. sz. has (főleg gynekológiai területen)



Vérképzés-fokozódás és vasraktárak telítettsége közötti összefüggés vizsgálata polycythaemia rubra verában

Nagy György dr., Dezső István dr.,
Varsányi Magdolna dr. és Léhi Mária dr.

A vasanyagcsere és a vérképzés közötti szoros összefüggés közismert. Jól tükröződik ez többek között abban is, hogy emberben normális körülmények között a plasma vastartalmának 80–90%-a a csontvelőbe kerül, és a haemoglobin-szintézishez használódik fel (1, 14). A vérképzés csökkenésének vagy fokozódásának mértéke az esetek többségében a vasanyagcsere számos paraméterének, így a plasma vas-clearance és a plasma vas-transportráta értékének, valamint — rutin vizsgálatnak számító — serum vas koncentráció (se. Fe), teljes vaskötő kapacitás (TVK) és a saturációs coefficientens (SC) numerikus értékeinek a megváltozásában is manifesztálódik (2, 3, 9, 15, 18). Természetesen a vasanyagcsere különböző mutatóinak változása csak egyéb klinikai és haematológiai adatok figyelembevételével együtt ad megfelelő képet a vérképzés mértékéről, illetve különböző kórképekben ezek csökkenése vagy fokozódása az elváltozás jellegéről.

A polycythaemia rubra vera (PRV) lényeges eleme vérképzés fokozódása (6, 11, 13). Ez manifesztálódik többek között a vörösvértestszám (vvt.-sz.), reticulocytaszám (re.-sz.), haemoglobin (hgb.) és haematokrit (hkrit) értékek emelkedésén kívül a csontvelő histológiai és cytológiai képében (hyperplasiás, hypercelluláris velő!), valamint néhány vörösvértest-enzym aktivitásának a fokozódásában is (7, 12, 19).

Korábbi vizsgálataink kapcsán kimutattuk, hogy a Vaquez—Osler-kór exacerbatiós stádiumában a serum vas koncentráció jelentősen és szignifikánsan alacsonyabb a normálisnál, és hogy ez az eltérés a betegség effektív terapiája után létrejövő remissziós stádiumban, a vérkép rendeződésével párhuzamosan, normalizálódik (14). Ezt úgy értékeltük, hogy az alacsonyabb serum vas koncentráció a fokozott vasfelhasználás következmé-

nye, tehát a vérképzés-fokozódás egyik megnyilvánulása. Ezt a feltételezést alátámasztotta az is, hogy remisszióban a vérképzés-fokozódás megszűnésével párhuzamosan normalizálódott a serum vas koncentráció is. Feltételeztük továbbá azt is, hogy a vérképzés-fokozódás és a fokozott vasfelhasználás a vasraktárak mobilizálható vaskészletének csökkenésével jár. Ennek alapján érdemesnek látszott korábbi vizsgálataink folytatásaként meghatározni a desferrioxamin-B (Desferal, DFO) adása után fellépő, a vizelettel történő vasürítés-fokozódás mértékét (10) PRV-s betegeken és egészséges kontroll egyéneken.

Anyag és módszer

20 Vaquez—Osler-kóros betegen és 10 normál haemostátusú kontroll egyéneken végeztük el a Desferal próbát.

A PRV-s betegeink közül 12 volt férfi és 8 nő. Átlagéletkoruk 55,4 évnek adódott, a legfiatalabb 34, a legidősebb 72 éves volt. A vizsgálat időpontjában valamennyi Vaquez—Osler-kóros beteg exacerbatiós stádiumban volt. Vörösvértestszámuk átlaga 6 750 000-nek, fehérvérsejtszámuk átlaga 13 200-nak, thrombocytaszámuk átlaga 496 000-nek adódott. 18 betegnek volt splenomegáliája, közülük 16-nak hepatomegáliája is. A vizsgált 20 PRV-s betegen a betegség fennállásának időtartama 1 és 3 év között változott, közülük 15 kapott korábban radiophosphor ³²P és/vagy cytostatikus kezelést.

A vizsgálat menete a következő volt. Pontos vizeletgyűjtés mellett meghatároztuk a se. Fe és az urina Fe (u. Fe) koncentrációt, valamint a vizelet vas ürítést 24 óra alatt, 500 mg Desferal im. adása után 24 órával a fenti vizsgálatokat megismételtük és néztük a vizsgált értékek változását (4).

A serum vastartalmának meghatározása *Bothwell*—*Mallett* (5) egyikünk által módosított metodikája szerint (8), a vizelet vas koncentráció mérése, *Wöhler* (20) módszere szerint történt.

Eredmények

A Vaquez—Osler-kóros és a kontroll csoportban kapott se. Fe, valamint a 24 óra alatt vizelettel ürített vasmennyiség Desferal adás előtti és utáni értékeiből átlagot számoltunk és meghatároztuk az egyes átlagokhoz tartozó szórást. A se. Fe és az ürített vasmennyiség DFO előtti értékeit 100%-nak véve, mind a PRV-s, mind a kontroll csoportban — az abszolút értékek feltüntetésével — megadtuk a DFO utáni átlagok százalékos értékeit a kapott eltérések jobb szemléltetése céljából.

Eredményeinket táblázatban foglaltuk össze (lásd táblázat).

A táblázaton feltüntettük a vizsgált paraméterek átlagának abszolút és százalékos értékeit a PRV-s és a kontroll csoportban egyaránt.

Amint az a táblázaton látható, a Vaquez—Osler-kóros betegek se. Fe. koncentrációja jelentősen és szignifikánsan alacsonyabb a normál kontrollban ($p < 0,01!$) és a DFO adása utáni növekedés is kisebb, mint az utóbbi csoportban.

Lényegesebb eltérés a PRV-s és a kontroll csoportok között 500 mg Desferal im. adása után a 24 óra alatt vizelettel kiválasztott vasmennyiség fokozásában mutatkozott. Amint a táblázaton látható, DFO adása előtt a 24 óra alatt ürített vasmennyiség lényegében mindkét csoportban azonos.

Csoportok	Vizsgálatok száma	Serum vas koncentráció		Vizelet vas koncentráció		24 óra alatt ürített vasmennyiség	
		DFO előtt	DFO után	DFO előtt	DFO után	DFO előtt	DFO után
PVR-s	20	61,5 ±6,0 μg ^o / _o 100%	63,9 ±6,1 μg ^o / _o 103%	0,34 ±0,08 μg ^o / _o 100%	1,28 ±0,24 μg ^o / _o 375,1%	106,9 ±36,1 μg 100%	350,6 ±61,3 μg 327,9%
Kontroll	10	101,3 ±13,2 μg ^o / _o 100%	110,7 ±8,8 μg ^o / _o 109,2%	0,13 ±0,01 μg ^o / _o 100%	0,79 ±0,08 μg ^o / _o 635,2%	101,9 ±16,1 μg 100%	708,9 ±108,9 μg 695,6%

DFO adás után azonban a PRV-s csoportban az ürített vasmennyiség-fokozódás kb. háromszoros ($106,9 \pm 36,1 \mu\text{g}/24$ ó-ról $350,6 \pm 61,3 \mu\text{g}/24$ ó-ra), a kontroll csoportban csaknem hétszeres ($101,9 \pm 16,1 \mu\text{g}/24$ ó-ról $708,9 \pm 108,9 \mu\text{g}/24$ ó-ra!). A PRV-s csoportban tehát 500 mg Desferal im. adása után jelentősen és szignifikánsan kisebb volt a 24 óra alatt vizelettel ürített vasmennyiség fokozódása, mint a kontroll csoportban ($p < 0,01!$).

Megbeszélés

A Vaquez—Osler-kóros betegek vasanyagcsere paramétereire vonatkozó vizsgálatok eredményei nem egységesek az irodalomban. Az kétségtelen, hogy a vasanyagcsere fokozott (9). Radiovassal végzett ferrokinetikai vizsgálatok szerint a vas kiáramlása a plasmából jelentősen meggyorsul, a T/2 idő a betegség kezdeti szakaszában átlagosan 30—35 percre csökken (3). Megoszlanak a vélemények viszont a se. Fe és a szaturációs koefficiens (SC) értékeire vonatkozóan.

A plasmatransport-ráta növekedését Huff és mtsai (9) 5,1-szeresnek, Bothwell és mtsai (4) 2,7—2,8-szorosnak, Wassermann és mtsai (18) 2,4-szeresnek találták. Erythrokinetikai vizsgálatokkal jelentős vasanyagcsere-fokozódást mutattak ki Tubiana és mtsai (17) is. Pollycove és mtsai (15, 16) vizsgálatai szerint a betegség lefolyása kapcsán a klinikai kép és a haemostatus, valamint a vasanyagcsere-változás, ill. -fokozódás mértéke között szoros összefüggés mutatható ki.

Wöhler (20) 500 mg Desferal im. adása után a normálisnál jelentősen nagyobb vizelet vasürítés-fokozódást talált haemochromatosisban, sorozatos transfúzió után kialakult haemosiderosisban, haemosiderosisal társult máj-cirrhosisban és porphiria cutanea tardában. Véleménye szerint a Desferal próba (10) értékes adatot szolgáltathat különböző vasanyagcsere-zavarok differenciáldiagnosztikájához.

Mi korábbi vizsgálataink kapcsán jelentősen és szignifikánsan alacsonyabbnak találtuk a PRV exacerbatiós stádiumban a serum vas koncentrációt és szaturációs koefficiens értéket. Secundaer polyglobuliában a fenti értékek nem tértek el lényegesen a normálistól. Feltételeztük, hogy a se.

Fe koncentrációsökkenés a vérképzés-fokozódás és a következményes fokozott vasfelhasználás eredménye. Amennyiben ezen feltételezésünk helytálló, úgy csökkenni kell a vasraktárakban levő mobilizálható vaskészletnek is. Jelen vizsgálatainkban 500 mg Desferal im. adása után Vaquez—Osler kóros betegeken mind abszolút értékben, mind százalékban kifejezve jelentősen kisebb vasürítés-fokozódást észleltünk, mint a kontroll csoportban. Véleményünk szerint jelen vizsgálataink eredményei korábbi feltételezésünket megerősítik.

Összefoglalás. Szerzők 500 mg desferrioxamin-B (Desferal, DFO) im. adása után jelentősen és szignifikánsan kisebb mértékű vasürítés-fokozódást találtak polycythaemia rubra verás betegeken mint normál kontroll egyénekben. Eredményeiket úgy értékelik, hogy a mobilizálható vaskészlet csökkenése a vérképzés-fokozódás kapcsán kialakuló fokozott vasfelhasználás következménye.

IRODALOM: 1. Bernát I.: Orvosképzés. 1971, 46, 202. — 2. Bernát I.: Az égési anaemia pathogenesisise. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1971. — 3. Bernát I.: A vasanyagcsere. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1973. — 4. Bothwell, T. H., Finch, C. A.: Iron metabolism. Little, Brown and Co., Boston, 1962. — 5. Bothwell, T. H., Mallett, B. J.: Biochem. J. 1955, 59, 599. — 6. Chievitz, E., Thiede, T.: Acta Med. Scand. 1962, 172, 513. — 7. Cserbak E. M.: Ter. Arch. 1968, 40, 71. — 8. Dezső I., Fülöp T.: Kísérletes Orvostudomány. 1960, 12, 327. — 9. Huff, R. L. és mtsai: J. Clin. Invest. 1950, 29, 1041. — 10. Keberle, H.: Ann. N. Y. Acad. Sci. 1964, 119, 758. — 11. Lawrence, J. H.: Polycythemia, Physiology, Diagnosis and Treatment Based 303 Cases. Grune and Stratton, New York and London, 1955. — 12. Nagy Gy.: Klinikai vizsgálatok és erythropoetin aktivitás mérések polycythaemia verás beteganyagban. Kand. dissz., Debrecen, 1968. — 13. Nagy Gy.: Polycythaemia rubra vera; klinikai kép, pathologia és therapia. Az orvostudomány aktuális problémái, Medicina, Budapest, 1971. — 14. Nagy Gy., Dezső I., Kósa I.: Kísérletes Orvostudomány. 1973, 25, 392. — 15. Pollycove, M.: Iron kinetics. In: Gross F.: Iron Metabolism. Springer, Berlin—Göttingen—Heidelberg, 1964. — 16. Pollycove, M., Winchell, H. S., Lawrence, H.: Blood. 1966, 28, 807. — 17. Tubiana, M., Loiseau, J. P., Vallée G.: Nouv. Rev. franc. Hémat. 1965, 5, 397. — 18. Wasserman, L. R., Rashkoff, I. A., Leavitt, D., Mayer, J., Port, S.: J. Clin. Invest. 1952, 31, 32. — 19. Watkins, J., Fairlex, G. H.: Brit. med. J. 1967, 2, 664. — 20. Wöhler, F.: Acta haemat. 1964, 32, 321.

1. Kórház, Nagyvárad,
Sebészeti Osztály (főorvos: Krisár Zoltán dr.)

A nem resecalható cardia tumorok palliatív kezelése oesophago-jejunalis bypassal

Kotsis Lajos dr., Krisár Zoltán dr.
és Dobjanschi Sándor dr.

A gyomorrák sebészet fejlődésének egyik legjellemzőbb mérföldköve a radikálisan operáltak hányadosának állandó növekedése. *Muto* anyagában ez a szám — beleértve a palliatív resectiókat is — a nem is olyan rég szinte elérhetetlennek tűnő 84,4%-ot éri el. Számos szerzővel egyetértésben (7, 10, 29 stb.) magunk is azt valljuk, hogy a daganat eltávolítása érdekében, kiterjesztett vagy kombinált beavatkozástól sem szabad visszariadni.

Ennek ellenére sajnos, továbbra is műtetre kerülnek olyan cardia tumoros betegek, akiken már — műtéttechnikai okokból — palliatív resectio sem végezhető el. Egyébként a tájék anatómiai viszonyai ugyancsak kedveznek az itt fellépő daganatok gyors helyi terjeszkedésének, s így értetűvé válik, hogy resecalhatóságuk csak ritkán éri el az 50%-ot (3, 10, 12, 19, 25, 28).

A nagyváradai I. sz. Kórház sebészeti osztályának beteganyaga a fentieket látszik igazolni. Az 1960—1972-es időszakban operált 1032 gyomorrákos betegből 110-nek volt cardia daganata, ebből 67-et (60,9%) ítéltünk eltávolíthatatlannak (1. táblázat).

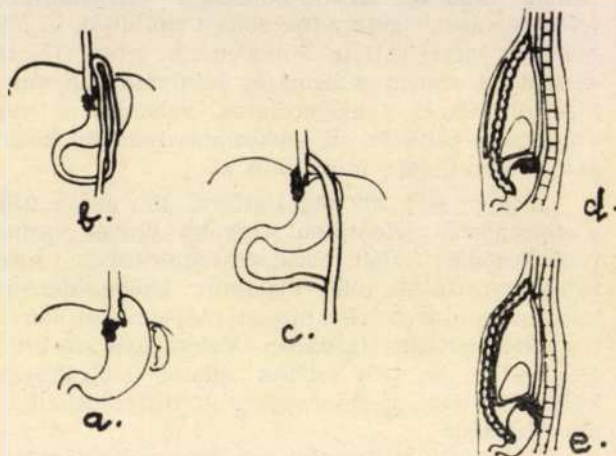
Az előző évtizedekben, ilyen helyzetben, szinte csak kizárólag külső sipolyt készítettek — *Lawrence*, *McNeer* anyagában például 97,7%-ban — pedig közismert, hogy a végleges gyomorsipolyon keresztüli táplálás rendszerint elégtelen és különösen psychésen teremt nehezen elviselhető állapotot. Jelenleg 2 humánusabb megoldás: belső megkerülő anastomosis vagy nyelőcső-endoprothesis között választhatunk. *Rubányi*, *Nelson*, *Matiasin* ilyen típusú palliatív megoldások végzését szorgalmazzák. Belső sipolyképzés után, különösen akkor, ha ez transdiaphragmaticus Roux-kacccsal tör-

tént, a továbbélés egész időszakában, a táplálkozás ismét zavartalaná válik. Úgyisint, a daganatos cardia-szűkületbe — viszonylag kis műtét (gastrotomia) árán — műanyag cső (tygon, Mousseau, Celestin stb. típusú) húzható, utána a nyelésképesség ismét helyreáll.

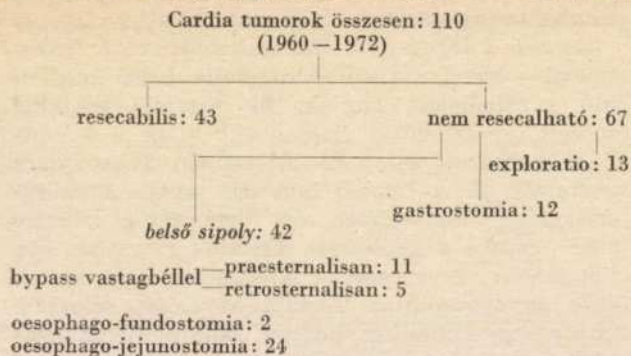
Tekintettel ezen betegek legtöbbször leromlott általános állapotára, elkerülhetetlenül felvetődik a kérdés: elfogadható-e egy ilyen palliatív beavatkozás kockázata? *Petrovskij* (1957) még 50%-os, *O'Connor* (1963) pedig 40% körüli halálozásról számol be (2. táblázat). Saját tapasztalatunk szerint a válasz sokkal kedvezőbb. A 24 beteg közül, akin Roux-kacccsal transdiaphragmalis bypass műtétet végeztünk és két másik esetben oesophago-fundostomia történt, mindössze két beteget vesztettünk el, ami az előző statisztikákkal szemben lényegesen kedvezőbb arányszám. A műtét megterhelést, mivel mellkasmegnyitást igényel, többen túlzottan ítélik; gyakorlatunkban ez az aggodalom nem igazolódott be.

A belső megkerülő anastomosisoknak számos válfaja ismeretes (1. ábra). Ami az oesophago-fundostomiát illeti, nehezen hárítható el a gyanú, vajon nem lehetett volna-e radicalis műtétet végezni, ha a fornix nagy része szabad volt? Másrészt, esetenként jelentős refluxhoz majd oesophagitishez vezet. Ez érvényes a latero-lateralis oesophagojejunostomiára is. Bár kezdetben, eseteink majdnem egynegyedében a nem resecalható cardia tumorokat prae- vagy retrosternalisan elhelyezett colon transversum segmenssel hidaltuk át (1. táblázat), mégis, nyilvánvalóvá vált, hogy ez a megoldás — ilyen esetben — túlságosan bonyolult és kockázatos; létjogosultsága csak inoperabilis közép vagy felső harmad nyelőcső-carcinomák esetében van. Ugyanakkor a Roux-kacccsal végzett bypass műtétet (2. ábra) betegeink meglepően könnyen vésztették át.

Amint már említettük, a palliatív megoldások száma nyelőcső- és cardia-daganatok esetében, tovább bővült belső prothesis behelyezésével. Csak-hogy egy ilyen szonda behúzása sem kockázatment-



1. ábra.
Cardia bypass műtétek válfajai:
a) oesophago-gastrostomia,
b), c) latero-lateralis, ill. latero-terminalis oesophago-
jejunosomia
e), d) prae-, ill. retrosternalis nyelőcsőképzés vastagbélből



tes, a beteg felügyeletre szorul, mert a cső elmozdulhat, vézést vagy perforációt okozhat. Ez a magyarázata az aránylag magas halálozásnak is: *Imre és mtsai* anyagában (52 eset) pl. 13,4%-ot ért el, míg a 152 cardia resectióé (palliatív és radicalis) csak 11,5%-ot (15).

Nem célunk a műtéti technika részletes ismeretése, csak egyes lényegesnek tartott szempontot emelnénk ki:

Amennyiben a hasüreg megnyitása után meggyőződünk arról, hogy a gyomor felső pólusán ülő daganat ugyan már nem resecálható, de még nincs jelentős peritonealis szórás és a mesenterium gyöke szabad, s így az eset oesophago-jejunalis belső thoraco-abdominális sipoly képzésére alkalmas, megnyitjuk a mellkast. A megfelelő hosszúságúra praeparalt Roux-kacsot mindig retrocolicusan húzzuk át; ezt követően kiszegjük a mesocolon nyílásához.

Bal oldali thoracotomia (VIII. bordaköz) és a diaphragma nyílás elkészítése után, a nyelőcső oldalával készülő latero-terminalis anastomosis varrását nagymértékben megkönnyíti, ha a nyelőcső köré műanyag csövet vezetünk és ágyából kiemeljük. Mindig egyrétegű anastomosisot készítünk lenfonallal; monofil dróttal, ez ideig nincs tapasztalatunk. A mellkürt mindig drainezzük, a hasürt csak esetenként.

A műtét fő kockázatának, az intrapleurális oesophagojejunostomia varratelégtelenségének elhárítása érdekében a következő műtéttechnikai fogásokat alkalmazzuk és ajánljuk.

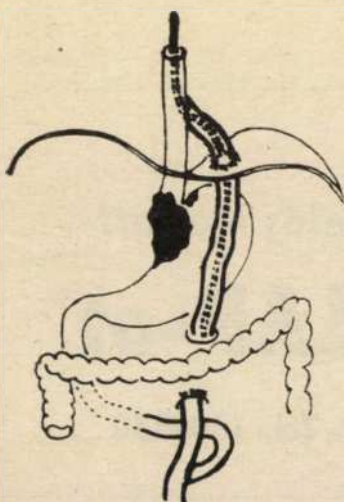
A Roux-kacs proximális végének tökéletes vér-ellátása a műtét sine qua non-ja. A bélfordor átvilágítása, esetleg az átvágásra kerülő értörzs időleges le-



3. ábra. Roux-kaccsal végzett belső megkerülő anastomosis műtét utáni rtg-képe. Alaki elváltozás vagy functiozavarra utaló jel ez esetben sem észlelhető

szorítása különösen akkor szükséges, ha a vékonybél kezdeti szakasza a megszokottól eltérően erezett vagy pedig a bél melletti verőérív részlegesen megszakított vagy egyetlen fejletlen árkádból áll. A jejunum vénás hálózata nem mindig azonos lefutású az arteriással. Ezért is ajánlatos az átvágandó értörzseket külön-külön feltárni és lekötöni.

A felvitt kacs zavartalan vérellátását szolgálja, ha a diaphragmán ejtett nyílást ablakszerűen képezzük ki, nehogy a vénás elfolyás a legkisebb mértékben is akadályozottá váljon. Szükséges itt is pár öltéssel rögzíteni a megfelelő hosszúságú bélkacsot; máskülönben a kacs többi része is a mellkasba türemkedik és infarctizálódhat. Az anastomosis készítésekor a nyelőcsőből a bélbe műanyag szondát vezetünk le. Ez kezdetben decomprimálja a varratsort, majd a bélmozgások megindulásakor korai táplálást tesz lehetővé, az anastomosis nyugalomba helyezése mellett, ami a nye-



2. ábra. A Roux-kaccsal végzett transdiaphragmális oesophago-jejunostomia vázlatos rajza. A cardia primaer vagy secundaer nem resecálható daganatos elzáródásakor ezt tartjuk a leghálásabb palliatív megoldásnak. A szaggatott vonal a kacsba időlegesen levezetett naso-oesophagealis csövet jelzi

2. táblázat

Szerző (év)	Eset-szám	Belső megkerülő anastomosisok halálozása		
		oesophago-fundostomia	oesophago-jejunostomia	mortalitas %-ban
Petrovskij (1957)	36	36	—	50
Zinevich (1958) ...	39	33	6	25
O'Connor (1963) ..				40
Boikov (1959)	21	21	—	23,8
Matiashin (1972) ..	15	9	6	
Nagyváradai Kórház	26	2	24	7,6

lőcsővarratok zavartalan gyógyulásának másik fő feltevése.

A fenti óvintézkedések hatásosságát leginkább az bizonyítja, hogy egyetlen beteget sem vesztettünk el anastomosis-elégtelenség vagy sipoly miatt. Műtét után sohasem lépett fel befolyásolhatatlan postoperatív shock. A betegek nyelésképessége minden esetben tökéletesen rendeződött; a szájon keresztüli táplálást általában a 8. műtét utáni napon kezdtük el. A Roux-kacs funkciója a későbbiek során is kifogástalan maradt (3. ábra); refluxra utaló tünetekről egyikük sem panaszkodott.

Betegeink általában több kilogrammot híztak, közérzetük megjavult. Anyagunkban a túlélés 4 és 18, átlagosan 7,5 hónap volt.

Tekintettel a Roux-kacs igénybevételével történt belső sipolyképzéseink kedvező tapasztalataira, úgy véljük, javallata nemcsak resecalhatatlan oesophago-cardialis daganatok esetén áll fenn, hanem kiterjeszhető a következő esetekre is:

- ha totalis gastrectomia lenne indokolt, de nem végezhető el, és a passage akadályozott;
- csonk-carcinomában, ha az kiirthatatlan és a beteg dysphagiás;
- proximális vagy totalis gastrectomiák után fellépő anastomosis-szűkület esetében.

Összegezve az elmondottakat, azt valljuk, hogy a gyomor felső pólusán elhelyezkedő carcinomák esetében is radicalis műtetre kell törekedni. Ha már palliatív resectio sem végezhető, akkor a transdiaphragmalis oesophago-jejunostomia (Roux-kacccsal) azért a leghálásabb megoldás, mert műtét után a beteg felügyeletre nem szorul, megszorítás nélkül táplálkozhat. Nyelőső-endoprothesis akkor indokolt, ha az inoperabilitás műtét nélkül is nyilvánvaló: a betegnek ascitese vagy tüdőáttétei vannak, s ugyanakkor erősen dysphagiás. A beteg szemszögéből nézve ezt a megoldást is jobbnak tartjuk, mint a végleges gyomorsipolyt. Tudnunk kell viszont azt, hogy a prothesis időnként eltömszelődhet, hiszen a táplálék tovahaladása rajta keresztül passzívan történik. Ezért bizonyos étrendi szabályok betartása szükséges, és esetenként a szondát — nyelősőtükrözés igénybevételével — ismét átjárhatóvá kell tenni.

Összefoglalás. A cardia-tájék nem resecalható primaer vagy secundaer daganatos elzáródásakor a szerzők a legmegfelelőbb megoldásnak a Roux-kacccsal végzett transdiaphragmalis belső megkerülő anastomosis tartják. 24 operált esetükkel szerzett tapasztalatuk alapján úgy vélik, a beavatkozás kockázata elfogadható: csupán 2 betegüket vesztették el. A bypass műtétek javallatának kiterjesztése semmiképpen sem történhet a palliatív (még kevésbé a gyökeres) resectiók rovására, épp ellenkezőleg, a gyomorrák sebészetben ezek a műtétek az operabilitás további növelését célozzák. Az a meggyőződésünk, hogy a belső palliatív megoldások véglegesen kizoríthatják a külsőket, mert velük szemben tagadhatatlan nutritionális és pszichés előnyöket biztosítanak.

IRODALOM: 1. *Andreoiu, C. és mts.:* Chirurgia. 1966, 15, 207. — 2. *Appelquist, P.:* Acta Chir. Scand. (Suppl.) 1972, 430, 1. — 3. *Bittmann, O., Korhón, O.:* Ref. Zorg. 1962, 173, 70. — 4. *Boikov, I. J.:* Khirurgiia. 1959, 35/11, 23. — 5. *Collis, L. H.:* Brit. J. Surg. 1971, 58, 801. — 6. *Fortin, Cl. és mtsai:* Canad. J. Surg. 1965, 8, 276. — 7. *Gergely M., Csikos M., Imre J.:* Orv. Hetil. 1972, 113, 123. — 8. *Giuli, R. és mtsai:* Ann. Chir. 1972, 26, 849. — 9. *Grewe, H. E.:* Zbl. Chir. 1964, 89, 467. — 10. *Gunnlaugsson, G. H., Wychulis, A. R., Roland, C., Ellis, F. H.:* Surg. Gynec. Obstet. 1970, 130, 997. — 11. *Hartmann, G.:* Chirurg. 1962, 33, 76. — 12. *Holle, F.:* Arch. Klin. Chir. 1962, 301, 267. — 13. *Imre J.:* Magy. Seb. 1965, 18, 81. — 14. *Imre J., Horváth M.:* Chirurg. 1966, 37, 440. — 15. *Imre J.:* Személyes közlés. (1974) — 16. *Lázár D., Tóth E., Pölöskey A.:* Acta Chir. Acad. sci. Hung. 1964, 5, 281. — 17. *Lawrence—McNeer:* Surg. Gynec. Obstet. 1960, 111, 691. — 18. *Marshall, S. F., Adamson, N. E.:* Surg. Clin. N. Amer. 1959, 39, 703. — 19. *Matiashin, I. M.:* Khirurgiia. 1972, 48, 40. — 20. *Megyeri L., Bodrogi T.:* Magy. Seb. 1969, 22, 22. — 21. *Muto, M.:* Acta Un. int. Cancer. 1962, 18, 729. — 22. *Nakayama, K.:* Surgery. 1959, 45, 883. — 23. *Nelson, P. G., Dunlop, E.:* Med. J. Aust. 1970, 571, 152. — 24. *O'Connor, T.:* Archives of Surg. 1963, 87, 275. — 25. *Petrovskij, B. V.:* Bull. Soc. int. Chir. 1957, 41, 320. — 26. *Rubányi P.:* Magy. Seb. 1974, 38, 964. — 27. *Shanon, D. B. és mtsa:* Surgery. 1956, 39, 204. — 28. *Spath, F., Cesnyik, H.:* Arch. Klin. Chir. 1962, 299, 461. — 29. *Szabolcs Z.:* A gyomorrák. Akad. Kiadó. Bp. 1966. — 30. *Zinevich, V. P.:* Vest. Khir. 1958, 80, 2. — 31. *Zacho, A. K. F.:* schermann: Surg. Gynec. Obst. 1966, 123, 73.

MEGRENDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett

az ORVOSI HETILAP-ot

Posta Központi Hírlapiroda Budapest, V., József nádor tér. Tel.: 180-850



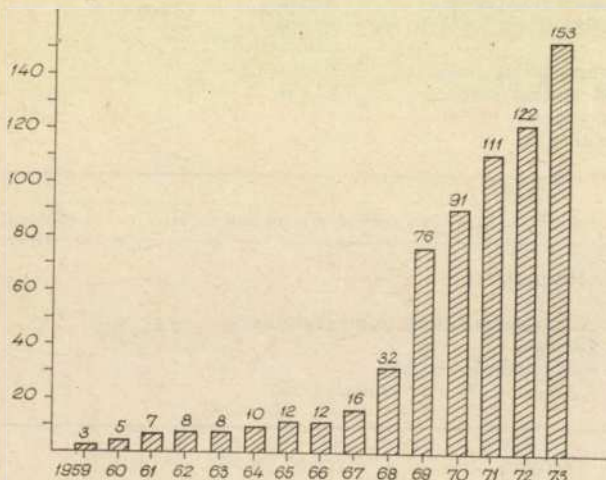
Berlini Humboldt Egyetem,
II. Belgyógyászati Klinika (Charité)
(igazgató: Dr. H. Dutz)

A vesebetegek gondozásának megszervezése az NDK-ban

Dutz, H. és Precht, K.

Az a modern lehetőség, hogy az uraemia végstádiumában a vesebetegek még tartós dialysissel és transzplantációval kezelhetők, rehabilitálhatók, tervet és szervezetet tett szükségessé a vesebetegek felderítésére és gondozására, miáltal nemcsak a végstádium költséges kezelése vált lehetővé, hanem ezt a végstádiumot meg is lehetett akadályozni, vagy késleltetni egy secundaer prophylaxis értelmében.

Internacionális statisztikák szerint 1 millió lakosra 80 terminalisan vese-insufficiens paciens esik (1). Az NDK-ban multiphasisos vizsgálati program keretében az epidemiológiai felmérések szerint Sternberg körzetében ez a szám nagyobb, 125/millió (3, 4). A vesemegbetegedések morbiditására vonatkozóan eddig csak kevés epidemiológiai adat van; a sternbergi program adatai szerint a megbetegedési arány 3,5%, melyből 2% a kezelésre szoruló. A csúcst a pyelonephritis éri



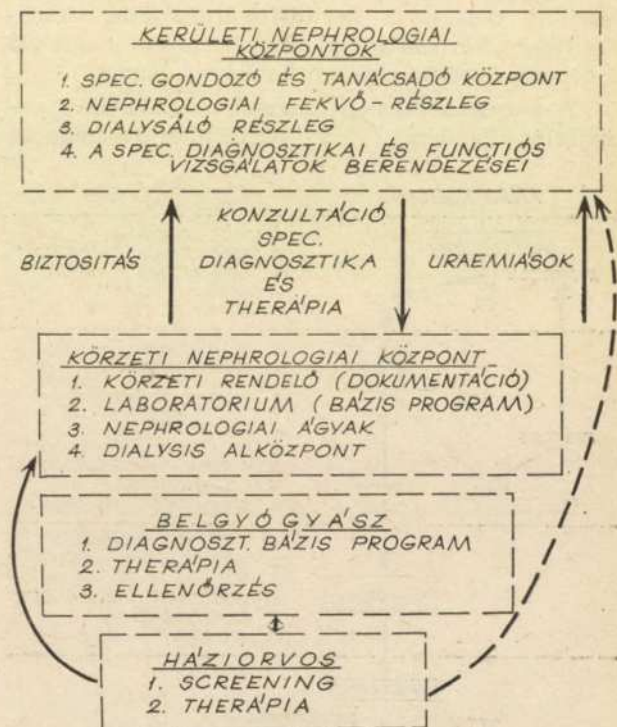
1. ábra.
A dialysisek számának növekedése az NDK központjaiban 1959–1973-ig

el: 1,15%-a a férfi és 1,8%-a a női lakosságnak; glomerulonephritis és vascularis vesebetegség a férfiak 0,6 és a nők 0,25%-ában fordul elő. A kiderített vesebetegségek 60%-a eddig diagnosztizálatlan és anamnesztikus adatok nélküli volt.

Az NDK-ban 33 dialysáló centrum van acut és chronikus dialysis számára, jelenleg 160 hellyel a chronikus dialysis program számára. Ez 17 millió lakosra számítva épült az utolsó 15 évben, és eredetileg az acut veseelégtelenségek és mérgezések dialysálásának szükségességéből fejlődött ki. E helyeken eddig 320 chronikus beteget kezeltek (1. ábra). Ezen kezelési lehetőségeket kiegészítik a transzplantációs centrumok. Ez ideig hármát terveztek és ezek tevékenységét irányítja a Berlin-Friedrichshainben levő centrum. A német egészségügyi minisztérium a dialysáló és transzplantatio kapacitás további bővítését tervezi, melynek keretében a chronikus dialysishez mellékcentrumokról gondoskodnak, amíg csak az otthoni dialysis követelménye föl nem merül.

Mindegyik dialysáló centrum, mely egy állandó egészségügyi létesítmény keretein belül működik, általában csatlakozik egy nephrológiai fekvő-részleghez és egy nephrológiai gondozóhoz, mely a bázis-gondozás orvosaival szorosan cooperál (körzeti — házi- — orvos és ambulánsan működő belgyógyász szakorvos). Szoros az együttműködés továbbá az urológusokkal és az illetékes diagnosztikus létesítményekkel.

Miután a háziorvos a vesebetegséget felismer- te, a körzeti poliklinikai (rendelőintézeti) belgyógyász elvégzi a differenciáldiagnosztikai elkülönítést. Csak különleges vizsgálatra küldenek be egyes eseteket diagnosztikus vagy therapiás cézzalattal a körzeti centrumokba. A gondozás és a



2. ábra.
A nephrológiai gondozás szervezési vázlata az NDK-ban

	Összes beteg	Ebből			Uraemiás			
		beteg	gyógyul	Fejlőd. rendell. Cystás vese	egyéb	Össz.	kreatinin mgr ⁰ / ₀ 1,5—5,0	5,1—
1971	7764	4379	1447		1920	776 =10%		
1973	12195	6589 =54%	1979 =16,2%	659	2725	1566 =13%	1169 =74,7%	397 =25,3%

therapia vezetése továbbra is a házi orvos feladata (2. ábra). A körzeti centrumba csak olyan beteget küldenek, aki már a kezdődő veseelégtelenség (retentio) stádiumában van és a haemodialysis-előkészítés szóba jöhet. Itt véleményezik a munkaképesség és nyugdíjazás kérdéseit is.

1973-ban a vesegondozókban 12 195 beteget láttak el, ebből; 6589 pyelonephritissel, 1979 glomerulonephritissel. 1566 betegnek 1,5 mg⁰/₀ fölötti kreatinin értéke volt, 397 betegnek 5,1 mg⁰/₀ fölötti, tehát az összes gondozott mintegy 10⁰/₀-a a compensált retentiós stádiumban volt (1. táblázat). Megfelelő kezelésre — az eset természetétől függően (antibiotikum, vérnyomáscsökkentők, immunosuppressio, diéta, elektrolyt- és vízháztartás rendezése) — sok betegen javulást vagy stabilizálódást volt elérhető, miáltal a dialysis vagy transplantatio ideje kitolható volt.

Az NDK-ban minden vesebeteg klinikai és paraklinikai adatát centralis szabvány szerint dokumentálják, ezáltal minden transplantatióra előkészített beteget a berlin-friedrichshaini transplantatiós központba jelentenek, hogy megfelelő donor-vese esetén gyorsan behívható legyen.

A transzplantáltak utókezelése az illetékes peripheriás gondozó és a transplantatiós gondozó

centrum (II. Belklinika, Charité, Berlin) közötti szoros cooperatio alapján történik. Így a rejectio vagy más complicatio azonnal felismerésre és kezelésre kerül. A transzplantatiós előkészítés és utókezelés szoros együttműködése a peripheriás és a centrális létesítmények között kedvező késői eredményeket biztosít a transplantatumra vonatkozóan: az első évben 90⁰/₀-os, a másodikban 86⁰/₀-os és a harmadikban 70⁰/₀-os túlélést várhatunk. Va-

Screening program

2. táblázat

1. Bacteriuria
2. Proteinuria (Sulfosalicyl-sav, vagy főzés próba)
3. Serum-kreatinin
4. Hb. meghatározás a vizeletben csík-módszerrel
5. Vérnyomás

3. táblázat
Diagnosztikus követelmények egy nephrologiai központ bázis laboratóriumától

Vizelet	Vér	Rtg
Vvt süllyedés 24 órás vizelet feh. Vizelet tenyésztés és antibiotikum érzékenység Concentrálási próba pH meghatározás Góckeresés, EKG, szemfenék	Serum kreatinin Serum elektrolytek Rheuma serologia Cholesterin Húgsav ELFO	Mellkas i.v. urographia

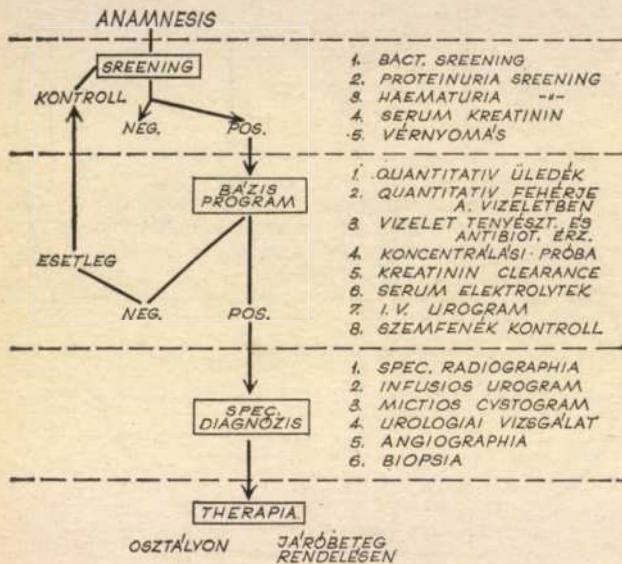
A fekvőbeteg osztályon való elhelyezés indicaoioi 4. táblázat

A. Diagnosztika

1. Angiographia és renin meghatározás.
2. Biopsia.
3. Spec. kódiagnosztika.
4. Közvetlen előkészítés dialysishez.

B. Therapia.

1. Parenterális chemotherapia.
2. Immunosuppressív kezelés bevezetése
3. Transfúziók és infúziók.
4. Súlyos hypertonia.



3. ábra. A fokozati diagnosztika a pyelonephritis példáján

lóban, a transzplantált betegek túlélése: az első évben 93%, a másodikban 91% és a harmadikban 82% volt.

Basis-vizsgálat céljára (screening program vagy a háziorvos részére) ajánlatokat dolgoztunk ki (2. és 3. táblázat). A methodikákat standardizáltuk, egyeztetettük a laboratóriumokkal. Glomerulonephritises és köves betegek részére speciális screening programot dolgoztunk ki. A különleges diagnosztikai eljárásokat (vese-angiographia, renin-meghatározás) a centrális létesítmények (körzeti kórház, klinika) végzik. Ily módon egy fokozati diagnosztika épül ki (3. ábra), mely egyszerű, ambuláns elvégezhető vizsgálatokkal működik és a komplikált esetek beható, kórházi-klinikai speciál vizsgálatát (4. táblázat) is lehetővé teszi. Elismérésre méltó még az is, hogy a vese-biopsziás anyag értékelése jól összehasonlítható, mert az NDK patológusai egységes nomenklatúrában egyeztek meg.

Végezetül hadd említsük meg, hogy terápiás javaslatokat dolgoztunk ki a legfontosabb nephro-

lógiai, urológiai betegségek és a hypertonia kezelésére és ez nyomtatott formában minden orvos rendelkezésére áll (2).

Meg vagyunk győződve, hogy a fokozatos ellenőrzés, különösen egyes veszélyeztetett csoportokban, összekapcsolva standardizált diagnosztikai és terápiás eljárásokkal — mindez térítésmentes szociális gondozás keretében — a terminális veseelégtelenség elleni sikeres harc alapja. A dialysis és transzplantatio izolált alkalmazásával ez nem érhető el. Az orvosi kutatás követelménye továbbra is hatóságos prophylaktikus és terápiás módszerek kifejlesztése és mindenekelőtt a chronicus vesebetegek és a transzplantatio immunológiai történéseinek tisztázása.

IRODALOM: 1. Alwall, N.: Proceedings of the III. Conference of EDTA, Lion, 1966. — 2. Dutz, H., Mebel, M. und mts.: Zentrale Therapieempfehlungen. 2. Lieferung, 1973. — 3. Tredt, J. J.: Inauguraldissertation B., Rostock, 1974. — 4. Tredt, H.-J., Müller, K. H. et al.: Dtsch. Ges.-Wesen. 1970, 28, 1323.

CARL ZEISS, MLW, PACKARD, OLYMPUS és PZO gyártmányú

kórházi laboratóriumi műszerek esetenkénti és garancián túli javítása.

Rendszeres féléves karbantartásra szerződés köthető.

SPEKOL, VSU-1, VSU-2, SPECORD UV-VIS fotométerek.

Régi és új típusú (FLAPHO 4) lángfotométerek.

Elektroforézis futatókamrák és ERI-10, ERI-65 kiértékelők.

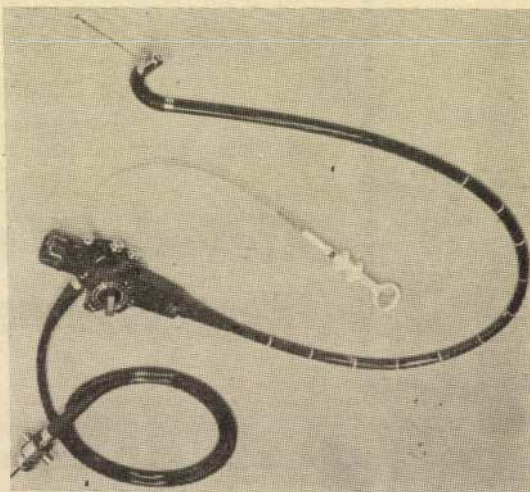
Mikroszkópok, polariméterek stb.

OLYMPUS gyártmányú gasztroendoszkópiai vizsgáló műszerek garanciális és garancián túli javítása, karbantartása.



Carl Zeiss szerviz

Megrendeléssel forduljon központunkhoz:
1053 Budapest, V., Kossuth Lajos u. 17.
Tel.: 186-942



A Human Oltóanyagtermelő és Kutató Intézet értesíti az egészségügyi munkatársakat és intézményeket, hogy forgalomba került két új diagnosztikus készítménye a

PTERIDIN korong és a LUESZ POZITIV KONTROLL SAVÓ

A PTERIDIN korong a cholera vibriok gyors differenciálására szolgál. Szilárd táptalajon szelektíve gátolja a klasszikus és elbor biotípusú cholera vibriok növekedését, míg egyéb törzsek szaporodását nem gátolja. Az Országos Közegészségügyi Intézet cholera vibriok diagnosztizálására kiadott Módszertani Útmutatója szerint előírja a

PTERIDIN korongok

használatát.

Csomagolás: 6 × 50 db. fiolában dobozolva.

Tárolás: 2–10 °C hőmérsékleten, száraz hűvös helyen.

Ára: 189,— Ft.

***Közvetlenül a Human Intézettől
szerezhető be!***

A LIOFILEZETT LUESZ POZITIV KONTROLL SAVÓ pozitív kontrollként alkalmazva nagymértékben fokozza az összes luesz szerológiai reakciók értékelhetőségét.

Csomagolás: 1 ml ampullákban.

Tárolás: 2–10 °C hőmérsékletű, száraz helyen.

Ára: 33,— Ft.

***Közvetlenül a Human Intézettől
szerezhető be!***



**HUMAN OLTÓANYAGTERMELŐ
ÉS KUTATÓ INTÉZET**

2101 Gödöllő, Táncsics Mihály u. 82.

Az NDK vese-transzplantációs rendszerének kifejlődése

Mebel, M., Janisch, W. és May G.

A terminalis vese-elégtelenség kezelésében a klinikai vese-transzplantatio a megoldatlan immunbiológiai problémák ellenére is elismert kezdeményezésnek bizonyult. Erre több mint 16 000 allogen vese-transzplantatio a bizonyíték. Ez a szám mégsem feleltetheti el azt, hogy egy problémadús fejlődés elején állunk még csak.

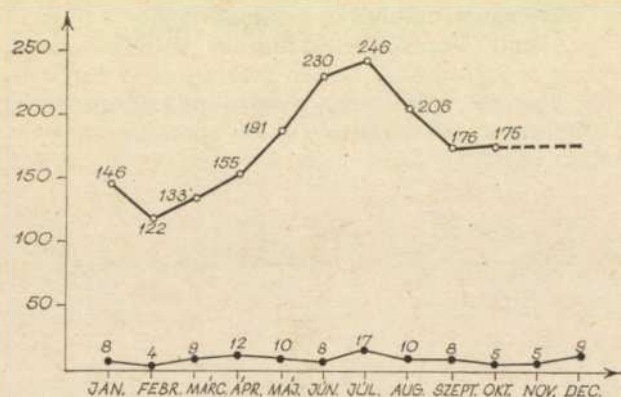
A tartós dialysissel olyan kezelési próbálkozás birtokába jutottunk, mellyel először sikerült irreversibilisen elromlott vese-függőségű betegeket éveken át életben tartani és bizonyos mértékig szociálisan rehabilitálni. Hamarosan kiderült, hogy évente 60–80/millió lakos ilyen betegről van szó.

A tartós dialysis mai állása szerint csak akkor kerülhet minden kezelésre szoruló dialysis-helyhez, ha e betegek legkevesebb 40%-a sikeres vese-transzplantációban részesül. Megfelelő számú dialyzáló helyet csak így biztosítható dinamikus egyensúly a közben kialakuló új veseelégtelenség, a tartósan dialyzáltak és vese-transzplantáltak között.

E megjegyzésekből is kitűnik már, hogy milyen szoros a kölcsönhatás a tartós dialysis és vese-transzplantatio között.

Köztársaságunkban a vese-transzplantációs rendszer lényeges eleme a tervszerűen kifejlesztett „tartós dialysis centrum” hálózata.

A tartósan dialyzáltak 40–50%-a képezi a vese-recipientek potenciális „pool”-ját. Ezeket a betegeket a dialyzáló centrumok egységes szempon-

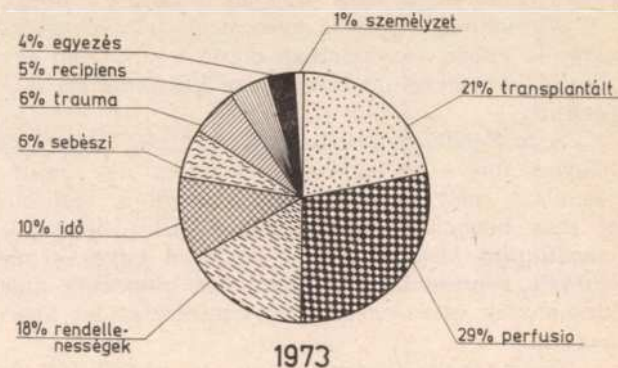


1. ábra.
Az 1973-as halálos balesetek száma az NDK-ban (felső görbe) és a vese-transzplantációra rendelkezésre bocsátottak (alsó görbe)

tok szerint előkészítik a transzplantációra. Ha sikertelen a transzplantatio, a beteg tartós dialyzálásra kerül vissza.

További fontos tényező a donor-vesék nyerése és készentartása az NDK-ra vonatkozó egységes kritériumok szerint.

Miután transzplantációs tevékenységünk kezdetén 7 vesét élő donorból transzplantáltunk, az ismert okok alapján (az egészséges ember operációs rizikója, a biztosíték hiánya a vese működésére a kapó egyénben) áttértünk a kizárólagos hullavese transzplantációra (135 vese).



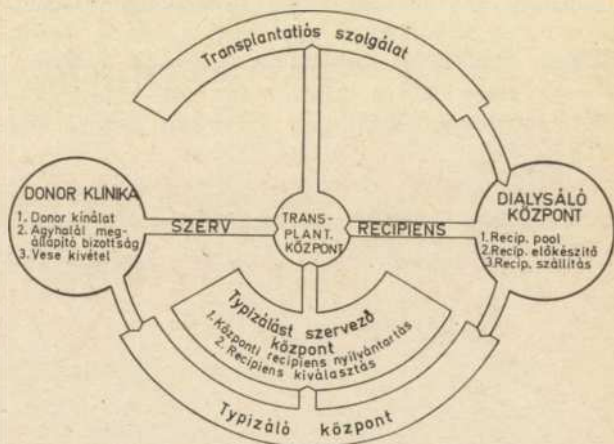
2. ábra.

A hulla-donorok két csoportra oszthatók: 1. kb. 50% a halálos balesetek áldozatai és 2. kb. 50% százalék az ún. potentialis donorok: súlyos koponyaműtét, agyműtét miatt a kórház intenzív osztályán elhaltak.

Minden csoportnak van problematikája.

Az első csoportban lényeges a hulla megszerzése, gyors elszállítása olyan helyre, ahol a veséket a transzplantációhoz minősítik, kiveszik, perfundálják és tartósítják („Kivevő-team”). Részleteiben kidolgozott munkautasítások, gyakorlati tanfolyamok biztosítják a kivétel és tartósítás mozzanatának az egységességét.

Az időfaktor döntő jelentőségű. A halál beállta és a vese-perfusio befejezése közt legfeljebb 60 perc telhet el.



3. ábra.

A kivett vesét egy tartályban a transzplantációs centrumba szállítják (transport), ugyanakkor a donor vérét a szakavatott laboratóriumba küldik HL—A tipizálásra („Typizáló centrum”).

Néhány megjegyzés a donor-csoporthoz:

Lényegében a halálos balesetet szenvedettek olyan tartalékot jelenthetnének, melyből teoretikusan bőven futná a donor-veseszükséglet. 1973-ban 2240 halálos baleset történt az NDK-ban. Eből azonban csak 160-ból történt vesekivétel, azaz kevesebb mint 10% (1. ábra). Általunk is megerősíthető internacionális tapasztalatok szerint különböző okok miatt a kivett vesék minden ötödike (= 20%) alkalmas csak transzplantációra (2. ábra).

Nyilvánvaló, hogy a vese megkapása és gyors kivétele ebben a csoportban döntő jelentőségű egy megfelelő nagyszámú donor-vese készletben tartásához.

A második csoportban (potentialis donorok) nagyon fontos az agyhalál megállapítása bizottság által, mely neurológusból, anaesthesiológusból és más bevonható specialistákból áll („Agyhalál-megállapító bizottság”). Az agyhalál egyes kritériumait reprezentatív tudományos csoportok már kidolgozták és az egészségügyi minisztérium jóváhagyta.

Az agyhalál megállapítása, a vesekivétel és perfusio lezárása közt alig telik el 20–30 perc. Általában ekkorra már a vértipizálás is elkészül.

A vese-transzplantációs centrum olyan speciális intézet, ahol a transzplantatio megtörténik. Itt folyamatosan biztosítani kell legalább egy komplett operáló brigádot és a transzplantatio utáni tartós dialysálás lehetőségét. A postoperatív kezelésnek ma már nélkülözhetetlen alkotóelemei bizonyos immunológiai vizsgálatok is. A transzplantációs centrum tehát a következő egységekből áll: transzplantációs részleg, dialysáló részleg és egy kis klinikai immunológiai laboratórium.

A centrumban található a speciális kritériumok alapján kiválasztott kapó a donor-vesével.

Ha figyelembe vesszük, hogy a tipizálás és a keresztreakciók (cross match) kb. 4 órát vesznek igénybe, világos, hogy milyen nagy szerepe van az időfaktornak a vese-transzplantatio megszervezésében.

Hogy ezt az időfaktort csökkentjük, legelőnyösebb a donor-vesét speciális perfusió készületben, hypotherm körülmények között tartani.

Az ilyen 30 és több órán túli konzerválás egyre hatásosabb a klinikai praxisban. Sajnos még

mindig hiányoznak egyszerű vitalitás-próbák, melyek megállapítanák a transzplantatio előtt a vese funkcióképességét.

Ha a vese-transzplantatio sikeresen lezajlott, a beteget 3–4 hét múlva *ambulans gondozásba* bocsátjuk. A vese-transzplantáltak ezen állandó gondozása nagyon jelentős a hosszú eredményesség biztosításában.

Az NDK-ban a berlini II. Belgyógyászati Klinika (Charité) az utógondozás centruma. Állapotuknak megfelelően adják át a transzplantáltakat a perifériás ambuláns gondozásnak. A 3. ábra foglalja össze a vese-transzplantációs systema főbb elemeit. Az eddigi tapasztalatokból kitűnik, hogy a vese-transzplantatio nagyon complex folyamat. A sok tudományos kutatási kérdésen kívül, melyeket nem is említettünk, sok olyan probléma is ide tartozik, amely csak szigorú organizációval és koordinációval oldható meg. Ezért a vese-transzplantatio különösen fontos integrans elemének tekintjük a *koordinációs centrumot*.

A koordinációs centrum egy orvostól és egy szakképzett adminisztrátorból áll, a berlini transzplantációs centrumhoz csatlakozik — és a következő feladatokat látja el:

- klinikai kritériumok alapján kontrollálja a prospectiv transzplantatum-kapók kiválasztását a vonatkozó rendeletek alkalmazása szerint; alapul szolgál ehhez a központi kartoték, melyben az NDK összes chronicus dialysált betege szerepel;
- közvetít a referens labor felé a tipizálásra (véradó állomás); a tevékenység súlypontja a donor-vese megszerzése és készen tartása;
- rendszeresen foglalkozik a team-mel, mely a kerületekben a vesekivételért felelős;
- aktuális esetben koordinál a kivevő-dialysáló és transzplantációs centrumok között;
- konzultációs látogatást szervez a dialysáló, transzplantáló centrumok és a vesét adó kórházak közt;
- továbbképző tanfolyamokat tart;
- az internacionális vesecicserélés hálózat összeköttetéseit kiépíti;
- felvilágosító munkát végez, utóbbi különösen fontos az egész vese-transzplantációs systema folyamatos működése szempontjából.

Állandó összeköttetés minden illetékes szervvel és munkatárssal, nevelő felvilágosítás az orvosok közt és a lakosság részére nélkülözhetetlen, különben a vese-transzplantatio sporadikus jelenséggé válik.

GASTRIXON®

tabletta
parasympatholyticum



Tablettánként 2 mg, ampullánként (1 ml) 0,5 mg xantén-9-karbonsav-tropinészter-N-metilbromidot tartalmaz.

JAVALLAT: ulcus-betegség (különböző, főként hyperaciditással járó formái és heveny szakai); gastrointestinalis megbetegedések (colitis spastica, hasmenést okozó enterocolitis stb., cholecystopathia); fájdalomcsillapítóként húgyúti simaizom-spasmusok, ill. köves rohamok esetén.

Köves rohamok (cholelithiasis, nephrolithiasis) blokkolására a Gastrixon csak az esetek kb. 60—70%-ában elegendő önmagában. Hatástalansága esetén egyéb spasmolyticumok, esetleg opiátok adása szükséges.

ELLENJAVALLAT: glaucoma, myasthenia gravis, hypotonia, prostata-hypertrophia stb.

ÁTLAGOS NAPI ADAGJA: $3 \times \frac{1}{2}$ — $1 \frac{1}{2}$ tabl. (3—9 mg), étkezés után; 2—3-szor 1 ampulla (1—1,5 mg) im.

MELLÉKHATÁS: száj- és torokszárazság, ritkábban mydriasis, mérsékelt tachycardia, palpitatio cordis, accommodatiós zavar, hólyag-tenesmus, ill. enyhe vérnyomásesés és kivételesen erythema. Mellékhatások jelentkezésekor rendszerint elegendő az adag csökkentése; a Gastrixon-kezelés leállítására csak kivételesen lehet szükség.

Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

20 tabletta	à 2 mg	5,70 Ft
200 tabletta	à 2 mg	32,— Ft
10 ampulla (1 ml)	à 0,5 mg	11,90 Ft
100 ampulla (1 ml)	à 0,5 mg	105,— Ft

Egyt

GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST

A thiazid-csoport több tagját felülmúló saluretikum. Hatását a proximális tubulusban és a Henle-kacs felszálló ágában fejti ki a Na-transzport gátlásával, azaz a Na-ürítés fokozásával.

Tablettánként 50 mg acidum etacryni-um hatóanyagot tartalmaz.

különböző (cardialis, nephrogen, portalis, postthrombotikus stb.) eredetű edemás állapotokban. Egyéb diuretikummal szemben resistens oedémák esetében is eredményes. Diabetogen hatása feltehetően nincs.

Anuriában ellenjavallt!

Terheseknek és kisgyermekeknek csak igen kivételes esetben, máj-cirrrosisban szenvedőknek óvatosan, metabolikus alkalosis esetén csak az ionháztartás rendezése után és csak ellenőrzés mellett adható.

A kezdő adag általában 50 mg/die, mely fokozatosan növelhető a szükséges — maximumán 200 mg/die (4 tablettá) — mennyiségig. Hatása 8—10 óra alatt lecsökken, ezért célszerű az egész napi adagot reggel, közvetlenül étkezés után bevinni. Más diureticumokkal eredményesen kombinálható.

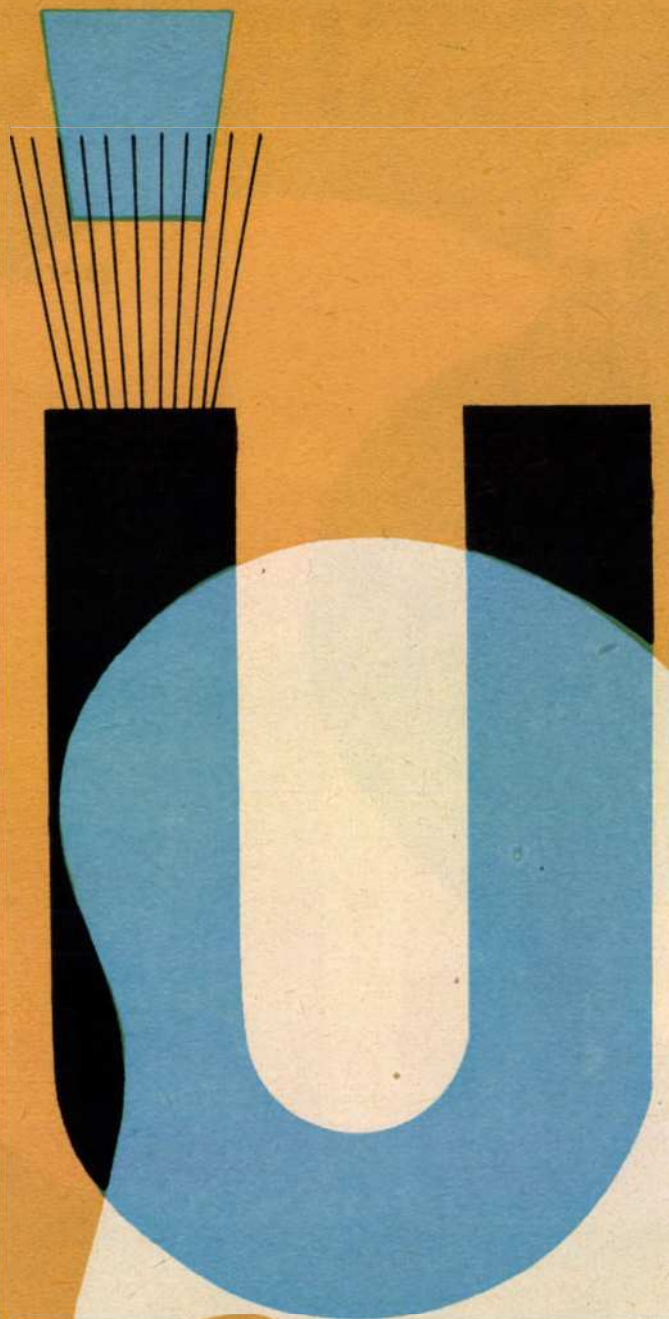
Az etakrinsav nagyfokú saluretikus aktivitása miatt hypochloroemiát, hypovolaemiát, hypovolaemiát és metabolikus alkalosist okozhat. Továbbá átmeneti hallásszavar jöhet létre, mely a szer kihagyására rendeződik.

Gastrointestinalis tüneteket is okozhat (dysphagia, nausea, vomitus, diarrhoea). súlyos, nagy vízvesztéssel járó diarrhoea esetén a gyógyszer adagolását abba kell hagyni. Megfelelő (intermittáló) adagolással és substitúciós terapiával a fenti tünetek elkerülhetők vagy megszüntethetők. A folyamatban levő antihipertenzív terapiát potenciálhatja, ami orthostatikus collapushoz vezet. A digitalis-intoxicatio lehetőségét okozza.

Ellenjavallatos a serum-electrolytok gyakori ellenőrzése.

Ársadalombiztosítás terhére szakrendelések szabadon rendelhetik. Közzétett, zemi stb. orvosok csak szakrendelés (ekvóbeteg-gyógyintézet) javaslatára rendelhetik, a javaslatban meghatározott időtartamon belül történő gyógykezelés eljárásából.

A javaslatot adó szakrendelést (osztályt) és a javaslat keltét a vényen fel kell tüntetni.



UREGYT®

tabletta
salureticum

20 tabletta	15,20 Ft
200 tabletta	127,60 Ft

Egyt GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST

Az idült vesebetegek gondozási irányelvei a korai fölismeréstől a művese-kezelésig

Hazánkban az idült vesebetegek száma kb. 12—15 ezerre becsülhető és évente kb. 6—700 ember hal meg veseelégtelenségben. Közülük kb. évi 200—250 lenne alkalmas tartós művese kezelésre. A gondozási és kezelési feladatok meghatározásakor ezekből az adatokból kell kiindulni.

Az elsőrendű cél a vesebajok megelőzése, ill. korai fölismerése és meggyógyítása. Ennek sikertelensége után következik gondozással az idült vesebajok progressziójának és a veseelégtelenség kifejlődésének a gátlása. Az életben tartás művesével és transzplantációval az utóbbi évek óriási tudományos eredménye, de kívánatos, hogy minél kevesebben szoruljanak erre. A krónikus vesebetegek kezelését és gondozását az ország egész területét átfogó ellátási rendszerrel lehet megoldani.

Az idült vesebetegek ellátásában és gondozásának megszervezésében széles körű munkamegosztásnak kell érvényesülnie, amelyben az egészségügy különböző szintjén dolgozó orvosok funkcionálisan összehangolt tevékenységükkel vesznek részt, a gyógyító-megelőző alapellátástól kezdve (körzeti orvos, iskolaorvos, üzemi-orvos, terhesgondozás), a területi kórház-rendelőintézetek egységein és a megyei belgyógyász főorvoson át a művese állomások orvoscsoportjáig.

E módszertani tájékoztatónak az a célja, hogy meghatározza az idült vesebetegek ellátásának rendjét, a gondozás szervezeti felépítését, az abban részt vevő egészségügyi intézmények feladatkörét, teendőit és kapcsolatát. Ez a feladat szorosan csatlakozik a már meglévő hipertonia gondozáshoz, hiszen az idült vesebetegek egy része hipertóniás is.

Az idült vesebetegség fogalma, lefolyásának klinikai stádiumai

A krónikus vesebetegségek egy része akutan kezdődik, ez azonban nem mindig feltűnő. Az akut betegség nyom nélkül gyógyulhat, de a gyógyulás lehet látszólagos, és ezért az időszakos ellenőrzés, gondozás 1—2 évig ajánlatos.

Idült vesebeteg az, akinek a vesebaja három hónapon belül nem gyógyult meg. A kialakult laesio lehet stationer, vagy progrediáló. Végül olyan diffus vese-laesio alakul ki, mely az orvostudomány mai állása szerinti leggondosabb kezeléssel is előbb-utóbb a vese-funkció teljes elégtelenségét okozza.

Az idült vesebetegség lefolyását — a klinikai állapotól és a tennivalóktól függően — egymásba átmenő négy stádiumra lehet felosztani. A mai felosztás eltér a régiéktől, mert figyelembe veszi, hogy a betegek művesével, a veseműködés teljes hiányában is életben, sőt többé-kevésbé munkaképesen tarthatók.

I. STÁDIUM

Vesebetegség megállapítható, de a veseműködés elégtelenségére utaló jel még nincs.

A) Vizsgálatok

1. **A panaszok és klinikai tünetek** (esetleg már az anamnesisben is) diffus vesebetegségre utalhatnak: hy-

Orvosi Hetilap 1975. 116. évfolyam, 14. szám

pertonia (vérnyomás: 150—160 Hgmm systoles, 90—95 Hgmm diastoles felett), oedema, de mindkettő hiányozhat (főleg az ún. urológiai vesebajokban). Ezek hiányában a vesebajt ebben a stádiumban tehát csupán szűrővizsgálat fedheti fel.

2. **Vizelet:** constans, bár változó mértékű proteinuria, kóros üledéklet (haematuria, leukocyturia, signifikans bacteriuria stb.).

3. **Vese-funciós próbák:** normálisak, kielégítőek (max. fajsúly 1020 fölött, creatinin clearance 80 ml/min fölött).

4. **A vérben az excretálandó anyagok retentiója** még nem jelentkezik: MN = 40 mg/dl alatt, creatinin 1,5 mg/dl alatt. Technikailag a MN-nél egyszerűbb a vér-urea (carbamid)-N meghatározása; ennek értéke normálisan a MN-nek kb. a fele (tehát 20 mg/dl alatt).

B) Tennivaló

1. **Törekvés teljes aetiopathogenetikai diagnózisra;** ha ez a szokványos belgyógyászati, laboratóriumi és radiológiai módszerekkel nem kielégítő, „invazív” módszerek is indikáltak (urológiai vizsgálatok: cystoscopia, kateteres vizsgálatok, renalis arteriographia, tü-biopsia stb.).

2. **Therapiás terv készítése:** meggyógyítható-e a beteg belgyógyászati, illetve sebészeti-urológiai módszerekkel.

3. **Gondozásba vétel** a körzeti orvosnál részletes zárójelentés alapján.

A therapiás tervhez pontos diagnózist csak részletes kórházi (belgyógyászati, nephrológiai, radiológiai, urológiai) vizsgálat adhat, ezért a gondozásba vételt ennek mindig meg kell előznie. Ha a helyi kórházi osztály erre nem alkalmas — utólagos szemrehányások elkerülésére — a megyei belgyógyász főorvossal is konzultálni kell. A legfőbb fórum általában a művese állomások orvoscsoportja, mert ez van minden probléma megoldására felkészülve. Az ellenőrzés, gondozás és a therapia végrehajtása megoszlik a kórházi belosztály által adott therapiás terv szerint a kórházi osztály, a melléje kapcsolt rendelőintézet és a körzeti orvos közt.

A therapiás terv természetesen a vesebajtól és ennek aetiopathogenesistől függ, de ha a beteg hipertóniás, ezt tünetileg is kezelni kell.

A beteg gondozása az állapotától és a therapiás tervtől függő gyakorisággal elvégzett kontroll vizsgálatokból áll. E vizsgálat kiterjed a se. creatinin, a vizelet (fehérje, creatinin, üledék, a koncentrációképeség, napi átlagos diuresis), valamint a vérnyomás ellenőrzésére, továbbá a beteg otthonában is folytatott therapia veszélyeinek a megelőzésére. Amennyiben az állapotban olyan eltérés mutatkozik, amelynek fölmérése és rendezése ambuláner nem oldható meg, a beteget ismét a megfelelő fekvőbetegosztályra kell utalni (belgyógyászati, urológia).

II. STÁDIUM

Kezdődő, mérsékelt fokú, kompenzált veseelégtelenség: asthenuriás (isosthenuriás) polyuriával kompenzált retentio, praeuraemia.

A) Vizsgálatok

1. **A klinikai tünetek** a veseműködés csökkenésére utalnak: polyuria, nycturia (ennek ellenére víz-retentio, latens vagy manifest oedema), étvágytalanság, időszakos rosszulletek, gyengeség, általában fokozódó hypertonia.

2. **Vizelet:** mint az I. stádiumban.

3. **Vesefunkció:** beszűkül, a creatinin clearance csökken, hypo-, majd asthenuria (isosthenuria) alakul ki. A vizelet napi mennyisége az átlagosnál több, szabad folyadékfogyasztással általában több mint 2 liter (kompenzációs, asthenuriás, polyuria). A creatinin clearance 50—20 ml/min-ra csökken.

4. **A vérben mérsékelt retentiós jelek:** a serum creatinin szint 2,0—5 mg%, a MN 40—60 mg/dl közt ingadozik.

Ettől a klinikai képtől abban az esetben észlelhető eltérés, ha intercurrents betegségek, hányások vagy has-

Stádium Az elégtelenség foka	Klinikai kép	A vese koncentráló képessége	Diuresis	=Vér MN creatinin	Elektrolyt	Tennivaló
I. Elégtelenség: még nincs	A vesebaj tünetei észlelhetők	normális	normális vagy csök- csökkent	normális		a) A vesebaj gyógyítása b) Ha ez 8—12 hét után sem sikerült: a beteg gond- zásba vétele, kezelése és therapiás terv a progresz- szió gátlására.
II. Enyhe elégtelenség. Preuraemia	Fentiek mellett soványodás, étvágytalanság, fokozódó fáradékonyság, anaemizálódás	Hyposthe- nuria asthenuria	polyuria	kompenzált	retentio zavar	A kezdődő veseelégtelenség diétás kezelése. Szükség szerint alkalmi dialy- sis. Bejelentés a területi nephro- lógiai központba.
III. Súlyos elégtelenség. Uraemia	Az uraemia jellemző tünetei észlelhetők	asthenuria	pseudonor- muria— oliguria	manifest	retentio eltolódás, acidosis	Krónikus dialysis (Transplantatio.)
IV. Teljes elégtelenség	Súlyos intoxicatio, agonia — halál	anuria		Teljes működési hiány összes következménye		Nem szabad megvárni! Csak krónikus dialysissal élhe- tő meg. A dialysis kimaradá- sakor: akut uraemia, halál.

menések váratlan eltolódást idéznek elő az elektrolyt- és folyadék-egyensúlyban. Exsiccosis a lassú vese-functio-romlás után katasztrofálissá teheti (oligo-anuria). Azonnali kórházi kezelés szükséges, a felborult víz-só háztartás rendezésére.

B) Tennivaló

A betegek gondozása még továbbra is az alapellátás feladata (körzeti belgyógyász: a diagnózis szerint belgyógyászati-nephrológiai, ill. urológiai szakrendelésre támaszkodva), de időnként kórházi vizsgálat alapján a therapiás terv módosítandó a veseelégtelenségnek megfelelően. A kontroll vizsgálatokat gyakrabban (1—2 havonta) kell végezni.

A beteget az illetékes fekvőbetegosztályra kell utalni, ha: 1. az általános állapota romlik; 2. bármely okból a folyadék- és sóháztartás egyensúly felborul; 3. anaemizálódik; 4. oedemái fokozódnak; 5. ha hypertóniájának csökkentése (a normális szintre, ill. ennek közelébe) ambulanter nem sikerül. Ha eddig nem történt volna meg, továbbra is törekedni kell az aetiopathogenesis és pathoanatómiai állapot diagnosztizálására.

A „konzervatív gyógykezelés” — vagyis a folyadék- és elektrolytháztartás rendezése, szigorúbb, ill. speciális diéta bevezetése — lényegében a veseműködés elégtelensége következtében keletkező jelentős anyagcsere-eltolódások korrekcióját célozza és ezáltal — amennyire csak lehetséges — késlelteti a művese szükségességét. Amennyiben a MN érték szintje 60—70 mg/dl fölé emelkedik, célszerű a napi fehérjeminimumot (1 g/testsúlykg-ot) kb. a felére korlátozni. Szükséges azonban relatív bőséges kalóriabevitel és az essentialis aminosavak biztosítása. A nem fehérje eredetű kalóriabevitel akadályozza a test saját fehérjelebontását. Az étrendre a kórházban kell megtanítani és rászoktatni a beteget. A fehérjét nem, csak essentialis aminosavakat és szénhidrátot tartalmazó speciális „Giordano—Giovannetti”-étrend csak kórházban valósítható meg. Ehelyett általában az ún. tej—tojás—burgonya étrend adható, mely az essentialis aminosavak mellett csak kevés non-essentialis aminosavat tartalmaz (szemben a gabona-, hüvelyes táplálékkal, mely ezért kerülendő). Szükséges lehet enyhe alkalizálás az acidosis tendencia miatt. A fehérjeszegény étrend csak átmeneti

segítségül szolgál időszakos rosszabbodás idejére. A napi felvett és leadott folyadékmennyiség rendszeres, az elektrolyt- és sav-bázis egyensúly szükség szerinti ellenőrzése elengedhetetlen. A folyadék-egyensúlyt naponta végzett testsúlyméréssel lehet meghatározni. Gyors súlynövekedés folyadék-retentiót jelent, gyors súlycsökkenés pedig dehydratiót. Az exsiccalt beteg diuresise csak a deficit feltöltődése után fokozódik. Diureticumok adhatók ha nagy oedema van és a diuresis tényleg fokozzák, az állapotot javítják. Adásukat azonban meg kell gondolni, mert a hatás rövid ideig tartó. A polyuria Na-, K-, a hányás pedig Cl-vesztést okozhat, a se. Na-, K-, Cl-szintet tehát ajánlatos ellenőrizni. A betegek NaCl-szükséglete kb. napi 5—10 g. A Na-szint csökkenésére utal az orthostatikus hypotonia, az adynamia, a bőr turgorának csökkenése, a testsúly gyors csökkenése. A hypernatraemia esetén tovább kell csökkenteni a NaCl bevitelét. Mérsékelt fokú, klinikai tünetek nélküli kompenzált acidosis mutatható ki, de külön kezelése általában még nem szükséges.

Ha a diéta és a víz-elektrolyt korrekciós kórházi kezeléssel a remissio nem érhető el, a beteget a haemodialysis programba való felvételt kell előkészíteni. A leglényegesebb az alkalmasság eldöntése (l. később).

Ha az asthenuriás (isosthenuriás) beteg oliguriássá válik, a clearance-vizsgálatok nem adnak további segítséget a vese functio-képességének megítélésében. Az aetiopathogenetikai therapiás irányzattal eredmény, gyógyulás már alig remélhető.

A gyógykezelés elsősorban a különböző decompensációs tüneteknek, mindenekelőtt az elektrolyt- és folyadék-háztartás zavarának rendezésére irányul. Bő itatással, célzott infúziós therapiával néha még kompenzálható az elektrolyt-eltolódás. A folyadékbevitel kb. 500 ml-rel haladja meg az ürítést, és a bevitt addig fokozzuk, amíg a diuresis fokozható és retentiót nem tudunk kimutatni (napi vizeletmennyiség- és testsúlymérés). A diuresis fokozódása a MN anyagok csökkenését eredményezi.

Ebben a stádiumban már fokozatosan — az elégtelenség progressziója szerint — a területi művese átlomások veszik át a beteg kezelésének irányítását. Amennyiben a beteg állapotában váratlan rosszabbodás következne be, már egyenesen a művese állomáshoz kell a beteget irányítani s ez dönti el, hogy kell-e

dialyzálni, mert 1—2 dialyzissal ez a rosszabbodás még reversibilis lehet, és a beteg vesebaja továbbra is a II. stádiumba sorolható.

III. STÁDIUM

A dekompenzált veseelégtelenség stádiuma — Uraemia.

A) Vizsgálatok

1. A *klinikai kép* megfelel az uraemia tünetcsoportjának: rossz általános állapot, soványodás (katabolizmus), émelygés, hányás, esetleg hasmenés, primaer gastrointestinalis betegség nélkül; általában jelentős hypertonia; kezdődő renalis osteodystrophia és perifériás neuropathia, anaemia stb.

2. A *vizelet aszthenuriás* (isosthenuriás), a mennyiség még lehet több, de a koncentrációképesség teljes hiányában mindenképpen elégtelen a progresszív veseelégtelenség kompenzálására; lassan a beteg egyre oliguriásabbá válik. Az excretálandó anyagok retentiója már nagyon gátolja a fehérjeanyagcserét, mely lassan átcsap a katabolizmusba (saját fehérjék lebomlása). A beteg leromlása irreversibilissé válik. A dialyzissal ezt semmiképpen sem szabad megvárni.

3. *Vesefunctió próbák.* A creatinin clearance ebben a stádiumban 20—10 ml/min alá csökken.

4. A *vérben* a dialysis nélkül a MN tartósan 80—100 mg/dl fölé, a se. kreatinin 6—10 mg/dl fölé van. A se. Ca és bicarbonat csökkent, a se. K és phosphat emelkedett, a pH savanyú irányban eltolódik.

B) Tegnivaló

A beteg kezelését a dialysis-állomások irányítják. Eldöntik, hogy a dialysisek ambulanter történjenek, vagy szükség van a beteg kórházi kezelésére is (pl. egyéb betegsége is van: extrem hypertensio, cardiális decompensatio stb., mely még külön is kezelésre szorul). Figyelembe kell venni, hogy a beteg veseelégtelensége előrehaladásával egyre hajlamosabb fertőző betegségekre; különösen nagy a (transfusió) hepatitis veszélye.

IV. STÁDIUM

A veseműködés elégtelensége teljes (tönkrement vese, ill. bilat. nephrectomia miatt). E stádiumot a beteg rendszeres haemodialysis, ill. transplantatio nélkül nem élheti meg.

Az uraemia klinikai képét a különböző szerveken létrejövő halálos uraemiás-toxicus következmények, anyagcsere-zavarok jellemzik: acidosis, colitis, pericarditis, haemorrhagiák, agyi tünetek, polyneuropathia, fascicularis izomrángások, hyperreflexia, súlyos anaemia. A MN érték már 150 mg/dl, a se. kreatinin szint pedig 15 mg/dl feletti. A beteg oligo-anuriás, a vese excretiós funkciója lassan teljesen megszűnik. Jelentkeznek ezután — most már a művesés életben — a vesefunctio „endokrin” és „metabolicus” hiányának (haemopoetin-képzés, D₃-vitamin átalakítása a hatásos 1,25-D₃-má stb.) a tünetei is: anaemia, renalis osteopathia stb.

Ma már nem lenne szabad előfordulnia, hogy a beteget praemortalisan küldjék dialysisre, mert az irreversibilis-toxicus katabolizmusban levő beteget már ezzel sem lehet tartósan rendbehozni.

A beteg a művese kezeléssel is csak akkor tartható életben, ha a dialysiseket nem a végstádiumban kezdjük. Az intermittáló haemodialysist nem szabad ultimum refugiumként alkalmazni. Nem akkor kell tehát indicalni, amikor a beteg már reménytelen állapotban van, mert ilyenkor az uraemia okozta elváltozások már eleve lehetetlenné teszik az irreversibilis károsodások gyógyítását és a vese-transplantatiót.

Chronikus haemodialysis program

A súlyos chronikus veseelégtelenség kivédése csak rendszeres (intermittáló) dialyzissal vagy a későbbiekben elvégzett transplantatióval lehetséges. A beteget a II. stádium végén, a III. stádium legelején a művese

állomás veszi fel a chronikus dialysis programba, amennyiben erre alkalmas.

Az „*alkalmasság*” relatív fogalom. Elvileg a dialysis minden veseelégtelenségben indikált. Tekintettel azonban a rendelkezésre álló művesék korlátozott számára, elsősorban a művese állomások orvosi vezetése — az alkalmasság szerint — határozza meg, hogy kit vesz fel a chronikus dialysis programjába. Ha nagy az igény és relatíve még alkalmas betegeket kellene elutasítani, célszerű a művese állomás mellé egy alkalmassági társadalmi bizottságot szervezni (megyei belgyógyász főorvos, rendelőintézet-i főorvos és tanácsai eu. osztály-vezető, SZOT-képviselő) az alkalmassági sorrend megállapítására.

Chronikus haemodialysis programba való felvételre elsősorban azok a betegek alkalmasak, akiknek:

1. Nincs olyan adottságuk, amely a dialysis végrehajtásának technikai akadály.
2. Nem szenvednek olyan betegségben, amely amúgy is rövid időn belül a beteg halálát okozná (pl. incurabilis carcinoma, cerebrovascularis megbetegedés, diabetes talaján létrejött súlyos érkárosodás stb.). Szükséges továbbá annak a megállapítása, hogy a szív a haemodialyzissal kapcsolatos fokozott keringési megterhelést fogja-e bírni (pl. szívelégtelenség stb.), végül akik
3. megfelelő intelligenciájúak és pontosan betartják az előírásokat.
4. Csak szeparáltan dialyzálhatók valamilyen fertőző betegségben szenvedők (hepatitis stb.).

A chronikus művese kezelés programjába csak azt a beteget szabad felvenni, aki előzetes felvilágosítás után önként vállalja a kezelést, mivel a kezelés eredményes végzésének, ill. folytatásának a kooperáció alapvető feltétele.

Bár a chronikus dialysisre kiválasztott beteget már kizárólagosan a területi művese állomás kezeli (itt kapja meg életmódjára, és a gyógykezelésre, táplálkozására az előírásokat), a körzeti, ill. üzemorvos feladata ezzel nem szűnik meg, hiszen a betegek egyre nagyobb része munka-, sőt keresőképesen tartható, és egyéb orvosi problémáit a művese állomás és a körzeti (üzem-) orvos közösen oldják meg. A kollaboráció közöttük azért is fontos, nehogy a beteg ellentétes tanácsokat kapjon, ami a psychésen egyébként is súlyosan terhelte beteget csak megzavarhatja.

Ha a beteg bármely okból chronikusan dialysisre szorul, a végső megoldás az egyéni művese lesz. Nálunk erre egyelőre gyakorlatilag nincs lehetőség.

Akut szükségben peritonealis dialysis elvileg bármely kórházi osztályon elvégezhető, aránylag kevéssé költséges felszereléssel. Rendszeres dialysisre azonban csak speciális szövetbarát katheter beépítésével alkalmas.

A stádiumfelosztás funkciói diagnosztikai kritériumokon alapszik. Jelentősége az, hogy amíg az I—II. stádiumban még az aetiopathogenetikai gyógyítás a legfontosabb, ez a III—IV. stádiumban már egyre reménytelenebb, és a fő feladat egyre inkább a csökkentő-megszűnő veseműködés következményeinek gondozása, és a veseműködés hiányának a mesterséges pótlása dialyzissal.

Az idült vesebetegek és veseelégtelenségben szenvedők kezelésének és gondozásának szervezeti felépítése

Célszerű lenne a tünetmentesen kezdődő, ill. hosszú ideig panaszmentesen progrediáló vesebetegségek hordozóinak a felismerésére szűrővizsgálatok szervezése. A nephrologiai szűrővizsgálat ne legyen külön időt, várakozást, utaztatást igénybe: 1. vizeletvizsgálat fehérjére sulfosalicylsavval; 2. vérnyomásmérés (syst.-diast.). A proteinuriásnak, ill. hypertenziósnek talált személyt a körzeti alapellátásnak kell tovább vizsgáltatnia. A szűrővizsgálatok megszervezésével egy későbbi eu. minisztériumi rendelkezés és módszertani tájékoztató fog foglalkozni.

A betegáramlás a gondozásban a következő: 1. körzeti alapellátás; 2. rendelőintézet + kórház. Kívánatos, hogy területe minden krónikus vesebetegéről a

megyei belgyógyász főorvos is zárójelentést kapjon, és ezt a területi művese állomás vezetőjéhez továbbítsa. A gondozást a megyei belgyógyász főorvos a területi művese állomás vezetőjével konzultálva irányítsa a kórházi osztályok, rendelőintézetek, körzeti (üzem-) orvosok közreműködésével. Ajánlatos, hogy velük a részletes módszertani tájékoztatót, melyet az OBI levélként szétküld, megbeszélje. A művese állomások a megyei belgyógyász főorvos támogatásával szervezzék meg területükön, hogy irányításukkal a vesebetegek diagnosztikája és gondozása a tudomány fejlődése által egyre tökéletesebb legyen.

A veseelégtelenség kifejlődésével a betegek egy része művesével (esetleg még transzplantációval) munkaképesen életben tartható. Egy mai művesére, ha csak nappal dolgozik, 3 beteg vehető fel a krónikus programba. Ha a személyzeti feltételek megvannak (éjjeli dialysis), e szám megkétszereződik (= 6), vagy ezáltal mód van a szükséges valamennyi akut dialysis-igény kielégítésére is.

A művese kezelésre idővel rászoruló és alkalmas betegek a területi művese állomások nyilvántartásába kerülnek. Az állomás dönt a dialysálás indikációjáról, gyakoriságáról, formájáról, kontraindikációjáról.

Az egyes területi művese állomások a következők:

1. 1089 Budapest. Korányi Sándor utca 2. Semmelweis OTE, Urológiai Klinika. Kijelölt területe: Budapest, Pest megye és Észak-Dunántúl (Győr, Komárom, Nógrád, Fejér megye).

2. 4012 Debrecen. I. Belgyógyászati Klinika. Kijelölt területe: Debrecen város, Hajdú-Bihar és Szabolcs-Szatmár megye betegei.

3. 3501 Miskolc. BAZ megyei Vezető Kórház, urológiai osztály. Kijelölt területe: Miskolc város, Borsod-Abaúj-Zemplén és Heves megye krónikus vesebetegei.

4. 7643 Pécs. Urológiai Klinika. Kijelölt területe: Pécs város, Baranya, Tolna, Somogy, Zala, Vas és Veszprém megye betegei.

5. 6701 Szeged. II. Sebészeti Klinika. Kijelölt területe: Szeged város és Délkelet-, Dél-Magyarország (Békés, Csongrád, Szőlök, Bács megye) esetei.

Tekintettel a művesék költségességére, kívánatos megfelelő többműszakos kihasználtságuk biztosítása. A művese állomások a krónikus dialysisek szervezett programján kívül akut veseelégtelenség megoldásában azonnali segítséget adnak. Ebben sem szabad megvárni, hogy a beteg már reménytelenül súlyos állapotban kerüljön idejekorán az életmentő és teljes gyógyulást hozható dialysisre.

Országos Belgyógyászati Intézet

DEPERSOLON



kenőcs (0,25%-os)

A Depersolon kenőcs localisan alkalmazható, gyulladáscsökkentő és antiallergiás hatású gly-cocorticoïd hormonkészítmény.

Jó eredmény érhető el az ekzema különféle formáinál – allergénre és localisatióra való tekintet nélkül –, valamint a dermatitis különféle változatai esetén.

1 tubus (10 g) 0,025 g depersolonum hydrochloricumot tartalmaz, lemosható kenőcsalapanyagban.

MEGJEGYZÉS

Társadalombiztosítás terhére csak abban az esetben rendelhető, ha a beteg gyógykezelését más – szabadon rendelhető – gyógyszer megfelelően nem biztosítaná.

Ára: 21,90 Ft

PH

806

Kőbányai Gyógyszerárugyár Budapest X.



HORUS

ORVOSTUDOMÁNYI DOKUMENTÁCIÓS SZOLGÁLAT

Szerkeszti
az Országos Orvostudományi
Könyvtár igazgatója
7. szám

Orvosi eszközök érmeken

A hátlapok tervezését évszázadokra visszanyúló hagyományok befolyásolják az orvosi érmeken is. A kongresszusi érmeken szerephez jut a heraldika is; az orvosgyűlést vendégül látó város címerét szokta az ünnepi alkalom érmének hátlapjára vésni. A személyi érmeken az előlapon ábrázolt orvos jellemzésére többnyire szimbólumokat, mitológiai s vallásos jeleneteket, dekoratív betűkkel készült feliratokat szoktak az éremművészek alkalmazni. Így kerül a hátlapra gyakran az Aeskuláp kígyó, görög gyógyító istenségek, a bibliából az irgalmas samaritánus és a halott ifjú feltámasztásának jelenetei stb.

Az orvostörténelem számára értékesebbek azok a hátlapok, amelyek szimbólumok helyett reális eszközökkel juttatják kifejezésre az elismerést az orvos magas szintű szakmai tevékenységéért. Ezek tárgya az orvosi munka, a gyógyítás eszközeinek bemutatása a hátlapokon.

Történelmi szempontból ez azért is becsülendő, mert ez a lehetősége annak, hogy orvosi kultúráinkról hírt adjunk olyan késői koroknak, amelyek műveltségünk pusztulása vagy sokkal maga-



2. ábra.

sabb szintre emelkedése folytán nem értelmezhetik az esetleg rájuk maradt orvosi műszerek és berendezések maradványait. Az orvosi munka csak erősen absztrahálva, nagyvonalú, lényegre törő fogalmazásban alkalmas érmeken való ábrázolásra. Ez az a nyelv, amely jövő korok be nem avatott szemlélőinek — vagy napjainkban a nagyközönségnek — többet mondhat, mint a legbővebb orvosi leírások.

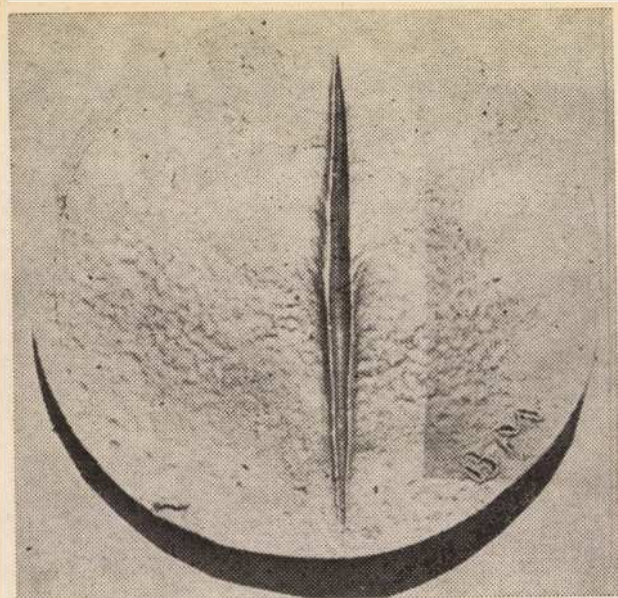
Az érmek ilyenfajta jelentőségére vannak példák a történelemben: nyomtalanul eltűnt *Pheidiasz* (i. e. 490—431) kolosszális méretű athéni Zeus-szobra, amelyet évszázadokon át a világ hét csodája között tartottak számon, nemzedékek sorának vallási és nemzeti rajongásától övezve. Egyetlen másolat, egy töredék nem maradt belőle és csupán úgy tudunk magunknak fogalmat alkot-



1. ábra.



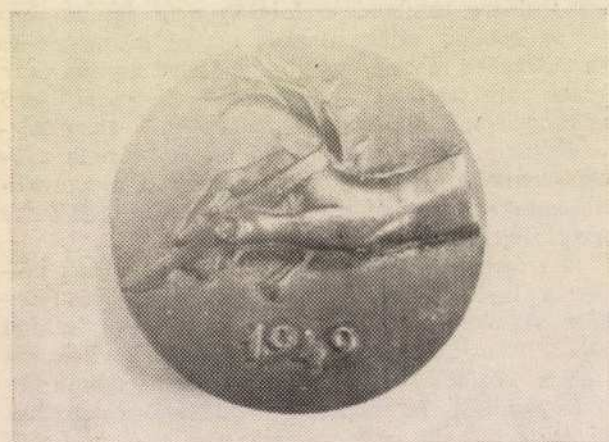
3. ábra.



4. ábra.



7. ábra.



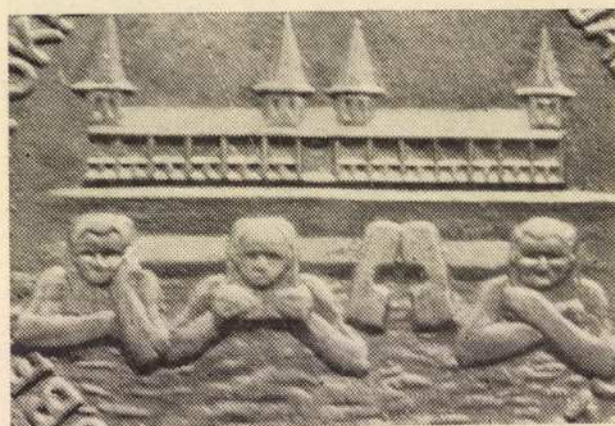
5. ábra.



8. ábra.



6. ábra.



9. ábra.



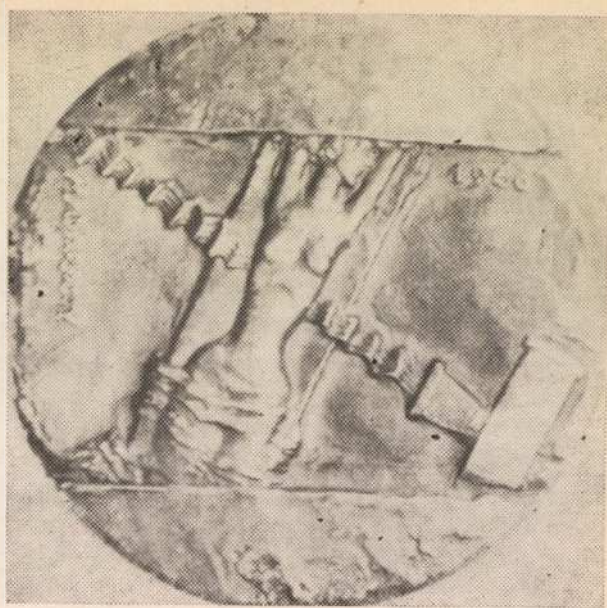
10. ábra.

ní róla, hogy kicsinyített mását ókori érmek megőrizték.

De Hippokratész (i. e. 460—377) fennmaradt ókori ábrázolásait is csak úgy sikerült azonosítani, hogy arcképét érmekről ismerjük.

A szimbolikus kifejezőmóddhoz szokott művészek néha a praktikus orvosi tevékenységet is archaikus, ógörög környezetben mutatják be, ezzel mintegy kifejezésre juttatva, hogy az eljárás „klasszikusnak” tekinthető. Bár ezeket nem lehet az orvosi gyakorlatból bemutatott „realitások” közé sorolni, ez a „jelmezben” végzett orvosi munka nem nélküli napjaink minden gyakorlatiasságát.

János Albert (1892—1968) budapesti szemész főorvos öntött bronzérmének hátlapján (1923) Reményi József látásélesség meghatározást mutat be



12. ábra.

klasszikus, ókori környezetben, az orvos és a beteg is antik ruházatban (1. ábra).

Preisz Hugó (1960—1940) budapesti kórtan professzor 1935-ben öntött bronzérmén ugyancsak Reményi József hatalmas mikroszkópot ábrázol, amelyen antik ruhás, ókori tudós olajlámpával vizsgálódik (2. ábra).

Az orvostörténelem számára különösen értékesek azok az érmek, amelyek reálisan ábrázolnak orvosi tevékenységet, orvosi eszközöket. Ezeken az érmeken a művészek a témák ötletes megválasztásával és szellemes megmintázásával a századunkban egyre szakosodó orvostudomány keresztmetszetét mutatják be maradandó esztétikai élmény kíséretében.

Sebészet

Noszkay Aurél budapesti urológus tiszteletére Madarassy Walter 1965-ben készített bronzérmének hátlapja műtétet mutat be, amelyen a műtőasztalon fekvő beteg körül az operatőr, segédje és



1. ábra.



13. ábra.



14. ábra.

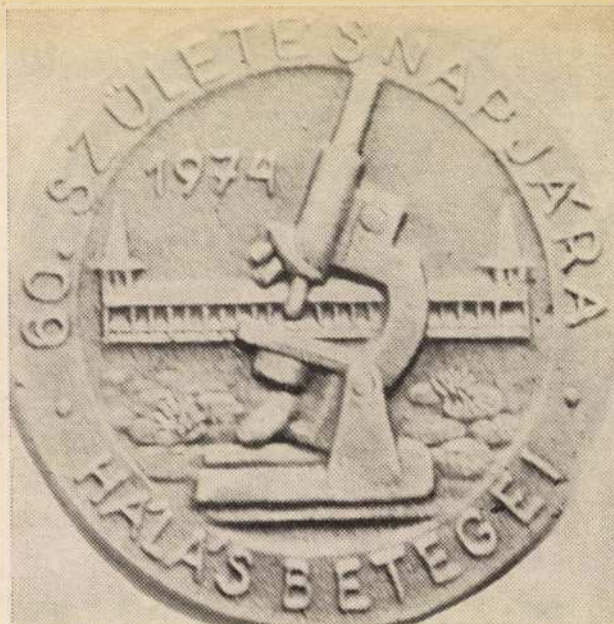
az altató orvos tevékenykedik, mindhárman maszkban, műtőruhában (3. ábra).

Verebélyi Tibor budapesti sebészfőorvost *Borsos Miklós* mintázta meg öntött bronzérmén. A modern felfogású portré hátlapján a hasfal bőrén éles késsel ejtett metszés természetes hűséggel való bemutatása minden idők tanúja lehet korunk sebészi követelményeinek, egyben a hosszúkás metszésnek az érem kerek lapjára komponálásával kitűnő példa az absztrakcióig egyszerűsített modern éremszerkesztésre (4. ábra).

Szabolcs Zoltán (1909—1970) budapesti sebészről *Csúcs Ferenc* 1949-ben készített öntött bronzérmét. Hátlapján szikét tartó kéz mutatja be használat közben a sebészet szimbólummá vált műszerét (5. ábra).



15. ábra.



16. ábra.

Szemészet

Az orvosi szakok között a szemészet különösen gazdag műszereket ábrázoló érmekben.

Kettesy Aladár debreceni szemész professor *Madarassy Walter* 1973-ban készített bronzérmének hátlapján katarakta műtétet láthatunk: kézben tartott reflektor világítja meg a műtési területet, a műtő maniere-es könnyedséggel tartott kezében bulbus-rögzítő csipeszt és fűszál alakú Graefe-kést látunk, jól szemléltető az operátor műtőöltözéke és a beteg lepedőkkel való izolálása (6. ábra).

Csapody István (1892—1970) budapesti szemész professor *Metky Ödön* által 1960-ban készített érmének hátlapján orbitaplasztikai műszer látható, lepke alakúra kivágott, transplantálásra váró bőrlebennnyel (7. ábra).



17. ábra.

Györffy István budapesti szemész főorvos Reményi József 1969-ben mintázott érmének hátlapján szemüveg képviseli korunk egyik leggyakoribb gyógyászati segédeszközét (8. ábra).

Balneológia

Moll Károly hévizi reumatológus főorvosról Ács József mintázott érmet 1972-ben. Az öntött bronzérem hátlapja a súlyfürdőt mutatja be. A sorban elhelyezett négy kalodából háromban kezelés folyik, jobbról a második kaloda üres, hogy szerkezetét a néző jól szemügyre vehesse (9. ábra).

Röntgen

Györgyi Géza budapesti röntgenes főorvosról Reményi József által 1960-ban készített érmének hátlapján mellkas röntgenfelvételt mutat be (10. ábra).

Sárnai Ernő budapesti röntgenfőorvosról Madarassy Walter készített érmet 1963-ban. Az öntött bronzérem hátlapján mezítlén női test röntgenbesugárzása látható (11. ábra).

Alexander Bélát, hazánk első röntgen professzorát Madarassy Walter mintázta éremre 1966-ban. A hátlap női akt röntgenbesugárzását ábrázolja (12. ábra).

Kovács Ákos budapesti röntgenes magántanár 1967-ben készült öntött bronzérmének hátlapján Reményi József röntgenfelvételt és egy ráhelyezett koponyát ábrázol (13. ábra).

Fogászat

A hévizi szájfürdő fennállásának tízéves évfordulójára 1970-ben Ács József öntött bronzérmét. A hátlapon a Hévíz szájrózsát, a magyarországi szájfürdők nélkülözhetetlen műszerét mutatja be (14. ábra).

Kutatás és laboratórium

Sós József (1906—1972) budapesti kórtan professzorról 1970-ben Sós András készített öntött bronzérmét. A hátlapon kísérleti patkány látható, amelybe injekciót adnak (15. ábra).

Zsirai Kálmán (1914—1974) hévizi laboratóriumi főorvos hatvanadik születésnapjára Ács József mintázott öntött bronzérmét. A hátlapon mikroszkópot ábrázol a szobrász, mint a laboratóriumi kutatómunka szimbólummá vált műszerét (16. ábra).

Az orvosi érmek egy részén a művészek az előlapra mintázott orvos magánéletét, szórakozásait, gazdag személyiségét is igyekeznek a közéleti eredmény mellett megörökíteni. Ezekre is kerülhetnek orvosi eszközök. Befejezésül ilyen példát említünk.

Lenhossék Mihály (1863—1937) budapesti anatómia professzor Beck Ö. Fülöp által öntött bronzérmének hátlapján asztal és szék környezetében a professzor csellóját, csontvázat és egy mikroszkópot mutat be a művész (17. ábra).

Az érmékről készült felvételekért Varannai Margitnak ezúton is köszönetet mondok.

Tóth András dr.

Az első jelentős magyar tudományos folyóirat orvosi vonatkozásai

Tudományos Gyűjtemény (1817—1842)

A tizenkilencedik század elején a „Tudományos Gyűjtemény” volt a korszak legjelentősebb tudományos folyóirata. Szinte ez volt az egyetlen fórum 1831-ig — az „Orvosi Tár” megjelenéséig — a színvonalasabb orvosi cikkek és tanulmányok részére. E sok tudományág szempontjából igen jelentős kiadvány felületesebb vizsgálója — például aki csak az évi tárgymutató alapján igyekszik tájékozódni — nem sok gyógyászati közleményre akad. De az, aki nem sajnálja a fáradságot és figyelmesen átlapozza a több mint két évtizedig megjelenő folyóirat minden rovatát, az igen sok orvosi vagy orvosi vonatkozású cikket, könyvismertetést, közleményt és hírt talál. Ezért nem látszik érdektelennek a „Tudományos Gyűjtemény”-nyel ebből a szempontból is foglalkozni, noha a lap elsősorban humán jellegű közleményeiről ismert.

A folyóirat egy író-tudós csoportosulás kezdeményezése alapján jött létre a pesti Trattner-cég kiadásában. A lap első szerkesztője Fejér György volt. A lap alapítói között orvost is találunk, aki részt vett a szerkesztési munkákban is. Forgó György dr. Pest vármegye főorvosa volt — a Hahnemann-féle homeopata gyógymód híve —, akit Kisfaludy Károlyhoz szoros baráti szálak fűzték, Forgónak jelentős szerepe volt abban, hogy a „Tudományos Gyűjtemény” hasábjain rendszeresen jelentek meg orvosi közlemények. A beérkezett tanulmányok felülbíráásával is foglalkozott. A külföldi orvostudományi irodalom figyelemmel kísérése is Forgó feladata volt.

A „Tudományos Gyűjtemény” kiadási példányszáma — a kor körülményeihez képest — elég nagy volt. Már az első évben 800-ra emelkedett, és sohasem süllyedt 600 alá. Az előfizetők névsorában számos városi és vidéki orvos nevével találkozunk, de bizonyára ennél sokkal többen olvasták a lapot kaszinóknak, olvasóköri körökben és tehetősebb orvos előfizetők várószobájában.

A kezdetben szigorúan csak tudományos közleményeket kiadni szándékozó folyóirat később ismeretterjesztő írásokat is közöl. Ez a tendencia észrevehető az orvosi közlemények színvonalán is.

Ha a folyóirat beosztását, azaz rovatait végigtekintjük, akkor megállapíthatjuk, hogy azok mindegyikében találhatunk orvosi vonatkozású közleményeket. A legszínvonalasabb írások az I-gyel jelölt „Értekezések” rovatban jelentek meg. A könyv formában kiadott orvosi publikációkon kívül az „Orvosi Tár” jelentkezéséig a legjelentősebb gyógyászati közlemények itt láttak napvilágot.

A II. rovat, a „Literatura”, két részre oszlott:

„A” „Hazai Literatura”, „B” „Külföldi Literatura”. A rovat igen sokszor magyar és határainkon kívüli orvosi műveket ismertetett. A III. rovat a „Tudománybeli jelentések” sokszor egy-egy orvosi intézményről közölt beszámolót, de itt közölték a főorvosok, professzorok kinevezését is. Nekrológok is jelentek meg orvosokról. Az „Új találmányok” fejezetben is hoztak rendszeresen gyógyászati híreket. A „Tudós foglalatosságok” többnyire egy-egy készülő műről (orvosiról is) tudósított. Természetesen az évek során nem mindig ugyanezeket a rovatokat tartalmazta a folyóirat. A „Tudományos Gyűjtemény”-nek rendszeres közleménysorozata volt még a kiadónál, „*Trattner János Tamásnál készült Új Könyvek*”. Az itt található pár soros ismertetések, elsősorban reklám célokat szolgálva, időről időre hírt adtak az orvosi művekről is.

A tények ismeretében megállapíthatjuk, hogy noha a „Tudományos Gyűjtemény” nem tekinthető orvosi folyóiratnak, mégis a maga korában lényegében az orvosi közlemények legfontosabb fóruma volt, és a gyakorlatban minden fontosabb hazai gyógyászati eseményről értesülhetünk hasábjairól. Maga a folyóirat is többször ír arról, hogy tárgykörébe tartozónak tekinti az orvosi tudományokat (Tudományos Gyűjtemény, továbbiakban: T. Gy. 1821. I. 83–98.), de a tárgymutató különös módon a legtöbb gyógyászati cikket nem az „orvostudomány” tárgykörébe sorolta. Tehát a korszak orvostörténete tanulmányozójának — ha eredményesen akar munkálkodni — lapról lapra kell átböngésznie a folyóiratot.

Orvosi szempontból a kiadványnak különös jelentősége van első korszakában, az „Orvosi Tár” megjelenéséig, amelynek létrejöttét éppen a lapban jelentették be (T. Gy. 1830. XI. 123–125.). Érdekes módon azonban ezután sem csökkent lényegesen a gyógyászati vonatkozású cikkek száma. Tehát orvosi jelentősége megmaradt egészen megszűnéséig.

Ha csak némileg is fogalmat akarunk alkotni arról, hogy mely tárgykörben mozogtak a folyóiratban megjelent orvosi tanulmányok, akkor elsősorban az „Értekezések” rovatban megjelent cikkeket kell megvizsgálni.

A rovatban közölt orvosi cikkeket nagyjából három csoportra lehet osztani. Az első a szigorú értelemben vett „tudományos” színvonalú gyógyászati tanulmányokat foglalja magában a gyógyítás világának minden ágazatából. A második csoport azokat az írásokat tartalmazza, amelyek nemcsak orvosok részére íródtak, hanem szélesebb közönségnek, tehát ismeretterjesztő cikkek. A harmadik csoportba az orvosi témakört csupán érintő cikkek tartoznak, amelyeknek egyes részei az orvostörténeti kutatás számára is sokszor igen értékes, fontos gyógyászati vonatkozású adatokat tartalmaznak, legyenek ezek akár tudományosak, akár népszerűsítő jellegűek. Megemlíthető itt, hogy többször orvosi szakképzettséggel nem rendelkező egyének írtak a „Tudományos Gyűjtemény”-be gyógyászati cikkeket, és orvosi szakkönyvekről is írtak hosszú ismertetések szaktudással nem rendelkezők. Például az egyik gyógyászati könyvről

Vörösmarty Mihály — aki szerkesztője is volt egy ideig a lapnak — tollából jelent meg recenzió.

A „tudományos” dolgozatok jó része a maga korában nem általánosan — csak az orvosok egy része által — elismert gyógymódokról íródott, ilyen volt például az állati magnetizmus (mesmerizmus). E témával szívesen foglalkoztak, többek között megjelentették: „*Doctor Getse Sámuel: Az állati Mágnességnek négy históriájí*” című cikkét (T. Gy. 1822. VI. 57.).

Néhány cikk címének felsorolása maga is sokat mond a korszak magyar nyelvű orvosi irodalmáról. Dr. Csorba nevű szerző a homeopátiáról írt tanulmányt, címe: „*Hahnemann tudományának foglalata észrevételekkel*” (T. Gy. 1824. VII. 58–78.). A hasonszenvészeti gyógymódot lényegében elvető cikkből (közlése becsületére válik az orvosi cikkeket felülbíráló homeopata Forgó György dr.-nak) érdemesnek látszik idézni egy részt, amelyben a jeles vármegyei főorvos önálló hazai gyógyászati folyóirat alapítására tesz javaslatot: „*Jó volna, ha a' több Nemzetek példájokra a két Magyar Haza' Orvosai... egy havi írást kezdenének, melyben tapasztalásokat feljegyezhetnek: s egyszer' smind a Külföldi Literaturát is röviden megismerhetnék. A természet nálunk is nyitva van: a Teremtő adott nekünk is tehetséget: az is igaz, hogyha Bagliu szerint az Olaszt másképp kell gyógyítani, mint a' németet: bizonyára a Magyar földön jó borral, kenyérrrel' s hússal bőven élő ember betegsége módosítást mutat; de az Orvosi Törvény's jórend (politica medica) ki szolgáltatása nálunk is sok orvosi észrevételeket szül; lenne hát tárgy mit írjunk, és így egymást kölcsönösen esmérjük, oktassuk!*”. Tehát Csorba a javasolt hazai orvosi folyóirat elsődleges céljaként a különleges „hazai” betegségek ismertetését és a külföldi gyógyászati lapok referálását tűzte ki.

Ebben az időben igen nagy eseménynek számított, hogy az egyik egyetemi orvosprofesszor: Gebhardt Ferenc dr. magyar nyelvű székfoglaló beszédet tartott, amely szintén megjelent a „Tudományos Gyűjtemény” lapjain: „*A tapasztalati Orvosi Tudománynak méltóságáról és a kezdő orvosnak az orvosi gyakorlásra való vezérléséről*” (T. Gy. 1824. VIII. 3.).

Foglalkoztak a himlőoltási problémákkal is: Sz. Szotyori József „Orvos Doctor, Erdélyből, Marsvásárhelyről” — „*A hólyagoshimlő és Vakczina*” című cikkében a himlő újraoltását javasolja: „*Magam részéről tanátslom, 's ajánlom, hogy minden individum kétszer is vakcináltassék, előbb ha tsak lehet a' tejfogzás előtt kevéssel... másodszor a' serdülés ideje tájatt*” (T. Gy. 1826. VI. 85–98.).

Schedel Ferenc dr. (később Toldy) is jelentkezett a folyóirat hasábjain egy orvosi fordítással: „*Dr. Hufeland kinyilatkoztatása a homeopathia ügyében*” (T. Gy. 1830. III. 60–81.). A „magyarítás a Journal practische heilkunde”-ből történt. A cikk nem veti el teljesen a hasonszenvészetet. Tanulása így summázódik: „*Vizsgáljatok meg mindent 's tartsátok meg a jót!*”. Nem sokkal ezután jelentette be együttesen Bugát Pál és Schedel Ferenc az első jelentős gyógyászati folyóirat, az „Orvosi Tár” megjelenését.

Horvát István, a „Tudományos Gyűjtemény” egyik szerkesztője, aki egyben a kor jelentős történésze és a Nemzeti Múzeum könyvtárosa: „Új orvosok a Pesti Fő Oskolából az 1833-dik évtől” (T. Gy. 1834. II. 100—109.) című cikkéből arról értesülünk, hogy a szerkesztők kevesellték az orvos írók számát. Horvát remélte, hogy „Az új Orvosok által a felsőbb bölts rendelkezések következtükben az Írói Sereg száma is nevededik. Ha napról napra kevesebb történik is... különösen orvosainktól, kikre nézve a nagy tudományú Weszprémi szerentsés előremenetellel jeget tört, bizvást reményelhetjük az ellenkezőt”. E cikkből, amely a korabeli egyik legilletékesebb személytől származik, arra következtethetünk, hogy a „Tudományos Gyűjtemény” szívesen adott volna helyet több orvostörténelmi, elsősorban életrajzi jellegű tanulmánynak, csak nem volt kellő számú orvos író, aki e tárgykörrel behatóbban foglalkozott volna.

„LX” szignóval jelentkező szerző: „Az emberi test önkényes megégetéséről” (T. Gy. 1835. IX. 63—72.) című cikkéből azért érdemes idézni, mert jelzi, hogy még a múlt század elején is milyen nehezen jutottak Magyarországon az orvosok holttestekhez boncolási célokra: „ez előtt harmincz esztendővel nem voltunk annyira bőviben a holt testeknek, mint most... a temetőből kellett lopnunk azokat... hová visszalopni még bajosabb volt...”.

A „Tudományos Gyűjtemény” megjelenésének utolsó éveiben főleg az ideggyógyásatról, a lélektanról és vizgyógyásatról közöltek cikkeket. Ilyen volt „L”-től: az „Észrevételek a játék erköltsi és betegséget szerző okairól” (T. Gy. 1835. XII. 65—68.). A kártyázás ártalmas voltáról írott tanulmány szerzője szerint írása „orvos és philosophus számára egyaránt érdekes...”. Egy név nélküli cikk: „Általános észrevételek a' gondolkodás műszereinek beteges állapotjáról” (T. Gy. 1838. XII. 80—97.) címmel íródott. A szerző szerint e betegségeket „psychicai nyavalyáknak, lélek és kedély nyavalyáknak nevezik”. „A testi lelki tulajdonságoknak a' születés általi terjedéséről” írt „O” (T. Gy. 1840. XI. 73—102.). De jelent meg cikk még a hypochondriáról is.

Az utolsó hosszabb és jelentősebb dolgozatot Virág József szerezte, aki az akkor igen divatos témával, a vizgyógyászattal foglalkozott három részben. Az első címe: „Értekezés a hidegvíz mint gyógyszer érdekében, tapasztalatból kiindulva” (T. Gy. 1840. III. 102—108.).

Az „Értekezések” rovat cikkei lényegében tükrözik azokat a problémákat, amelyek a kor magyar orvos íróit foglalkoztatták. E cikkekből lemérhető az a színvonal is, amelyet e korban elértek és az is, hogy milyen mértékben maradtak le az átlagos európai színvonaltól.

A „Tudományos Gyűjtemény”-nek igen fontos része volt a könyvismertetés. Ezekben általában részletes recenziók hívták fel az illetékesek figyelmét a hazai, de némely külföldi orvosi könyvre, folyóíratra.

A „Könyvvizsgálatások” részben például Gebhardt dr. hosszan ismertette Lugosi Fodor András: „Születést segítő Tudomány és Mesterség” című munkáját (T. Gy. 1817. VII. 105—118.). De sor ke-

rült orvosi ismeretterjesztő művek bemutatására is. Az egyik ilyen verses formában íródott: „Egészség regulái. Készítette Zsoldos János Orvos Doctor, Versebbe foglalta gyermekek számára” (T. Gy. 1818. X. 87.). Az ismertetést Tóth Pál természet-tudományi író és fordító készítette.

Egy alkalommal csokorba foglalták a „Tudományos Gyűjtemény”-ről megjelent lapvéleményeket: „Némely Külföldi Folyóírásk Itéleteik a' Tudományos Gyűjteményről” (T. Gy. 1820. VIII. 108—111.). Itt megemlítik, hogy az egyik hallei folyóirat arról is említést tesz, hogy a Gyűjteményben orvosi írásokat is közölnek rendszeresen, és ugyan-ezen lap szerkesztői a monarchia legjobb folyóiratai között tartják számon a magyar tudósok orgánumát.

A „Külföldi Literatura” rovatban elég rendszerességgel folyt egyes külföldi orvosi szaklapok tartalmának ismertetése. Például 1821-ben Tanárky János orvos és műfordító öt egymást követő számban, elég tekintélyes terjedelemben számolt be a salzburgi „Medicinischen-Chirurgischen Zeitung” gyógyászati cikkeiről.

Orvosi demográfiai tanulmányt is referáltak az „Annales des Sciences Naturelles” 1826. évfolyamából. „Feljegyzés azon változásokról, mellyekben a halandóság törvényei általmentek Európában egy fél század alatt (1775—1825)” (T. Gy. 1827. I. 115—124.).

Gebhardt professzor magyar nyelvű munkáját: „A' különös nyavalya- és gyógyítás tudomány alapvonatai (A' különös orvosi Pathologia és Therapia)” bírálója („XXXO.D.”) Csokonai Vitéz Mihály versével köszöntötte:

„Uram örvendez a' magyar
Haza, hogy mostani
Aesculap fiait hallja
Magyar hangon szóllani stb.

Így énekelt hajdan a hazája javáért lángoló keblű 's literatúránk haladásán örvendező Csokonai, 'a többi orvosi munkáiról híres egyetemi professzor és Orvos Doctor Rác Sámuel tiszteletére” (T. Gy. 1838. XI. 90—94.).

A „Tudományos Gyűjtemény” többi rovata is tartalmazott bőven orvosi közleményeket. Például a „Tudományos Jelentések” hasábjain igen figyelemre méltó vita alakult ki arról a mai fülnek már különösen hangzó témáról, vajon alkalmas-e a magyar ember az orvosi hivatásra. A polémiára nyilván az a körülmény szolgáltatott alapot, hogy abban az időben a gyógyászok jelentős része még nem a magyar anyanyelvű honpolgárok közül került ki. Az 1822-es évfolyam hatodik kötetében jelent meg egy közlemény, amely szerint: „Igen ritka a Magyar, a ki Orvosnak vagy Ingenieurnak szánná magát — az Orvosok és a Földmérők az egész országban majdnem merő Tótok és Németek, mert ahhoz sok kell...”. Erre a közlésre az első reagálás igen gyors volt és ügyesen magára a „Tudományos Gyűjtemény” közleményeire hivatkozott: „Maga a Tudományos Gyűjtemény is köszönt már eddig több szép 's velős lapokat az Orvos Uraknak, 's itt orvoskodó magyar ifjak-

nak... Vannak magyarok kik épen nem Orvosok, s még is Orvosban megkívánt tudományokban nem csak nem járatlanok, hanem magukat ki is tüntették" (T. Gy. 1822. XI. 110—113.). A másik tiltakozó közleményből: „...én mind eddig Ts Úrnak ezen állítását, Nemzetem megalatsonyításának tartom... Komárom városában kicsinységemtől fogva lakván: jóval is több Magyar Orvos Doctorokat s Földmérőket volt szerentsém ismerni, mint Németeket vagy Tótokat... Mit mondjak a Pesten lakozott néhai igen nevezetes két Orvos Dr Szombathy, 's most is élő ott lakó igaz Magyar Orvos Dr Bene, Kováts, s több ugyan Pesten lakos Dr Urakról?... azon kérem tisztelt Ts Urat, hogy ezen hibás véleményének, szívéből lejedő kigyomlálása végett ne sajnálja vármegyétől megtudni, mellyikben hány Magyar, Német, vagy Tót Orvos Dr és Földmérők vagynak" (OX.: Hazafiúi kérdés. Csaplovits úr Ethnographiai értekezésének egyes pontjaira. = T. Gy. 1823. XI. 124—125.).

A „Tudományos Jelentések” rovatban az „Intézetek” alfejezetben foglalkoztak a különböző kórházakkal és oktatási intézményekkel. Amellett, hogy egyes gyógyintézetek jelentéseit közölték, igen érdekes orvosi jellegű közlések is megjelentek.

Az „Ujj Találmányok” rovat is rendszeresen közölt orvosi híreket, ha nem is mindig egészen tudományos színvonalon, például: „Girardi Úr orvoslószér gyanánt él a menykő-szerrel Párisba... chronicus nyavalyák ellen” (T. Gy. 1820. VI. 121—122.). Feltehetően a villamos kezelésnek valamilyen korai formájáról van itt szó.

Az „Elölépések és megtiszteltetések” rovat, lényegében minden jelentősebb orvosi, egyetemi kinevezésről, kitüntetésről tudósított. Például: „Öfelsége méltóztatott Doctor Töltényi Szaniszló Urat, a Pesti Kir. Egyetem' Szülészeti Intézete Segéd-orvosát Bécsbe a császári hadi orvos-akadémia mellé... professzorrá kinevezni” (T. Gy. 1827. III. 123—124.).

A „Kihalt Tudósok és Írók” rovatban az elhalálozott nevesebb orvosokról rendszeresen kö-

zöltek rövid nekrológokat. Néha még az elhunyt műveinek bibliográfiáját is mellékeltek. Ilyen volt például Róthkrepf Gábor nekrológja dr. Kis Józsefről, „megjelent orvosi munkáinak jegyzékével” (T. Gy. 1831. IV. 126—127.).

Végezetül az olyan típusú híryanagra kívánjuk felhívni a figyelmet, amely feltehetően reklám vagy hirdetés volt bizonyos anyagi szolgáltatás ellenében. Azonban ez az anyag más jellegű hírek közé volt ékelve. Egy ilyen hírnek a bemutatása talán szemlélteti annak reklám jellegét: „T. T. Niolaides János orv. Doctor 'a Pesti Orvos Kar Tagja egy Kénszesszel való füstölőt állított fel a de Coro Bétsi Doctor módja szerint Pesten a Bor utcában 237-ik Szám alatt. Minden füstölésnek ára 2 ft” (T. Gy. 1819. III. 119.).

A „Tudományos Gyűjtemény” rovatai áttekintése alapján világosan láthatjuk, hogy ennek a tudományos közlönynek milyen jelentős szerep jutott a hazai gyógyászati irodalom megalapozása területén és a magyar orvosi nyelv megteremtésében. Mindez megkülönböztetett helyet biztosít az orvosi sajtó történetében ennek a folyóiratnak.

Batári Gyula dr.

A TMB hírei

A Tudományos Minősítő Bizottság Grósz Istvánt „Biológiai anyagok alkalmazása szemműtétek folyamán” című disszertációja alapján az orvostudományok doktorává;

Halm Tibort „A labyrinth mechanophysiológiájának közlekedésélettani elemzése” című disszertációja alapján az orvostudományok doktorává;

Dávid Ágostont „Az ipari gyógyszerészeti kutatások terén elért eredmények összefoglalása” című disszertációja alapján a kémiai tudományok kandidátusává és

Ho Duc Ducot „Dorsal prefrontal és lateral premotor sértések, éhezés és jóllakás hatása kutyák instrumentális diszkriminálására” című disszertációja alapján a pszichológiai tudományok kandidátusává nyilvánította.

„Az élet rövid, a művészet (tudomány) hosszú, a kellő pillanat hamar elmúlik, a kísérlet csalóka, az ítélet nehéz.”

Hippokratész



BESZÁMOLÓK, JEGYZŐKÖNYVEK

Göteborgi tanulmányutam

1974 júliusától novemberéig 4 hónapos ösztöndíjas tanulmányúton voltam Göteborgban (Svédország). A Göteborgi Egyetem egyike Svédország és Európa legjelentősebb vesecentrumainak. Ezt biztosítja a nephrologiai profilú belklinika és a vesetransplantációra specializált sebészeti klinika igen szoros együttműködése. A belklinika vezetője Bucht professzor, egyike a svéd nephrologia legismertebb képviselőinek, Gelin professzor pedig vezetője annak a transplantációs csoportnak, amely világviszonylatban is az egyik legnagyobb számú transplantációt végezte. A két klinika nemcsak szellemét és kutatási munkáját, hanem localisatióját tekintve is igen szoros kapcsolatban áll; egy épületben helyezkedik el.

A Bucht professzor vezetése alatt álló belklinika általános belgyógyászati és speciális nephrologiai osztályokból áll. Ehhez kapcsolódik a nephrologiai szakambulancia, mely a vesebetegek ambuláns ellátását biztosítja és a dialysis osztály, mely tulajdonképpen két részlegből áll: a „kórházi dialysis részleg”ből és egy bizonyos mértékig önálló „ambuláns dialysis részleg”ből áll. A Gelin professzor vezetése alatt álló sebészeti klinika általános sebészeti és speciális transplantációra fenntartott „transplantációs osztályal” rendelkezik. A két klinika munkatársai közös szakambulancia keretében végzik a posttransplantációs betegellátást.

A nephrologiai jellegű belgyógyászati osztály, a dialysis részleg és a transplantációs osztály közös munkája biztosítja az uraemiás betegek ún. „aktív kezelését”, melynek lényege az, hogy a betegek, akiket az ún. „aktív programba” felvesznek, egyidejűleg felvételt nyernek a dialysis és a transplantációs programba is. E program keretében a belgyógyászati osztály orvosai biztosítják a nephrologiai szakgondozást, prae-uraemiás állapotban a megfelelő diétás kezelést és a dialysisre való előkészítést. A transplantációs osztály orvosai végzik a shunt, ill. fistula kialakítását, ill. a transplantációt. A kórházi dialysis osztály Drake—Willock-típusú monitorokkal és Gambro-féle lapdialysatorokkal van felszerelve, míg az ambuláns dialysis részleg felszerelését a Cobe-laboratórium monitorai, ill. a Gambro-cég lapdialysatorai képezik.

A Göteborgi Egyetem nephrologiai és transplantációs osztályának munkáját legegységesebben a transplantációs program eredményei alapján lehet értékelni. 1965 januárjától 1974 novemberéig 642

transplantációt végeztek 468 betegen. Ebből 99 transplantatio történt élő donorból 95 betegen és 543 cadaver-vese transplantatio 373 betegen. Az eredmények közé tartozik, hogy az ellátásban nagyon fontos szerepet játszik a retransplantatio. Az említett időszakban 174 esetben végeztek retransplantációt 136 betegen.

A primaer cadaver vesetransplantációk túlélésének adatai alapján úgy látszik, hogy a HLA incompatibilitás foka nem befolyásolta a graft túlélését. A klinika a nemzetközi iránynak megfelelően ma már nem tartja magát szigorúan az incompatibilitás korlátaihoz. Az előző évek gyakorlatával szemben, amikor főleg azonos, vagy egy incompatibilitással rendelkező veséket transzplantáltak, jelenleg kettő, három, sőt négy antigenben nem egyező cadaver vesék is transzplantációra kerültek. Jól működő 4 antigenben nem egyező vesét magam is láttam. Az eredmények értékelése folyamatban van. Jelenleg úgy látszik, hogy az A-Match significansan jobb túlélése mellett, a C, D, és G-Match vesék túlélésében lényeges különbség nincsen.

A betegek túlélése természetesen jobb, mint a graft-ok túlélése, ugyanis sikertelen transplantatio esetén a beteg ismét dialysis programba teszik, esetleg nephrectomiát (graft eltávolítást) is elvégzik. E betegek további „aktív kezelése” retransplantációval történik. A Göteborgi Egyetemen 1973 januárjáig közel 100, majdnem kizárólag cadaver vese retransplantációját végezték el, s mindössze három hyperacut rejectio fordult elő. A mortalitás nem különbözött az elsődlegesen elvégzett veseátültetések után észlelt mortalitástól. Az első és második transplantatio közötti időtartam nem befolyásolta a transplantatio sikerét, bár a graft-túlélés a második transplantatio esetén valamivel alacsonyabb volt, mint az első transplantatio után. A graft-ok két éves túlélése primaer vesetransplantatio után 270 esetből 120, míg secunder transplantatio után 54 esetből 19. Magyarozatát a transplantatio után gyakrabban észlelt lymphocyto-toxicus HLA antitestek előfordulásában adják meg. E csoportban is érvényes, hogy a compatibilis vesék (A-Match vesék) jobb túlélést mutatnak, mint az incompatibilis (C vagy D-Match) vesék. Jobb eredményt kaptak, ha az első graft teljes insufficienciája előtt végezték a újra dialysis kezelésre szorult volna. Jobbak voltak a túlélési eredmények akkor is, mint ez várható volt, ha az immunosuppressiót

az első transplantatio sikertelensége után nem szüntették meg.

Az osztályon vesetransplantációt gyermekeken is végeznek. Ezek száma az összanyaghoz viszonyítva elég alacsony, annak ellenére, hogy a gyermekkor felső határát Svédországban 16 évnél tekintik. Összesen 16 betegen végeztek transplantációt és 10 esetben retransplantációra szorultak. Az egyéves beteg túlélés 93%, a graft túlélés 60%. A gyerekeken fellelő komplikációk közül gyakoribb a vesearteria szűkülete és a hypertonia. Növekedésben a transzplantált gyerekek alig maradnak el a normális növekedés ütemétől, valamennyien iskolába járnak, s talán csak a Cushing-jelek kialakulása volt gyakoribb, különösen leányokon. Jelenleg, éppen ezért a gyermekkori transplantatio után Prednisolon helyett Medrolt (Methylprednisolont) alkalmaztak.

1965 és 1973 között 116 50 év feletti betegnek 140 vesét transzplantáltak. A transplantációs program kezdetén az életkor felső határa 50 év volt, később 60 évre terjesztették ki. Eppen ezért a transplantációs programba az évek során több és több idős beteg kerül. Az idős 50 év feletti betegeken végzett transplantatio 25%-a a Göteborgban végzett össztransplantációknak. Összehasonlítva az idős betegek és a „fiatal” 45 év alatti csoport aetiológiai diagnózisait, az idősök között több a pyelonephritis és a polycystás vese. Az alkalmazott kezelés az időskori és a fiatalok csoportban azonos. Az egyéves beteg túlélés 50 év felett 59%, 45 év alatt 73%. A graft-túlélése 50 év felett 42%, 45 év alatt 44%. A betegek magasabb mortalitását magyarázza, hogy kb. háromszor olyan gyakori a cardiovascularis szövődmény, myocardialis infarctus, pulmonalis embolia, mint fiatalokban. Néhány esetben a transplantatio után lett ismertté a malignus folyamat fennállása. A két csoport között talán a legjelentősebb különbség az időskori rehabilitatio hiánya. Új munkakör betöltése, esetleg új foglalkozás keresése 50 év feletti ember számára már aligha lehetséges.

A közel 500 transzplantált beteg közül az elmúlt 10 év során 6 nő lett terhes, és 4 megtartott terhességéből egészséges gyermek született. Egy asszony a transplantatio után két alkalommal is szült. Az immunosuppressiv terapiát a terhesség alatt is fenntartották és teratogen hatást nem tapasztaltak. Az anyák vese-funkciója nem romlott, a két gyermeket szült asszony graftja azonban a második terhesség után veseelégtelenségbe torokolt.

Diabetese betegek vesetransplantációjának jogossága erősen vitatható és jelenleg a kezdeti szakban van. Ez ideig 8 beteget transzplantáltak, 7 beteg cadaver, 1 élő vesét kapott. A hathónapos túlélés 50%, ami tizenkét hónapra valószínűleg tovább fog csökkenni. Nyilvánvaló hogy ez az átlageredmény

nyek mögött van, mégis a végstádiumban levő diabeteses betegeknek átmeneti therapiás lehetőséget nyújt. Még kell említeni, hogy e transzplantált betegek súlyos végállapotban levő diabetesesek közül kerültek ki.

A götebörgi egyetem transzplantációs programjának sikerét a nagyon összehangolt belgyógyászati és sebészeti munka biztosítja. A chronikus veseelégtelenségben szenvedő betegek nephrologiai gondozását a folyadék elektrolit egyensúly biztosítása, hypertóniájuk állandó ellenőrzése és kezelése, valamint a megfelelő diéta, elsősorban essentia-aminosavakat tartalmazó diéta előírása jelenti. A dialysis programba a betegeket megfelelő időben veszik fel és különösen az uraemia, ill. prae-uraemia korai fázisában a dialysis kezelés ambulans kezelés formájában is megoldható, ami e kezelést jelentős mértékben egyszerűsíti.

Az aktív kezelés, ill. a transzplantatio egyik legnehezebben megoldható kérdése a megfelelő számú cadaver-vese biztosítása. Az egyetem intézetei és az egyetem körzetébe tartozó kórházak együttműködése, segítsége biztosította a transzplantatiohoz szükséges igen nagyszámú cadaver vesét. A legösszetettebb kérdés a transzplantatio utáni kezelés, az immunosuppressio kérdése és a rejectio differenciáldiagnosztikája. Külön szeretném kiemelni a transzplantatio sikerének egyik kulcskérdését; a vesepreservatiót. E kérdésben a götebörgi egyetem munkatársai jelentős szerepet vállaltak. A Gambio-céggel közösen létrehozott pulsatiós perfusios készülék alkalmazása a vese preservatiós lehetőségeket jelentősen javította. A vesekonzerválás idejének meghosszabbítása nagyon fontos, mert ilyen módon a transzplantatio előkészítéséhez szükséges időtartam megnyúlik, lehetőség van arra,

hogy a szövettipizálást nyugodtan elvégezzék és ez az időtartam biztosítja a veséknek esetleg más centrumba történő átszállítását s szükség esetén biztosítja a transzplantatio előtti dialysis elvégzését is.

Tanulmányutam során lehetőségem nyílt arra, hogy Skandinávia más egyetemeit is meglátogassam; így látogatást tettem a stockholmi St. Erik Kórházban, a lundi és a malmói egyetem nephrologiai, ill. dialysis részlegén, a koppenhágai egyetem belklinikáján és dialysis osztályán. Bár az elvégzett transzplantatiók száma e klinikákon kisebb mint Götebörgben, az uraemiás betegek ellátásának színvonalát itt sem hagy kívánnivalót.

Tanulmányutam igazi sikerét a tanultak hazai alkalmazása, az uraemiás betegek korszerű ellátása fogja jelenteni. *Taraba István dr.*

DECARIS

Anthelminthicum

1 tabletta 150 mg, illetve 50 mg levamisol-ot tartalmaz. Bénítja az orsóféreg, a fonálféreg garatizomatát, ezáltal a paraziták képtelenek a bényálkahártyába kapaszkodni és erőtlennül, a természetes bélmozgással kisodródnak a bélcsatornából.

JAVALLATOK: Ascariasis horogféreg-fertőzések.

ELLENJAVALLAT: Ez ideig nem ismeretes. Egyetlen alkalommal felnőtteknek 150 mg, gyermekeknek 50 mg/20 kg-testsúly javasolt a tablettát este bevenni.

FIGYELMEZTETÉS: Lipophil anyagoknak Decaris-sal együtt adása kerülendő. Alkalmazásakor és utána legalább 24 óráig szeszes ital nem fogyasztható.

CSOMAGOLÁS: 2 db 50 mg-os tabletta 6,- Ft
1 db 150 mg-os tabletta 6,70 Ft

MEGJEGYZÉS: Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

Kőbányai
Gyógyszerárugyár
Budapest X.





Fog- és szájbetegségek

Az ivóvíz fluorozás előnyei. Bakker Dirks, O. (Utrecht, Hollandia): Caries. Res. Suppl. 1974, 8, 2—15.

Epidemiológiai tanulmányok szerint valamely populáció caries intenzitása és az ivóvíz fluorid-koncentrációja között negatív korreláció áll fenn. Ha a természetes ivóvíz literenként 1 mg fluort tartalmaz, gyermekek és fiatal felnőttek caries intenzitása kb. felére csökken. Ez a hatás felnőtteken is kimutatható, ha változatlanul a fluoros vizet isszák és egyéb életkörülményeik nem változnak meg lényegesen. Mesterségesen fluorozott ivóvíz is ilyen koncentrációban hasonló mértékű caries redukciót hoz létre.

A szerző a fluorozás eredményeit a 15 éves gyermekek csoportjában értékeli ki, mivel a legtöbb tanulmányban ez a legidősebb korosztály. A fogazat DMF index (egy vizsgált személyre eső hiányzó + szuvas + tömött fogak átlagos száma) értéke a fluorozott városokban kb. 50%-kal csökkent a kontroll városok 15 éves gyermekeinek fogazatával összehasonlítva. Ezt az értéket számos körülmény befolyásolja. Ezek a következők:

1. Egy fogon több felszín is carieses lehet, ezért külön tanulmányozták az egyes fogfelszínek szuvasodásának előfordulási gyakoriságát, és ezek részvételét a DMF indexben. (DMF-S index, ahol S = surface, felület). A barázda szuvasodások 40%-os, a nyaki cariesek 86%-os, az approximalis fogfelszínek cariesei 73%-os redukciót mutattak a fluorozott ivóvíz városokban a kontroll városokkal szemben.

2. Az ivóvízfluorozás hatását különböző fogcsoportokon vizsgálva a felső metszőfogakra vonatkoztatva nagyobb mértékű caries redukciót észleltek, mint a molaris fogakon.

3. Mivel az extrahált fogak aránya is mértéke a caries progressiónak, a gyermekkorban mindig caries miatt elvesztett első molaris fogak hiányát vizsgálva, a fluorozott vidékeken ez 75%-kal kisebb volt.

4. A szuvasodás elhelyezkedése és típusa különböző fontosságú a prognózis és kezelési idő szempontjából. A fluorozott ivóvíz városokban az időigényes ellátású approximalis szuvasodásokkal szemben a szuvasodások 65%-át az aránylag könnyen ellátható barázda-cariesek képezték.

5. A fluorozásnak a tejfogazatra való hatása aránylag kisebb. En-

nek oka, hogy a tejfogak kihullása miatt a kiértékelés nehéz, másrészt hogy a tejfogak rövid élettartama miatt a fluorhatás a tejfogakon kevésbé tud érvényesülni.

6. A parodontium szöveteire való hatás egyes adatok szerint az emelkedett fluorszint melletti csökkent kalciumfoszfát oldhatóság miatt fokozott fogkőképzésben nyilvánul meg. Az adatok többsége szerint azonban az adott fluorkoncentráció nem káros a parodontiumra, sőt egyes fluorozott ivóvíz városokban jobb parodontális állapotot észleltek.

7. Az ivóvíz magas fluor tartalma és a fogáttörés ideje között helyenként észlelt negatív korrelációt nem tartják szignifikánsnak és ez nem lehet oka a caries redukciónak, mint azt a fluorozás ellenzői állítják.

8. Az occlusiósi anomáliákra való kedvező hatást többen leírtak, bár ez annak is lehet következménye, hogy az extractiók számának csökkenése miatt a helyzeti rendellenességek száma is csökken.

9. Az ivóvízfluorozásán kívül történtek kísérletek a só és a tej fluorozására, a fluor helyi alkalmazására, tabletták formájában történő bevitelére. Ezek eredményessége biztató, de még nem teljesen tisztázott.

Az elmondottak alapján a szerző az ivóvíz fluorozását tartja az egyetlen lehetséges módszernek az Európában uralkodó katasztrófális fogászati helyzet javítására.

Bánóczy Jolán dr.
Bruszt Pál dr.

Az ivóvíz fluorozás biztonságáról. Ericsson, Y. (Tjänste Karolinska Institut, Tandläkarhögskolan Hollandergaten 103 64 Stocholm 3): Caries Res. Suppl. 1974, 8, 16—27.

Számos országos és nemzetközi beszámoló biztonságosnak ítélte az ivóvíz 1 mg/liter körüli fluortartalmát. A kormányzatok és a WHO statisztikái szerint a világon több mint 130 millió ember iszik mesterségesen fluorozott ivóvizet. Az USA-ban több mint 83 millió ember (17 millió már több mint 15 éve), a Szovjetunióban 13 millió ember fogyaszt fluorozott ivóvizet.

A caries redukció és foltos zománc tanulmányozásán kívül foglalkoztak a fluornak a szervezetre való általános hatásával. A növekedési paraméterek és a vérvizsgálatok eredményei 14—15 éves gyermekeken az ivóvíz fluorozását biztonságos módszernek ítélték.

A mesterségesen fluorozott ivóvíznek ugyanolyan hatása van a fo-

gazatra, mint a természetes fluortartalmú ivóvíznek. Ezzel megdől az az állítás, miszerint a mesterségesen fluorozott ivóvíz Ca és Mg tartalma kedvezőtlenül befolyásolja a fluorhatást.

Az élelem és italok változó mennyiségben tartalmaznak fluort. A tea 1—1,5 fluoriont tartalmaz literenként. A tengerparton élők élelme fluorban gazdagabb. Ezeket a tényezőket az ivóvízfluorozásnál (sok teát és halat fogyasztó országok, pl. Japán) tekintetbe kell venni. Az étkezési só fluorozásának számos előnye van, de gondos előtanulmányokat igényel az egyes vidékek különböző mértékű sófogyasztása miatt.

A testnedvek fluorid koncentrációját sokan vizsgálták, a plazmában a koncentráció a fluor bevitellel párhuzamosan emelkedik. 10 mg/liter ivóvíz fluor-koncentráció mellett a plazma fluor-koncentrációja 0,15—0,20 ppm között volt. Enzymzavar 0,3 ppm plazma-koncentráció alatt nem észlelhető. 0,4 ppm plazma-fluor-koncentráció 52%-ban gátolta az erythrocyta inorganikus foszfatase működését, melyet a fluorhatás legérzékenyebb enzimek tartanak. Szövetkultúrákban toxikus hatást a fluor 10 ppm koncentrációja tud kifejteni.

A táplálkozási szokások megváltozása a fluor bevitelt is befolyásolhatja. Így az USA-ban a tengeri halfogyasztás emelkedése miatt szabályozták gyári feldolgozásánál a hal-fehérjék fluorid tartalmát. Szemben az alacsony fluor-koncentrációjú anyatejjel, a fluorozott ivóvízzel tejporból készített tej sok fluort tartalmazhat. Uppasla környékén viszont, ahol az ivóvíz magas fluor-tartalma és gyakori a mesterséges táplálás, a szerző vizsgálatai alapján foltos zománc kialakulását nem észlelték.

Therápiás szerként alkalmazták a fluort osteoporosis esetén. Napi 50 mg fluor dosis mellett hónapok múlva sem észleltek vesekárosodást, noha a vese a parenchymás szervek közül a legérzékenyebben reagál a toxikus fluorid adagokra. Az ivóvíz fluorozására alkalmazott koncentráció háromszoros-négyszerese a csontrendszerre is kedvező hatást gyakorol. Allergiát az ivóvízben tartalmazott fluorról szemben nem észleltek.

Az eddigi vizsgálatok alapján az 1 mg/liter fluort tartalmazó mesterségesen fluorozott ivóvíz fogyasztása teljesen biztonságosnak mondható.

Bánóczy Jolán dr.
Bruszt Pál dr.

Az ivóvízfluorozás költsége és gazdasági következményei. Künzel, W. (Klinik f. Zahn-Mund- und Kieferhik, Leipzig CI. Nürnberger str. 57): Caries Res. Suppl. 1974, 8, 28—35.

Az ivóvíz fluorozás kedvező hatása a caries redukcióra közismert. Aránylag kevésbé vizsgált kérdés

azonban a fluorozás költsége, és a caries redukciót követő fogászati kezelések költségszökkenése.

Az ivóvízfluorozó készülék beállításának költségszámításánál figyelembe kell venni: 1. egy adott terület ivóvízfluorozásához szükséges készülékek számát, 2. megfelelő épület és berendezés létrehozását a fluorozó készülék elhelyezésére, 3. a fluor-adagoló gép és a fluor árát, fenntartási és kezelési költségeit, 4. a lakosság számának megfelelő vízmennyiséget, mely meghatározza a szükséges fluor mennyiségét.

A szerző — összehasonlítva Basel, Karl-Marx-Stadt és Birmingham városok fluorozási berendezésének költségeit — megállapítja, hogy az ivóvíz fluorozása rendkívül gazdaságos megoldás, összehasonlítva a fogászati kezelések költségeivel. A már működő fluorozó berendezések évi költsége csekély.

A fogászati kezelés költségei a caries redukciónak megfelelően csökkennek. A caries redukció egyrészt kvantitatív (50–70%-os), másrészt kvalitatív: a carieses laesiók később jelennek meg, lassabban progrediálnak, a szuvasodások lokalizációja megváltozik: a nehezen ellátható approximalis laesiók később fejlődnek ki. A carieses laesiók számának csökkenése következtében kisebb lesz a gyermekek fogászati ellátásához szükséges fogorvosok száma. Karl-Marx-Stadtban az ivóvízfluorozás megkezdése előtt 1200 gyermek fogászati ellátásához volt szükséges egy fogorvos, 8 évi ivóvízfluorozás után egy fogorvos 2700 gyermekre elegendő. Ez a szükséges fogorvosok számának 40%-os csökkenését jelenti.

A fogorvosok munkájának csökkenésében szerepet játszik az időmegtakarítás. Míg a fluorozás bevezetése előtt az első fogászati rutinvizsgálat és a következő szükséges kezelések aránya 1:15 volt, 8 évi ivóvízfluorozás után ez 1:0,7-re csökkent a beiskolázott gyermekekénél és 1:3,8-ra a harmadik osztályos gyermekekénél. A nagymértékű caries redukció kérdésessé teszi a fluorozott vidékeken a rutinvizsgálatok évenkénti megismétlésének szükségességét, mivel a keletkező új cariesek száma igen csekély. Az NDK adatok szerint elégséges a gyermekeket kétfévente egyszer átvizsgálni. Ezáltal a rutinvizsgálatokra fordított idő a felére csökken. Az időmegtakarítás másik tényezője, hogy a komplikáltabb, időrabló tömések száma csökken, szemben az egyszerű, gyorsan ellátható barázda-cariesekkel.

A kezelési költségek csökkenését 6 éves időtartam alatt az USA-ban tanulmányozták, — flourszegény vidéken egy gyermek kezelési költsége az elvégzett tömések és extrakciók alapján 33,73 USA dollár, a fluorozott vidéken 13,86 USA dollár volt. Más országokban is hasonló arányú költségszökkenést tapasztaltak. Ez a számítás figyelmen kívül hagyja az indirekt kedvező hatást, mely a helyzeti rendellenességek

számának, a parodontium megbetegedések gyakoriságának (a tömések irritáló hatásának kiesése következtében) csökkenésében nyilvánul. A jó rágóképesség tovább megmarad, a fogak elvesztése későbbi életkorra toódik.

Az ivóvíz fluorozás költségeit és gazdasági kihatásait nem lehet összehasonlítani más fluorozási eljárások költségeivel azért sem, mert caries-megelőző hatásuk is eltérő. A helyi fluorecsetelés 3 éves megfigyelési idő alatt gyermekeként csupán 0,5 fog/caries redukciót hozott létre, viszont az eljárás idő- és szervezési igényes. A só-fluorozás gazdaságilag hatékony, feltéve, ha a vidékenként különböző sófogyasztás problémája megoldható, és klinikai hatása bizonyított.

Bánóczy Jolán dr.
Bruszt Pál dr.

Az ORCA vezetőségének határozatai. Caries Research 1971, 5, 1–2.

A fogszuvasodás kutatására alakult európai szervezet (ORCA = European Organisation for Caries Research) 1970-ben Debrecenben tartott kongresszusán határozatot fogadott el az ivóvíz fluorozásával kapcsolatban. E határozatot három — az ivóvíz fluorozásának kedvező hatásaival, a módszer biztonságával, költségeivel és gazdasági kihatásaival foglalkozó közleménnyel együtt az ORCA hivatalos folyóirata, a Caries Research 1974-ben megjelent különszáma közli.

Az ORCA határozata 1970-ben Debrecenben:

Az ORCA megállapítja a fogszuvasodás megelőzését elősegítő módszerekről. Az ORCA főcélja a fogszuvasodás megelőzésére alkalmas, tudományosan megalapozott és bebizonyított módszerek alkalmazásának elősegítése. Fontosnak tartják a táplálkozási szokások és a szájhygiéne megjavítását. A gyakori és nagymennyiségű cukor- és édességfogyasztás — főleg a főétkezések között — rossz szokás, mely elősegíti a fogszuvasodást. A megfelelő szájhygiéne a fogakra és nyire egyaránt jótékony. Az ivóvíz fluorozása a legmegfelelőbb módszer a fogszuvasodás csökkentésére. Ez a módszer sem teljes értékű és nem mindenütt alkalmazható. Jó eredményeket értek el egyes helyeken fluor tabletták alkalmazásával és az étkezési só fluorozásával. Helyi alkalmazás fogpaszták, szájöblítők, vagy helyi ecsetelők formájában elősegíti a fluor beépülését a fogak zománcaiba.

Az ORCA határozata az ivóvíz fluorozásáról.

Megalapozott kutatások szerint az optimális fluorkoncentrációjú (1 mg pro liter) ivóvíz a leghatásosabb a fogszuvasodás csökkentésére. Ilyen ivóvíz állandó fogyasztása esetén a hatás egész életen keresztül tart, függetlenül attól, hogy a fluor természetesen vagy

mesterségesen adagolt formában van jelen az ivóvízben. Számos nemzeti és nemzetközi bizottság jelentése szerint az ivóvíz fluorozása biztonságos módszer, és komoly ellenvetés nem merült fel az ivóvíz olyan mértékű fluorozásával kapcsolatban, mely optimális a fogszuvasodás csökkentése szempontjából.

Bánóczy Jolán dr.
Bruszt Pál dr.

A 9-aminoacridine és más gyökérkezelő gyógyszerek összehasonlítása. Jurecko, K. R. (Veterans Administration Hospital, 1201 N. W. 16th St. Miami, Fla. 33125): Oral Surg. 1974, 37, 621–628.

A gyökérkezelés modern irodalma súlyt helyez a kémiai-mechanikus úton feltágított gyökércsatorna sterilítésének megőrzésére, ill. a mikroorganizmusok kiküszöbölésére. Az 1950 óta alkalmazott 9-aminoacridine, ill. ennek benzalkonium kloriddal képzett vegyülete az irodalmi adatok szerint erre alkalmas. E szerek antimikrobiális aktivitását és szövetizgató hatását tették vizsgálat tárgyává a szerzők, más, a gyökérkezelésben használatos gyógyszerekkel összehasonlítva.

Vizsgálatsorozatuk első részében diffúziós tesztekkel vizsgálva a 9-aminoacridine bactericid hatását, azt kedvezőbbnek találták, mint az általánosabban alkalmazott cresatinét és eugenolét. Benzalkonium klorid nem növelte a bactericid hatást.

A szövetizgató hatást növény nyulak szemén vizsgálták. Mindkét anyag kevésbé bizonyult szövetizgatónak, mint a kámforos paraklorfenol és eugenol. Ezért a 9-aminoacridine oldatát ajánlják a gyökércsatorna átöblítésére és fertőtlenítésére.

Bánóczy Jolán dr.
Bruszt Pál dr.

A gingivális és perifériás terület vasomotoros válaszával összehasonlítása hyposziban. Clark, R. E. Forgiione, A. G. (Tufts University of Dental Medicine, Boston, Massachusetts 02111, USA): Journal of Dental Research 1974, 53, 792–796.

A cikk szerzői vizsgálatokat végeztek az irányban, vajon hogyan alakul a gingivális és a perifériás területek különböző ingerekre adott vasomotoros válasza hyposziban állapotában, vagyis mennyiben befolyásolja a funkciókat az éber állapot. A perifériás terület válasza legtöbb esetben a bőr hőmérsékletének és így kismértékben a környezetnek függvénye, azonban nemcsak a bőr hőmérsékletének változása függvénye a vér pillanatnyi környezetének, hanem az adott vasomotoros válasz is.

A vizsgálatokat 8 önkéntes vállalkozó egészségügyi dolgozón, 7 férfin és 1 nőn végezték. A vizsgálatok átlagéletkora 24 év volt, közülük megelőzően négyen vettek részt már hyposziban kísérletben. A befo-

BRINALDIX

tabletta
salureticum



A Na- és Cl-ionok tubularis resorptiójának gátlásával növeli a diuresist. Mivel a K^+ -ionok kiválasztását alig fokozza, nem zavarja az elektrolit-háztartást, ill. sav-bázis egyensúlyt. Hatása fokozatosan fejlődik ki és tartós: a bevétel után 1–2 órával kezdődik, 8–10 órán át fokozódik és 24 óra múlva megszűnik. A diuresis intenzitása az adagolással jól befolyásolható. Általános oedema-szüntető effektusa leginkább szívelégtelenség kezelésekor érvényesül.

Hypertoniás betegek vérnyomását csökkenti, a normotoniát nem befolyásolja. Jól kombinálható más diureticumokkal, cardiotonicumokkal és vérnyomáscsökkentőkkel; hatásukat jelentősen fokozza.

JAVALLATAI: szívelégtelenség okozta, terhességi, nephrosisos, postthrombotikus oedemák; máj-cirrhosis okozta ascites;

praemenstruációs zavarok és elhízás bizonyos esetei; hypertoniában egyedül vagy más szerekkel kombinálva; tartós corticosteroid-kezelés okozta folyadék-retentio.

ELLENJAVALLATAI: fennálló hypokalaemia, hyponatraemia, hypochloroemia, acut glomerulonephritis, uraemia, súlyos vesekárosodás.

ADAGOLÁS: gondos orvosi ellenőrzés mellett egyéni megítélést igényel. Átlagos adagja felnőtteknek napi 1–2 tablettával reggel, evés után. Fenntartó adagja másnapként 1 tablettával.

MELLÉKHATÁSOK: nagyon ritkán jelentkeznek. Nausea, fejfájás, gastrointestinalis panaszok, bőrpír, enyhe fáradtság-érzés előfordulhat.

FIGYELMEZTETÉS: bár a káliumvesztés csekély, hosszan tartó kezelés, májbetegség és diabetes esetén a káliumszintet, a vércukrot és a napi cukorürítést tanácsos ellenőrizni.

Társadalombiztosítás terhére szakrendelések szabadon rendelhetik.

Körzeti, üzemi stb. orvosok csak szakrendelés (fekvőbeteg-gyógyintézet) javaslatára rendelhetik, a javaslatban meghatározott időtartamú gyógykezelésre.

15 tablettával
à 20 mg 45,50 Ft
100 tablettával
à 20 mg 290,— Ft

® = SANDOZ

Egyt GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST

INTESTOPAN[®]

tabletta
enterodesinficiens

Antibacterialis, antiameobás és mycostatikus hatású kombináció. A micronizált hatóanyagok a bél-tractusban fejtik ki hatásukat: behatolnak a nyálkahártya redőibe, nem szívódnak fel és a normálbélflórát nem károsítják.

ÖSSZETÉTEL: 40 mg 5,7-dibrom-8-benzoyl-oxychinaldinumot és 200 mg broxyquinolinumot tartalmaz tablettánként.

JAVALLATOK: Fertőzéses enteritis, enterocolitis, gastroenteritis, bacterium és amoeba okozta dysenteria, Giardia lamblia-fertőzés, nem specifikus enterocilitisek. Csecsemőbélhurut. Bélfertőzések megelőzése.

ADAGOLÁS: Felnőtteknek súlyos és akut esetben 3×1—2 tablettá naponta, enyhe esetben 3×1 tablettá.

Gyermekeknek kétéves korig testsúlykilogrammonként $\frac{1}{4}$ tablettá a napi adag; nagyobb gyermekek adagja a kortól és a betegség súlyosságától függően 3× $\frac{1}{2}$ —1 tablettá. A tablettákat célszerű összetörve, vízben vagy tejben beadni. Az Intestopan folyamatosan legfeljebb egy hónapig szedhető.

MELLÉKHATÁSOK: Néha flatulentia vagy epigastriális kellemetlen érzés jelentkezhet. Ritkán allergia is előfordulhat.

Társadalombiztosítás terhére csak abban az esetben rendelhető, ha a beteg gyógykezelését más — szabadon rendelhető — gyógyszer megfelelően nem biztosítaná.

20 tabl. 34,— Ft
200 tabl. 320,— Ft

®= SANDOZ



Egyt GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST

lyásolhatóság fokát a BSS (Barber Suggestivity Scala) index-szel mérték és 1—8-ig regisztrálták. A vizsgálatok során a következő paraméterek alakulását kísérték figyelemmel: GSP Galvanic Skin Potential, BVP (Blood Volume Pulse) és BV (Blood Volume) indexek. Eredményeik a következők voltak: A vizsgált személyek a vizsgálati körülmények teljes azonossága ellenére a befolyásolhatóság különböző állapotába kerültek. A szóbeli, aktív és hideg-meleg ingerekre adott válaszok a perifériás területen kezdetben vasoconstrictiót eredményeztek, ezt egész rövid idő után egyre fokozódó vasodilatatio követte, függetlenül az inger fajtájától. A gingivális terület viselkedése nem minden esetben volt párhuzamos és szignifikancia az esetek kis száma miatt nem állapítható meg.

Nobel Péter dr.

Szimulált ürrepülés hatása az astronauták szájképleteire. Brown, L. R. és mtsai (The University of Texas Dental Branch and Manned Spacecraft Center, Huston, Texas 77 025, USA): Journal of Dental Research 1974, 5, 1268—1275.

A közlemény klinikai megfigyeléseket és laboratóriumi vizsgálati eredményeket ismertet 56 napos szimulált ürrepüléssel kapcsolatban. A háromtagú legénység szájuégében létrejött változásokat írják le; így a mikroflóra, a nyálkiválasztás és nyálösszetevők alakulását az ürutazás előtti, alatti és utáni időszakban. Az űrkabinba lépés előtt már 30 nappal az asztronauták ürüdtán éltek (15% fehérje, 25% zsíradék és 60% szénhidrát). Napi kétszeri fogmosásból és a fogközők tisztításából állt szájjápolásuk. A mikrobiológiai vizsgálatokat a rágógni segítségével kapott ingernyálból és a fogak felszínéről veft lepedékmintákból végezték.

A legjelentősebb eredmények a következők: 1. Cariogén streptococcusok számának növekedése, mely a magas szénhidrát-tartalmú diétával magyarázható. Az emelkedett számú streptococcus mutans hatását a későbbi fogszuvasodásra még klinikai vizsgálatokkal be kell bizonyítani. 2. Mycoplasmák számának emelkedése, oka ezideig ismeretlen. 3. Bélmikroorganizmusok számának csökkenése, melyet a szerzők a rendszeres szájhigiéne javára írtak. 4. Nyáltermelés csökkenése. Oka lehet stressz vagy más környezeti hatás. Ezt támasztja alá a kísérleti alanyok súlycsökkenése is. 5. IgA szekréció és lysozym szint emelkedés. Nem tisztázott exogen vagy endogen kórokozókra adott válasz. Ezt a feltevést erősíti meg a szérum IgA és IgG emelkedése is.

A szájjegészségi állapota igen fontos tényező a későbbi ürrepülések folyamán, mivel a szájuég különböző fertőző ágensek behatolási helye lehet és fontos szerepet játszik betegségek átvitelében is, re-

zervoárként szerepel a fertőző mikroorganizmusok számára.

(Ref.: A közleményben szereplő vizsgálati eredmények összehasonlítása meglehetősen korlátozott a kísérleti alanyok kis száma miatt.)

Kemenes Ildikó dr.

Kísérletek és megfontolások a caries megelőzésének lehetőségeiről. Schmidt, H. F. M. (Klinik u. Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten der Universität Marburg a. d. Lahn): Dtsch. Zahn-, Mund- u. Kieferheilk. 1974, 62, 225—236.

A fogszuvasodás keletkezésének mechanizmusában a fogfelületen képződő ún. plaqueoknak van nagy jelentősége, amelyek főleg baktériumokból állnak. A plaqueok alatt, ha erjedő szénhidrát jut a szájba, sav képződik, ami mézstelenítő hatását éppen a plaqueok miatt nem tudja a nyál remineralisatióval kompenzálni.

A fogszuvasodás megelőzése céljából elsősorban a magas sacharose tartalmú ételek kerülése fontos. Küzdenünk kell a plaque képződés ellen. Ennek főbb módjai: a) a jó szájjápolás, b) a savtermelő baktériumok számának csökkentése.

A chlorhexidines öblítések ebben a vonatkozásban jó hatásúak, de az oldat keserű és zavarja az izlelést, néha a szájnyálkahártyát is izgatja. Az antibiotikumok eddig még nem váltak be. A védőoltás hatásosságát kétségessé teszi az, hogy a fogszuvasodásban többféle baktérium szerepel. A hydrogenhyperoxid 0,8—1,0%-os oldatban Schmidt kísérletei szerint megátolja a plaqueokban a savképzést. c) A plaqueot oldó fermentek-dextranasek nem vezettek eredményhez. A plaqueokban, illetve alattuk keletkező savak közömbösítésére hűgysavat ajánl tabletta vagy 2%-os oldat alakjában, közvetlen étkezések utáni öblögetésre.

A zománc savval szembeni ellenállását fluoriddal lehet csökkenteni. Az enterális bevitel (víz, tabletták, fluorozott élelmiszerek) előnye, hogy a zománcot már a fogak áttörése előtt dúsítják. Javasolja a fluoridnak a háztartási cukorba elegyítését.

A fluor-lakk eljárás a fissurák és gödrök betapasztása a kezelés hosszadalmassága ellenére biztató eredményekkel kecsegtet.

Schmidt végül is az ajánlott caries prophylacticus methodusok kombinációját javasolja, tehát hydrogenhyperoxidos öblögetést, valamelyik fluoridos eljárást és hűgysavas tablettákat, ill. oldatot. Az ajánlott 0,8%-os koncentrációban a hydrogenperoxidot öt percig kell öblögetni, azonban a tanulók többnyire nem végzik ennyi ideig.

(Ref.: A hűgysav alkalmazását a szaga miatt aggályosnak tartjuk.)

Bruszt Pál dr.
Bánóczy Jolán dr.

A nyálcysták kezelésének módjáról. Strader, R. J.: Oral Surg. 1974, 37, 695—698.

A nyálcystákat a kicsi vagy accessorikus nyálmirigyek retenciós cystáinak tekintik, de pontos aetiológiájuk nem ismeretes. Valószínű, hogy a kivezető nyílásuk záródott el trauma következtében, de kísérletileg ezt nem tudták igazolni. 58%-uk az alsó ajkon található. Nagyságuk néhány mm-től több cm-ig terjed.

Kezelésük kimetszésből áll, ami a pár mm-eseknél nem okoz problémát. A nagyobb cysták azonban műtét közben legtöbbször megsérülnek, tartalmuk kiürül és a cystafal teljes kihámozása nehéz. Ezért a szerző Shira technikáját eleveníti fel és használta fel egy esetben. A cysta tartalmát fecskendővel kiszívta, majd híg alginat lenyomat anyaggal töltötte meg. Ennek megkeményedése után könnyű volt a cystát kihámozni és a sebet per primam egyesíteni. Minthogy a nyálcystáknak általában nincs hámbérlésük — a pathologusok retenciós jelenségnek nevezik és nem mucocelenek.

Bruszt Pál dr.

A gyökérkezelés múltja és jelene. Grossman, L. I. (School of Dental Medicine, University of Pennsylvania, 4001, Spruce St. Philadelphia Pa 19 104): Oral Surg. 1974, 37, 599—608.

Az endodontia, amely a megbetegedett fogbél kezelésével foglalkozó tudományágat jelenti, nagy fejlődésen ment át az utóbbi 50 évben. Volt közben egy időszak, amikor nem végeztek gyökérkezelést, sőt egyes egyetemeken nem is tanították. 1923-ban sok fogorvosnak nem volt rtg-gépe, 1946-ban már csak a fogorvosok 25%-a nem rendelkezett ilyennel. Kezdetben a pulpát arzén-trioxiddal ölték meg, mielőtt eltávolították volna; mások novocainos érzéstelenítést használtak. Erős marószert alkalmaztak a pulparadványok eltávolítására, mint natron, vagy kalium lúgot, 50%-os kénsavat, 20%-os sósavat a gyökércsatorna tágítására.

A gyökércsatornába vitt fertőtlenítők sem voltak sokkal jobbak, mint a tágító folyadékok, mert egyesek nagyon izgató, sőt maró hatásúak voltak. Ilyenek trikrezol-formalin, klórphenol, kámfor, eugenol, sőt ezüstnitrátot is használtak.

Másik sokáig alkalmazott módszer a mumificatio volt. Ahelyett, hogy eltávolították volna a pulpát, bebalzsamozták azt. Arzénrel öltették a pulpát, majd a pulpakamrába paraformaldehidet pasztát tettek és ezt cementtel zárták. Előfordult, hogy később mégis el kellett távolítani a mumificált pulpát vagy ki kellett húzni a fogat. Ma ennek megfelelő eljárás a paraformaldehidet tartalmazó cement használata.

Gyökértömés. A gyökércsatornába (ha a tartalmát extirpálták) gyakran creosottal, trikresolforma-



linal stb. átitatott vattaszálcsát tettek. Mások a csatornát gutta-perchéval töltötték ki és thymol-jódos pasztával vagy cementtel. Az 1930-as évek óta ezüst csapokat is használtak e célra. Másik eljárás szerint a chloroformmal kitöltött gyökércsatornába guttapercha csúcsokat vezettek be, amelyeket a chloroform részben feloldott.

A gócfertőzés (focalis infectio) elmélete. A tanulmányok ez a legérdekesebb fejezete. 1910-ben V. Hunter (Montreal) azzal vádolta meg a fogorvosokat, hogy műveleteikkel orális sepsist okoznak. Hunter támadása inkább az USA-beli fogorvosok ellen irányult, de nem volt tudományos alapja, mivel ebben az időben röntgen felvételeket még alig készítettek. Mindemellett Hunter előadása a fogak gátlástalan kihúzására vezetett.

Rosenow, a Mayo klinikán, volt a legnagyobb híve a gyökérkezelt fogak extractiójának. Arthritises betegek fogaiból izolált baktériumokkal nyulatokat oltott be és az állatok nagy részén hasonló betegség keletkezett. Később többen megismélték Rosenow kísérleteit, de csak 8,3%-ban volt a vérkultúra pozitív, szemben Rosenow 75%-ával (alpha streptococcusra).

A gócfertőzés tanának elvetése. A 30-as években már egyesek felémelték szavukat a tömeges foghúzások ellen, majd újabb 30 év múlva egyes iskolákban már a frontfogak kezelését ismét tanítani kezdték. Az ötvenes években pedig polgárjogot nyert általánosságban a gyökérkezelés, igaz, hogy a közben eltelt 40 év óta haladás is volt az endodontia gyakorlatában. Ilyen például a röntgenfelvételek, a standardizált műszerek elterjedt használata. Az erősen maró gyógyszerek helyett enyhébb, de hatásosabb gyógyszereket vezettek be pl. az EDTA-t savak helyett.

Bakteriológiai kontroll és gyökértömés. Később következett a bakteriológiai kontroll vizsgálat korszaka, majd a baktériumtenyésztést elhagyták. Javult a gyökértömések módszere és ezáltal a mikroorganizmusok előtt bezárult a kapu. Ma a klinikai értékelés alapján az az álláspont, hogy a gyökér túltömése nem kívánatos, inkább maradjon az apexnél, kb. 1 mm tömetlen.

A sebészi endodontia terén is haladás mutatkozott. Nemcsak gyökércsúcs resectiót végeznek, hanem hemisectiót, és gyökéren át vezetett implantátumokat készítenek. Ehhez járul a szándékos replantatio, transplantatio és implantatio. A gyökérkezelt fogakat már elfogadják a teljes fogorvos támogatásánál (overlay dentures). Nemrég a transplantált fog csak 2—3 évig maradt a helyén. Ma az immunológiai faktorok suppressiójával v. kiküszöbölésével szövetkultúrák segítségével beültethetjük a fogat később a saját alveolusába vagy egy újonnan készített alveolusba, anélkül, hogy kilöködnének.

Mi az endodontia jövője? Nyilván az, hogy megelőzzük a fogbél megbetegedését, ez természetesen a traumás sérüléseknél nem lehetséges. A preventív endodontia módjai manapság igen sokrétűek, de ezek ismertetése túlhaladja a referátum kereteit.

(A referens szerint igen tanulmányos Grossmann beszámolója az USA-beli gyökérkezelési viszonyokról. A gócfertőzés történetéről a tanulmány a columbiai egyetemen tartott előadás alapján készült, tekintélyes folyóiratban jelent meg és valószínű, hogy a múlt és jelen általános amerikai felfogását tükrözi e területen. Csak egy szempontból nem ad megnyugtató választ a gócfertőzés teljes elvetésére: a bakteriológusok nem tudták megerősíteni Rosenow eredményeit, ill. 75% helyett csak 8,3%-ban találtak pozitív vérkultúrákat alfa streptococcusok állatokba történt injectálása után. Ez nem elég ahhoz, hogy a gócfertőzés tanát teljesen elvessük, hiszen ez allergián is alapulhat. Az európai fogorvosok nem tartoztak a „100%-osok” közé, de véleményünk szerint nem szabad az ellenkező végtelbe sem esnünk. Mindenesetre egyetértünk a szerzővel, hogy a preventio a legfontosabb e téren is.)

Bruszt Pál dr.
Bánóczy Jolán dr.

Barázda zárások és tömések tapadás üveg-ionomer cementtel. McLean, J. W., Wilson, A. D. (Laboratory of the Government Chemist, Department of Trade and Industry, Cornwall House, Stamford Street, London SE1 9NQ): Brit. dent. J. 1974, 136, 269—276.

A fogak gödröcskéinek és barázdáinak lezárása lassan elismert módszere lesz a megelőző fogászatnak. Az erre a célra használt záró anyagoknak a következő tulajdonságokkal kell rendelkezniük: fizikokémiai kötődés a fog szöveteihez, a szájbéli savakkal szemben ellenálló képesség, felszíni sértetlenség, kémiai szövetbarátság és cariostaticus hatás.

A barázdázárók általában műgyanta anyagok, ahol a polymerizációt kémiai katalizátor, vagy ultrahő besugárzás segíti elő. A barázda záró anyagnak erősen kell kötődnie a zománchoz. Tekintve, hogy a legtöbb anyag nem adhezív természetű, a retentiót mechanikailag kell biztosítani azáltal, hogy a fissurák zománctát foszfor-, vagy citromsavval edzik. Ez a kezelés durvává teszi a fog felszínét, lépeszerű felszín alakul ki, így a barázda záró anyag mélyen be tud hatolni és erősen kötődik. A műgyantáknak azonban sok hátránya van (hydrophobok, kopnak, nagy a hőkítágulásuk). Más lehetőség a cementek alkalmazása (Perry 1884, Miller 1951). Fogászati cementekkel is történtek barázda-elzáró kísérletek, de ezek nem elég adhezívek és Wallis 1973-as kísérletei sze-

rint csak a fissurák 31%-a maradt tömve 6 hónap után.

A szerzők az üveg-ionomer típusú cementekkel kapcsolatos kétéves utánvizsgálataikról számolnak be. Az alkalmazott cement összetevői: alumínium szilikát, üvegpors és poliakrilát sav, ezek összekeverése, ill. kötése után alumínium, Ca és F ionok kerülnek a poliakrilát savba, melyek körülveszik az üvegrészecskéket (ASPA I. cement). A módosított ASPA II. cement folyadék még chelatiós comonomert is tartalmaz, ez javítja a kötést és a megmunkálhatóságot. A szájbán öt perc alatt köt. Az anyag felületének ellenállása gyenge savakkal szemben jó, a fog szöveteihez jól kötődik, mindezt a szerzők felszíni elektronmikroszkópos képekkel illusztrálják. A szöveteket alig izgatja, mivel magas molekulásúlya miatt a dentin-csatornácskába nem hatol be. Calciumfluorid tartalma miatt cariostatikus hatása is van.

9—14 éves betegeken 279 hátsó fogat kezeltek. Ezek közül 250 fogat tudtak ellenőrizni. Vizsgálták, hogy létrejön-e hosszú ideig megmaradó fizikokémiai kötés a cement és zománccsatorna között klinikailag és mennyire kopik a cement, valamint azt is, hogy keletkezett-e secunder caries a tömés alatt.

A barázdák tömését mélyebb barázdák esetében végezték minimális kavítás-alakítással. Barázdázárókat csak olyan esetekben lehetett végezni, ahol nagyobb fissura vagy gödör van, melybe a szonda behatolhat. 100 μ m-nél keskenyebb barázdákat nem lehet betömni, csak a nyílásuk fölé helyezni a cementet.

Kétéves tapasztalataik alapján jó eredményt észleltek kiválasztott barázdák esetén. Az első évben a cementeknek csak 10%-a, a második évben már csak további 4% vált le. Az occlusalis zuvasodások száma kevés volt, és ezek is csak akkor keletkeztek, ha a záró anyag levált. A barázdák töméseinek anatómiai alakja és széli záródása általában jó maradt, néhol a tömések széle mellett elszíneződés volt látható, de caries nem. Az anyag különösen a széles barázdák lezárására és szuvas barázdák tömésére alkalmas minimális fúrással.

Az ionos polymer cementnek jó tulajdonságai a szerzők szerint felülmúlják a műgyantáét, mert hydrophil tulajdonságúak, a kopással szemben ellenállóak és szoros fizikokémiai kapcsolatba kerülnek a fogak szövetével. Eredményeik azt mutatják, hogy amennyiben a cement nem válik le a fogról, megvéd a cariestől. További hosszú távra terjedő vizsgálatok folyamatban vannak.

Bruszt Pál dr.
Bánóczy Jolán dr.

Cardiosclerosisban szenvedő betegeken történő szájszészeti beavatkozásról. Elliot, G. D., Stein E. (US Public Health Service Hospital, Staten Island, New York.): JAMA 1974, 227, 1403—1404.

A szerzők azt vizsgálták, hogy coronariasclerosisban szenvedő betegek vérnyomása, pulszusa, EKG görbéje hogyan változik szájsebészeti beavatkozások hatására. A betegek bizonyítottan coronariasclerosisban szenvedtek, fenti paramétereiket cardiologus értékelte a vizsgálat során.

Megfigyeléseiket 40 betegen végezték, életkoruk 39—78 év között volt. Egy és több fog egy ülésben való extractiója, alveolaris plastica, biopsia, cysta eltávolítás, ajak és szájpadli műtétek szerepeltek a tanulmányozott esetek között. A betegekkel a tervezett műtét napját nem közölték. Előtte 24 órával EKG felvételt készítettek, vérnyomást, pulzust vizsgálták, ezeket tekintették a beavatkozás előtti bázisparamétereknek. Közvetlenül az érzéstelenítés előtt, az érzéstelenítés alatt, az injekció beadása után egy, öt és 10 percnél és a műtét alatt megismételték a fenti vizsgálatokat. Mindezt 1,8 ml 2%-os lidocain és 1:50 000 adrenalin együttes adásával és adrenalin nélkül.

Az eredmény: Csupán 8 betegen változott a vérnyomás, de nem jelentősen. A systolés — 16 + 14 Hgmm, a diastolés — 14 + 10 Hgmm között variálva tért el a bázisértéktől. A pulszusszám eltérése — 12 + 16/min volt. Adrenalin nem növelte a bázisértékektől való eltérést.

Rhythmuszavart 4 betegen észleltek, kamrai extrasystole formájában. Közülük egynek polytop extrasystolája volt, háromnak monoton. Mind a 4 beteg EKG görbéjén ugyanolyan gyakorisággal fordult elő extrasystole a beavatkozás előtti napon, a lidocain, az adrenalin injekció alatt és után, továbbá a műtét alatt. Így nem tekinthető sem az adrenalin, sem a műtét trauma következményének. A négy arrhythmias beteg vérnyomásában, pulszusában nem történt számottevő változás, a beavatkozást jól tűrték.

A szerzők felhívják a figyelmet a jó psychés előkészítés fontosságára, mert a beavatkozástól való félelem nagyobb veszélyt jelenthet a betegnek, mint a kíméletes, jó technikával végzett műtét.

Hartai Anna dr.

Hámmetapláziával társult necrotizáló nyálmirigy-laesio. Abrams, A. M., Melrose, R. J., Howell F. V. (Department of Pathology, School of Dentistry, 925 West 34 St., Los Angeles, Calif. 90 007): Cancer 1973, 32, 130—135.

A szerzők a járulékos nyálmirigyek ez ideig ismeretlen, klinikai és morfológiai kép tekintetében egyaránt sajátos betegségről számolnak be. Nyolc év alatt észleltek 7 beteget, akik közül 6 férfi volt, életkoruk 27 és 56 év között változott. Az elváltozás minden esetben a kemény szájpadra lokalizálódott és 6 esetben fekélyként jelentkezett. Két beteg erős dohányos, 1 pedig alkoholista volt. A szövettani

képre a nyálmirigy-lebenyek elhalása, lobos beszűrődés és kiterjedt laphám-metaplázia volt jellemző. Az infarcerált lebenyek helyén rostos septumokkal határolt, acinus nagyságrendű, összefolyó nyálkátócsák maradtak. A lobos beszűrődés elsősorban histiocytákból állt, tartalmazott neutrophil leukocytákat is és helyenként sarjszövet jellege volt. A laphám-metaplázia a ductusokra és az acinusokra egyaránt kiterjedt, olykor squamosus, máskor basalis jellegű volt, a nyálkátócsákban és a környező lobos, nem destruált mirigyekben is megfigyelték.

A kimetszés minden esetben teljes gyógyulást eredményezett, recidiva nem volt. Oka ismeretlen. Elsősorban a histologus számára jelenthet problémát a mucoepidermoid tumortól és a laphámcarcinomától való elkülönítése.

Dömötör László dr.

Tüdőgyógyászat

Az aerosol-készülékek hatásfoka sóoldatnak az ember tüdejébe való juttatásában. Asmundsson, T. és mtsai (Duke University Medical Center, Durham, North Carolina 27 710): American Review of Respiratory Disease 1973, 108, 506—512.

Az ultrahangos aerosolt kiterjedten alkalmazzák az idült hörghurut, a cystikus fibrosis és a hörgő-asthma kezelésében. Az aerosolt vagy ködsátorból, vagy pedig arcmaszkon, ill. a csutorán át lélegeztetik be. Az eljárásnak az a célja, hogy a folyadék eltávolítsa a nyákot a hörgőfából. Klinikai, radiológiai és légzésfunkciós adatok szerint a módszer eredményes, mégis felmerült annak a gyanúja, hogy az aerosol eljárással bejuthat e az alsó légutakba elegendő mennyiségű folyadék. Ezt a problémát vizsgálták olyan módon, hogy 8 egészséges férfivel nyomjelzett konyhasóoldatot lélegeztettek ultrahangos aerosollal, ill. intermittáló pozitív nyomásos légzéssel. Az alsó légutakba jutott folyadék mennyiségére scintillációs kamerával következtettek. Megállapították, hogy bármelyik módszerrel is a belélegzésre szánt aerosolnak csupán 1—2%-a jutott a tüdőbe. Erősen kétséges tehát, hogy az aerosol-kezeléssel elért eredmény kapcsolatba volna hozható a belélegzett folyadékkal. Nem valószínű ugyanis, hogy az ilyen kis mennyiségű folyadéknak nyákoldó hatása lenne. Az is problematikus, hogy az aerosolban oldott gyógyszerek túl jutnak-e a gégen. Asthma esetén ugyan az isoproterenol-aerosol eredményesebb annál, mint ha ezt az oldatot a beteg gargarizálná, mégis úgy gondolják, hogy e kérdés megválaszolásához úgy lehetne közelebb jutni, ha a különféle aerosol eljárással belélegeztett hörgőtágító szereknek a vér-szintjét összehasonlítanák azoknak a légzésfunkciós értékekre való hatásával.

Pongor Ferenc dr.

Az intermittáló pozitív nyomásos légzéssel alkalmazott aerosol salbutamol (Albuterol) sorsa asthmás betegekben. Shenfield, G. M. és mtsai (Asthma Research Council Clinical Pharmacology Unit, Department of Medicine, Institute of the Chest, Brompton Hospital, London S. W. 3, England): American Review of Respiratory Disease 1973, 108, 501—505.

Hörgőtágítószereket aerosol formában intermittáló pozitív nyomásos légzéssel már évek óta alkalmaznak heveny asztmás rohamok kezelésére. Kórházukban erre a célra Bird Mark 7 respirátort használnak, amivel kezdetben nem selectív béta-adrenerg stimulánsokat, így adrenalint és isoproterenolt, újabban pedig sympathomimeticumokat, pl. salbutamol lélegeztetnek. 0,01%-os oldatból néhány órán belül általában 10—15 mg-ot adnak, amire a beteg állapota javul. Mivel a túlnyomásos készülékkel lélegezsenként 0,1 mg salbutamol kerülhet a beteg tüdejébe, felmerült a kérdés, hogy nem túl nagy-e a 10 mg salbutamol-adag. Ennek a problémának a tanulmányozása céljából 5 asthmás beteget a szokásos adaggal és módon nyomjelzett salbutamol-aerosollal lélegeztettek és megállapították, hogy az aerosolban levő salbutamolnak mindössze 10—15%-a jutott be a tüdőn át a szervezetbe.

Pongor Ferenc dr.

Chemoterápián levő köpetpozitív tbc-s betegek fertőzése kockázatának ellenőrzött vizsgálata. Brooks, S. M. és mtsai (Departments of Medicine and Environmental Health, Cincinnati General Hospital, University of Cincinnati Medical Center, Cincinnati, Ohio): American Review of Respiratory Disease 1973, 108, 799—804.

A tüdőtbc-sek gyógyításában a tartós szanatóriumi kezelést a betegek korai elbocsátása és a kúra ambuláns folytatása váltotta fel. Azt ajánlották ugyanis, hogy azt a tbc-s beteget, aki az effektív chemoterapia hatására paucibacillaris lett, a fertőzés terjesztésének a veszélye nélkül haza lehet engedni. A szerzők így jártak el. 21 tbc-s beteget a chemoterapia után hazahoztak, és 107 családtagjukon figyelték a tbc esetleges szórását.

A 21 beteg közül 13-nak súlyos, 8-nak középsúlyos volt a folyamata. 16 beteg, 76% cavernás, valamenyny pozitív volt. 20 beteg INH, ethambutol és SM, 6 beteg INH és rifampin, 3 pedig INH-ethambutol kombinációban szedte az antituberculoikumot. Átlag 19 napi kórházi ápolás és átlag 15 napi gyógyszeres kezelés után engedték őket haza.

A 107 contact közül 68, azaz 62% 19 évnél fiatalabb volt. Közülük 74, azaz 69% tuberculin-negatív volt. Valamennyi tbc-s negatív lett 5 ha-

vi gyógykezelés után. A contactokon a tuberculin-próbát 2–6 héttel azután ismételték meg, amikor a beteg bacilusmentes lett. Két contact kivételével valamennyi tuberculin-negatív maradt. A két convertorról kiderült, hogy ezek elköltöztek hazulról, mielőtt a beteg a szanatóriumból hazaérkezett volna és ezt a két gyermeket az időközben aktív tbc-ssé lett anyjuk fertőzte meg. A hazatért tbc-ssel együtt maradt contactok továbbra is tuberculin-negatív maradtak. Az adequat chemotherapyában részesülő köpetpozitív tbc-st tehát nem szükséges feltétlenül szanatóriumban tartani, mert a tbc szórásában nem a paucibacillaritás a döntő, hanem egyéb tényezőknek: az elváltozás kiterjedésének, a beteg személyiségének, a köhögés gyakoriságának, az expositio időtartamának, a gazda fogékony-ságának, esetleg gégetbc-nek stb. van jelentősége. *Pongor Ferenc dr.*

A tbc fészkei városban. LaForce, F. M. és mtsai (Boston City Hospital, Boston, Massachusetts 02118): American Review of Respiratory Disease 1973, 108, 553–558.

A tbc halálózás az elmúlt 150 év folyamán — a két világháborús kiugrástól eltekintve — Bostonban is jelentősen csökkent. 1950 óta azonban az új tbc-sek száma nem csökkent olyan mértékben, mint a tbc halálózás. Különösen nagy ez az aránytalanság Boston városnegyedeiben. 1970-ben pl. a déli negyedben 100 000 lakosonként az új tbc-sek száma 293,8, a város többi részében pedig mindössze 34,7 volt. Ennek az a magyarázata, hogy a város déli részén van a nyomortelep, ahol pl. a kínaiak tbc incidenciája 870/100 000 lakos. Feltűnő még az is, hogy ezen a déli részen több a fehér tbc-s, mint a nem fehér tbc-s. Az Egyesült Államokban 1969-ben a tbc incidenciája 100 000 lakosonként 19,4, a négymilliónál nagyobb 57 városban viszont 33,5 volt. Nagy városokban a tbc elleni küzdelemben különös tekintettel kell lenni a nyomortelepeken élő nincstelen, foglalkozás nélküli, alkoholiista emberekre.

Pongor Ferenc dr.

A mycoplasma pneumoniae okozta tüdőgyulladás röntgenvizsgálata. Foy, M. H. és mtsai (Department of Epidemiology and International Health and Department of Biostatistics, School of Public Health and Community Medicine, Seattle, Washington): American Review of Respiratory Disease 1973, 108, 469–474.

A tüdőgyulladást 15–20%-ban mycoplasma pneumoniae okozza. Lefolyása relative kórházi ápolást, Penicillinnel nem befolyásolható, a betegség időtartama tetracyclinnel és erythromycinnel lerövidíthető. Korai kórismézése fontos, a laborató-

riumi leletre sajnos 2–3 hétig is várni kell. Ezért röntgenvizsgálattal kísérelték meg a többi tüdőgyulladásától elkülöníteni.

97 biztosan mycoplasma pneumoniae okozta tüdőgyulladásos és 92 egyéb tüdőgyulladásos beteg mellkas-röntgenfilmjét elemeztették külön-külön 2 röntgen- és 2 tüdőgyógyász-szakorvossal. A mycoplasma pneumoniae-pozitív esetek 25–45%-ában a betegség 5–10. napján készült filmekben a rajzolatot éleesebbnek találták, egyéb tekintetben azonban értékelhető különbséget nem láttak. A mellkas-röntgenfilmek szerintük a mycoplasma pneumoniae okozta tüdőgyulladás differenciál-diagnosztikájában nagyon korlátozott az értéke.

Pongor Ferenc dr.

Klinikai farmakológia

A digitális kezelés irányelvei. Ogilvie, R. I., Ruedy, J.: JAMA 1972, 222, 50–55.

A Montreal General Hospital beteganyagán más irodalmi adatokkal összhangban azt figyelték meg, hogy az egyik leggyakoribb gyógyszerátlalom a digitális intoxikáció (d. int.). Ezért az 1967–68. jan., febr., márc.-ban bentfekvő betegek kórlapját átvizsgálták d. int. irányában. Az így gyűjtött adatokat összehasonlították a digitális kezelés (d. k.) egységes szempontok szerint történt standardizálása után az 1969–70-es évek hasonló időszak alatt kezelt betegek megfelelő adataival.

A d. int.-t a kórlapban rögzített diagnózis, az erre jellemző, kórlapba beírt klinikai tünetek és az EKG alapján állították fel. Klinikai tünet nélküli EKG zavart nem vettek d. int.-nak. Terápiás d. k.-nek legalább 3 napig adott, telítő adagolásnak 6 napig adott, fenntartó adagolásnak ennél hosszabb kezelést minősült. A kórlapból nyert adatokat kódolták és számítógépes analízis után statisztikai módszerekkel elemezték.

A felmérés alapjául szolgáló időszakban 2334 beteg közül 534 (22,9%) beteg 562 kezelés során kapott digitális, főleg digoxint(D) és ezekből 120 alkalommal (21,4%) volt d. int. Az intoxikáció ideje alatt 89 betegről készült EKG, 28-on blokk, vezetési zavar, 49-en extrasystolia vagy tachyarrhythmia volt látható, 12 EKG-ja nem változott a korábbihoz képest. A d. k. indikációja szerint csoportosítva a betegeket a dekompenzáltak 23,1%-ában, a dekompenzált és arrhythmias betegek 21,7%-ában, a csak arrhythmiasok 15,7%-ában észlelték d. int.-t. A 60 éven felüliek és a 68 kg-nál kisebb súlyúak között gyakoribb volt a d. int. A krónikus szívelégtelenségben szenvedők akut dekompenzációja esetén az akut tüdőödémásokéhoz képest ugyancsak gyakoribb volt a d. int. A cor pulmonales betegek között is

az arányszám magas volt. A régebben szívinfartusos 133 betegből 34, a friss infartusos 93 betegből 23, a nem infartusos 308 betegből 57 esetében alakult ki d. int. Telítő dózisban alkalmazott kezelés esetén 48-ból 21, telítő és fenntartó kezelés esetén 198-ból 43, a csak fenntartó kezelést kapó 316-ból 56 esetben észlelték d. int.-t. A vesefunkció szempontjából a 25 mg/100 ml-nél magasabb se U. N. értékű és 5 ng/tskg-nál nagyobb dózist kapó betegek között lényegesen gyakoribb volt a d. int. (70,6%), 3,5 meq/l se K határérték szerint nem volt különbség. A d. intoxikáltak közötti mortalitás kortól függetlenül háromszorosa volt a digitalissal kezelt, nem intoxikáltakénak.

Az első két év tapasztalatai alapján standard kezelési sémát dolgoztak ki és ezt a későbbiekben egységesen alkalmazták. A telítő adag teljes dózisa: $tskg \times 0,0150$ mg, ezt három egyenlő részletben 0, 6, 12 óra múlva adták. Lassú telítés, vagy fenntartó kezelés esetén a ts. szerint számított teljes adag D-t napjában egyszer adták a se. U. N.-től függően. Táblázatuk szerint 20, 30 mg/100 ml se U. N. esetén 33,3, 30,0%-át, 50 mg/100 ml-nél 24%-át, 80 mg/100 ml felett 15%-át adták, a számított teljes adagnak. A chronotrop hatás miatt alkalmazott digitalizálásnál ennél nagyobb adagokat, hypokalaemia, hyponatraemia, hypercalcaemia és hypothyreosis esetén ennél kevesebbet adtak.

A d. k. standardizálása utáni időszakban 2094 beteg közül 578 beteg kezelték digitalissal, ezekből intoxikáció 71 (12,3%) beteg fordult elő EKG 67-ről készült a d. int. idején. Arrhythmiaival szövődött dekompenzáltak között az int. gyakoriság nem változott, de a csak dekompenzált és csak arrhythmias betegek között kevesebb volt a d. int. A 60 éves korhatár feletti és 68 kg-os testsúly alatti bontás szerint felére csökkent az int. gyakorisága. A fiatalabb, nagyobb súlyúak közötti gyakoriság nem változott. A szívelégtelenség típusa szerint vizsgálva a tüdőödémások között nem volt lényeges a d. int. arányszámának javulása, de a többi dekompenzáció típusban felére, negyedére csökkent a d. intoxikáltak száma. Az akut szívinfartusos betegek közül 4%-kal kevesebben, a régebben infartuson átesett betegek közül fele annyian lettek intoxikáltak, mint korábban. Az előzően is digitalizált betegeken elkezdett kezelés során az int. gyakorisága nem változott és az egész anyag gyakoriságánál magasabb volt (26,7%, ill. 30%). A kórházban kezdett digitalizálás bármely formájánál a d. int. aránya a standardizálás után lényegesen csökkent. Ezt annak tulajdonítják, hogy a testsúlyra számított 20 ng/napnál nagyobb telítő és 5 ng/napnál nagyobb fenntartó adagot kevesebben kaptak. A Cedilanid D kezeléseknél a magas d. int. arány nem vál-

tozott (43%, 40,7%). A kóros vese-funkciójú, több D-ra szoruló betegek között a korábbi 70,6%-os arány 27,3%-ra javult. A d. intoxikált mortalitása ugyancsak lényegesen javult, azonos lett a nem intoxikált betegekével. A d. k. okozta int. veszélyét a hypokalæmia, alacsony testsúly, magas kor, károsodott vesefunkció, szívizomkárosodás, szívinfartus fokozza. Ezenkívül a telítõ adagolás, fõleg ha elõzõen is digitalizált a beteg, vagy deslanoziddal kezelik, gyakrabban okoz d. int.-t. Arrhythmiaival szövõdött szívelégtelenség kezelése esetén is gyakoribb a d. int. D. fenntartó kezelés esetén 6 nap alatt lehet egyenletes terapiás szintet elérni, ezért nem tartják indokolt-nak telítõ adagolás alkalmazását csak akkor, ha a pozitív inotrop hatás elérése sürgõs. Saját anyagukban a d. int. arányának csökkenését a testsúly és a vesefunkció szerinti pontos dozírozásnak és annak tulajdonítják, hogy amikor lehetett, a telítõ adagolás elkerülték. A supraventricularis tachycardiák miatt adott D adag rendszerint nagyobb volt, és ebben a betegcsoportban az int. aránya nem változott. Az intoxikáltak közötti mortalitás javulása az összes intoxikált arányszámának csökkenésén belül is jelentõs.

(Ref.: adagolási sémájuk szerint 70 kg-os betegnek a telítõ adagja a hazai Digoxinból 4,5 tbl/12 óra, fenntartó adagja 1,5 tbl/die.)

Szabó Kornél dr.

Oralisan adott digoxin készítmények absorptiója. Hoffman, D. H., Azarnoff, D. L.: JAMA 1972, 222, 957—960.

Oralis és iv. digoxin adás után vizsgálták 4 egészséges, fiatal (22—29 éves) önként vállalkozó serum digoxin szintjének és vizeletben ürített d. mennyiségének alakulását. 2—2 hetes szünetekkel 0,5—0,5 mg d.-t adtak (200—200 ml vízzel itatva a gyógyszer beszedése után). Az oralisan adott gyógyszer a Lanoxin tbl., illetve a megfelelõ injectió készítmény közvetlenül az ampullából a szájba öntve került vizsgálatra, más-más alkalmakkor. Harmadik alkalommal az injectió készítményt iv. adták be. A serum d. koncentrációt radioimmunsay módszerrel elõször 1/4, majd 1 óráig, késõbb ritkább idõközökben vett minta alapján összesen 48 órán keresztül vizsgálták. A vizeletben ürített d. mennyiségét elõször 2 óránként, majd ennél ritkább idõközökben vizsgálták összesen 10 napig. A vizeletmintát d. mentes plazmával, szükség szerint pufferolt albumin hígítással ugyancsak immunsay módszerrel vizsgálták és a gyûjtött vizeletmennyiség alapján kiürített össz d. mennyiséget határozták meg.

A hasonló módon alkalmazott gyógyszerelés után a vizsgált paraméterek a 4 vizsgált esetben egyformán alakultak. A iv. adott 0,5

mg d. után a serum d. szint azonnal 10 ng/ml körüli csúcserteket adott, majd ez az érték rohamosan csökkent: 2 óra múlva már valamivel 2 ng/ml alatt, 24 óra múlva 0,7 ng/ml körül. Az inj. itatása után a serum d. szint rohamosan emelkedett, 1 óra múlva közel 4 ng/ml koncentrációnál csúcserték, majd az iv. adás mód utánival csaknem azonos koncentráció csökkenés észlelhetõ. A tablettás készítmény lenyelése után serum d. csúcserték szintén 1 óra múlva látható, de ez csak közel 2 ng/ml koncentrációt jelent és a késõbbi idõpontokban is szignifikánsan alacsonyabb serum d. koncentrációkat mértek.

Az absorbeált gyógyszer mennyiségének jobb megítélését tette lehetővé az ürített d. gyûjtött vizeletbõl történt meghatározása, mert ez legalább 5 felezési idõn át vizsgálható. Eszerint az iv. adott d. 57%-a, az oralisan adott inj. 53%-a és a tablettás készítmény 40%-a választódott ki 10 nap alatt a vizeletben. Így az oralis oldathoz képest 25, az inj.-hoz képest 30%-kal rosszabb a tablettás d. absorptiója. Vizsgálataikban a d. biológiai felezési ideje hasonlóan az irodalmi adatokkal 1,8 nap (iv.), illetve 1,7 nap (per os).

5,8 felezési idõre kiterjedõ vizsgálataik alapján, melyben a malabsorptio lehetõségét eleve kizárták, bizonyították azt, hogy az iv. adott d. magasabb csúcserteket és a késõbbieken is magasabb serum d. szintet ad azonos dózis esetén. A gyûjtött vizeletben ürített d. meghatározás így jobb absorptió viszonyokat bizonyított. Tekintettel arra, hogy a nem infarctusos szívizom d. koncentrációja azonos a serumával, digitális intoxikáció elkerülésére, illetve hatásos terapiás digitális szint fenntartásának biztosítására szükségesnek tartják azt, hogy iv. és oralis d. kezelés bármely irányú átváltásakor úgy adják a d.-t, hogy a tablettás készítmény hatásossága hozzávetõleg 25%-kal gyengébb, mint az iv. injectióé.

Szabó Kornél dr.

Egy új antidiabeticum: a gliclazid. H. Bour és mtsai: Nouv. Presse Méd. 1974, 3, 249—251.

A szerzõk egy új oralis antidiabeticum, a gliclazid (1702 SE, védett neve: Diamicon) klinikai értékelését végezték. A készítmény az újabb szulfonilureákból kifejlesztett struktúra, melynek kísérleti adatok alapján a hypoglycaemizáló hatás mellett a diabetesre jellemzõ érelváltozások preventiójában is szerepet tulajdonítanak.

A szerzõk a készítményt 149 felnõttkori, nem inzulin-dependens cukorbeteg vizsgálták. A betegség kezdete a kezelés megindítása elõtt néhány hónaptól több mint 20 évig változott és a megelõzõ kezelés is igen különbözõ volt. A vizsgálati idõ 3 hónaptól több mint 12 hónapig tartott. Az értékelésnél igen jó eredménynek tartották ha az ého-

mi vércukor 130 mg% alatt maradt, glycosuria nem volt és a vércukor érték a nap folyamán nem haladta meg a 160 mg%-ot. Jó eredménynek tartották a 130 és 170 mg% közötti éhomi cukorértéket, és ha a 24 órás cukorúrtés mértéke nem haladta meg a 10 g-ot. Az éhomi vércukortól elõzõ kezeléssel a betegek 10,6%-át sikerült igen jól és 25,2%-át jól beállítani, míg a gliclazid kezelés alatt a betegek 52%-a bizonyult igen jól és 28%-a jól beállíthatónak. Ami a napközben mért vércukorértékek átlagai alapján történõ összehasonlítást illeti, gliclazid elõtt a betegek 26,8%-a volt jól beállítható és 19,5%-a volt igen jól beállítható, míg gliclazid hatására 28,3%-ban értek el jó és 54%-ban igen jó eredményt. A hypoglycaemizáló hatás teljes kialakulásáig általában 15 napos kezelésre van szükség, néha azonban 40 napig kellett várni az optimális hatás eléréséig.

A 74 kövér cukorbetegbõl 59-nek csökkent a testsúlya. A kezelés ideje alatt az ér komplikációk rosszabbodását nem észlelték és új ér-szövõdmény nem kezdõdött. 11 hypertoniás cukorbetegben a vérnyomás értékek csökkenését figyelték meg. Mellékhatást nem észleltek. Megfigyeléseik alapján az új készítményt igen hatásos antidiabeticumnak tartják, melynek szerepe lehet az angiopathia kezelésében is.

(Ref.: Az ismert szerzõk munkája kontroll-csoportok korszerû alkalmazásának hiányában nem nyújt meggyõzõ adatokat az új készítmény elõnyeirõl. A több mint egy éve Magyarországon több intézetben folyó cross-over módszerrel végzett vizsgálatok sem utalnak arra, hogy gliclazid a glybenciamidnál hatásosabb lenne. Az érkomplikációkra gyakorolt hatást illetõen a szerzõk jelen munkájukban nem számolnak be konkrét eredményrõl.)

Káldor Antal dr.

Béta-metildigoxin hatásadatainak meghatározása sodorkatéteres és „nem invazív” módszerekkel. Doering, W. és mtsai: Dtsch. med. Wschr. 1973, 98, 2274—2280.

A glikozida-hatás mennyiségi meghatározására törekedtek klinikai kísérleti módszerekkel. A négyéves vizsgálati idõszakban a következõ módszereket használták: 1. szívfrekvencia meghatározás (csak arrhythmia abs.-ban szenvedõkön került értékelésre), 2. a szív ciklus részidõinek mérése akut kísérletben. Elsõsorban a feszülési idõ az ún. „prejection period” (PEP) került értékelésre. 3. Perifériásan, ill. sodorkatéteren keresztül centralisan mérték a vénásnyomás változását ergometer terhelés után. 4. Pulmonalis arteriális, ill. kapillárisnyomás meghatározása sodorkatéteren keresztül. 5. Klinikai megfigyelés.

Egy-egy vitiumtól vagy cor pulmonale-tól eltekintve megfigyelése-

ket csak keringési elégtelenségben szenvedő koronariabetegeken végeztek legalább 14 napon át (145 beteg), ill. kísérleteiket (további 100 beteg).

Eredmények: 1. már 10 perc után kimutatható a hatás iv. injectio esetében az arrhythmia abs.-ban szenvedők szívfrekvencia csökkenésén. A terheléses vérnyomás csökken és ez maximumát kb. $\frac{1}{2}$ óra múlva éri el. A terheléses pulm. nyomás a beadás után 10–15 perccel mutatja a legnagyobb változást. 2. A hatás tartama — ugyancsak a frekvencia-csökkenésén és a terheléses vénás nyomás változásán mérve — 4–8 nap. 3. számított kiürülési hányados — ugyanezen módszerekkel ellenőrizve — közel 100%. Tehát iv. és p. os egyformán hatásos, veszteség nélkül szívódik fel. 5. Telítő adag — az intravasalis nyomásmérések megítélve — enyhe insuff. eseteiben átlag 1,22 mg, súlyos keringési elégtelenségben átlag 1,68 mg volt. 6. Fenntartó adag: a súlyos insuff. esetek 62%-ban 0,3 mg, 24%-ban 0,4 mg és 14%-ban 0,2 mg kellett a keringési egyensúly fenntartásához.

Mellékhatást az 502 egymást követő eset közül csak 28-ban észleltek. Ezt annak tulajdonítják, hogy általában csak az ún. középgyors telítés módszerét alkalmazták és, hogy a hatás beálltát klinikai megfigyelés és mérés útján állapították meg és nem a toxikus jelek észlelése révén. *Ghyzcy Kálmán dr.*

Idült asthmások orális prednison-kezelésének helyettesítése beclometazon aerosollal. Cameron, S. J. és mtsai (Northern General Hospital and University of Edinburgh): Brit. med. J. 1973, 4, 205–207.

A szerzők 20 chr. asthma bronchiales betegen — akik legalább 4 év óta, napi 7,5–15,0 mg prednisonot szedtek per os — kettős vak kísérletet végeztek. A betegek egyik fele az addigi kezelés mellett freongázos zsebporszorral egy erőlyes helyi hatású új szintetikus corticosteroidból — a beclometazon propionatból — napi $4 \times 100 \mu\text{g}$ -t lélegzett be, míg a kontrollcsoport 10 betege csak a freon-gázt. A prednison napi adagját 4 hetenként 1 mg-mal csökkentették, és a betegek klinikai állapotát (rohamok súlyossága, kisegítő salbutamol-beléggzések száma, FEV₁-érték változása stb.), valamint mellékvesekéreg-funkcióját rendszeresen ellenőrizték. A kísérletet a prednison adag nullára csökkentéséig igyekeztek folytatni, vagy addig, amíg a rohamok fokozódása miatt a kezelés megváltoztatására nem kényszerültek.

A beclometazont kapó 10 beteg napi prednison adagját általában 5,6 mg-mal, míg a kontrollkét csak 1,3 mg-mal tudták csökkenteni, ami statisztikailag szignifikáns különbséget jelent. A mellékvesekéreg működésének vizsgálatára a plasma

cortisol szintet határozták meg napjában többször is, és a tetracosactrin stimuláció hatását nézték. A kezelés megkezdésekor ezek mindkét csoportban jelentős hypofunkcióra utaltak. Ez a kísérlet folyamán mindazon esetekben javult, ahol a napi prednison adagot 5 mg alá tudták csökkenteni, de csak a beclometazonos csoport azon 2 esetében normalizálódott, akiknél a prednisonot teljesen el tudták hagyni. A kapott eredményeket részletesen elemzik és megállapítják, hogy a vizsgált gyógyszer beléggzése hatásosan csökkentheti — ritkán helyettesítheti is — az orális corticosteroid kezelést. A nagy egyéni variáció miatt az orális kezeléssel csak igen lassan, óvatosan szabad a fenti kezelésre áttérni, de ahol sikerül, ott hatásosan lehet megelőzni a corticosteroid-kezelés nemkívánatos mellékhatásait is. *Vargha Géza dr.*

Genetika

972 cytogenetikailag vizsgált Down-szindrómás értékelése Gardner, R. J. M. és mtsai (MRC Human Genetics Research Unit, Dunedin, New Zealand): New Zealand Medical Journal 1973, 78, 403–409.

1960 és 1972 között Új-Zélandban cytogenetikailag vizsgált 972 Down-kóros személy adatait elemezték a szerzők. Ez az anyag megfelel az országban az adott időszakban felismert csaknem valamennyi Down-szindrómásnak.

A 972 esetből 530 fiú és 442 leány, ill. nő volt. Az összes szülések számához viszonyítva a Down-kór gyakorisága kereken 1 ezreléknek adódott. Az anyai életkort tekintve fokozatos csökkenést figyeltek meg: míg 1960-ban a Down-kórosok anyjának 65%-a, addig 1971–72-ben csak 55%-a volt 30 évnél idősebb.

Cytogenetikailag 877 esetben „tisztá” trisomiát, 48 betegben mosaicismust, 6 alkalommal kettős aneuploidiat és pedig 21-trisomia + XXY, vagy XXX kombinációt, 3 esetben a Down-kórral nem összefüggő translocációt találtak. A translocációs Down-kórosok száma 38 volt, ebből négy család nyolc tagjában familiáris translocációra derült fény. A de novo translocációs betegek családjának vizsgálata azt mutatta, hogy ezek mind sporadikus esetek és a Down-szindróma ismétlődése ilyenkor nem valószínű.

Méhes Károly dr.

Down-szindróma Svédországban. Lindsjö, A. (Barnhalsövarde, S—631 88 Eskilstuna): Acta Paediat. Scand. 1974, 63, 571–576.

Az 1968–70 közötti három évben született Down-kórosok adatait gyűjtötték össze a szülészeti, gyermekgyógyászati és cytogenetikai intézmények segítségével.

Az adott időszakban összesen 330 859 élveszületés történt. Ebből

438 bizonyult Down-kórosnak, a frequentia tehát 1:755, azaz 1,32 ezrelék. 365 esetben végeztek chromosoma-vizsgálatot, ebből 336 (92,1%) „tisztá” trisomiás, 18 (4,9%) translocációs és 11 (3%) mozaik 21-trisomiás volt. Az anyák életkorának mediánja a Down-kóros esetekben 31 év, az átlagnépességben 25 év volt. A Down-kórosok anyjának 21%-a 40 évnél idősebb volt, míg az összes újszülöttek között ez az arány csak 1,6%. Ha figyelembe vesszük, hogy az anyák szülési életkora Svédországban az utóbbi években a fiatalabb kor felé tolódott, akkor ezek az értékek nagyjából megfelelnek a korábbi angliai és ausztráliai felmérések adatainak.

Méhes Károly dr.

Az epilepsia genetikai aspektusai. Hurst, L. A. (Dept. Psychiat. Univ., Johannesburg): South Afr. Med. J. 1974, 48, 603.

Az idiopathiás epilepsia genetikai vizsgálatának áttekintése során a szerző a monogénes, incomplett penetrantiájú autosomális domináns öröklődés mellett foglal állást. A genetikai tanácsadásban 1:10 ismétlődési rizikóval számol. A gyakorlatban azonban nem ezt az arányt nagy kockázatot, hanem a beteg klinikai állapotát, és különösen magatartási vonásait tekintve irányadónak a házasság és gyermekalkadás esélyeinek megítélésében.

Méhes Károly dr.

Korreláció a kiegyensúlyozott strukturális kromoszóma átrendeződések és az átlagosnál alacsonyabb értelmi szint között emberben. P. A. Jacobs (MRC Clinical and Cytogenetics Unit, Western General Hospital, Edinburgh): Nature, 1974, 249, 164–165.

Az eddigi — általánosan elfogadott szakvélemény szerint — a kiegyensúlyozott strukturális kromoszóma átrendeződések esetén klinikai tünetekkel nem kell számolni. Most azonban — úgy tűnik — ezt a nézetet revideálni kell. Edinburghban 1959–1972 között 33 533 személy perifériás vértényezetében vizsgálták meg a kromoszómákat. Ennek során 94 kiegyensúlyozott autosomális strukturális kromoszóma átrendeződést találtak. Ebből 38 centrikus fúzió (ún. Robertsonian translokáció), 47 reciprok translokáció és 9 pericentrikus inversio volt. 46 esetben mindkét szülő is vizsgálatra került és 34 esetben az ártalom örökletes volt. (16 esetben az apában, 18 esetben az anyában találták meg ugyanazt az ártalmat.) 12 esetben azonban „de novo” vagyis újképződésű kromoszóma rendellenességről, mutációról van szó. S kiderült, hogy ezek a mutások legnagyobb részét értelmileg visszamaradott személyek közül kerültek ki. Eszerint a kiegyensúlyozottnak tűnő translokációk esetében is számolni kell az értelmi fejlődés

visszamaradásával. A jelenség hátterében a) cytogenetikailag nem értékelhető kisebb fokú deletio, b) génmutáció vagy c) a klasszikus genetikából jól ismert pozíció effektus állhat. *Czeizel Endre dr.*

21-trisomiás anyák utódai. Van de Velde-Staquet és mtsai (Gyermekklinika, Lille): *Journal de Génétique Humaine* 1973, 21, 187—206.

Egy 17 éves 21-trisomiás Down-kóros leány 2500 g-os fiúgyermeket szült. A csecsemőt 8 hónapos korában jól fejlettnék találták, phenotypusa scrotalis hypospadiasisától eltekintve normális, karyotypusa 46,XY. A gyermek apja feltehetőleg a 21-trisomiás anya saját apja. Anyai ágon két Down-kóros unokatestvérre derült fény.

Az irodalomban ezzel együtt 21 Down-kóros nő 23 szüléséről számoltak be. Ebből 9 esetben mongoloid utód született. Érdekes, hogy az apa öt alkalommal az anyai nagyapa, egy esetben az anya fivére volt. További négy esetben mentális retardatio, egy-egy alkalommal epilepsia és alkoholizmus volt az apák diagnózisai. Az utódok nem aránya 1:1. *Méhes Károly dr.*

Humángenetika és egészségvédelem. Herrmann, L. Rothe, J. (Akademie für Ärztliche Fortbildung, DDR-1134 Berlin—Lichtenberg): *Z. ärztl. Fortbild.* 1974, 68, 453—456.

Az NDK-ban 1971-ben a perinatalis halálozás 10,47%-át, a késői csecsemőhalálozás 24,9%-át vele született rendellenességek okozták. Ugyanebben az évben a gyermek-és fiatakorúak között 385 455, azaz 54,5 ezrelék testi fogyatékos és 121 231, azaz 25,6 ezrelék mentális retardáltat tartottak nyilván, akiknek számottevő része genetikai okok miatt károsodhatott.

Ezek az adatok is indokolják, hogy a humángenetika eredményeit mielőbb a széles körű gyakorlatba ültessék át. Az öröklődő betegségek elleni küzdelemnek a genetikai fatalizmustól és a terápiás nihilizmustól egyaránt mentesnek kell lenni. Jó példa erre a phenylketonuria Guthrie-tesztel való szűrése, amelyet az NDK-ban az összes újszülöttek 97%-ára sikerült kiterjeszteni, s amelynek nyomán az érintetteket három centrumban eredményesen kezelik.

A genetikai egészségvédelem fő tényezői a következők: 1. Megfelelő diagnosztikai eljárásokra van szükség a genetikai ártalmak pontos felismerésére. 2. Rendelkezni kell a lehetséges terápiás módszerekkel. 3. A szülők, vagy más családtagok megfelelő felvilágosítását a házassági és szexuális tanácsadáson belül jól képzett orvos végezze. 4. Meg kell szervezni a tanácsadás területi beosztását, és biztosítani kell a kivizsgáláshoz és kezeléshez szükséges klinikai hátteret.

Mindezek megvalósításához kor-

szerű és egységes dokumentációt kell kidolgozni. A legfontosabb azonban, hogy kellő számú jól képzett szakember álljon rendelkezésre. Az NDK-ban az orvosi genetikuskok kiképzését és rendszeres továbbképzését a berlini Orvostovábbképző Akadémia szervezi.

Méhes Károly dr.

Transfusio

A hepatitis gyakoriságának vizsgálata klinikailag egészséges Australia antigen pozitív véradók. Eisenburg, J. és mtsai (Medizinische Klinik der Universität München, Path. Inst. und Blutpendezentrale München): *Klin. Wschr.* 1973, 51, 1143—1150.

Az Australia antigen (Au ag) kimutatására szolgáló eljárások rutin diagnosztikába történő bevezetése lehetővé tette, hogy mind több tünetmentes vírus hordozót kiiktassanak a véradók sorából, tovább csökkentve a post-transfusió hepatitis előfordulási arányát. Van ennek a kérdésnek azonban másik oldala is, nevezetesen vajon a tünetmentes antigén hordozóknál kimutatható-e májkárosodás, és ha igen milyen elbírálás alá essék. Az érintett véradók a normál népesség vírus-hordozó személyei, a vírusról pedig tudjuk, hogy a májbetegségek egész sorában játszik szerepet bizonyítottan vagy feltételezhetően az akut hepatitistól egészen a májcirrhosisig. Az irodalom ide vonatkozó adatai nem egyértelműek, a vizsgált esetek száma csekély, egyes felmérések szerint az Au ag pozitív véradók 0—38%-ában a májfunctió próbak kórosak. Ezeknél a véradóknál a máj finomabb szövettani vizsgálata a kóros elváltozások széles skáláját mutatta a jelentéktelen hepatitis utáni állapotól egészen a chronicus aggresszív hepatitisig.

A szerzők a müncheni véradó központ 7000 véradóját vizsgálták. A véradók anamnézisében hepatitis nem szerepelt, vérrrel vagy vérkészítménnyel sohasem kezelték őket, minden szempontból megfeleltek a véradókkal szemben támasztott követelményeknek. Au ag meghatározás során (ellen irányú elektroforézis + radioimmunoassay) 95 személy antigén pozitív volt, antitestet 86 véradóban tudtak kimutatni (valamennyien európai fehér emberek voltak, nagyvárosi környezetben éltek, átlagos életkoruk 28,5 év. Némek szerinti megoszlás: 80% férfi, 20% nő). Mind a 95 véradó klinikai és biokémiai kivizsgáláson vett részt, 62 véradón végeztek májbiopsziát. Kontrollként 21 Au ag negatív véradó szolgált, közülük 9-en történt kórszövettani vizsgálat.

A kórszövettani vizsgálat során talált elváltozásokat 4 csoportra osztották: 1. Florid hepatitis. 2. Enyhe aktív hepatitis, mely feltehetően visszafejlődő stádiumban levő florid hepatitis (morphologialag chro-

nikus persistáló forma sem zárható ki). 3. Nonspecifikus gyulladáson elváltozások, lehetséges módon hepatitis utáni állapot. 4. Fokális elrendeződésű maradvány-elváltozások, melyek bármely májkárosodás, így pl. hepatitis után is még évek múlva kimutathatók.

A 62 biopsiával vizsgált véradóból mindössze 13 mutatott teljesen normális májszöveti képet (21%), míg a fennmaradó 59 ilyen csoportosításban mutatott különböző kóros elváltozást: az 1. csoportba sorolható 10 véradó (16%), a 2-ba 9 (14%), 3-ba 18 (29%), a 4-be 12 (20%).

Az 1. csoportból 7 véradón kontroll májbiopsziát végeztek. 5 esetben a gyulladáson aktivitás csökkenését észlelték a lezajló akut hepatitisnek megfelelően, 1 véradó hepatitis utáni maradvány elváltozásokat mutatott, egyben a florid hepatitis képe változatlan volt. Ebből az 5 véradóból 3-on harmadszor is elvégezték a májbiopsziás vizsgálatot. Közülük 1 eset csekély maradvány tüneteket mutatott, mely megfelelt a csaknem teljesen gyógyult hepatitisnek, 1 esetben a fennálló elváltozás persistenciáját látták, míg a 3. véradó biopsziás képe igen kifejezett gyulladáson aktivitásra utalt, melyet újkeletű szubnák értékeltek. A 2. csoportban agresszív folyamatra utaló elváltozást nem láttak. Három későbbi kontroll biopszia 1 esetben jelentős javulást, 2 esetben változatlan képet adott. A 3. csoportból 2 véradón még közepes intenzitású májszírosodást is észleltek, a kép non-specifikus reaktív gyulladásnak, pl. toxikus-nutritív májkárosodás következményének felelt meg. A 4. csoportban 4 esetben észleltek májszírosodást.

Anyagukban rendkívül figyelemre méltó, hogy Au ag pozitív véradók 20%-ában histológiailag verifikálható fennálló vagy gyógyuló hepatitis találtak, további 43% pedig olyan szövettani elváltozásokat mutatott, mely lezajlott hepatitis lehetőségére utalt.

9 Au ag negatív véradó májbiopsziás képe a következő volt: 7 kóros elváltozás nélkül, 2 csekély zsíros infiltráció.

A klinikai kivizsgálás során 95 véradóból 38-on kóros májtapintási leletet kaptak, mindenekelőtt az 1. és 2. csoportból. Azokon a véradókon, akiken a máj szövettani kép minimális szövettani elváltozással járó fennálló vagy lezajlott hepatitiset verifikált, a biokémiai vizsgálati eredmények (ezen belül se. bi., SGPT, SGOT, alk. foszfat., cholinesterase, fehérje elektroforézis, immunglobulinok mennyiségi meghatározása, prothrombin idő) normális eredményt adott, korreláció tehát nem volt a fennálló májszöveti elváltozás és a májfunctió tesztek között. Azokon a véradókon azonban, akikben a szövettani kép florid vagy chronicus persistáló hepatitisre utalt, a májfunctió tesztek a májlaesio súlyosságától függetlenül kóros eredményeket adtak.

A szerzők anyagában 13 plasmapheresisre alkalmazott véradó is volt, akik hetente 500 ml plasmát adtak több hónapon keresztül. Ezekben a véradókban feltűnően elhúzódott a hepatitis gyógyulási ideje, illetve 6 esetben a kórfolyamat chronikus hepatitisre progrediált. 3 esetben észlelték a plasmapheresis eredményeként létrejött átmeneti hypogammaglobulinaemiát, ennek alapján feltételezik, hogy a plasmapheresis okozta immunhiányos állapot szerepet játszott az elhúzódó gyógyulás, illetve persistens hepatitis kialakulásában.

Bajtai Gábor dr.

Epstein—Barr-vírus elleni antitestek megjelenése vértransfusio után. O. Goetz, P. Peller, B. Weick (Universitäts-Kinderklinik, München): Dtsch. med. Wschr. 1974, 99, 448.

Nagyobb mennyiségű vértransfusiója után, 3–6 hét múlva a transfusiót kapott egyénekben mononucleosishoz hasonló lázzal, lymphadenitissel, splenomegaliával, néhány esetben hepatitiszrel és rubeolaszerű kiütéssel járó megbetegedés, a posttransfusió syndroma alakulhat ki. A vérképben atypusos lymphocyták találhatók. A Paul—Bunell-féle reakció majdnem mindig negatív. A betegség okozója legtöbbször a cytomegalo-vírus, Epstein—Barr-vírus (EBV) szintén előidézhet posttransfusió syndromát (Gerber P. et al.: Lancet 1969/ I. 593; Stevens, D. A. és T. W. Pry: J. med. Microbiol. 1971, 4, 13.)

A szerzők 4 és 69 év közötti, 118 szív-műtéten átesett, nagy mennyiségű vért kapott egyén savójában vizsgálták az EBV-sal szembeni ellenanyag jelenlétét műtét előtt és után. Feleletet kívántak kapni arra, hogy fennáll-e az EBV transfusióval történő átvitelének veszélye. Az EBV elleni antitestek kimutatása indirekt immunofluoreszcenciás módszerrel, EB₃-Burkitt-lymphoma sejtek alkalmazásával történt.

A betegeket három csoportba lehetett osztani:

1. Műtét előtti és utáni ellenanyagszint azonos volt 87 betegben. Ezek közül 28 egyének nem volt ellenanyaga a műtét előtt. A többiek savójában 1:10—1:80, illetve egy betegnek 1:1280 volt az ellenanyag títere.

2. Kilenc beteg műtét utáni ellenanyagtitere legalább négyszeresére emelkedett, majd csökkent. Ezek közül 5 esetben nem volt ellenanyag a műtét előtt.

3. Huszonkét beteg ellenanyagtitere legalább négyszeres vagy magasabb emelkedést mutatott műtét után és későbbi ellenőrzés alkalmával azonos szinten maradt. Ezek közül nem volt ellenanyaga 8 betegnek a műtét előtt.

A seronegativ betegek viszonylag nagy száma arra vezethető vissza, hogy nagy részük (48) 4—15 éves gyerek volt.

A vizsgált 118 eset egyikében sem

észlelték a posttransfusió syndromát.

A szerzők az EBV-sal szembeni ellenanyagszint változásokból arra a következtetésre jutottak, hogy 8 esetben biztosan, 5 esetben valószínű primer EBV fertőzés, 14 esetben újbóli fertőzés és 4 esetben pedig antitestek passzív átvitele történt nagy mennyiségű vértransfusiójaival. Ezen vizsgálatok arra utalnak, hogy nagy mennyiségű vértransfusiójaival nemcsak EBV elleni antitestek, hanem fertőzőképes virionok is juthatnak a recipiensbe. A fertőzés lefolyása a legtöbb esetben klinikailag tünetmentes.

Pusztai Rozália dr.

Vas substitúció véradóknál. I. A vashiány gyakorisága rendszeres véradók között. Keller, Th., Baumann, E., Bucher, U. (Hämatologische Zentrallabor des Inselspitals Bern und Blutspendezentrum der Sektion Bern—Mittelland des Schweizerischen Roten Kreuzes): Schweiz. med. Wschr. 1973, 103, 1592—1598.

400 ml vér levétele esetén a véradó szervezetéből kb. 200 mg vasat vonunk el. Ez a mennyiség a fiziologias napi veszteségnek ötven—százszorososa. Miután az egészséges felnőtt szervezet mintegy 500—1000 mg mobilizálható vasrezervvel rendelkezik, könnyen elképzelhető, hogy a véradások során elvesztett vas következményes vas deficitet okozna, ha kellő mennyiségű vas pótlásáról nem gondoskodnánk. Önként adódik a kérdés, vajon pótlódik-e és milyen gyorsasággal a véradás során elvesztett vas. A vas pótlást két faktor determinálja: 1. a táplálék vastartalma, 2. a vasabsorptio mértéke.

Verloop holland véradóknál napi 10—14 mg vas bevittelt tart optimálisnak, más országokban ennél alacsonyabb értékben (5—9 mg) állapították meg a kötelező napi felvételt. Ha az absorptio mértéke normális (< 15%), ezen utóbbi mennyiség a fiziologias veszteség pótlására (férfiaknál 0,5—1 mg, nőknél 0,7—2 mg) éppen, hogy elegendő. A különböző országokból közölt, egymástól eltérő adatok következménye, hogy mind a mai napig bizonytalanság uralkodik abban a kérdésben, hogy szükséges-e a folyamatos vas substitúció kezelése véradóknál. Eltérőek az adatok a véradók között előforduló vashiányos állapot gyakoriságát illetően. Seibold anyagában a női véradók 64%-ában praelatens vagy latens vashiány volt, manifest vashiányos anaemia 13,9%-ban fordult elő (Hb koncentráció 12,8 g¹⁰⁰/_l alatt). A férfi véradóknál ugyanez az arány 10% és 2%. Soulier szerint a véradó nők 9,2%-át kell anaemia miatt a véradásból kizárni. Ezen adatok arra készítették a szerzőket, hogy saját anyagukban (berni véradó központ) tanulmányozzák a kérdést és választ kapjanak arra, hogy 1. milyen

gyakorisággal található vashiány a svájci véradók között, 2. milyen praeventív intézkedések megtétele látszik szükségesnek.

26 hónapos vizsgálati periódusban 70 506 véradót vizsgáltak, közülük 553 egyént (0,78%) a további véradásokból kizártak 12,8 g¹⁰⁰/_l alatti Hb koncentráció miatt. A véradásból kizárt donorok több mint 90%-a nő volt. A szerzők azt találták, hogy az előzetes véradások száma nem befolyásolja a talált Hb koncentrációt sem a „normál” véradóknál, sem a vashiányos csoportban. A random populációban lényegesen gyakoribb az anaemia előfordulása, mint a véradók között. Az alacsonyabb Hb szint általános női praedominanciája véradóknál a nemek közötti különbséget tükrözi. A véradók jóval nagyobb részében kell számolni latens vashiánnyal (12,5—13,5% közötti Hb koncentráció, csökkent a plazma vas szint, alacsony transferrin telítettség, csökkent csontvelői vas-rezerv és emelkedett vas absorptio). A latens vashiányos állapot kialakulásában sem játszik azonban szerepet a megelőző véradások száma, illetve két véradás között eltelt idő, feltéve, hogy ezen utóbbi 3 hónapnál nem rövidebb.

A folyamatos vas substitúció hatását 169 véradón vizsgálták (40 férfi, 129 nő) 12,5—13,5 g¹⁰⁰/_l Hb koncentrációval. Megállapításuk szerint csak a véradók válogatott csoportjában van szükség vas kezelésre, elsősorban is azoknál, akiknél két véradás közötti idő-intervallum a feltüntetett optimális értéknél rövidebb: nőknél 6 hónap, férfiaknál 4 hónap.

Svédországi tapasztalatok bizonyítják, hogy a folyamatos vas substitúció évi 6 véradást tesz lehetővé, (8 hetes közti intervallummal), a szerzők anyagában ilyen rövid idő nem szerepelt a véradások között. Miután felmérésük azt bizonyította, hogy az ismételt véradások száma megfelelő időközlel nem felülös a Hb koncentráció csökkenéseért, egyéb kiváltó okok szerepét hangsúlyozzák: 1. menstruációs vérvesztés, 2. ismételt szülések, 3. felhívják a figyelmet a salicylát szerdes szerepére (4 × 600 mg/die acetylsalicylsav adása esetén több mint 1,5 ml vérvesztéssel számolhatunk a bétraktsuson keresztül naponta).

Ambrus Mária dr.

latrogen ártalmak

Kiterjedt neurologicali károsodás v. jugularis interna kanulálása után. Briscoe, C. E., Bushman, J. A., McDonald, W. I.: Brit. med. J., 1974, 1, 314.

A vena jugularis interna kanulálását általában biztonságos eljárás-ként tartják számon. Az eddig észlelt egyetlen idegrendszeri szövőd-mény a Horner-syndroma volt. A szerzők által ismertett esetben a

bal oldali nyaki sympathikus ideg, a IX., X., XI. és XII. agyidegek, valamint a C₂₋₄ elülső gyökök laesiója fordult elő a bal oldali jugularis interna kanülálása után.

64 éves férfibetegüket hólyagcarcinoma miatt műtetre készítették elő. A műtét előtti vizsgálatok során neurológiai eltérést nem észleltek. — Mivel a műtét alatt jelentős vérvesztésre lehetett számítani, a zavartalan vérpótlás és a vérkeringés ellenőrzésének biztosítására a bal oldali art. radialist, a jobb kar egyik vénáját és a bal v. jugularis internát kanülálták. Az utóbbihoz csatlakoztatták a centrális vénás nyomásmérőt, 5%-os dextrose oldat infúziójával. Műtét közben valóban jelentős volt a vérvesztés: pótlására vért, plasmát és dextránt adtak a karvénán keresztül, nyolc liter összmenyiségben. A jugularis venán át 100 ml 8,4%-os natrium bicarbonat oldatot és 10 ml 20%-os calcium chloridot adtak be, egyébként ezt a vénát műtét közben csak a CVNy ellenőrzésére használták. A postoperatív szakban azonban a transfúziót már a nyaki vénába adták, egészen másnapig, amikor a nyak nagymértékű duzzadását észleltek, s emiatt a kanült azonnal eltávolították.

A műtétet követő héten ileus lépett fel, ezért a beteg nem kapott folyadékot szájon át. Az orális folyadékadás megkezdésekor kiderült, hogy a beteg nehezen nyel, s ugyanakkor bal oldali Horner-szindrómát is észleltek. A következő héten további idegrendszeri elváltozások jelentkeztek: a IX., X., XI. és XII. agyideg, valamint a C₂₋₄ laesiója, bal oldalon. A 4. héten a beteg veseelégtelenség és bronchopneumonia következtében meghalt.

A boncolás és szövettani vizsgálat során a bal oldali nyaki izmok megvastagodását, az izomállományban necrotikus góccokat és hegeseést találtak, közvetlenül a v. jugularis interna alsó harmada mellett. A heges területen ejtett metszések izom-, zsír- és ideghalást mutattak ki, gyulladásszerű reakcióval, de bacterialis fertőzés jelei nélkül. A szöveti elhalások a v. jug. int. thrombotizált szakasza mentén helyezkedtek el. Vas maradványokat nem lehetett kimutatni, nagyobb haematoma tehát nem játszhatott szerepet a helyi szövődmények kialakulásában.

A károsodott idegek mind a v. jugularis interna közelében haladnak, ez érthetővé teszi együttes károsodásukat. Mivel a kanül bevezetésekor mechanikus sérülés lehetősége kizárható volt, bacterialis fertőzés vagy nagyobb haematoma jeleit szövettani vizsgálattal nem észlelték, legvalószínűbb a beadott gyógyszerek és folyadékok kémiai károsító hatása. A nyak duzzadása arra utal, hogy a kanül — legalábbis részben — kimoszódott a vénából, s a beadott szerek a nyaki szövetek közé jutva kémiai károsító hatást fejtettek ki. Ezt a feltevést alátámasztja az is, hogy a szövettani

vizsgálat során kristályokat találtak a vena környékén. A kristályokat ugyan nem sikerült felismerni, de a legvalószínűbb a mannitol vagy tetracyclin eredet.

A szerzők azt tanácsolják, hogy nyaki venákba lehetőleg ne adjunk gyógyszereket, ha a kanül korrekt helyzete a legkisebb mértékben is bizonytalan.

Molnár Edit dr.

Intravénás infúzió fertőzött dextróz oldattal. A devonporti incidens. Meers, P. D. és mtsai (Public Health Laboratory, Plymouth/GB): The Lancet, 1973, 2, № 7839. 1189—1192.

Egy gyártási sorozat 5%-os dextróz infúzió oldat hibás sterilizálásáról, elosztásáról és felhasználásáról számolnak be. Egy Liverpool közelében levő gyógyszerüzemben 4000 darabból álló dextróz infúzió sorozatot gyártottak, amelyből 600 palackot hibás autoklávban sterilizáltak. Ez a készülék nem légtelenített tökéletesen és a három rétegben elhelyezett palackok közül a legelső sor nem részesült a megfelelő hődózisban. Bakteriológiai ellenőrzésre a legfelső rétegből vettek mintát, ezért a sterilizálás hiányosságára nem derült időben fény. Az egész gyártási sorozatot felhasználásra kiadták, jöllehet a palackok egy része élő, főleg Gram-negatív baktérium törzseket tartalmazott. A gyári sorszámból nem lehetett megállapítani, hogy a 4000 palack közül melyeket sterilizáltak a hibás autoklávban. 1972-ben a plymouthi kórházba került ebből egy tétel.

A fertőzött palackok tartalmával kezelt postoperatív betegek súlyos acut endotoxin shock-állapotba kerültek és egyik-másik olyan rohamosan vált végtelenségűvé, hogy a halál okát alig lehetett megállapítani. Az észlelt tünetek részletes leírását is megadják.

A megmaradt palackok tartalmát megvizsgálták bakteriológiai szempontból és meghatározták az endotoxin aktivitásukat. Háromféle Gram-negatív baktérium törzs tagjait mutatták ki. Ezekkel tiszta 5%-os dextróz oldatot oltottak be és szobahőmérsékleten három hétig tartva 10⁷/ml csíraszámot lehetett találni, amely 11 hónap után 10⁴—10³/ml-re csökkent. Ezek a titerek megfeleltek a szennyezett palackokban találtaknak.

A szerzők zárszavukban többek közt azt javasolják, hogy minden infúzió és transfúzió elvégzése után, ha transfúziós reakciók lépnek fel, az oldat, vagy vér maradékából sürgős bakteriológiai vizsgálatot kell végezni, ezért a kiürült palackokat a bennük levő maradékkal ajánlatos átmenetileg megőrizni.

Fischer György dr.

A „szürke csecsemő”. Chloramphenicol toxicitás. T. Laxdal, J. Hallgrimsson: Archives of Diseases in Childhood, 1974, 49, 235—236.

1959 óta ismeretes, hogy néhány napos újszülöttnél Chlorocid terápia megkezdése után 36—48 órával súlyos toxikus tünetek jelentkezhetnek: haspuffadás, hányás, fokozódó szürkés cyanosis, szabálytalan légzés, hypothermia, vasomotor colapsus („grey baby” syndroma). A kezelés folytatása esetén a kimennel halálos, a gyógyszer kihagyása viszont gyors javulást eredményez. Az újszülött vérében magas serum chloramphenicol szint mutatható ki, mivel az éretlen májban a glucuronid conjugatio tökéletlen. A chlorocid ilyen toxikus mellékhatását eddig 2 hónapnál fiatalabb csecsemőkön írták le. A szerzők 25, 6 és 8 hónapos gyermekeken észlelték hasonló szövődményi fellépését.

Mindhárom beteg intravénásan kapta a chloramphenicolt, a napi adag 110, 90, ill. 100 mg volt testsúlykilogrammonként, ami az általában ajánlott adagot meghaladja. Májdysfunctióra utaló tünet előzőleg egyik gyermekem sem volt. A jellegzetes tünetek itt is másfél—két nappal a kezelés megkezdése után léptek fel. Az első gyermeknél az igen magas (mikrobiológiai módszerrel 40 µg/ml) serum chloramphenicol szint a kezelés abbahagyása után még két napig a terápiás határon belül volt. A chlorocid adás abbahagyása után mindhárom beteg 24—48 óra belül kifejezett javulás következett be.

A közlemény felhívja a figyelmet arra, hogy magasabb chloramphenicol adagok idősebb gyermekben is súlyos toxikus tüneteket eredményezhetnek, melyek félreismerése és a gyógyszer kihagyásának elmulasztása fatális következményekkel járhat.

Romhányi Imre dr.

Cytostaticumok adása után fellépő pneumonia. Schwartz, A., Sterba, J. (Pathol.-Anatom. Ints. Med. Fak. Karls-Universität in Plzen/CSSR): Zentralblatt für allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie 1973, 117, 535—542.

A malignus daganatok kezelésében az ötvenes évek kezdetétől alkalmazunk különféle összetételű cytostaticumokat. Közülük azonban számtalan klinikai és morfológiai elváltozásokat okoz: tüdőben és egyéb szervekben. A szerzők három leukaemiás betegben találtak meg ugyanazokat az elváltozásokat.

Az első, 43 éves beteg, chr. myeloid leukaemiában szenvedett. Myleran és Mylectan tbl.-kat kapott (Busulfannak felelnek meg.) A sectionál haemorrhagiát, bronchopneumoniát találtak. Második betegük Methothrexat, Vincristin kezelésben részesült. Súlyos tüdőelváltozásokat mutatott a sectio.

Harmadik betegük Mercaptopurint, Myelocytant kapott. Betegsége során bronchopulmonalis szövődmények léptek fel. Pleuralis és pulmonalis elváltozásokat észleltek a boncolásnál.

Mikroszkóposan mindhárom eset-

ben fibrotizáló interstitialis pneumoniát mutattak ki. A tüdőelváltozások a streptomycos verticillusból izolált Belomycin adása után fellépő elváltozásokkal egyeztek meg. A legtipikusabbak a busulfan adása után fellépő morfológiai elváltozások, amelyek keletkezésében az egyéni hajlamnak döntő szerepe van. Busulfan kezelés során a tüdőben és egyéb szervekben megjelenő sejt-atypiak jellemzőek. A bronchusokban az esetek 50%-ában megtalálhatók. Előfordultak májban, epeutakban, bélben, pancreasban, pajzsmirigyben, izzadságmirigyekben, húgyhólyagban, vesemedencében, mellékvesében, nyelőcsőben, bőrben, hypophysisban, az endometrium mirigyében, mellmirigyben. Sejtmag abnormitásokat találtak 5—8 hónapos kezelés után a méhnyakban, ahol a gyógyszer adásának megszüntetése után is megmaradt. Más szerzők észlelték újszülöttnél mikrocephaliát, akinek anyja terhessége alatt busulfánt és merkaptopurint szedett. Ezen kívül cornea elváltozást, szájpadahasadékokat, gonadypoplasiát, generalisált sejtgyobbodást állapítottak meg, ami a busulfan antimetotikus hatásának volt tulajdonítható. Microinvasiv cc.-t is megfigyeltek busulfan kezelés után a szeméremajkakon.

Elektronmikroszkópos megfigyelés szerint: a pneumocytá II. típusát érintik az elváltozások; metotrexat adása után ezekben mitosok lépnek fel.

Az oki-pathogenetikai mechanizmus nem világos. Kémiai alveolitistől lehet szó, allergiás pathomechanizmusról, produktív end-arteriolitistől. A szerzők ilyen elváltozásokat sohasem figyeltek meg az allergiás tüdőelváltozások különféle formáinál: pl. Löffler infiltr., Wegener granulomatosis, allergiás pneumonia, sclerodermia, haemosiderosis. Eseteikben az alveolus epithel protrahált károsodásával magyarázható az interstitialis fibrotizáló pneumonia.

Busulfan kezelés után leírtak bőrpigmentációt, mely hasonló az adrenocorticotrop insufficientiánál látotthoz. Előfordultak gastrointestinalis panaszok, hereatrophia, gynecomastia, ovarialis, endometrium atrophia (amenorrhoeával). A busulfan károsítja a chromosomákat. Egyik esetükben a myocardium toxoplasmosisát, a másikban herpetiform glosztitist állapítottak meg, a szervezet csökkent védekező képességének eredményeként, mely a haemoblastosis és cytostatikus therapia talán alakult ki.

A cytostaticumok előrelépést jelentenek a haemoblastosok kezelésében, de a tüdőelváltozások és egyéb mellékhatások figyelmeztetnek.

Csóka József dr.

A nitrofurantoin okozta acut pulmonalis syndroma. P. Lübbens, H. Djoulagic: Pädiatrische Praxis 1973, 4, 717—724.

A nitrofurantoin mellékhatásaként fellépő, jellegzetes tüdőtünetekkel járó acut reactiót 1962-ben Israel és Diamond írta le. A szerzők két saját megfigyelésük alapján ismertetik a tüneteket: a gyógyszer bevétele után néhány órával hidegrázás, láz kezdődik, melynek tetőfokán légszomj, tachypnoe, kínzó száraz köhögés, retrosternalis fájdalom, tachycardia, cyanosis, néha hányás és collapsus lép fel. A láz rendszerint 4 óra alatt éri el csúcspontját, és a tünetekkel együtt 12 órán belül megszűnik. A fizikális lelet nem jellemző: az alsó lebeny területében bronchitis zörejek hallhatók, a bőrön néha allergiás kiütés jelentkezik. A klinikai tünetekhez gyakran múlt jellegű rtg-elváltozás csatlakozik: hálózatos rajzolatfokozódás, finomfoltos, ill. kiterjedtebb árnyékoltság az alsó tüdőmezőkben. A vérben — főleg ismétlődő, ill. kiütéssel társuló esetben — eosinophilia mutatható ki, az allergiás bőrpróba pozitív, egyébként a laboratóriumi, légzésfunkciós értékek eltérést nem mutatnak.

Differenciál-diagnosztikai szempontból pneumonia, tüdőembolia, szívinfaretus, recidiváló esetben pedig bacterialis gócfertőzés gyanúja merülhet fel. A diagnózishoz a pontos anamnesis, az eosinophilia, ill. exanthema jelenléte segít. Iga-zolható nitrofurantoin —expositióval: felnőttön többnapos gyógyszer-szünet és lázmentesség után reggel orálisan adott 50 mg nitrofurantoin pozitív esetben a reactiót kiváltja.

A szerzők többsége szerint allergiás pathomechanizmusú reactio prognosisa jó. Therapiája a gyógyszer elhagyásából áll, néha steroidok alkalmazása válhat szükségessé.

Ezen az acut reactión kívül az irodalomban mintegy 20, — láztalanul kialakult, csak előrehaladott stádiumban felismert — nitrofurantoin okozta chronikus tüdőelváltozás is ismeretes. Ezekben biopsiával fibrosisba átmenő chronikus alveolitist találtak. Bár a gyógyszer elhagyása mind morfológiai, mind functionalis szempontból kifejezett javulást eredményez, előrehaladottabb esetekben még steroidokkal sem érhető el teljes restitutio, sőt a szerzők 71 éves férfibetegénél, — aki 8 hónapon át napi 150 mg nitrofurantoint szedett — a súlyos chronikus alveolitist és tüdőfibrosist hálalós kimenetelű volt.

Romhányi Imre dr.

Gastroentologia

A gyomor-candidosis összehasonlító gastrocam- és röntgen-vizsgálata. R. Bartelmess, O. Kunz (Städtisches Krankenhaus, München—Oberföhring): Der Radiologe 1973, 13, 388—393.

A szélesspectrumú antibiotikumok, steroidok és cytostaticumok elterjedése óta gyakoribbá váltak a

fakultatív kórokozóként ismert gombák okozta kórfolyamatok. Az emésztőrendszer felső szakaszán a soor csecsemőkben és legyengült öregekben egyébként sem ritkaság, de a cardia alatti szakaszon kevésbé fordul elő. A szerzők három gastritis candidosa esetet ismertettek részletesen. Ezek érdekessége, hogy tartós antibiotikus, cytostaticus vagy steroid kezelésben egyik betegük sem részesült. Egyiknek sem volt gyomorfekélye vagy rákja, sem pedig pylorus-stenosisa. Így semmi olyan tényező nem volt kimutatható, mely a gombás gyomormegbetegedés kialakulására praedispositiót jelenthetett volna.

Első betegük 67 é. n. Pyelonephritis, veseelégtelenség és hypertonia mellett gyomorpanaszok. A gyomornedv anacid. Gyomorröntgen az antrumban ételmaradékra és polypusokra gyanús kieséseket talált. A helyes kórismét a gastroscopos vizsgálat tisztázta.

Második betegük szintén 67 éves, férfi. Idült bronchitis és cor pulmonale mellett gyomorpanaszok. Röntgenvizsgálat az antrum kishajlati kontúrján ulceratióra gyanús, lapos, egyenetlen többletelődést talált. Malignus ulceratio gyanúja miatt végzett gastroscopia tisztázta a kórismét.

Harmadik betegük 63 éves férfi. Korábban gyomorrák gyanúja miatt próbálaparotomiát végeztek nála negatív eredménnyel. Nagy súlyvesztés miatt került ismét vizsgálatra. Pleuropneumoniát találtak, bronchoscopon át vett váladékból candida nem tenyésztett ki. Gyomorröntgen a corpusban és antrumban számos borsónyi-cseresznyéni kiesést mutatott. Gastroscopia tisztázta a kórismét, a kivett mintából candida nőtt ki. Felmerült ugyan a soor mellett rákos infiltratio gyanúja is, ezt azonban a további kórlefolyás kizárta.

Antimykotikus kezelés mindhárom esetben a gyomorváltozások gyógyulásához vezetett. A folyamat regressziója az ismételt gastroscopos vizsgálattal jól követhető volt.

A betegség felismerésében a röntgenvizsgálat szerepe másodlagos, képe polypust, carcinomát, ulceratiót utánozhat. Tisztázása és gyógyulásának ellenőrzése gastroscopiaival lehetséges.

Laczay András dr.

A giardia lamblia (lamblia intestinalis) klinikai jellegzetességei. H. Petersen (Laboratory of Gastroenterology, Dep. IX, Ullevaal Hospital Oslo/Norway): Acta Hepato-Gastroenterol. 1973, 20, 449—452.

A giardia lamblia (továbbiakban: g. l.) az emberi vékonybél felső szakaszában élősöködik. A patkóbél aspiratumában igen könnyen felismerhető, jellegzetes mozgása révén. Mobilis formában a székletben csak hasmenés esetén figyelhető meg, míg a formált székletben csak cys-

tái találhatóak. A fertőzöttség foka sok országban eléri a 3–6%-ot. A g. l. fakultatív parazita volta jól bizonyított, de klinikai jellegzetességeit eddig kellően nem definiálták.

Míg az atebrint hatásos gyógyszerként már 1937-ben bevezették, a g. l. pathogenitását illetően a vélemények igen különbözőek maradtak. Miután egészséges egyedekben is fellelhető, egyesek teljesen tagadták pathogenitását. Mások valamennyi társ-tünetért a parazitát tették felelőssé. A gastrointestinális állapotoknak egy egész sorát írták a g. l.-ra: nem utolsó sorban az allergiás manifestációkat, az intermittáló lázat, lymphocytosist, valamint az uveitist.

G. l. és hasmenés. A g. l. kétség kívül gyakrabban mutatható ki hasmenéses, mint egészséges egyedekből. Az a gyanú, hogy adott alkalommal oki összefüggés áll fenn hasmenés és g. l. fertőzés között, igen komoly támasza talált az eredményes kezeléssel beszámoló közleményekben. Komoly figyelmet érdemelnek az epidemiás giardiasisokról szóló beszámolók: angol szerzők egy gyermekközösségben észlelt fertőző hasmenés során számos gyermekben és felnőttben találtak g. l.-t. Több közlemény a g. l. fertőzés és az „utazók hasmenése” (traveler's diarrhea) közti összefüggésre hívja fel a figyelmet.

Nem teljesen tisztázott eddig az összefüggés a pepticus ulcussal, a pancreas és a vastag-belek betegségeivel.

Giardiasis tünetek: A g. l. által okozott hasmenés lehet acut és chronikus, folyamatos, vagy intermittáló, és évekig is tarthat. A széklet laza, vizes, gyakran nyálkás.

de sohasem véres. Gyakran változik hasmenés és székszorulás. Néha a széklet steatorrhocás jellegű. G. l.-val kapcsolatban malabsorptiót először 1939-ben, gyermekeken írtak le. Azóta mind gyermekekkel, mind felnőttekkel kapcsolatban ismételtlen beszámoltak ilyen tapasztalatokról. A széklet abnormitása g. l. fertőzésnek néha az egyetlen tünete lehet. Görcsös hasi fájdalom, étvágytalanság, gyengeség, puffadás, hányinger, hányás, gyakran társuló tünetek, főleg a betegség kezdeti fázisában. Gyermekeken jelentős súly, sőt növekedéscsökkenést is megfigyeltek. Néha láz jelentkezhet. Eosinophiliát ritkán találnak. A radiológiai vizsgálatok keretében dudoneitis és jejunitis jelei kerülhetnek felismerésre.

Utal a szerző Haas és munkatársa közleményére: nagyszámú, nem selectált populációt vizsgáltak meg, 700 személyt találtak g. l.-val fertőzöttnek, de csak minden negyedik személy észlelt a g. l.-ra visszavezethető valamilyen panaszt.

Delé László dr

Az éjszakai savsecretió gátlása egyszeri adag metiamide-dal nyombélfekélyben szenvedő betegekben. Milton-Thomson, G. J. és mtsai (Royal Naval Hospital, Plymouth and Medical Research Council Gastroenterology Unit, Central Middlesex Hospital, London NW 10 7 NS.): Lancet 1974, 1, 693–694.

Az éjszakai fájdalom a nyombélfekély gyakori és kellemetlen tünete. Valószínű, hogy keletkezése összefüggésben van a gyomorsav-elválasztás fokozódásával. Kimutat-

ták, hogy a metiamide, amely histamin H₂-receptor antagonist, egészségesekben csökkenti a gyomorsav secretiót.

A szerzők lefekvés előtt egyetlen adag, 400 mg metiamidot adtak be nyombélfekélyes betegeknek. 10 esetben a gyógyszer jelentősen csökkentette az éjszakai secretiót.

Közülük 8 beteg 1–6 órán át anacidá vált. Erősen szignifikánsan emelkedtek a pH értékek, ennek megfelelően esett a hydrogen-ion concentratio és 6 órán át alacsony maradt. 5 beteg gyomortartalmában öt órán át 5 feletti pH-t mértek. A plazma gastrin szint a kísérlet előtt normális volt és metiamide, illetőleg placebo után sem változott. 3 betegben vizsgálták a pepsin kiválasztást is, amely szintén csökkent. Mellékhatások nem jelentkeztek.

Ismeretes, hogy sem a napközben adott antacidák, sem az esti atropin, vagy az éjszakai tejivás és alkáliák nem csökkentik a fekélybetegek éjszakai savsecretióját. Első ízben sikerült olyan gyógyszert találni, amely lefekvés előtt adva — az éjszaka legnagyobb részében — szignifikánsan csökkenti a secretiót, és nem okoz semmiféle panaszt. Mindezek alapján érdekesnek látszik a metiamide hatását nyombélfekély kezelésében tovább vizsgálni.

(Ref.: Igen alapos, placebóval ellenőrzött és significantia számításal alátámasztott munka, így az eredmények nagyon értékesek. Miután a fekélybetegek kezelésének új megközelítéséről van szó, érdemes felfigyelni.) Preisich Péter dr.

Rövid határidővel, olcsón, szakszerűen vállaljuk

a ROVAROK és RÁGCSÁLÓK irtását

Szerződés esetén árengedmény!

„AGROTAP” Önálló Közös Vállalkozás. (Rovarirtó részleg)

Budapest XIV., Lumumba u. 209.

Telefon: 630-985.



SOMBREVIN

ÖSSZETÉTEL: 1 ampulla (10 ml) 0,5 g propanididumot és 2 g polyoxaethenum ricinoleicumot tartalmaz vizes oldatban.

HATÁS: Barbituratmentes, intravénásan alkalmazható, rövid hatástartamú narcoticum.

JAVALLATOK: Rövid ideig tartó fájdalmas eszközös, diagnosztikus vagy therapiás beavatkozások, ambulans sebészeti kisműtétek során alkalmazható, 4–15 perces időtartamra biztosít kielégítő mélységű narcosist. Hosszabb időt, tartósabb narcosist igénylő műtétek esetén a Sombrevin a narcosis bevezetésére, más narcoticumok potenciálására alkalmas.

injekció

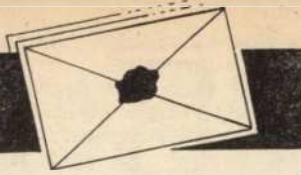
FIGYELMEZTETÉS: 4 éven aluli életkorban a Sombrevin injekció alkalmazása különös körültekintést igényel.

Szakrendelések a biztosítottak ellátására, nem a társadalombiztosítás terhére, hanem a pro ambulancia szerekre meghatározott módon szerezhetik be.

FORGALOMBA KERÜL: 5 × 10 ml ampulla 132,- Ft
50 × 10 ml ampulla 1300,- Ft



Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.



A XX/XXX mozaicizmusról és YY syndromáról.

T. Szerkesztőség! — *Trixler M., Kosztolányi Gy. és Méhes K.*: „XX/XXX mozaicizmus és YY syndroma két pszichiatriai eset kapcsán” című közleménye (Orv. Hetil., 1974, 115, 2807) tanulságos adatokat és megfigyeléseket tartalmaz a nemi kromoszóma rendellenességekre vonatkozóan. Két kiegészítést szeretnék fűzni közleményükhöz:

1. XX/XXX mozaik esetük megérősíteni látszik de Grouchy és mtsai 1961. évi klinikailag Stein—Leventhal-syndromás nőben közölt leírását. Barr és mtsai (1969) 101 postpubertalis tripla-X-es asszony közül még 2 esetben találtak Stein—Leventhal-syndromát. De ami még fontosabb, további 26 esetben — 12-ben súlyos — ovarialis dysfunctio fordult elő. A cytogenetikai és a klinikai kép ilyenfokú egybeesése nem lehet véletlen. Tehát XXX nemi kromoszómák — több mint egynegyedében — ovarialis dysfunctióval kell számolni.

[Az esetek többségében azonban normális havi vérzés jelentkezik és a fertilitás is megtartott. Barr és mtsai (1969) anyagában a 101 tripla-X-es nő közül 28 asszony 67 gyermeket szült. Közülük 29 gyermekben végezték el a kromoszóma-vizsgálatot és az elméletileg várt 50%-os rendellenesség arány helyett „csak” 5-ben (15,2%) észleltek kromoszóma aberrációt (3 XXY, 1—1 XX/XXX és XY/XXY).

A plusz X kromoszóma okozta ovarialis dysfunctio azonban némelykor — még mozaik állapotban is — a *reproductio* során is érezhető hatású. Erre utal Stenchever és Jarvis (1971) 1, Hsu és mtsai (1972) 2 és magunk 1 esete, amelyekben infertilitás jelentkezett. (ábra)

XX/XXX karyotipusú esetünk családfáját az 1. ábrán mutatjuk be. A 6 alkalommal, tehát habituálisan vetélő asszonyban (II/4) az anamnézis és nőgyógyászati kivizsgálás lényegében negatív. A szájnyalvákahártya sejtek Barr-test vizsgálatakor 80%-ban kettős női nemi kromatin fordult elő. A 16 karyotipizált sejt közül 6-ban 47,XXX karyotipust észleltünk. (Szomorú jogi vonatkozása esetünknek, hogy az orvos probanda — karyotipusának megismerése után — maga kérte a házasság felbontását, hogy férje új házasságban biztosíthassa a gyermekáldást.)

A tripla-X nemi kromoszómák tehát — még mozaik esetben is — nem ritkán hajlamosítanak ovarialis dysfunctióra, mely azután *infertilitás-*

ban is megnyilvánulhat. A klinikumban erre érdemes gondolni.

2. 1972—1973-ban a fővárosban 1364 értelmi fogyatékos komplex kóreredeti vizsgálatát végeztük el. Ennek során a férfi nemi kromatin (Y test) vizsgálatát éppen Méhes dr. és Kosztolányi dr., valamint Métneki Júlia végezte. Munkájuk színvonalát mi sem jellemzi jobban, mint hogy az általuk dupla Y-ra gyanúsak talált 25 gyermek közül 8 valóban YY-osnak bizonyult. Mivel hazánkban eddig csak 3 YY-os esetről számoltak be, és, mivel komplex vizsgálati adataink közlésére — az összes adat értékelésének időigényessége miatt — csak elég soká kerülhet sor, ehelyett bemutatom a 8 eset legfontosabb jellemzőit. (táblázat)

Az enyhébb értelmi fogyatékoság és a kifejezett — súlyos magatartási zavar tehát jellemzőnek mondható. Persze nem szabad feledni, hogy mintánk eleve értelmi fogyatékos, ill. kisegítő-iskolába utalt gyermekek közül került ki.

Czeizel Endre dr.

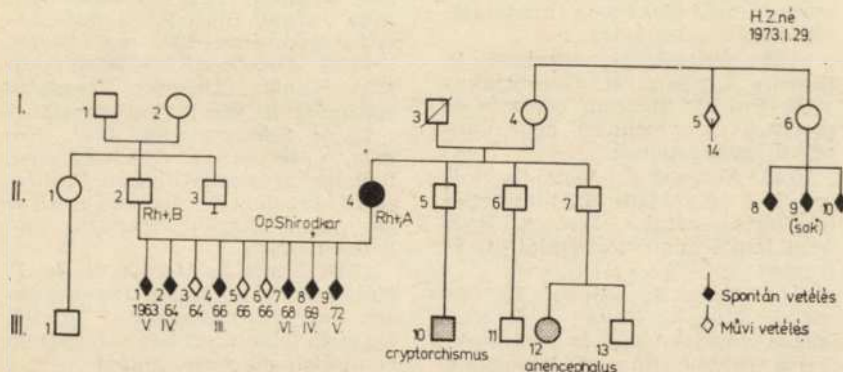
IRODALOM: Barr, M. L.: *Canad. Med. Ass. J.*, 1969, 101, 247. — De Grouchy, J. és mtsai: *Lancet*, 1961, ii, 777. — Hsu, L. Y. F. és mtsai: *Obstet. Gynec.*, 1972, 40, 98. — Stenchever, M. A. és Jarvis, J. A.: *Obstet. Gynec.*, 1971, 37, 83.

T. Szerkesztőség! Köszönettel fogadjuk Czeizel Endre dr. kiegészítését és nagyra becsüljük e szakterület jeles hazai képviselőjének értékelő sorait. Az XX,XXX mozaik esethez fűzött, az ovarialis dysfunctióra vonatkozó kiegészítések megítélésünk szerint értékes segítséget nyújtanak a chromosoma rendellenesség több irányú klinikai vonatkozásainak teljesebbé tételéhez. Az általa ismertetett eset is ebben a vonatkozásban nyújt további adalékot.

A fővárosban 1972—73-ban végzett imponálóan széles spektrumú vizsgálatok során talált 8 YY-syndromás eset előzetes bemutatása jól alátámasztja a YY-syndroma és a magatartászavar közötti összefüggést. Egyetértünk azzal az észrevétellel, hogy az értelmi fogyatékoság értékelésénél nem hagyható figyelmen kívül az a tény, hogy a vizsgálatok ilyen vonatkozásban szelektált beteganyagon történtek. Feltételezhetően a vizsgált betegek zöme gyermekkorától kezdődően intézetben nevelkedett; úgy éreztük, hogy nem volna érdektelen ennek a károsító szociális faktornak a figyelembe vétele a magatartási zavar kialakulása szempontjából. Mindenképpen indokoltnak tartjuk és nagy érdeklődéssel várjuk a szép esetek részletes elemzését.

Trixler Máttyás dr. és mtsai

Kód-szám	Karyotypus	IQ	Magatartási zavar	Megjegyzés
0406	46,XY/ 47,YYY	70	kifejezett	egypetjű ikerpár YY tehát XX-el társult
0422	47,YYY	65	súlyos	
0913	48,XXYY	45	enyhe	
1213	47,YYY	50	kifejezett	tulajdonképpen nem értelmi fogyatékos
1322	47,YYY	90	nem jelzett	
1403	46,XY/ 47,YYY	95	nem jelzett	tulajdonképpen nem értelmi fogyatékos
1454	46,XY/ 47,YYY	90	súlyos	tulajdonképpen nem értelmi fogyatékos
2816	46,YYY,D-, D-,t/DqDq/	85	kifejezett	YY tehát D/D centrikus fúzióval társult



A TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága 1975. április 14-én, du. 2 órára tűzte ki *Simkó Alfréd dr.*: „A haladott kor depressív psychés decompensatiójának psychopathologiai vizsgálata” c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA Nagytermében.

Az értekezés opponensei: *Huszár Ilona dr.*, az orvostudományok kandidátusa, *Vargha Miklós dr.*, az orvostudományok kandidátusa.

A TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága 1975. április 16-án, du. 2 órára tűzte ki *Zsadányi Ottó dr.*: „A pszichiatriai kezelési módok biológiai elemzése” című kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA Kistermében.

Az értekezés opponensei: *Magyar István dr.*, az orvostudományok kandidátusa, *Pataky István dr.*, az orvostudományok kandidátusa.

A TMB Elméleti Orvosi Szakbizottsága 1975. április 17-én, du. 2 órára tűzte ki *Kukorelli Tibor dr.*: „Az interocepció és az alvás kapcsolataról” c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA Kistermében.

Az értekezés opponensei: *Tomka Imre dr.*, az orvostudományok kandidátusa, *Ángyán Lajos dr.*, az orvostudományok kandidátusa.

A Magyar Leukaemia Munkacsoport, a Magyar Gyermekorvosok Társasága, a Magyar Haematologus Társaság és a Magyar Onkológusok Társasága, a Magyar Tudományos Akadémia Orvostudományi Osztálya részvételével Budapesten, a MTA Kongresszusi termében (I. Országház utca 30.)

1975. április 10—11-én

Nemzetközi Symposiumot rendez

Az akut leukaemiák kezeléséről.

Műsor:

Április 10., csütörtök

Elnök: *Eckhardt, S. J., Henderson, E.*

9.10: *Hollán, S. R.*: Megnyitó előadás.

9.20: *Astaldi, G.* (Tortona, Olaszország): A lymphocyták immunológiai szerepe leukaemiában. Referátum.

9.45: *Hollán S. R.* (Országos Haematológiai és Vértranszfúziós Intézet): A leukaemia immunológiai vonatkozásai. Referátum.

10.10: *Krepler, P., Kummer, M., Brunner, R., Pawlowsky, J., Pawlowsky, G., Eibl, M.* (St. Anna Kórház, Ludwig-Boltzmann Haematológiai Intézet; Bécsi Egyetem Immunológiai Intézete): Acut lympho-

blastos leukaemia immunológiai nyomon követése.

10.35: *Powles, R.* (Royal Marsden Kórház, Vérsajt Separator és Immuntherapiás Egység, Sutton, Surrey, Anglia): Az akut leukaemia immuntherapiája.

10.55: Szünet

Április 10., csütörtök

Elnök: *Lapis, K., Powles, R.*

11.20: *Zintl, F., Plenert, W.* (Jenai Egyetem Gyermekklinika): Az akut leukaemia immuntherapiája.

11.40: *Winterleitner, H., Knapp, W.* (St. Anna Kórház; Bécsi Egyetem Immunológiai Intézete): B- és T-sejt meghatározás acut lymphoid leukaemiában.

11.55: *Rella, W., Pawlowsky, J., Krepler, P.* (Bécsi Egyetem Tumorkutató Intézete; Ludwig-Boltzmann Haematológiai Intézet; St. Anna Kórház, Bécs): Immunológiai megfigyelések acut lymphoid leukaemiában.

12.10: *Szigeti R., Schuler D., Révész T., Gerő-Ferencci É., Zsuráffy, E.* (Semmelweis OTE II. Gyermek-klinika, Onkopathológiai Kutatóintézet és Zirzen Janka Szellemileg Fogyatékos Gyermek Iskolája, Bp.): Leukocyta migratio leukaemiával kapcsolatos antigének jelenlétében Down-szindrómás gyermekekben.

12.25: *Ninio, S.* (Any- és Gyermekvédelmi Központ, Szófia): Gyermekkori acut leukaemia immuntherapiája.

12.40: Szünet

Április 10., csütörtök

Elnök: *Véghelyi, P. V., Libansky, J.*

15.00: *Stobbe, H.* (Charité Egyetem I. sz. Belklinika, Berlin): Exogen faktor által indukált gyógyszerrezisztencia acut leukaemiában.

15.20: *Landbeck, G.* (Egyetemi Gyermekklinika, Hamburg): Acut lymphoblastos leukaemia és transformált lymphosarcoma savanyú foszfatase pozitivitással.

15.45: *Lutz, D., Stacher, A., Haist, B.* (Ludwig-Boltzmann Haematológiai Intézet, Bécs): Impulsus cytophotometriai leletek és a terapia megválasztása acut leukaemiában.

16.05: *Pawelsky, S.* (Haematológiai Intézet, Varsó): Impulsus cytophotometriai megfigyelések a felnőttkori acut leukaemia terapiájának szinkronizálására.

16.25: *Hrodek, O., Hyniová, H.* (Károly Egyetem, II. Gyermekklinika, Prága): Stádium beosztás és prognózis gyermekkori acut lymphoid leukaemiában.

16.45: *Natonek K., Szabó J., Hollán S. R.* (Országos Haematológiai és Vértranszfúziós Intézet, Bp.): Acut leukaemia cytochemiai osztályozása.

17.00: *Szabó J., Natonek K., Poros A., Mód A., Hollán S. R.* (Országos Haematológiai és Vértranszfúziós Intézet, Bp.): A leukaemia

klinikai lefolyása és a cytochemiai reakciók közötti összefüggés.

17.15: Szünet

Április 10., csütörtök

Elnök: *Gyenes Gy., Stobbe, H.*

17.40: *Péter Á.* (Semmelweis OTE I. Neurológiai Klinika): Malignus blast sejtek a liquor cerebrospinalisban.

17.55: *Kezic, J., Aleksandrovic, S., Békássy, A.* (Szerbiai Any- és Gyermek-egészségügyi Intézet, Belgrad): Kombinált chemotherapia és a központi idegrendszer besugárzása acut lymphoid leukaemia kezelésében.

18.10: *Rodé I., Sátor G.* (OTKI Oncoradiológiai Tanszék): Központi idegrendszer prophylacticus besugárzása.

18.25: *Virág I., Ilyés M., Katona Z., Turi S.* (Gyermekklinika, Szeged): Meningealis leukaemia preventiója: eredmények és problémák.

Április 11., péntek

Elnök: *Hollán S. R., Astaldi, G.*

9.00: *Henderson, E.* (Roswell Park Mem. Inst., Buffalo, N. Y.): Felnőttkori myelo- és lymphoblastos leukaemia kezelése.

9.25: *Eckhardt S., Hindy I., Farkas E.* (Országos Onkológiai Intézet, Bp.): Előzetes eredmények F-leurosin kezeléssel.

9.50: *Jacquillat, Cl.* (Haematológiai Kutatóintézet, Párizs): Tartós remissio acut leukaemiában.

10.15: *Libánsky, J.* (Vértranszfúziós és Haematológiai Intézet, Prága): Hosszan túlélő felnőttkori acut leukaemia.

10.40: *Smith, I.* (Royal Marsden Kórház, Sutton, Surrey, Anglia): Inductiv chemotherapia acut myeloid leukaemiában.

11.00: Szünet

Április 11., péntek

Elnök: *Schuler D., Jacquillat, Cl.*

11.25: *Hermansky, F.* (Károly Egyetem Belgyógyászati Klinika, Prága): Ritkábban előforduló myelosis kezelési problémái.

11.45: *Gráf, F.* (Semmelweis OTE II. Belklinika): Összehasonlító megfigyelések acut leukaemia kezelésében.

12.00: *Klener, P., Donner L.* (Károly Egyetem, Belgyógyászati Klinika, Prága): Blast leukaemiák kezelési eredményei 1934—1974 között.

12.20: *Fleischer, T.* (Belgyógyászati Klinika, Drezda): Therapiás eredmények összejt leukaemiában.

12.35: *Schwarzmeier, J. D., Honetz, N., Deutsch, E.* (Bécsi Egyetem I. Belgyógyászati Klinika): Therapiatív kinetikán és biochemiai parametereken alapuló therapia acut leukaemiában.

12.50: *Poros A., Mód A., Szabó J., Hollán S. R.* (Országos Haematológiai és Vértranszfúziós Intézet, Bp.): 45 felnőttkori acut leukaemia combinált chemotherapiája.

Április 11., péntek

Elnök: Gráf F., Landbeck, G.

15.00: v. d. Does—v. d. Berg, A. (Országos Leukaemia Munkacsoport, Hága): Előzetes eredmények két országos akut lymphoid leukaemia vizsgálatsorozatban Hollandiában.

15.20: Schuler D., Gálfi I., István L., Kassai P., Kemény P., Laub M., Romhányi J., Székely K., Velkey L., Virág I., Zimonyi I. (Magyar Gyermekleukaemia Terapiás Hálózat): Magyar Leukaemia Munkacsoport: eredmények és problémák.

15.40: Riehm, H. (Egyetemi Gyermekkorház, Nyugat-Berlin): A nyugat-berlini gyermekkori akut lymphoid leukaemia protocol: megjegyzések és eredmények.

16.00: Gürtler, R., Raderecht, Ch. (III. Belgyógyászati Klinika, Berlin-Buch): Felnőttkori akut leukaemia chemoterapiás kezelésének eredményei, különös tekintettel a COAP kombinációra.

16.20: Skotnicki, B., Aleksandrowicz, J. (III. Belgyógyászati Klinika, Krakó): (Fenntartva!)

16.40: Szűnet

Április 11., péntek

A sectio

Elnök: Kelemen E., Hermansky, F.

17.10: Schennetten, F. (Radiológiai Diagnostikai Intézet): Adjuvans hepato-therapia leukosisban.

17.25: Kemény P., Fogarassy I., Szokolai V., Marcell M. (Madarász u. Gyermekkorház, Bp.): Androgen származékok a leukaemia kezelésében.

17.40: Horváth A., Koós R., Zimonyi I., Kelemen I. (Simmelweis OTE II. Gyermekkorház és Heim Pál Gyermekkorház, Bp.): A leukaemia kombinált chemoterapiája és az intercurens infekciók.

17.55: Osváth, M., Jeney, A., Kovalsky, I., Schuler D. (Simmelweis OTE I. Kórbonctani Intézet és II. Gyermekkorház): Komplex chemoterapiás kezelés után exitált akut leukaemiás gyermekek pathológiai vizsgálata.

Április 11., péntek

B sectio

Elnök: Rák K., Donner, L.

17.10: Mód A., Poros A., Szabó J., Hollán S. R. (Országos Haematológiai és Vértranszfúziós Intézet, Bp.): Felnőttkori akut leukaemia komplikációinak differenciál diagnóza és kezelése.

17.25: Neuwirtová, R. (Károly Egyetem, III. Belgyógyászati Klinika, Prága): Különböző cytostaticumok hatása a leukocyta funkcióira.

17.50: Gerő Z., Hubay M. (Simmelweis OTE Gyermekkorház): Leukaemiás gyermekek magatartásmódja.

18.05: Polcz A., Sándor A. (Simmelweis OTE II. Gyermekkorház):

Psychológiai csoport-therapia leukaemiás betegeknek.

A symposium nyelve angol.

Vita minden előadás után.

A symposium részvételi díja hazai résztvevőknek 300,— Ft, mely összeg magában foglalja az április 9-én este 8 órakor a Budapest szállodában tartandó fogadás költségeit. A fogadás belépődíja hozzátartozók számára 120,— Ft.

Április 10-én és 11-én 13 órakor munkaebéd, a kongresszusi teremmel szemben levő Régi Országház étteremben. Az ebéd ára 60,— Ft.

Április 11-én pénteken este 8.30-kor bankett a Gellért Szállóban, melyen szívesen látjuk a résztvevők hozzátartozóit is. A bankett költsége itallal személyenként 200,— Ft.

A Fővárosi Tanács V. B. Észak-Buda Területvezető János Kórház Tudományos Bizottsága, Igazgatósága, Párt és Szakszervezeti Bizottsága 1975. április 17-én, csütörtökön délelőtt 9 órai kezdettel, a kórház tantermében (XII., Diósárok 1.) — hazánk felszabadulásának 30. évfordulója és az MSZMP XI. kongresszusának tiszteletére — **ünnepi tudományos ülést** rendez.

Program:

Ünnepi megnyitó: Takó József dr. főigazgató-főorvos.

Szinetár Ernő dr.: A psychotherapia iatrogen ártalmai (15 perc).

Sassy-Dobray Gábor dr., Nyiredy Géza dr.: Újabb szempontok a tüdőgyógyászatban (10 perc).

Wittman István dr.: Festékdoldatok alkalmazása az endoscopos diagnosztikában (10 perc).

Balázs Márta: A májbiopsia diagnosztikus értékéről (10 perc).

Peer Gyula dr., Gonda András dr., Sükösd László dr.: Destructiv csipőzületi folyamatok alloplastikus rehabilitációja (10 perc).

A „Pályázat” első helyezettjének előadása (5 perc).

Szűnet

Radó János dr.: Az új magyar synthetic human ACTH (Humactid₃₂ retard) kliniko-pharmacológiája (10 perc).

Götze Árpád dr.: Újszülött- és gyermekkori hallás-szűrővizsgálatainkról (10 perc).

Wabrosch Géza dr.: Különböző „hólyagpótló” műteteink 30 éves tapasztalatai és eredményei (10 perc).

Kiss Mariann dr., Koncz István dr.: Percutan lumbalis aortographiával nyert tapasztalatok (10 perc).

A „Pályázat” második helyezettjének előadása (5 perc).

Keszler Pál dr.: A bullosus tüdőemphysema műtéti kezelése (16 mm-es, színes, hangos film, 20 perc).

A Magyar Arteriosclerosis Társaság és az MTA Biológiai Társaság Gerontológiai Szakosztálya, 1975. április 17-én (csütörtök) 16 órakor, az Országos Traumatológiai Intézet előadótermében (VIII., Mező Imre út 17.)

tudományos ülést rendez.

Tárgy: Cerebrovascularis kórképek.

1. Szegedi László dr. (II. Neurológiai Klinika): Morphológiai változások cerebrovascularis kórképekben (20 perc).

2. Fornádi Ferenc dr. (Főv. István Kórház): Korai psychés változások cerebrovascularisban (20 perc).

3. Lakner Géza dr. (Orvostovábbképző Intézet): Cerebrovascularis kórképek sebészeti vonatkozásai (20 perc).

4. Hun Nándor dr. (Kh., Visegrád): Cerebrovascularis kórképek rehabilitációs kérdése (20 perc).

5. Virág Sándor dr. (Chinoi Gyógyszervegyészeti Gyár): Prostaglandin készítmények (E₁ és E₂) hatásának vizsgálata (20 perc).

A KGST Nemzetközi Nukleáris Műszerügyi Egyesülése, az Interatominstrument 1975. április 17. és 26. között szakosított kiállítást rendez Budapesten, a KGM Technika Házában (VIII., Rákóczi út 57.).

A kiállításon bemutatásra kerülnek a szocialista országok (Csehszlovákia, Lengyelország, NDK, Szovjetunió és hazánk) magfizikai termékei, többek között nukleáris orvosdiagnosztikai, valamint terápiás berendezések.

A Magyar Belgyógyász Társaság Dél-magyarországi Decentruma 1975. április 24—25-én Hódmezővásárhelyen, a Városi Zeneiskola nagytermében (November 7. tér 4.) kongresszust rendez.

1975. április 24.

9 órakor a kongresszus megnyitása.

Prof. Cserhádi István (II. Belklinika, Szeged): Az antibioticus therapia alapelvei és időszerű kérdései. Gergely Tibor, Hutter Károly, Deli László (Gyula): Coronaria őrző egység létesítése pavillon rendszerű kórház belosztályán.

Tiszai Aladár (Makó): A „senilis diabetes”-ről.

Szűnet

Gesztesi Tamás, Hajdu László (Kiskunhalas): A sinusosmögébetegedést követő dysrhythmiák klinikuma és terápiája.

Szabó Anna, Lovas Sándor, Mester János (Szentcsanak, Csongrád): Digitális és pitvar-kamrai blokk.

Hutter Károly, Gergely Tibor, Deli László (Gyula): Átmeneti pacemaker kezelés lehetőségei kórházi belosztály coronaria egységében.

Kiss Zoltán, Marosi György (I. Belklinika, Szeged): Antiarrhyth-

miás kezelés barium polysulphid mérgezésben.

Révész István, Lakos Antal (Orosháza): A cardiomyopathiákról, néhány esetünk kapcsán.

Hunyadi Ildikó, Kovács András, Bertók Éva, Lakatos László (Orosháza): Myocardialis infarctuson átesett betegek cukoranyagcsere vizsgálata per os tolbutamid próbával.

Csiszér Előd, Tiszai Aladár (Makó): Cholecystomegalia és diabetes mellitus.

Viski Anna, Szentgyörgyi Csaba (Békéscsaba): Diabetesez beteg thyreotoxicosisa.

Gombos Gyula (Szentes): Gondolatok 5 év 1000 mérgezési esetéről.

E b é d s z ü n e t

15.00 óra:

Marosi György, Kiss Zoltán, Nárai György, Csanády Miklós (I. és II. Belgyógyászati és Röntgenklinika, Szeged): A cava katherer lokalizálásának gyors, nem radiológiai módszere.

Cseuz Imre (Hódmezővásárhely): Tapasztalatok a peritonealis dialýsissel.

Czeplédi Ferenc, Perjési László (Orosháza): Egy resuscitációs kísérlet tanulságai.

15.30 óra: Kerekasztal-konferencia: *A szívelégtelenség kezelése.*

Moderátor: **Deli László** (Gyula).

Résztvevők: **Tisza Aladár** (Makó), **ifj. Borbola József** (Szeged), **Kiss Zoltán** (Szeged), **Sági István** (Szeged), **Mester János** (Csongrád).

Hozzászóló: **Kara József** (Gyula).

18 órakor vezetőségi ülés, utána társasvacsera a Béke szálloda éttermében.

1975. április 25.

9.00 óra:

Pepó János (I. Sebészeti Klinika, Szeged): Eredmények és lehetőségek a perifériás érbetegségek sebészeti kezelésében.

Winter Miklós (Hódmezővásárhely): Az akut alkoholos hepatitis és differenciál diagnosztikai problémái.

Döbrönte Zoltán, Nárai György (I. Belgyógyászati és Röntgenklinika, Szeged): Duodenoscopus retrograd cholangiographia.

Náfrádi József, Döbrönte Zoltán, Pap Ákos (I. Belgyógyászati Klinika, Szeged): A resectált gyomor endoscopus vizsgálatának jelentőségéről.

Páger Lajos (Hódmezővásárhely): Urgens gastroscopia gastrointestinalis vérzésekben.

Lábor János, Pocsai Gábor, Iványi János (Gyula): EKG-megfigyeléseink és tapasztalataink felső tápcsatornai endoscopus vizsgálatok kapcsán.

Bereti István (Parádfürdő): Bulboscopia (filmbemutató).

S z ü n e t

11.30 óra:

Krizsa Ferenc, Varga Gyula, Vezendi Klára, Cserhádi István (II.

Belgyógyászati Klinika, Szeged): Polycythaemia vera kezelésében szerzett tapasztalataink.

Kovács Aranka, Maurer Mária, Szabó Rezső (II. Belgyógyászati Klinika, Kórház, Szeged): A haemostasis vizsgálata gastrointestinalis vérzésekben.

F. Kiss Zsuzsa (II. Belgyógyászati Klinika, Szeged): Euglobulin lysis-idő hyperlipidaemiákban.

id. Borbola József, ifj. Borbola József (Békéscsaba és Gyógyszertani Intézet, Szeged): Adatok a lymphogranulomatosis kórelőzményéhez.

E b é d s z ü n e t

15.00 óra: Haematológiai betegbemutatók.

Sepp József, Tiszai Aladár (Makó): Malignus lymphoma kiterjedt intestinalis infiltrációval.

Kispál Mihály, Csipő László, Jaksa Erzsébet (Szentes): Agranulocytosisal járó mononucleosis infectiosa epilepsziás betegen.

Boros István, Tiszai Aladár (Makó): Akut leukaemia házaspáron.

Kovács László, Hörcher Andrea (Szeged): Disseminált tuberculosus aplasticus anaemia klinikai képében.

15.45 óra: Kerekasztal-konferencia: *A diétás kezelés korszerű elvei.*

Moderátor: **Szabó József** (Szeged).

Résztvevők: **Enyedi Erzsébet** (Hódmezővásárhely), **Füzessy Judit, Novaszél Ferenc, Sebők Zsuzsa, Szenohradszky Pálné, Varga Béla** (Szeged).

18.00 óra: A kongresszus bezárása.

Elszállással kapcsolatban igények bejelentését **Winter Miklós dr.** (6801 Hódmezővásárhely, Kórház) címére kérjük. Határidő: április 15.

Az Acut és chronikus cardiorespiratorikus insufficiencia diagnosztikája és terápiája tárgyú konferencia — belgyógyászok és tüdőgyógyászok részére — időpontja megváltozott (2 alkalommal, 4 óra).

Új időpont: IV. 19., V. 10. (szombat).

Előadás helye: Orvostovábbképző Intézet Kultúrterem, XIII., Szabolcs u. 35.)

A Győr megyei Kórház Sebészeti Osztálya, az Orvostovábbképző Intézet II. sz. Sebészeti Tanszéke közreműködésével 1975. április 21—30. között Győr, Megyei Kórház előadótermében (Zrínyi u. 13.)

Heveny hasi katasztrófák diagnosztikája és ellátása c. tanfolyamot rendez.

Program:

Április 21., hétfő, 10.00 óra

Megnyitó: **Kun Miklós dr., Horváth Ottó dr., Szántó Tibor dr.**

Heveny hasi kórképek általános diagnosztikája.

Előadó: **Szántó Tibor dr.**

Heveny hasi kórképek röntgen diagnosztikája.

Előadó: **Erdélyi Mihály dr.**

Belgyógyászati kórképek heveny hasi vonatkozásai. Belgyógyászati teendők heveny hasi műtétek előtt.

Előadó: **Láng László dr.**

Április 22., kedd, 8.00 óra

Heveny hasi kórképek anaesthesiológiai vonatkozásai.

Előadó: **Varga László dr.**

A periduralis anaesthesiológia alkalmazása heveny hasi kórképekben.

Előadó: **Tassonyi Edömér dr.**

Heveny hasi kórképekben végzett műtétek utáni intenzív terápiás teendők.

Előadó: **Varga László dr.**

Április 23., szerda, 8.00 óra

A feregnyulvány heveny gyulladása.

Előadó: **Boga Attila dr.**

Ileus pathomechanizmusa.

Előadó: **Petri Gábor dr.**

Az ileus diagnosztikája és terápiája.

Előadó: **Marton Tibor dr.**

Postoperatív állapotok heveny hasi vonatkozásai.

Előadó: **Mátrai Tamás dr.**

Április 24., csütörtök, 8.00 óra

Az epehólyag és epeutak heveny sebészeti megbetegedései.

Előadó: **Mátrai Tamás dr.**

A heveny pancreatitis.

Előadó: **Gunyhó Imre dr.**

Újabb szempontok a heveny pancreatitis diagnosztikájában és terápiában.

Előadó: **Bánki Ferenc dr.**

Urológiai kórképek heveny hasi vonatkozásai.

Előadó: **Szüle Endre dr.**

Április 25., péntek, 8.00 óra

A vastagbél és végbél heveny sebészeti megbetegedései.

Előadó: **Gunyhó Imre dr.**

Újabb műtéti lehetőségek a vastagbél tumorok okozta ileusoknál.

Előadó: **Ritter László dr.**

Portalis hypertensio okozta maszív vérzések sebészeti kezelése.

Előadó: **Szécsény Andor dr.**

Megbeszélés.

Április 26., szombat, 8.00 óra

Gastro-duodenalis ulcus okozta heveny kórképek.

Előadó: **Szilágyi János dr.**

A vékonybél heveny sebészeti megbetegedései.

Előadó: **Gunther Tamás dr.**

Konzultáció. Vezető: **Szántó Tibor dr.**

Április 28., hétfő, 8.00 óra

Trauma okozta heveny hasi kórképek.

Előadó: **Szabó Pál dr.**

Heveny hasi folyamatok a terhesség alatt, illetve nőgyógyászati kórképekben.

Előadó: **Metzl János dr.**

Heveny érelzáródás okozta heveny hasi kórképek.

Előadó: **Mátrai Tamás dr.**

Április 29., kedd, 8.30 óra

Kerekasztal-konferencia
Gastroduodenalis profus vérzések

Moderátor: **Kun Miklós dr.**

Résztevők: **Bánki Ferenc dr., Farkas Iván dr., Göblyös Péter dr., Jákó János dr., Lányi László dr., dr., Ritter László dr., Szántó Tibor dr., Szilágyi János dr., Varga László dr.**

Április 30., szerda, 8.30 óra

Kerekasztal-konferencia
Heveny hasi kórképek a törvényszéki orvos szemszögéből

Moderátor: **Kun Miklós dr.**

Résztevők: **Farkas Iván dr., Jákó János dr., Labancz Klára dr., Lengyel Endre dr., Mátrai Tamás dr., Szabó Árpád dr., Szilágyi János dr., Varga László dr.**

11.30 óra: Tanfolyamzáró megbeszélés.

A Magyar Gastroenterológiai Társaság 1975. május 8–10-ig rendezti Parádfürdőn, az állami Gyógyfürdőkórházban

XVIII. Naggyűlést.

Részletes műsor:

1975. május 8., csütörtök

Erkezés Parádfürdőre 9 óra 25 perckor autóbuzson, a menetrendszerű járat Budapest, Engels térről 6 óra 50 perckor indul.

10 óra 30 perc

A kongresszus megnyitása.

Főtéma: „Sürgős ellátást igénylő gastrointestinalis kórképek diagnosztikus és terápiás problémái”.

Symposium elnöke: **Hámori Artur.**

Moderátor: **Prónay Gábor.**

I. A gastrointestinalis tractus felső részének masszív vérzései.

1. **Hámori Artur** (Pécs, II. Belklinika): Történelmi visszapillantás (10 perc).

2. **Boros Mihály** (Szeged): I. Seb. klinika): A masszív vérzés meghatározása. A laboratóriumi diagnosztika legfontosabb mutatói (15 perc).

3. **Prónay Gábor** (Miskolc, Megyei Kórház): A masszív vérzések forrásai és gyakoriságuk (5 perc).

4. **Diagnosztikus lehetőségek a vérzésforrás felkutatásában:**

A) **Endoscopia;**

a) **Tooth Eva** (Föv. János Kh.): Az oesophagus és gyomor vérzései (10 perc).

b) **Solt István** (Pécs, II. Belklinika): A duodenum vérzései (10 perc).

B) **Radiológia;**

Sinkó Ottó (Pécs, Radiológiai Intézet) (10 perc).

5. **Konzervatív terápia:**

a) **Prónay Gábor** (Miskolc, Megyei Kórház): Intenzív belgyógyászati terápia (10 perc).

b) **Papp János** (Budapest, II. Belklinika): Endoscopos coagulálás és kapcsolhelyezés (5 perc).

c) **László Pál** (Föv. János Kórház): Polypectomia (endoscopos) (5 perc).

6. **Sebészeti terápia:**

a) Oesophagusvarixok ellátása.

b) **Széchenyi Andor** (Budapest, I. Sebészeti Klinika): Sebészi eljárások a gyomor és duodenum vérzésénél (20 perc).

7. **Velkey László** (Miskolc, Megyei Kórház): Csecsemők és gyermekek acut gastrointestinalis kórképe (10 perc).

8. **Felkért hozzászólók:**

Juhász László (Megyei Tüdőkórház, Miskolc), (3 perc).

Sarkadi G. (Orvostovábbképző Intézet II. Sebészeti Tanszék), (3 perc).

Tulassy Zsolt (Budapest, I. Belklinika), (3 perc).

Várkonyi Sándor (MÁV Kórház, Budapest), (3 perc).

Kubinyi Klára (Kaposvár, Kórház), (3 perc).

II. Acut pancreatitis problémái.

1. **Kun Miklós** (Orvostovábbképző Intézet, II. Sebészeti Tanszék): Diagnosztika és terápia nehézségei (20 perc).

2. **Felkért hozzászóló: Papp Ákos** (Szeged, I. Belklinika), (5 perc).

III. A máj-coma.

1. **Kisfaludy Sándor** (Budapest, I. Belklinika): A máj-coma diagnosztikája (10 perc).

2. **Szám István** (Föv. János Kórház): Konzervatív terápia (10 perc).

3. **Osvald Péter** (Föv. Tétényi úti Kórház): Sertésmáj perfusió (10 perc).

Összefoglaló: **Hámori Artur** (Pécs, II. Belgyógyászati Klinika) (10 perc).

14 órától 15 óráig ebéd.

15 óra 30 perctől 17 óráig

Főtémához csatlakozó előadások.

1. **Szentmiklósi László, Maráz Ferenc** (Kiskunhalas, Kórház): Masszív gastrointestinalis vérzések ellátása (5 perc).

2. **Gergely Rezső, Kenderessy Jenő** (Föv. János Kórház): Masszív gyomorvérzés kezelése vagotomiával (10 perc).

3. **Megyaszi Sándor, Weltner János, Pulya István, Darvas Katalin** (Budapest, I. Sebészeti Klinika): A sav-bázis és elektrolyt változások jelentősége masszív gastrointestinalis vérzések során (5 perc).

4. **Szabó László, Orbán László, Kovács Gábor** (Hatvan, Kórház): A gastroduodenális vérzések acut sebészi ellátása során jelentkező technikai problémákról (10 perc).

5. **Balogh István, Salamon Ferenc, Székely Miklós, Sawinszky Irén, Porochnavec Marietta** (Föv. János Kórház): Az óriás duodenális fekély radiológiai és klinikai problémái (5 perc).

6. **Simon László, Figus I. Albert,**

Bajtai Attila (Jászberény, Kórház, és Budapest, Orvostovábbképző Intézet): A perianalis vérzések colonoscopos diagnosztikája (5 perc).

7. **Ádám András, Szabó László, Orbán László** (Hatvan, Kórház): Nyombélfekély perforatio és vagotomia (5 perc).

8. **Csillag Antal, Drexler László** (Föv. János Kórház): A has punctio jelentősége az acut hasi kórképek diagnosztikájában (5 perc).

9. **Kupcsulik Péter, Darvas Katalin, Magyar Ambrus, Popik Ervin, Szily József** (Budapest, I. Sebészeti Klinika): A pancreatitis acuta sebészi kezeléséről (10 perc).

10. **Barda László, Pintér György, Kiss János, Vörös Attila, Györki János** (Budapest, Orvostovábbképző Intézet I. Sebészeti Tanszék): Az ultraacut pancreatitis sebészi kezelése (10 perc).

Vita 20 perc

Szünet 15 perc

17.15-től 19.30-ig:

Szabadon választott előadások

1. **Nagy Ferenc, Benedek Szabolcs, Szarvas Ferenc, Varró Vince** (Szeged I. Belklinika és Központi Laboratórium és Számítástechnika): Kérdőíves adatfelvétel gastroenterológiai betegekől számítógépes feldolgozásra (10 perc).

2. **Hölländer Erzsébet, Kiss Béla** (Budapest, Orvostovábbképző Intézet II. Belgyógyászati Tanszék): Hyposmolaris állapotok gastroenterológiai kórképekben (5 perc).

3. **Nógrádi Éva, Wittman István, Balázs Márta, Radó Júlia, László Pál, Balogh István** (Föv. János Kórház): Vízháztartás súlyos zavarával járó hormontermelő hasnyálmirigydaganat (Verner—Morrison syndroma) (10 perc).

4. **Gógl Árpád, Simon Kornél, Beró Tamás** (Pécs, I. Belgyógyászati Klinika): Menetrier-syndroma atypusos klinikai megjelenése (5 perc).

5. **Imre József, Gergely Mihály** (Szeged, I. Sebészeti Klinika): Az agastricus állapotról 150 észlelt eset kapcsán (10 perc).

6. **Rozsos István, Szántó András** (Kaposvár, Kórház, Veszprém, Kórház): Adat a szelektív sebészi elv megvalósításához a gyomor sebészetében (10 perc).

7. **Ilyés Sarolta, Székely Árpád** (Föv. Tanács Tétényi úti Kórház): Praeterminalis gyomor/nyombél/fekély előfordulása kórházi belosztályokon elhalt betegekben (5 perc).

8. **Berkovits László, Gál Júlia** (Föv. László Kórház): Vater papilla közeli duodenum diverticulitisek diagnosticus problémái (5 perc).

9. **Simonyi István, Kuti Gyula** (Budapest, Margit Kórház): Radiológiai megfigyelések acut vastagbél elzáródásban (5 perc).

10. **Rahóty Péter, Lászka György, Póka László, Radó János** (Országos Onkológiai Intézet): Többszörös colon és recetum daganatok synchron

és metachron előfordulásáról (5 perc).

11. Kovács Ágota, Szalay Ferenc, Büki Béla (Budapest, I. Belklinika): Direkt immunfluorescens vizsgálatok rectum-biopsiás anyagon (5 perc).

12. Littman Imre, Lakner Gábor, Sömjén György, Kiss J. (Budapest, Orvostovábbképző Intézet, I. Sebészeti Tanszék): A gastrointestinalis ischaemiáról (10 perc).

13. Sömjén György, Lakner Géza, Kiss János, Bedő Magdolna, Dworschák Ernő (Budapest, Orvostovábbképző Intézet, I. Sebészeti Tanszék): Kémiailag meghatározott összetételű táplálék — „elemi diéta” — alkalmazásának jelentősége a gyomor-bél tractus sebészi megbetegedéseiben (5 perc).

14. Balogh István, Decker Iván, Székely Miklós, Sawinsky Irén, Ravasz János (Főv. János Kórház—Rendelőintézet): Tévédési lehetőségek az ileus és perforatio diagnosztikájában (5 perc).

15. Keszler Pál, Buzna Endre (Főv. János Kórház): Nyelőcső perforatio (5 perc).

1975. május 9., péntek

Reggel 8 órától 8 óra 30 percig.
8 óra 30 perc:

Hetényi Géza Emlékelőadás

tartja Szarvas Ferenc: „Steroidhormon háztartás májcirrhosisban”.

A Magyar Gastroenterológiai Társaság 1974. évi tudományos díjainak kiosztása.

„Wolf Rózsa és Wolf Dénes jutalmazási alapítványának” kiosztása.

30 perc szünet

10 óra 30 perctől 11 óra 30 percig:

Külföldi résztvevők előadásai:

Petzold, H. (Lipce) A gastroenterológiai szakképesítés és továbbképzés az NDK-ban.

11 óra 30 perctől 13 óra 30 percig:
Szabadon választott előadások:

1. Bálint Tamás, Papp János, Tulassy Zsolt (Budapest, I. Belgyógyászati Klinika): Endoscopus polypectomia és „Big particle biopsy” (5 perc).

2. Simon László, Figus I. Albert, Bajtai Attila, Vaskó Istvánné (Jászberény, Kórház és Budapest, Orvostovábbképző Intézet Kórbontani és Kórszövettani Tanszék): Az exfoliatív és abrasios gyomorcytologia, valamint a célzott gyomorbiopsia eredményeinek összehasonlító klinikai értékelése (5 perc).

3. Figus I. Albert, Simon László, Bánki Gyula, Szabó Ilona, Bajtai Attila (Jászberény, Kórház és Budapest, Orvostovábbképző Intézet Kórbontani és Kórszövettani Tanszék): A gastrocama vizsgálatok helye az endoscopus diagnosztikában (5 perc).

4. Bereti István (Parádfürdő): GIF-P fiberduodenoskoppal végzett vizsgálataink tapasztalatai (5 perc).

5. Domján Lajos, Bruncsák András, Mecséri Ilona, Budai Sándor (Keckemét, Kórház): A progressiv

systemás sclerosis gastroenterológiai vonatkozásai (5 perc).

6. Pálfi István, Patkó András (Pest megyei Tanács Semmelweis Kórháza): A chr. pancreatitis kóriszmérésének lehetőségei endoscopos retrograd pancreatographiával (5 perc).

7. Farkas Iván, Deák József, Preisch Péter (Pest megyei Tanács Semmelweis Kórháza): Retrograd cholangiographia biliodigestiv anastomosisokban (5 perc).

8. Papp János, Bielawsky János, Homoki Ilona, Kollin Éva, Tulassy Zsolt (Budapest, I. Belklinika): Retrograd pancreatographia pancreas pseudococya esetén (5 perc).

Vita 20 perc

9. Kendrey Gábor, Szalka András, László Barnabás, Binder László, Hollós Iván (Főv. László Kórház): Intranuclearis particulumok immunosuppressiv kezelésben részesült beteg chronicus agressiv hepatitisében (5 perc).

10. Balázs Márta, Lukács Ferenc, Dénes János, Gorács Gyula (Főv. János Kórház, Apáthy Gyermek-kórház, Heim Pál Kórház): A cholangiodysplasiás pseudocirrhosisról (5 perc).

11. Józsa László, Somogyi Tamás, Timmer Margit, Fehér János (Orsz. Traumatológiai Intézet, Kállai Éva Kórház, III. Belklinika, Budapest): Morphológiai (hisztológiai, hisztokémiai és elektronmikroszkópos) vizsgálatok korai syphilis májváltozásában (10 perc).

12. Szalay Ferenc, Büki Béla, Papp János (Budapest, I. Belklinika): Antimitochondriális antitestek (AMA) diagnosztikus értéke icterusok elkülönítésében (5 perc).

13. Ruzsa Csaba, Gógl Árpád, Horváth Tünde, Simon Kornél, Pár Alajos (Pécs, I. Belgyógyászati Klinika): A brómszulphalein (BSP) kiválasztási maximumának változása májbetegségekben (5 perc).

14. Pár Alajos, Burger Tibor, Gógl Árpád, Jávör Tibor (Pécs, I. Belklinika): Vasforgalom chronicus hepatitisben (10 perc).

15. Farkas András, Molnár Lajos (XXI. ker. Tanács Kórháza): Hasi műtéteket kísérő portalis nyomásváltozások (5 perc).

16. Döbrenté Zoltán, Sohár István, Varga László, Varró Vince (Szeged, I. Belklinika): A gamma-glutamyl-transzpeptidase enzim vizsgálata máj-epeút betegségekben (5 perc).

17. Szeben Ágnes, Falus Miklós, Váradi András, Császár Gyula (Budapest, IV. ker. Tanács Szakorvosi Rendelőintézet, BMO): Ultrahang-vizsgálata májcirrhosisban (5 perc).

Vita 20 perc

14 órától 15 óráig: Ebéd.

15 óra 30 perctől 19 óráig:

Kerekasztal-konferencia:

„A gastroenterológiai képzés és továbbképzés módszertani és elvi kérdései”.

Moderator: Jávör Tibor (Pécs, I. Belklinika).

1. A gastroenterológusi szakvizsga.

2. Követelmények.

3. Módszertan.

4. Továbbképzés.

A kerekasztal-konferencia résztvevői:

1. Figus I. Albert. (Jászberényi Kórház).

2. Gimes Béla (Főv. Tanács Péterfy S. u. Kórház).

3. Juhász Jenő (Budapest, Orvostovábbképző Intézet Kórbontani és Kórszövettani Tanszék).

4. Kádár Tibor (Budapest, Orvostovábbképző Intézet).

5. Korányi György (Főv. Tanács Péterfy S. u. Kórház).

6. Magyar Imre (Budapest, I. Belklinika).

7. Prónay Gábor (Miskolc, Megyei Kórház).

8. Rubányi Pál (Budapest, I. Sebészeti Klinika).

9. Varró Vince (Szeged, I. Belklinika).

10. Wittman István (Főv. János Kórház).

20 órától 21 óráig: Vacsora.

21 óra 30 perc: Fogadás.

1975. május 10., szombat

Reggeli 8 órától 8 óra 30 percig.

8 óra 30 perctől:

„Tudományos Fórum”

1. Ormai Sándor, Papp Miklós, Varga László (Szeged I. Belklinika, Közp. Orvostudományi Kísérleti Intézet): A gastrin és gastrin C-terminalis octapeptidjének megoszlása a vérben és a nyirokban (5 perc).

2. Varga László, Náfrádi József, Tichy Béla, Varró Vince (Szeged, I. Belklinika): A gastrin C-terminalis pentapeptidjének enterohepatikus körforgása (5 perc).

3. Várkonyi Tibor, Varga László, Náfrádi József, Kozma Mária, Varró Vince (Szeged I. Belklinika): C₁₄-gyel jelzett pentagastrin autoradiographiás vizsgálata patkányban (5 perc).

4. Tárnok Ferenc, Jávör Tibor (Pécs, I. Belklinika): Coffein és alkalia hatása a serum gastrin szintre emberben (5 perc).

5. Mózsik Gyula, Vizi Ferenc, Kutas János (Pécs, I. Belklinika és I. Sebészeti Klinika): A corpus, antum és duodenum nyálkahártya sejtkémiai vizsgálata különböző basal secretios betegeken (5 perc).

6. Nagy Lajos, Szalay Mária, Póth Ilona, Mózsik Gyula (Pécs, I. Belklinika) Prostaglandin E₂ gyomorsecretiot befolyásoló hatásának vizsgálata a pylorus lekötött és antrictomizált patkányokban (5 perc).

7. Borsy József (Budapest, Gyógyszerkutató Intézet): Adatok a 2-pyridyl-thioacetamid hatásmechanizmusára vonatkozólag (5 perc).

8. Náfrádi József, Benedek Szabolcs, Varró Vince (Szeged, I. Belklinika és Számítástechnikai Központ): Ghosh-Lai patkány preparátum secretiós parametereinek biometriai analysise (5 perc).

9. *Sági István, Döbrente Zoltán, Varró Vince* (Szeged, II-I. Belklinika): Metiamid (selectiv H_2 -receptor blokkoló) hatása altatót kutya gyomorkeringésére (5 perc).

10. *Gógl Árpád, Ruzsa Csaba, Fischer Emil, Jávor Tibor* (Pécs I. Belklinika): Fenobarbital előkezelés hatása a a bengálvörös biliáris exkréciójára patkányban (5 perc).

11. *Simon Kornél, Gógl Árpád, Ruzsa Csaba, Gelencsér Márta, Jávor Tibor* (Pécs, I. Belklinika): A hazai steroidok hatása az epe kiválasztásra (5 perc).

12. *Kisfaludy Sándor, Abonyi M., Rózsás Zs.* (Budapest I. Belklinika): Az agy ammónia utilizáló enzimeinek változása krónikus ammónia intoxikációban (5 perc).

13. *Csalay László, Csákvári Gábor* (Budapest, Kórélettani Intézet): Epesav hatása a histamin rediffúziójára Shay-ulcusos állatokban (5 perc).

14. *Szeberényi Szabolcs, Frenkl Róbert* (Kőbányai Gyógyszerárugyár, TF Orvostudományi Tanszék): Izommunka hatása a máj cytochrom P-450 tartalmára patkányban (5 perc).

15. *Csákvári Gábor, Melicher Ferenc, Demeter Judit, Szatlóczky Ernő* (Budapest, Kórélettani Intézet és MÁV Tüdőszanatórium): Anticoncipientek hatása a pancreas exocrin funkciójára (5 perc).

16. *Fodor I., Folly G., J. Horváth E., P. Németh É., Papp M.* (MTA KOKI, Budapest, II. Sebészeti Klinika, Orsz. Fürdőügyi Intézet, Kórszövetség): A kísérletes heveny hasnyálmirigy-gyulladás glukagon kezeléséről (5 perc)

17. *Beró Tamás, Patakfalvi Al-*

bert, Jávor Tibor (Pécs. I. Belklinika): D-xylose felszívódás vizsgálata kombinált cytosztatikus kezelésben részesült betegekben (5 perc).

18. *Merenthaler István, Horváth Sándor, Rozsos István, Kovács Magdolna* (Pécs, Anatómiai Intézet, Kaposvár, Kórház): Nervus splanchnicus átmetszés és ganglion coeliacum kiirtás hatása a gyomorsav kiválasztására patkányban (5 perc).

15. *Ungváry György, Donáth Tibor, Bors Zsuzsa* (Orsz. Munka- és Üzemegészségügyi Intézet, Budapest, I. Anatómiai Intézet): Az intrahepatikus beidegzés megváltozása CCl_4 indukált cirrhotikus májban partialis hepatectomiát követően (5 perc).

20. *Serényi Pál* (Orsz. Traumatológiai Intézet): Splenopulmonalis parenchyma shunt fiatalkori cirrhotikus ascites kezelésére (5 perc).

A kongresszus bezárása.

14 órától 15 óráig: Ebéd.

Általános tudnivalók:

Részvételi díj: 100 Ft.

Vetíthető diaposzítívek nagysága 5×5 cm; kérjük a diaposzítíveket vetítésre alkalmas állásban a jobb felső sarokban sorszámozni. Csak műanyag keretbe foglalt diaposzítívek vetíthetők.

Hozzá tartozók részvételi díját nem fizetnek.

Lakás és ételmezés költsége a kongresszus időtartamára 480,— Ft. Egyetemi tanársegédek és gyakoronokok, valamint kórházi orvosok, segédorvosok és gyakoronokok 280,— Ft-ot fizetnek (a 200,— Ft különbözetet a Magyar Gastroenterológiai Társaság fedezi).

Az ellátási költség utazás nélkül értendő.

Részletfizetéseket a helyszínen lehet eszközölni.

Jelentkezés levélben az igények pontos megjelölésével (kísérő személyek száma), a Parádfürdői Állami Gyógyfürdőkórház Gazdasági Hivatalának küldendő *legkésőbb április 30-ig.*

Egyidejűleg kérjük a lakás és ételmezési díj pénzesutalványon való befizetését, mivel jelentkezést csak előre befizetett díj esetén vesszünk figyelembe. Lemondás esetén szállásdíjat nem térítünk.

A korlátozott elhelyezési lehetőségekre való tekintettel, kérjük a jelentkezési határidő pontos betartását, különösen ha családtag elhelyezését igénylik.

Gyermekek elhelyezését nem vállaljuk.

Közlekedés autóbusszal Budapest és Parádfürdő között, indulás május 8-án Budapest Engels térről 6 óra 40 perckor, érkezés Parádfürdőre, 9 óra 25 perckor.

Közlekedés személygépkocsival: Gyöngyös és Eger felé egyaránt elsőrendű úton.

Vissza indulás autóbusszal május 10-én Parádfürdőről 17 órakor, érkezés Budapest Engels térre: 19 óra 50 perckor.

A Medicina Könyvkiadó kiadásában 1975. február hónapban az alábbi egészségügyi szakkönyvek jelentek meg:

Radnóti Magda: A természet alapvonalai, 2. átdolg. kiadás, 76,— Ft.

Szabó Jenő: Ambuláns szájsebészet, 2. jav. kiadás, 73,— Ft.

FELHÍVÁS SZERZŐ-MUNKATÁRSAINKHOZ!

Az utóbbi időben mind gyakrabban tapasztaljuk, hogy szerző-munkatársaink közül sokan a kefelevonatok javítását pontatlanul végzik el. A szerzők felületes korrektori munkája miatt az utóbbi időben mind több és több hiba került az imprimatúrába. Pedig a hasáblevonatok pontos és gondos korrekciója elsősorban a szerzők érdeke és feladata. **A szerkesztőség és a nyomda a leggondosabb korrektúrát kéri munkatársaitól.** A gondosság feltételezi a dolgozat fejlécének, címének, ábráinak, táblázatainak stb. legalaposabb ellenőrzését, továbbá, ez utóbbiak szöveg közötti elhelyezésének megjelölését. Nyomatékosan felhívjuk a figyelmet az ábrák számozásának gondos ellenőrzésére. Kérjük továbbá szerző-munkatársainkat, hogy a kijavított kefelevonatot szíveskedjenek aláírni és ugyanott keltezéssel is ellátni.

Szerkesztőség

ELŐADÁSOK—ÜLÉSEK

Dátum	Hely	Időpont	Rendező	T á r g y
1975. április 10. csütörtök	Bajcsy-Zsilinszky Kórház tanácsterme X. Maglódi út 89.	délután 2 óra	Bajcsy-Zsilinszky Kórház Tudományos Bizottsága	Kerekasztal konferencia. Téma: <i>A szívbetegség műtéti kockázata</i> . Moderátor: <i>Kerkovits Gyula</i> . Résztevők: <i>Barankay András</i> , <i>Buday Géza</i> , <i>Mázsár Miklós</i> , <i>Sármán Pál</i> , <i>Tagányi Károly</i> , <i>Teszári Mária</i> .
1975. április 10. csütörtök	Nagykanizsa Ápolónőképző Iskola előadóterme	délután 2 óra	Megyei II. sz. Kórház- Rendelőintézet Tuda- ományos Bizottsága	1. <i>Csermely Ferenc</i> : A hepatogen diabetes. 2. <i>Sebestyén Miklós</i> : Törékvésein a területi cukorbetegségkezelésben. 3. <i>Ruszeurum Andrea</i> : A gyógyult pancreatitis utáni szénhidrát anyagcsere. 4. <i>Szakály Margit</i> : További tapasztalataink a tartós anticoagulans terápiával.
1975. április 10. csütörtök	Semmelweis-terem VIII. Szentkirályi u. 21.	délután 4 óra	Korányi Frigyes Tbc és Tüdőgyógyász Társaság	Üléselnök: <i>Szűcs Sándor</i> . 1. <i>Hádl É.</i> : Osztályunk betegforgalmi mutatóinak összehasonlító elemzése. 2. <i>Vasadi Á.</i> : Diagnosztikus nehézségeink primer krónikus pneumoniában. 3. <i>Somi-Kovács T.</i> , <i>Vörös J.-né</i> : A tüdőspilgiszisztisről.
1975. április 11. péntek	Szájsebészeti Klinika VIII. Mária u. 52.	déli 12 óra	Magyar Fogorvosok Egyesülete	1. <i>Rajki Judit</i> , <i>Benedek Erika</i> : 15 éve fennálló krónikus parotis (esetismertetés). 2. <i>László Jenő</i> : Periapicalis folyamatok társuló kiterjedt ostitis gyógyult esete. 3. <i>Gera István</i> , <i>Rigó Orsolya</i> : Gangraenosis glossitis ritka esete.
1975. április 11. péntek	MÁV Kórház könyvtárterme VI. Rudas L. u. 111.	délután ½1 óra	MÁV Kórház és Központi Rendelőintézet	1. <i>Küllői-Rhoder László</i> , <i>Wölfl József</i> : A cholesterosis sebészeti jelentősége. 2. <i>Telesi József</i> , <i>Jassó András</i> : Heveny has képében jelentkező idegentest perforáció. 3. <i>Hens Endre</i> : Pneumoretroperitoneummal kombinált iv. pyelographia haszna a hasi diagnosztikában. 4. <i>Wölfl József</i> : A keringő vérmennyiség mérésének klinikai vonatkozásai. 5. <i>Kenés László</i> : Dystopiás pancreás-szövet az emésztőtraktusban.
1975. április 14. hétfő	Debrecen Női Klinika tanterme	délután 2 óra	Debreceni Női Klinika	Téma: <i>A koraszüléshez vezető kóros méhműködés jelentősége szülészeti és gyermekgyógyászati gyakorlatunkban (szakreferátum)</i> . 1. <i>Lampé L.</i> : Bevezető. 2. <i>Deorácsék É.</i> : A koraszülöttek postnatalis problémái. 3. <i>Kecskés J.</i> : A koraszülött ellátás különleges feladatai a szülést követő hetekben. 4. <i>György J.</i> : A koraszülött késői sorsa, mentális fejlődése, neurológiai maradvány-tünetek. 5. <i>Pohánka Ó.</i> : A koraszülés epidemiológiája. 6. <i>Balogh B.</i> : A fenyegető koraszülés diagnosztikája, szűrővizsgálatok. 7. <i>Veres L.</i> , <i>Máté I.</i> : A gyógyszeres fájdalomcsillapítás lehetőségei. 8. <i>Szűcs G.</i> : A cerclage műtét szerepe a koraszülés elleni küzdelemben. 9. <i>Lampé L.</i> : Összefoglalás. (Meghívók igényelhetők: Pohánka Ó. 4012 Debrecen, Női Klinika)
1975. április 14. hétfő	Pécs OTE Közp. Épület II. sz. tanterme Szigeti út 12.	délután 5 óra	Pécsi Orvostudományi Egyetem Tudományos Szakcsoportja	1. <i>Pácsa Sándor</i> : Tumor-terápiában alkalmazott cytostaticumok hatásának mérése tenyésztett sejtekben (15 perc). 2. <i>Váry László</i> , <i>Kisbenedek László</i> , <i>Zana János</i> , <i>Hübler János</i> , <i>Balogh Ferenc</i> : Prostatárákos betegek catamnestikus vizsgálata (20 perc). 3. <i>Kovács Miklós</i> : Kísérlet az ejaculatio praecox Mellerillel (thioridazine) történő kezelésére (10 perc). 4. <i>Kovács Miklós</i> , <i>Parkovics Mária</i> : Adatok a lázas convulsiók genetikájához (15 perc).
1975. április 15. kedd	Országos Közegészség- ügyi Intézet nagy- tanterme, IX. Gyáli út 2-6. „A” épület	délután 2 óra	Országos Közegészség- ügyi Intézet	<i>Karasszon Dénes</i> : Állatok fertőző agyvelőgyulladásainak aktuális köz- és állategészségügyi kérdései.
1975. április 16. szerda	Márxizmus—Leninizmus Intézet IX. Hőgyes E. u. 5-7.	délután ¼4 óra	Semmelweis Orvostudo- mányi Egyetem Marxizmus—Leninizmus Intézet Speciális Kollégiuma	<i>Farkas László</i> : A személyiség lényegének freudi, heideggeri és marcusei értelmezése (előadás és konzultáció)
1975. április 17. csütörtök	Orvostovábbképző Intézet kultúrterme XIII. Szaboles u. 35.	délután ¼3 óra	Orvostovábbképző Intézet Tudományos Bizottsága	<i>Prof. Kun Miklós</i> : A II. sz. Sebészeti Tanszék tudományos munkásságának ismertetése.

Kiadja az Ifjúsági Lapkiadó Vállalat, 1374 Budapest VI., Révay u. 16. Megjelenik 15 000 példányban
A kiadásért felel Dr. Petrus György igazgató
Telefon: 116-660

MNB egyszámúszám: 69.915.272-46

Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető bármely postahivatalnál,
a Posta hírlapüzleteiben és a Posta Központi Hírlap Irodánál
(Budapest, V., József nádor tér 1., Postacím: 1900 Budapest)

közvetlenül, vagy átutalási postautalványon, valamint átutalással a PKHI MNB 215.96162 pénzforgalmi jelzőszámára

Szerkesztőség: 1363 Budapest, V., Münnich Ferenc u. 32. I. Telefon: 121-804, ha nem felel: 122-765
Előfizetési díj egy évre 216,- Ft, negyedévre 54,- Ft, egyes szám ára 4,50 Ft



75.0909 Athenaeum Nyomda, Budapest — Ives magasnyomás — Felelős vezető: Soproni Béla vezérigazgató

INDEX: 25 674

XAVIN

INJEKCIÓ ÉS TABLETTA

A Xavin mint haemokinator, a szív teljesítményének növelésével és a peripheriás ellenállás csökkentésével fokozza a peripheriás és az agyi vérkeringést, növeli a perctérfogatot. Csökkenti az emelkedett fibrinogénszintet azáltal, hogy serkenti a fibrinolysist. Szabályozza a cholesterolinszintet, javítja a collateralis keringést, a szöveti anyagcserét és a haemokinetikus hatást.

ÖSSZETTEL: Ampullánként (2 ml) 300 mg és tablettánként 150 mg Xantinolum nicotinicum (7-(2-hydroxy-3-(N-methyl-β-hydroxyaethylamino)-propyl)-theophyllinum nicotinicum) hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK: Arteriás és vénás peripheriás, valamint agyi vérkeringési zavarok. Endangiitis obliterans, peripheriás angiosclerosis, claudicatio intermittens, angiopathia, retinopathia és gangraena diabetica. Raynaud-kór, thrombosisok, emboliák. Sudeck-syndroma, ulcus cruris és egyéb tropnikus zavarok, thrombophlebitis, acrocyanosis, erythema induratum Bazin. Cerebroscclerosis, cervicalis syndroma, arteriitis temporalis, Menière-syndroma. Agyi vascularis lörténések esetén csak szakorvosi javaslat alapján.

ELLENJAVALLATOK: Ulcus ventriculi és duodeni, haemorrhagiás diathesis. Mitralstenosis fenyegető vagy kialakult jobbszív-elégtelenséggel. Labilis eredetű hypertonia esetében az injekció alkalmazásától tartózkodjunk, mert collapsushoz vezethet.

Más vérnyomáscsökkentők, különösen ganglionblokkolók és sympatholyticumok adagolását a kezelés megkezdése előtt abba kell hagyni, hogy a készítmény vérkeringést szabályozó hatását ne gátolják.

Ellenjavallt minden olyan gyógyszeres kombináció, amely a perfúziós nyomás csökkenésére vezetne.

ADAGOLÁS: Átlagos kezdeti adagja felnőtteknek naponta 2–3-szor 1 tablettá, amelyet kevés folyadékkal egészben kell lenyelni. Szükség esetén az átlagos adag naponta 3-szor 2–4 tablettára is növelhető, a beteg állapotának gondos ellenőrzésével. Későbbiek során a klinikai állapot javulásával, elégséges, ha a kezelést az egyénenként megállapított – naponta 2–3-szor 1 tablettá – fenntartó adaggal folytatjuk.

Heveny vérrellátási zavarok esetén az injekciós kezelést részesítjük előnyben. A kívánt hatás szükségességének megfelelően felnőtteknek naponta 1–3-szor 2 ml intramusculárisan, azonnali hatás elérésére intravénásan 1–2-szer, 2 ml igen lassú befecskendezéssel, lehetőleg fekvő helyzetben, majd naponta 1–3-szor 2 ml intramuscularisan.

Az injekciós kezeléssel elért eredményt az egyénenként megállapított fenntartó adagokkal (napi 2–3-szor 1 tabl.) hosszabb ideig biztosíthatjuk.

Az injekciós kezelés hatásának fokozására egyidejűleg naponta 3-szor 2 tablettát is adagolhatunk.

A tabletták bevétele vagy az injekciók befecskendezése után egyes esetekben az arcon, esetleg más testrészekben, a készítmény rövid ideig tartó, égő érzéssel járó kipirulást okozhat. Súlyos esetek klinikai kezelésére előnyösen alkalmazható a tartós cseppinfúzió, amikor 5-ször 2 ml-es ampulla tartalmát (1500 mg) 500 ml infúziós oldathoz elegyítjük. Az infúziós oldatot olyan percnkénti cseppszámmal infundáljuk, hogy legalább 3–4 órán át tartson. Az oldat elkészítésénél az aseptikus körülményekre szigorúan ügyeljünk.

CSOMAGOLÁS:

50 db à 0,15 g tablettá
200 db à 0,15 g tablettá
10 × 2 ml à 0,3 g ampulla
100 × 2 ml à 0,3 g ampulla

MEGJEGYZÉS: Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

CHINOIN

Gyógyszer- és Vegyészeti Termékek Gyára

Budapest IV., Tó utca 1–5.



DESOPIMON[®] tabletta
anorexigenicum

ÖSSZETTEL

Chlorphenterminum hydrochloricum 25 mg tablettánként.

JAVALLAT

Adipositas.

ELLENJAVALLAT

Kisvérköri hypertensio, cor pulmonale, glaucoma, hyperthyreosis. Terhes, valamint szoptató anyáknak nem adható, továbbá MAO-gátlókkal végzett kezeléssel egyidejűleg nem alkalmazható.

ADAGOLAS

Naponta 2-3 × 1 tabletta étkezés előtt, kalóriaszegény diéta mellett. A megfelelő hatás elérésére rendszerint napi 2 tabletta (reggel és délben) elegendő.

MELLEKHATÁS

Mydriasis, a szemelnyomás fokozódása, szájszárazság, nausea, obstipatio, diarrhoea, hási fájdalmak, nehézség a vizelet kezdetekor, fejfájás, urticaria, szédülés; kb. azonos arányban fordul elő álmatlanság, idegesség, valamint aluszékonyság és nyugtató hatás.

FIGYELMEZTETÉS

Szív- és érrendszeri megbetegedések, hypertonia esetén csak óvatosan és állandó orvosi felügyelet mellett alkalmazható.

Dekompenzált betegeket a Desopimon-kúra megkezdése előtt kompenzálni kell.

Bár a központi idegrendszeri hatása minimális, az érzelmileg labilis, gyógyszer-hozzászokásra hajlamos egyének kezelése fokozott orvosi felügyeletet igényel.

Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

50 tabl. 16,40 Ft

500 tabl. 139,- Ft

Egyt GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR



AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS
FOLYÓIRATA

ORVOSI HETILAP

116. ÉVFOLYAM 15. SZÁM 841—900 OLDAL

BUDAPEST, 1975. ÁPRILIS 13.

ELŐFIZETÉSI ÁRA 1 ÉVRE 216,— FT

EGYES PÉLDÁNY ÁRA 4,50 FT



MISCLERON kapszula

A Miscleron az esetek nagy részében csökkenti a vérlipidok – főleg a triglyceridek és cholesterolin – kórosan emelkedett szintjét.

Mivel hatását elsősorban az alacsony sűrűségű lipoproteinekre fejti ki, egyrészt elősegíti az atherosclerosisban kóros B/a lipoprotein arány normalizálását, másrészt a véralvadásban, ill. thrombusképződésben résztvevő tényezők (plasma fibrinogen, thrombocytá-tapadás, fibrinolitikus aktivitás) befolyásolásával a thrombosiskészséget csökkenti. Közvetlen szöveti hatását xanthomatosisban és diabeteses retinopathiában megfigyelt kedvező eredmények alátámasztják.

ÖSSZETÉTEL: Kapszulánként 250 mg Clofibratum (aethylum-a-(p-chlorphenoxy)-isobutyricum) hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK: Olyan betegségek, amelyekben a serumlipidek (cholesterin, trygliceridek) szintje kórosan megemelkedett. Ideértve elsősorban a következő betegségek hyperlipidaemiával járó eseteit: atherosclerosis (coronariascclerosis, cerebralis és peripherias arteriosclerosis), arteriopathia diabetica, valamint essentialis (familiaris) hyperlipidaemia, továbbá a serumlipid szintjétől függetlenül xanthomatosisban.

ELLENJAVALLATOK: Terhesség, valamint súlyosabb máj- és vesekárosodás esetén nem alkalmazható.

ADAGOLÁS: Átlagos adagja felnőtteknek naponta 3-szor 2–3 kapszula, étkezés után.

Mivel a véralvadásgátlók hatását fokozza, az esetleg egyidejűleg alkalmazott anticoagulans készítmény adagját ajánlatos a Miscleron kezelés megkezdésekor a felére csökkenteni és a továbbiakban a szükséges adagot újból meghatározni.

MELLEKHATÁSOK: Szórványosan előforduló nemkívánatos mellékhatások (gyomorpanaszok, enyhe hányinger, esetleg hányás vagy hasmenés) csak átmenetiek.

Bőrtünetekben megnyilvánuló túlérzékenységi jelenségek (bőrviszketés, esetleg exanthema) a kezelés megszakítása nélkül is megszűnnek.

FIGYELMEZTETÉS! A Miscleron kezelés alatt a serumlipidszint rendszeres (a beállítás után kb. 4 hét múlva, majd 2–3 havonkénti) ellenőrzése szükséges.

Az epeelválasztás zavaraiiban túlzott vérlipidszint-emelkedést okozhat, melyre a kezelésnél külön figyelmet kell fordítani.

CSOMAGOLÁS:

50 db à 0,25 g gyöngykapszula	31,80 Ft
250 db à 0,25 g gyöngykapszula	153,- Ft

MEGJEGYZÉS: Társadalombiztosítás terhére hypercholesterinaemiában és hyperglyceridaemiában szenvedő betegek xanthomatosisa esetén, idiopathiás familiaris hyperlipidaemiában, diabeteses betegek lipaemiás exsudatív retinopathiája esetén, infarctuson átesett hypercholesterinaemiás vagy hypertriglyceridaemiás betegek részére rendelhető, csakis fekvőbeteg-gyógyintézetben történt kivizsgálás és beállítás alapján.

A vényt két példányban („másolat”-tal) kell kiállítani.

A vényt fel kell tüntetni a javaslatot adó fekvőbeteg-gyógyintézetet és a javaslat keltét. A fekvőbeteg-gyógyintézet javaslata 6 hónapig érvényes. A gyógyszer további rendelése csakis újabb fekvőbeteg-gyógyintézeti vizsgálat és javaslat alapján történhet.



CHINOÏN BUDAPEST

ORVOSI HETILAP

AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:
MARKUSOVSKY LAJOS
1857-ben

*

Szerkesztő bizottság:
ALFÖLDY ZOLTÁN DR.
BRAUN PÁL DR.
DARABOS PÁL DR.
FISCHER ANTAL DR.
HIRSCHLER IMRE DR.
LENART GYÖRGY DR.
SZÁNTÓ GYÖRGY DR.

*

Felelős szerkesztő:
TRENCSÉNI TIBOR DR.

*

Munkatársak:
PAPP MIKLÓS DR.
GIACINTO MIKLÓS DR.
BTAGE ZSUZSANNA DR.
WALSA RÓBERT DR.
BUDA BÉLA DR.
HONTI JÓZSEF DR.

*

116. ÉVFOLYAM

*

15. SZÁM

*

1975. ÁPRILIS 13.

TARTALOMJEGYZÉK

Balogh József dr.:
Cytomegalovírus kutatás eredményei
a klinikus szemszögéből 843

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Kisszékelyi Ödön dr.:
Drogfogyasztás középiskolások körében 846

Utry Etelka dr. és Frenkl Róbert dr.:
Rendszeres testedzés hatása
a vestibularis apparatus működésére 849

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Vas György dr., Keszthelyi Péter dr.
és Kárpáti Zoltán dr.:
70 éven felüli betegek műtéteivel
szerzett tapasztalataink 852

Katona Ferenc dr. és Berényi Marianne dr.:
Húgyhólyagbénulások intravesicalis,
transurethralis electrotherapiája 854

THERAPIÁS KÖZLEMÉNYEK

Sebestény Miklós dr., Papp Sándor dr.,
Szabó Imre dr., Soltész Lajos dr.
és Mogan István dr.:
A thoracalis sympathektomia
késői eredményei különböző kórképekben ... 857

RITKA KÓRKÉPEK

Tátrai József dr., Kovács Gábor dr.,
Papp Piroska dr., Berta Mihály dr.,
Fráter Loránd dr. és Sonkodi István dr.:
Submentális diffúz arterio-venosus
aneurysma 859

KAZUISZTIKA

Gunyhó Imre dr. és Kéki Miklós dr.:
Spontán kialakult és műtéttel megoldott
cholecho-ventricularis sipoly 863

Síró Béla dr., Szokol Miklós dr.,
Zajác Magdolna dr. és Pap Uzonka dr.:
A chronicus lymphoid leukaemia
társulása más daganatokkal 865

MÓDSZERTANI LEVÉL

Az Országos Sebészeti Intézet
Szakmai Kollégiumának állásfoglalása
a drainezésről 868

Folyóiratreferátumok 871
Levelek a szerkesztőhöz 885
Könyvismertetés 887
Hírek 890
Pályázati hirdetések 892, 898
Előadások, ülések 900

SOMBREVIN

ÖSSZETÉTEL: 1 ampulla (10 ml) 0,5 g propanididumot és 2 g polyoxaethenum ricinoleinicumot tartalmaz vizes oldatban.

HATÁS: Barbituratmentes, intravénásan alkalmazható, rövid hatástartamú narcoticum.

JAVALLATOK: Rövid ideig tartó fájdalmas eszközös, diagnosztikus vagy therapiás beavatkozások, ambulans sebészeti kisműtétek során alkalmazható, 4–15 perces időtartamra biztosít kielégítő mélységű narcosist. Hosszabb időt, tartósabb narcosist igénylő műtétek esetén a Sombrevin a narcosis bevezetésére, más narcoticumok potenciálására alkalmas.

injekció

FIGYELMEZTETÉS: 4 éven aluli életkorban a Sombrevin injekció alkalmazása különös körültekintést igényel.

Szakrendelések a biztosítottak ellátására, nem a társadalombiztosítás terhére, hanem a pro ambulancia szerekre meghatározott módon szerezhetik be.

FORGALOMBA KERUL: 5 × 10 ml ampulla 132,- Ft
50 × 10 ml ampulla 1300,- Ft



Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.

Cytomegalovírus-kutatás eredményei

a klinikus szemszögéből

(Irodalmi referátum)

Balogh József dr.

A hatvanas évekig megismert herpesvírusok (HV) jól definiálható infectiós kórképeket hoznak létre. Újabb ismereteink szerint nemcsak a fertőző megbetegedések kialakításában van szerepük, hanem feltehetően cancerogen hatással is rendelkeznek (1). Ez a feltételezés állatok daganatos megbetegedésében már bizonyítást is nyert.

A HV csoporton belül az utóbbi 10 esztendőben egyre nagyobb szerepet tulajdonítanak a cytomegalovírusoknak (CMV). Ezt az érdeklődést elsősorban az indokolja, hogy a bizonyítottan általa okozott megbetegedések és a felismert subklinikus fertőzöttségek száma egyre nő. Kimutatták, hogy acut infectián kívül, bizonyos körülmények között a latens vagy persistens CMV infectió aktiválódhat, és létrehozza a manifest congenitalis, a juvenilis chronicus, a felnőttkori CMV háttérű mononucleosis vagy a postperfusió syndromát. Elgondolkodtató, hogy az immunosuppressiv terápiában részesített beteganyagnál 6–8-szor gyakrabban lehet észlelni a malignus lymphoproliferatív kórképeket, egyidejű CMV ürítés fennállása mellett.

A legutóbbi idők közleményeiben már — bár számos aggály felmerülésével — a CMV infectio prophylaxisa is napirendre került.

A CMV infectióval való foglalkozást az is indokolja, hogy Magyarországon eddig erről átfogó irodalmi összefoglalás nem jelent meg.

A CMV-ok zárt egységet alkotnak és jól elkülönülnek a HV csoporton belül. Az emberi CMV-okat *Smith K. O.* és *Rasmussen L.* írták le elsőnek (2). A felismert állati CMV-ok száma is egyre nő (3).

A vírus capsidája icosahedrális, 162 capsomerje van. Általában laza burok veszi körül. Gazdaszövet specificitása nagy fokú, csak humán embrionalis fibroblaston szaporodik. A többi herpesvírussal szemben jellemző sajátossága a kifejezetten lassú növekedés. Jellemző intranuclearis és cytoplasmaticus zárványt hoz létre in vivo és szövetkultúrán is. A humán és egyes majom CMV törzsek közötti rokonság ismert. Az eddig izolált humán törzsek között jelentős serológiai heterogeni-

tás észlelhető. Ez elsősorban a kereszt-neutralisációs testben jelentkezik a Davis, az Ad 169 és a C87 törzsek között. Ezzel szemben nagyon hasonló módon reagál a complementfixációs (CF) testben valamennyi törzs.

Epidemiológia. Pathogenesis

A szerzők többségének vizsgálati eredményeiből arra a következtetésre lehet jutni, hogy a vírus a felső légutakban szaporodik, a lymphoid szövetekben telepszik meg és az utóbbiban termelődő lymphocytákba zártan szóródik, kimutatható viræmia nélkül (4, 5, 6, 7, 8). Ha a vírus egyszer a szervezetbe kerül, hosszú ideig képes megbújni a nyálmirigy acinusaiban és a vese tubulusaiban, keringő ellenanyagok jelenlétében is (9). Felvetik a lehetőséget, hogy fiatal korban a vírus a vesékben is replikálódhat (9). *Evans B. J.* (10) kiemelte a fertőzés generalisatiójában, a chronicus vírusürítés kialakulásában és az inapparens fertőzések reaktiválódásában az immunsystema károsodásának jelentőségét.

Ha a vírus szaporodását, a szervezetben való szétáramlását, a vizelettel, nyállal, tejjel, cervixváladékkal való ürülését figyelembe vesszük, értékes epidemiológiai következtetésekhez juthatunk (11, 12, 13, 14, 15, 16, 17). A terhesség alatt bekövetkezett fertőzést congenitális transplacentális magzati infectio követheti. Az anyai vírusürítés lehetővé teszi a maternális ellenanyagok szintjének csökkentése után az első postnatális infectio kialakulását (11, 12, 13, 18, 19). A fertőzött újszülött hosszú hónapokig képes tünetmentes vírusürítésre. A későbbi életévekben a szoros gyermekközösség, a rossz szociális helyzet teremti meg az infectio lehetőségét (20). A fiatal felnőttkorban a csökkel való terjedés mellett komolyan számításba kell venni a fertőzés sexuális úton történő terjedését is (16).

Serológiai felmérő vizsgálatok eredményei is igazolták, hogy a fertőzöttség legnagyobb mérvű az újszülöttkorban, a kisgyermekkorban és a 15–30 évesek között (11, 12, 21, 22).

Toghill P. J. (23, 24) az elsők között számolt be a CMV infectio transfúzióval történő, arteficiális terjesztéséről.

Klinikai kórformák

A terhesek között a friss CMV infectio 1–2 százalékban fordul elő (25, 26), ennek megfelel a 0,6–2,5% közötti intrauterin infectio-gyakoriság (18, 27, 28), de az anyai primaer infectiót nem szükségképpen követi a magzati fertőződés (19, 28). 3000 szülésre általában 1 súlyos magzati fertőzöttség esik (29). Az intrauterin életben elszennvedett CMV infectio a vírus tünetmentes ürítését, manifest zárványtest-betegséget vagy magzati halált okozhat.

A súlyos congenitális zárványtest-betegség tünetei röviddel a születés után jelentkeznek. A leggyakoribb kórjelek: icterus, thrombocytopeniás purpura, haemolyticus anaemia, hepatosplenomegalia, neonatális hepatitis, agyi károsodás, peri-

ventricularis calcificatio és microcephalia (29, 30). Szívfejlődési zavarok és egyéb abnormitások (pl. szellemi retardatio) létrejöttében is szerepet tulajdonítanak a kórokozónak (29, 30, 31, 32).

Gyakran a hepatosplenomegália mellett a korán fellépő icterus a vezető tünet. A sárgaság már a születés utáni első napon kialakul és persistál heteken, néha hónapokon át. Az icterus obstrukciós jellegű. Máj-biopsiás vizsgálattal zsíros degeneratio, multifocális necrosis, interstitialis és periportalis diffus, polymorph magvú és kereksejtes infiltratio, kifejezett epeangásos jelek és extramedullaris haemopoeticus góccok mutathatók ki. Fatális esetekben kiterjedt fibrosist és biliáris atresiát találtak (19). A súlyos icterus és szöveti laesiók ellenére az elváltozások reversibilisek is lehetnek, amit a túlélők biopsiás leletei bizonyítanak. A cong. zárványtest-betegségben a prognosist az agyi károsodás mértéke határozza meg.

A maternális ellenanyagok elvesztése után, kb. $\frac{1}{2}$ éves kortól, az infectiók újra halmozottan jelentkeznek. A tünetmentes vírusürítőkön gyakran észlelhető hepatosplenomegalia és kóros máj-functióra utaló laboratóriumi eltérés (11, 18, 20), melynek alapján felvetik a vírus esetleges szerepét a gyermekkori chronicus májbetegségek pathogenesisében.

A *transfusióban részesített* betegeken 2–4 hetes lappangás után „posttransfusiósyndroma” kialakulását észlelték (23, 33, 34). Láz, hepatosplenomegalia, maculopapulosus kiütés, típusos mononuclearis vérvérkép, ismételt negatív Paul-Bunnell-reactio, kóros máj-functió próba, esetenként icterus utalt a syndromára (24). Néha a vérvérkép normális, vagy a hepatitiszes vérvérkép-elváltozáshoz hasonló. 1500 ml vér transfusióját követően, főleg ha ez több donortól származik, 5–10%-ban várható a syndroma kialakulása. Friss vér adása fokozza, már 24 órás tárolás is csökkenti a vér infectivitását (35).

Az ellentmondó virusisolálási eredmények alapján (5, 6, 7, 22) felmerül az a lehetőség, hogy a posttransfusiósyndromás beteg eleve vírus-hordozó és a tünetsoport kialakulását a transfusio hatására bekövetkezett reactivatio eredményezi. Elméletileg az is lehetséges, hogy a recipiens szervezet a vírus számára kedvezőbb milieu, mint a szövetkultúra, és ez magyarázná a virusmentesnek talált vér adása utáni megbetegedést.

A *CMV mononucleosis* gyermekeken és főleg a 30 év körüli felnőtteken fordul elő „atypusos mirigyláz” formájában (18, 36). A betegség étvágytalansággal, hányingerrel, hányással, sötét vizelet-ürítéssel kezdődik, utánozva a hepatitis infectióját. Megkülönbözteti ettől a 2–4 hétig tartó láz, az icterus mérsékelt foka és a típusos vérvérkép-elváltozás. Eleinte és néha később is csak lymphocytosis jelentkezik. Ezt követően az abszolút vagy relativ lymphocytosissal együtt jelentős mértékű mononuclearis sejtszaporulat észlelhető. A tarka vérvérkép esetenként a 2–3. héten lép csak fel, és mindig több héten át fennáll. Nem látunk gyulladásgaratképleteket és nyirokcsomó-megnagyobbodás sem kíséri a betegséget. Hepatosplenomegalia nem jellemzője a kórképnek, de máj-functió

zavar mindig fennáll. Icterus fellépte sem szokványos, de ha kialakul, akkor sem kifejezett és 2–3 hét alatt lezajlik. Általában véglegesen gyógyul, és nem valószínű cirrhosisba való átmenetele. Cholestasisos kórforma létrejöttét is leírták (23, 37). A máj-biopsiás szövettani lelet hasonló a hepatitisben észlelthez (23). Néhány esetben mononucleosist kísérő polyneuritist, pericarditist, pneumonitist, enyhe haemolyticus anaemiát és maculopapulosus kiütéseket észleltek (38, 39).

Az összes CMV hátterű mononucleosisban emelkedett a CF titer. A reactio positivitását a 2–3. hét után várhatjuk. A betegség ideje alatt a vírus a nyállal és vizelettel ürül, sőt észleltek már 1 évig tartó folyamatos vírusürítést is.

CMV infectio okozhat negatív haemoculturájú, leukocytosis nélküli sepsisnek tűnő lázas állapotot. Acut thrombocytopeniás purpura hátterében is igazoltak CMV infectiót (41). Fatális kimenetelű CMV myocarditistről számolt be Koizumi F. (42).

A *rejtett formában* fellépő CMV infectio klinikai jelentősége még kellőképpen nem tisztázott. Az egészséges populatio nem jelentéktelen hányada vírus-hordozó, akik alkalomszerűen ürítik a vírust, anélkül, hogy klinikailag betegség manifesztálna rajtuk (12, 13, 14, 15).

Általában elfogadott, hogy a latens CMV infectio reactiválódása és a következményes vírusürítés az immunsystema átmeneti károsodása miatt alakulhat ki. A leukaemiás és szerv-transzplantált betegek, mióta bevezették az immunsuppressió kezelését, 50–60%-ban vírusürítők (16). Ezek postmortem vizsgálatok a CMV generalisatióját találták. Leukaemiás gyermekeknél több esetben a generalisatiót jelentő négyszeres CF titeremelkedés után több exitust észleltek (43). Az immun-suppressióban részesített betegek sectiós vizsgálatok a megnagyobbodott májban focalis necrosist és cytomegaloid sejteket figyeltek meg (10). Mások ilyen sejteket gyakran találtak a vascularis endothelben és a parenchymás epithelben, minimális necrosis mellett.

Ezen megfigyelések megerősítik, hogy az immun-suppressiv therapia hatására a CMV infectio generalisálódhat, és ez súlyos következményekkel járhat.

A *CMV infectio igazolására* a legegyszerűbb, legrégebb, de egyben a legkevésbé megbízható eljárás a vizeletből vagy szervekből történő cytomegaloid sejtek kimutatása. A fertőzöttséget bizonyítja a vírus izolálása a vizeletből, nyálból, cervix-váladékból, tejből — sorozatvizsgálattal. Megbízható diagnosticus módszer a complementfixatio, az indirect haemagglutinatio és a fluorescens módszer.

A *CMV betegségek terapiáját* alapvetően a vírus jellege határozza meg, ezért elsősorban DNA-synthesist gátló szerek kerültek alkalmazásra. Más herpesvírusoknál már kipróbált Indox-uridint adták először (44). Újabbban a cytosinarabinosét (Cytosár) használják, több-kevesebb sikerrel (45). Halsted C. C. (46) 1972-ben számolt be a Rifampicin hatására szövetkultúrán létrejött CMV replicatio-gátlásról, de az itt alkalmazott dosis több-

szőrösen meghaladta a szer humán gyógyászatban szokásos adagját.

A chemoterapiás vírus elleni küzdelem mellett történt preventív jellegű kísérlet is. Elek S. D. és Stern H. (47) sikeres vaccinatióról számolt be. Eredményeik alapján javasolták a vaccinatio széles körű alkalmazását, a rubeola védőoltáshoz hasonlóan, elsősorban fiatal lányokon. Gyors visszhangja volt az attenuált élő vírussal történt vaccinációnak. Főképpen a CMV és az oncogenitás kapcsolatát elemezték (48). Figyelmeztettek arra, hogy a herpes csoport több tagjával szemben felmerült az oncogén hatás lehetősége, főleg az állatokon, de humán vonatkozásban is (49, 50).

Összefoglalás. A szerző áttekinti a klinikai vonatkozású cytomegalovírus fertőzéssel foglalkozó angol nyelvű irodalmat. Megállapítja, hogy a kórokozó széles körben elterjedt, manifest és subklinikus megbetegedéseket okoz, és nem kevés a tünetmentes vírushordozók száma. Vácolja a therapiás lehetőségeket, és a kórokozó elleni küzdelem legújabb útját. Felhívja a figyelmet, hogy az immunsuppressio a vírushordozóban a fertőzést klinikailag manifest betegség formájában reaktiválhatja. Az immunsuppressiv therapia terjed, így a vírus okozta megbetegedések szaporodásával kell számolni.

IRODALOM: 1. Internat. Symp. on human tumors assoc. with Herpesviruses. Maryland, 1973. — 2. Smith, K. O., Rasmussen, L.: J. Bact. 1963, 85, 1319. — 3. Andrewes, Ch., Pereira, H. G.: Vir. of Ver-tebr. 1972. London, 359. — 4. Stulberg, C. S. et al.: Proc. Soc. exp. Biol. Med. 1966, 123, 976. — 5. Harnden, D. G. et al.: Blood. 1967, 30, 120. — 6. Lang, D. J., Noren, B.: J. Pediat. 1968, 73, 812. — 7. Lang, D. J. et al.: New Engl. J. Med. 1968, 278, 1147. — 8. Diosi, P. et al.: Brit. Med. J. 1969, IV, 660. — 9. Fet-

terman, G. H. et al.: Arch. Path. 1968, 86, 86 — 10. Evans, D. J., Williams, E. D.: J. clin. Path. 1968, 21, 311. — 11. Levinsohn, E. M. et al.: Proc. Soc. exp. Biol. Med. 1969, 132, 957. — 12. Numazaki, Y. et al.: Amer. J. epidem. 1970, 91, 410. — 13. Alexander, E. R.: Pediat. Res. 1967, 1, 210. — 14. Foy, H. M. et al.: Amer. J. Obstet. Gynec. 1970, 106, 635. — 15. Medea-riis, D. N. et al.: Pediat. Res. 1970, 4, 461. — 16. Stern, H. et al.: Brit. Med. Bull. 1972, 28, 180. — 17. Duvall, C. P. et al.: Ann. intern. Med. 1966, 64, 531. — 18. Stern, H.: Brit. Med. J. 1968, I, 665. — 19. Collabora-tive Study: Arch. Dis. Child. 1970, 45, 513. — 20. Han-shaw, J. B. et al.: New Engl. J. Med. 1965, 272, 602. — 21. Carlstrom, G.: Acta paediat. scand. 1965, 54, 17. — 22. Jack, I. et al.: Med. J. austr. 1968, 1, 206. — 23. Toghil, P. J. et al.: Gastroenterology. 1969, 56, 936. — 24. Toghil, P. J. et al.: Lancet. 1967, I, 1351. — 25. Korones, S. B. et al.: J. Pediat. 1970, 77, 245. — 26. Stern, H.: in: Proceedings: XIII. Intern. Congr. of Ped. Vienna. 1971. — 27. Starr, J. G., Gold, E.: J. Pe-diat. 1968, 73, 820. — 28. Starr, J. G. et al.: New Engl. J. Med. 1970, 282, 1075. — 29. McCracken, G. H. et al.: Amer. J. Dis. Child. 1969, 117, 522. — 30. McAllister, R. M. et al.: J. Pediat. 1964, 64, 278. — 31. Benyesh-Melnick, M.: Proc. Soc. exp. Biol. Med. 1964, 117, 454. — 32. Hanshaw, J. B.: Adv. Terat. 1970, 4, 64. — 33. Paloheimo, J. A. et al.: Amer. J. Cardiol. 1968, 22, 624. — 34. Lang, D. J., Hanshaw, J. B.: New Engl. J. Med. 1969, 280, 1145. — 35. Prince, A. M. et al.: New Engl. J. Med. 1971, 284, 1125. — 36. Klemona, E. et al.: Ann. intern. Med. 1969, 71, 11. — 37. Lamb, S. G., Stern, H.: Lancet. 1966, II, 1003. — 38. Räsänen, V. et al.: Lancet. 1967, 2, 772. — 39. Ironside, A. G., To-bin, J. O.: Lancet. 1967, II, 615. — 40. Sterner, G. et al.: Scand. J. infect. Dis. 1970, 2, 95. — 41. Ellman, L.: The Am. J. of Med. 1973, 55, 723. — 42. Koizumi, F. et al.: Jap. Heart J. 1974, 15, 99. — 43. Henson, D.: The Journal of infect. Dis. 1972, 126, No. 5. — 44. Ba-ron, J.: Pediatrics. 1969, 44, 932. — 45. Wilson, R. S.: Brit. Heart J. 1972, 34, 865. — 46. Halsted, C. C.: J. Infect. Dis. 1972, 125, 552. — 47. Elek, S. D., Stern, H.: Lancet. 1974, I, 1. — 48. McDugall, J. K., Harnden, D. C.: Lancet. 1974, I, 135. — 49. Melendez, L. V. et al.: J. nat. Cancer. Inst. 1970, 44, 1175. — 50. Wolf, H. et al.: Nature New Biol. 1973, 244, 245.

„Sose menjenek el közönyösen egy szokatlan esemény vagy jelenség mellett; igaz, hogy legtöbbször csak vaklármát jelentenek, de nagyon fontos igazságra is vezethetnek.”

Alexander Fleming

BM Eü. Intézetek Funkcionális Idegosztály
(főorvos: Kisszékelyi Ödön dr.)

Drogfogyasztás középiszolások körében

Kisszékelyi Ödön dr.

A szakirodalomból, a WHO ezzel megbízott munkacsoportjának jelentéseiből (11, 12, 14, 15, 17, 18) tudjuk, hogy a világ különböző országaiban, a korábban ismert kábítószerrel mellett olyan készítmények, kemikáliák is terjednek, melyeket eddig ilyen célra nem használtak. Az is bizonyított, hogy elsősorban fiatalok és fiatal felnőttek alkalmazzák a „drog” visszaélés e legújabb formáját.* Arra is vannak adatok, hogy a legfiatalabb korosztályok (általános iskolák alsó tagozatai) is veszélyeztetett helyzetben vannak. Hazánkban olyan felmérés, mely e kérdést statisztikailag is vizsgálná, még nem történt. A nyugtatók és altatók ijesztő fokú elterjedésével magyar szerzők is foglalkoztak a felirt, illetve a kiállított vények alapján (10, 16). E körülményt talán megmagyarázza, hogy kissé elkésve figyeltünk fel a jelenségre, orvostársadalmunk eleve kételkedve fogadta, hogy „valós” problémáról van szó, illetékes egészségügyi szerveink — félve a iatrogen ártalmaktól — idegenkedtek az ilyen felmérésektől. Az 1972-től megjelent közlemények (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9) a narcomaniáról általában, Parkanról, minor tranquillansokról, ragasztóanyagokról — amellet szólnak, hogy miközben a tenni-valókról vitatkoztunk, a visszaélés terjedt.

Erre utal, hogy 1974 második felében a Belügyi Szemle két közleményben is (8, 13) foglalkozott e problémával, két halálesetről is beszámolt, sürgette a preventív intézkedések megtételét. E közlemények mellett közismert, hogy viszonylag gyakran kerül elmeosztályra zavart állapotban levő fiatal, s csak később tisztázódik, hogy „drog” váltotta ki a zavartságot. Ezen adatok annyit biztosan igazolnak, hogy Budapesten is létező probléma

* A drog-abusus irodalmának terminológiája nem egységes. A jelenlegi értelmezés szerint nemcsak a betegek gyógyítására használt készítményeket nevezzük „drog”-nak, hanem minden olyan anyagot, amely a szervezetbe jutva annak egy vagy több funkcióját módosítja (17).

a fiatalok „drogokkal” való visszaélése, de nem adnak választ a legfontosabb kérdésekre: egyedi esetekről, kisebb góccokról, egyes hippi-csoportokról vagy bizonyos szintű általános jelenségekről van-e szó. Az a sajtóságos helyzet áll tehát fenn, hogy bár „valódi” kábítószerrel hazánkban gyakorlatilag nem fordulnak elő, a legújabbnak nevezhető kábítószerhullám már terjed országunkban, mégis, szervezett formában csak a hagyományos kábítószerrel ellenőrzésével foglalkozunk. (Bár kétségtelen, hogy a nálunk észlelhető jelenség minőségileg és mennyiségileg meg sem közelíti a nyugaton jelenleg fennálló állapotokat, e jelenségnek mégis komoly veszélyei vannak. Véleményem és más szerzők véleménye szerint is nem az a döntő, hogy milyen anyaggal követ el valaki visszaélést, hanem az a pszichológiai „készenléti” állapot, melyben ha lehetősége van rá, a „drog”-ot kipróbálja. Emellet az a kérdés sem elhanyagolható, hogy a próbálkozás megszokássá válhat.)

A valóban problémát jelentő, nálunk is terjedő drogok szervezett, tervszerű vizsgálata, a preventióval kapcsolatos lehetőségek felmérése meg sem kezdődött. Utalok *Walsa* egyik legutóbbi recenziójára (17), melyben kihangsúlyozza az ilyen jellegű szervezett kutatómunka fontosságát. Enélkül a fentebb feltett kérdések nem válaszolhatók meg, s nem határozhatók meg az egyébként is nehezen megoldható preventív intézkedések minőségi és mennyiségi vonatkozásai. Utalni kell a probléma társadalmi jelentőségére is, mellyel mind a hazai, mind a külföldi közlemények mint fő problémával foglalkoznak.

Mindezek alapján felmerült annak szükségessége, hogy olyan vizsgálatot végezzünk, amely számszerű adatokkal is alátámasztja feltevéseinket. Bár saját észleléseink, a fiataloktól kapott adatok arra utalnak, hogy a vizsgálódandó korosztályok általában már tájékozottak e kérdésekről, a kérdőív kidolgozásakor óvatosan jártunk el.

A vizsgált fiatalok Parkant és/vagy ragasztóanyagokat alkalmazzák. Olyan kérdéseket, melyekkel az egyébként is meglevő érdeklődést fokoznánk, nem tettünk fel. Ugyanezen okból teljességre sem törekedtünk. (Nem soroltuk fel a szóba jöhető drogokat, nem kérdeztük meg, hogy csak kipróbálták-e vagy rendszeresen szedik-e azokat, illetve, hogy növelik-e a drog adagját.) Elsősorban a fiatalok „droggal” kapcsolatos tájékozottságát tettük vizsgálat tárgyává.

Módszer

Két olyan gimnáziumot választottunk ki, ahol a visszaélés biztosan előfordult. (A vizsgálat nem tekinthető reprezentatív jellegűnek, nyilván vannak olyan iskolák is, ahol e jelenség nem fordul elő.) A tanulók számára 23, a szülők számára 20 kérdést tartalmazó kérdőívet készítettünk. A fiataloknak feltett kérdésekből csak 4 vonatkozott a visszaélés problémájára, a szülők számára feltett kérdésekből 3. A fiatalok esetében rögzítettük családi viszonyaikat, majd a jelenlegi panaszaiikkal, gyógyszerfogyasztásukkal, a dohányzással és az alkoholfogyasztással kapcsolatosan is tettünk fel kérdéseket. A középiszolások ugyanazon nap első tanítási órájában (1974. november eleje) az osztályfőnök jelenlétében névtelenül töltötték ki a kér-

dőveket. (A kérdőív bevezetése csak annyi tájékoztatást tartalmazott, hogy a kérdések helyes megválaszolása az egészségügyi tájékozottság felméréséhez szükséges.) E napon kapta meg 570 szülő zárt borítékban a számukra készített kérdőívet, melyet ugyancsak zárt borítékban küldött vissza az iskolába.

Vizsgálati eredmények

A kérdőíveket értékelhetően töltötte ki 1175 gimnáziumi tanuló, 612 lány, 563 fiú. Csak 4 kérdőívet nem tudtunk értékelni. A kábító hatású szerek kipróbálását, illetve szedését elismeri 56 fiatal (4,77%): 21 lány, 35 fiú. A vizsgálat időszakában az 1119 tagadó választ adó fiatal közül 918 (82%) ismerte a jelenséget, 201 (18%) nyilatkozott úgy, hogy környezetében (család, iskola, baráti kör) észlelte.

A visszaélést elismerők nem és kor szerinti megoszlását vizsgálva megállapítható, hogy a fiúknál az előfordulás csaknem kétszer olyan gyakori, mint lányoknál. Leggyakrabban a 16 éves korúak próbálták ki vagy használják rendszeresen az említett készítményeket.

A kábító hatású anyagok bevitelének körülményeit vizsgálva állapítható meg, hogy jelenősen gyakoribb a csoportos, mint az egyedüli vagy kettesben történő visszaélés. Nem nagy csoportokról, legfeljebb 3–6 tagúakról van szó.

A családi körülmények rendezettségét vizsgálva, a kérdőívek arra utalnak, hogy a visszaélést elismerők családi körülményei — saját megítélésük szerint — rosszabbak.

Kérdéseket tettünk fel a jelenlegi panaszokat illetően is. A megkérdezettek közül viszonylag kevés a teljesen panaszmentes. Eltekintve a „néha előforduló fejfájás”, „időnkénti alvászavar”, „időnkénti ideges panaszok”-at adó válaszoktól, talán valamivel gyakrabban szerepelnek e panaszok a visszaélésnél, de szignifikáns különbség nem állapítható meg.

Nyugtatókat, altatókat, fájdalomcsillapítókat csak viszonylag kis számban szednek a megkérdezettek, s lényeges különbség a visszaélők és a visszaélést tagadók között nincs.

A visszaélést elismerők közül négyen, a visszaélést tagadók közül 272-en állítják azt, hogy egyáltalán nem fogyasztanak alkoholt. Gyakran és nagyobb mennyiségben fogyasztanak alkoholt a visszaélést elismerők közül 8-an (14,3%), 26-an (2,3 százalék) a visszaélést tagadók közül.

Megbeszélés

Vizsgálatainkkal választ kaptunk néhány fontos kérdésre. A vizsgált csaknem 1200 középiskolás 78%-a ismeri a fiatalok kábító hatású anyagokkal való visszaélésének problémáját.

Bár a vizsgálat felmérő jellegű volt, ezen belül is tájékozódó jellegű, nem foglalkoztunk azzal a kérdéssel, hogy valóban abususról vagy csak kíváncsiság által vezérelt kipróbálásról lenne szó. A fentebb említett veszélyek miatt a kipróbálással való foglalkozás is szükséges.

A tanulók csaknem egyötöde észlelt ilyen jelenséget közvetlen környezetében. A visszaélést a fiatalok mintegy 50%-a ismerte el. Utóbbi adat vé-

leményünk szerint meg sem közelíti a valós helyzetet. Eddig a vizsgáltak közül mintegy 50 visszaélő fiatalal foglalkoztunk személyesen. Nyilatkozataik alapján valószínű, hogy a vizsgált korosztályból ennyi a rendszeresen visszaélő, az egyszeri próbálkozók száma ennek többszöröse.

Mintegy négyszer gyakoribb a visszaélés a rendezetlen körülmények között élők esetében. A visszaélőkkel és szüleikkel való személyes foglalkozás adatai alátámasztják, hogy e fiatalok többsége helyesen ítélte meg az otthoni viszonyokat.

A visszaélés motívumainak százalékos megoszlását, mivel többszörös válaszadásra volt lehetőség, nem számoltuk ki. A válaszok közötti számbeli különbségek azonban felhívják a figyelmet néhány olyan körülményre, melyek további elemzést érdemelnek. E kérdésre egyébként a visszaélést tagadók 40%-a, a visszaélést elismerők 10%-a nem válaszolt, illetve „nem tudom”-mal válaszolt. Az „elismerők” válaszai — szemben a „tagadókéval” — nyilván tartalmazták a már átélt élményt is. Ezt látszik igazolni az a körülmény, hogy a kérdőívek adatai szerint az „elismerők” rövidebben, határozottabban, a „tagadók” több lehetőséget felvetve válaszolnak. Az előbbieket átlag 1,25, az utóbbiakat 3 lehetőséget vetnek fel válaszaikban. A válaszok közül kiemelkedik a jó közérzet elérésére való törekvés. (Ezt gyakran fogalmazzák meg „kellemes kábulat”, „érdekes élmény”, „élvezet” kifejezésekkel.) E válasz jelentősebb százalékban (65%) fordul elő a „tagadóknál”, mint az „elismerőknél” (25%). Gyakori válasz a feltűnési vágy, a különböző problémák elől való menekülés, a kíváncsiság. Viszonylag sokan említenek lelki, idegrendszeri problémákat. Ha ide számítjuk az önmaguk elől való menekülés és az akaratgyengesség motívumát is, az összes válasz 14%-a utal lelki problémákra. Kiemelendő, hogy az e kérdést megválaszoló 665 fiatal közül 103 említi a megszokást. A feltételezettnél kevesebb válasz (65) utal a társaság, a környezet befolyásoló hatására.

A fő választípusok mellett előfordult még néhány, a fentiek közé be nem sorolható válasz: „nyugati példák utánzása”, „jó módjukban nem tudják, mit csináljanak” stb. Érdekes módon a hallucinatio kifejezés nem szerepel a válaszok között, csak néhányan írják „kellemes álmokképekről”. Mindössze 3 fiatal lát összefüggést a visszaélés és a szexuális élet között.

A neurotikus eredetűnek tűnő panaszok előfordulása (fejfájás, alvászavar, idegesség) között nincs lényeges eltérés a vizsgáltak két csoportja között. Mint fentebb említettük, a kiértékelés során eltekintettünk az enyhe vagy a csak alkalmatosan jelentkező panaszoktól. A súlyos fokban, gyakran jelentkező panaszok számszerű adatai nem különböznek lényegesen a két csoportban. Ez az adat nem támasztja alá azt a gyakran hallható véleményt, hogy a fiatalkori neurosisok lényeges szerepet játszhatnak a narcomania kialakulásában. E kérdés további elemzést igényel.

A nyugtatók és altatók szedésével kapcsolatban a „rendszeres” gyógyszereszedők közt van említésre méltó különbség a két csoport között: a visszaélést elismerők nagyobb százalékban szednek

gyógyszert. A vizsgáltak 80%-a dohányzik, a két csoport között értékelhető különbség nincs. Vizsgálataink szerint a drogokkal visszaélő fiatalok között gyakoribb az alkohol rendszeres fogyasztása. A visszaélést elismerők 14%-a, a visszaélést tagadók 2%-a ismeri el, hogy rendszeresen és gyakran fogyaszt alkoholt. (A 8. táblázatból kitűnik, hogy a visszaélést tagadóknak is csak egynegyede állítja, hogy egyáltalán nem iszik.)

A kérdőíveket kitöltő 567 szülő közül csak 198 (35%) ismeri a fiatalok e problémáját, 369 (65%) nem. Csak 166 szülő beszélt gyermekével ilyen kérdésekről. Egyetlen megkérdezett szülő sem válaszolja azt, hogy feltételezi gyermekéről a kábító hatású készítményekkel való visszaélést, 4 szülő válasza bizonytalanságra utal.

Tekintettel arra, hogy vizsgálatunk csak tájékoztató jellegű volt, és sok döntő fontosságú kérdést fel sem tettünk, eredményeinket nem hasonlíthatjuk össze egyéb országok felméréseinek eredményeivel. Az ismerttetett adatok azonban kétségtelenné teszik, hogy a főváros középiskolásainak drogokkal kapcsolatos veszélyeztetettsége indokoltá tenné a fiatalok, nem iskolások és a fiatal felnőttek szélesebb körű, mélyebb vizsgálatát is. Számos e témával foglalkozó közlemény mellett a WHO 1973-as jelentései utalnak arra, hogy világszerte foglalkoznunk kell a hagyományos kábítószerek vizsgálata mellett a kábítószer-élvezet új megjelenési formáival is.

Összefoglalás. Szerző 1974. november elején tájékoztató jellegű felmérést végzett 1175 gimnáziumi tanuló között. A kérdőívek kitöltése névtelenül történt. A megkérdezettek 4,77%-a ismeri a

kábító hatású anyagok kipróbálását, illetve szedését. A tagadó választ adók közül 72% ismeri a jelenséget, 18% észlelte közvetlen környezetében. Fiúknál gyakoribb a visszaélés, mint lányoknál. A csoportos visszaélés gyakrabban fordul elő, mint az egyedi vagy a kettesben folytatott. A rendezetlen családi körülmények között élőknel viszonylag gyakoribb a visszaélés. A megkérdezettek szerint a jelenség oka az öröm keresése, a feltűnési vágy, a problémák, különösen „lelki” problémák elől való menekülés, a kíváncsiság, a megszokás. Viszonylag kevesen hivatkoznak a környezet befolyásoló hatására. A visszaélést elismerők között gyakrabban fordul elő a rendszeres alkoholfogyasztás. A megkérdezett fiatalok szülei kevésbé tájékozottak a fiatalkori drog-abusus hazai helyzetéről, mint gyermekeik.

IRODALOM: 1. *Bayer, I.*: Alkoholologia. 1974, 5, 53. — 2. *Kenyeres I., Somogyi E. és mtsai*: Orv. Hetil. 1974, 115, 1874. — 3. *Kisszékelyi Ö.*: Belügyi Szemle. 1972, X, 110. — 4. *Kisszékelyi Ö.*: Orv. Hetil. 1973, 114, 855. — 5. *Kisszékelyi Ö.*: Ideggyógy. Szemle. 1973, 26, 219. — 6. *Kisszékelyi Ö.*: Ideggyógy. Szemle. 1973, 26, 570. — 7. *Kisszékelyi Ö., Gusztos E. és mtsai*: Orv. Hetil. 1974, 115, 1867. — 8. *Kövesi I., Németh A.*: Belügyi Szemle. 1974, XII, 97. — 9. *Kuncz E., Liziczai E.*: Orv. Hetil. 1973, 114, 2732. — 10. *Mádai L.*: Gyógyszerészet. 1973, 17, 165. — 11. *Malhatra, M. K.*: Öff. Gesundh.-Wesen. 1974, 36, 256. — 12. *Mathis, I. L.*: MCV Quarterly. 1970, 6 (4), 187. — 13. *Mészáros I.*: Belügyi Szemle. 1974, XII, 78. — 14. *Müller U., Ruppen, R. et al.*: Arch. Psychiat. Nervenkr. 1972, 216, 255. — 15. *Schwarz, I., Bergius, U. et al.*: Öff. Gesundh.-Wesen. 1971, 33, 228. — 16. *Simkó A.*: Ideggyógy. Szemle. 1973, 27, 495. — 17. *Walsa R.*: Orv. Hetil. 1974, 115, 2709. — 18. WHO Chron. 1973, 27, 5, 201.

MEGRENDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett

az ORVOSI HETILAP-ot

Posta Központi Hírlapiroda, Budapest, V., József nádor tér. Tel. 180-850



Rendszeres testedzés hatása a vestibularis apparátus működésére

Utry Etelka dr. és Frenkl Róbert dr.

Az egyensúlyszervben a fej elmozdulásokor létrejövő folyadék áramlását, az egyensúlyszerv szemmozgató magvakkal való kapcsolatán keresztül, szemmozgás (nystagmus) követi. A nystagmust az egyensúlyszerv ingerlésével provokálni tudjuk. A leggyakrabban használt provokálás a különböző hőfokú vízzel történő ingerlés, azaz kalóriás vizsgálat. Az egyensúlyszerv ingerlését követő nystagmus megfigyeléséből következtethetünk az egyensúlyszerv állapotára.

A különböző ingerek ismétlődése vagy ismétlése során az idegrendszeri válaszok fokozatosan csökkennek. Ez a környezethez való alkalmazkodás egyik módja. A jelenséget az egyensúly szervrendszer (vestibularis rendszer) esetében *habituation*nak nevezzük.

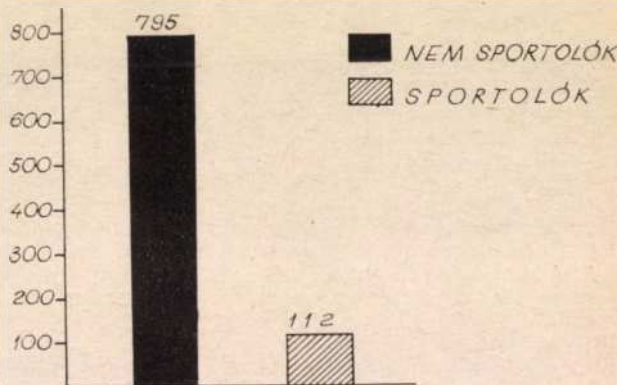
A habituatío jelenségét először *Abels* (1) 1906-ban írta le. *Bárány* (3, 4, 5) 1906-ban balett-táncosokat vizsgált, s azt tapasztalta, hogy a forgatásos ingerlés után lényegesen kisebb a postrotatoros nystagmus és rövidebb ideig is tart. Átlag amplitúdójú és időtartamú postrotatoros nystagmust csak lényegesen hosszabb ideig tartó forgatással sikerült kiváltania. *Henriksson* (13) 1961-ben megjelent munkájában részletesen ismerteti a habituatióra jellemző élettani folyamatokat, s ezek szerint az adaptatiónál és kifáradásnál lényegesen bonyolultabb folyamat zajlik le. *Henriksson* (13) a habituatiónak a következő jellemzőit állapította meg:

1. Sorozatos forgatás vagy kalorizálás végzésekor az ingerelhetőség fokozatosan csökken, tehát a válaszreakció egyre kisebb. Ezt a folyamatot a habituatío kialakulásának, *acquisitión*nak nevezték.

2. Ha az ingerléseket két hétig naponta végezte, úgy hat hét múlva sem tért vissza a normál ingerel-

hetőség. A csökkent ingerelhetőség fennmaradását *retention*nak nevezték.

3. Unilateralis ingerléseket végeztek, és az ellenőrző vizsgálatkor azt találta, hogy a csökkent ingerelhetőség az ellenkező oldalon is kialakult. Az unilateralis ingerléseket 30 °C és 44 °C hőmérsékletű vízzel történt kalorizálással végezte. Később a sorozatos forgatásos ingerléseket mindig az egyik irányba végezte. Azt tapasztalta, hogy a másik oldal felé forgatáskor is csökkent a válaszreakció. Ezt a jelenséget *transferatión*nak nevezték.



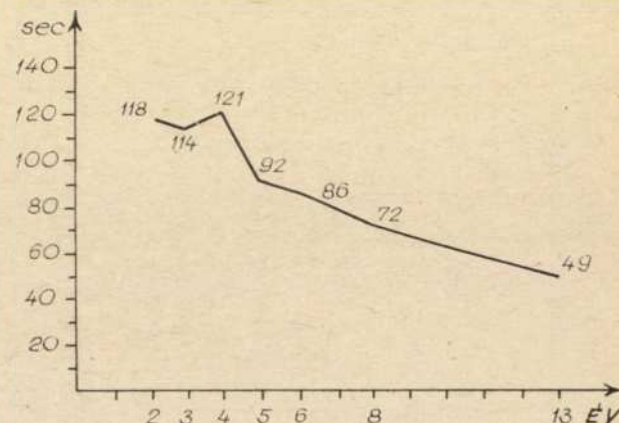
2. ábra.

Átlag összamplitúdó eredmények

Szerinte a habituatiót a tisztán periferiás mechanizmusoktól, azaz a kifáradástól és az adaptatiónól a *retentio* és *transferatio* jelensége különbözteti el.

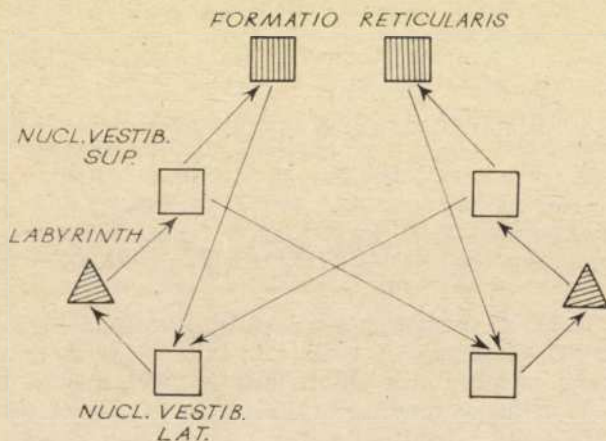
Rasmussen—Gacek (21) 1958-ban megjelent közleményéből tudjuk, hogy a habituatío mechanizmusában a *formatio reticularis*, a *nucleus vestibularis lateralis*, a *nucleus Cajali*, a *cerebellumban* levő *nucleus fastigii* és a *lateralis vestibularis* magtól a periferiához haladó efferens rostok vesznek részt (1. ábra).

A *formatio reticularis* szerepéről és fontosságáról a habituatío kialakulásában *Albert* (2), *Fernandez* (8), *Harrington* (12), *Lidvall* (17) írnak. *Fluur és mts.* (9) 1960-ban azt tapasztalták, hogy habituatío esetén az efferens rostok aktivitása csökken, a depolarizációs feszültség magasabb. Hasonló vizsgálatokról és eredményekről számol be *Guedry* (11). *Collins és mts.* (6, 19) 1967-ben unilateralis és bilateralis kalorikus ingerlések kapcsán tapasztalt eredményekről számolt be, míg *Johnson* (16), *Jung* (15), *Holub* (14), *Tadasi* (22) a bilateralis forgatásos ingerlések után kialakult habituatiót vizsgálta, *Malcolm* (18) pedig a pilótákon tapasztalt habituatiót.



3. ábra.

Időtartam változása labdarúgókon a sportolással eltelt évek folyamán (függőleges tengely: időtartam sec-ban, vízszintes tengely: sportolással eltelt évek)



1. ábra.

A labyrinth afferens és efferens összeköttetései

Feltételeztük, hogy a naponkénti edzéseken a különböző sportágak összetett mozgásai miatt a gyakorlatokat végzők egyensúlyszerve fokozottan igénybe van véve, és ennek nyomán kialakulhat a habituatio jelensége. Vizsgálatainkban tehát egyrészt azt kívántuk tanulmányozni, megfigyelhető-e sportolókon a vestibularis apparatus habituálódása, másrészt, hogy van-e az egyes sportágak között különbség a kérdés szempontjából.

Módszerek

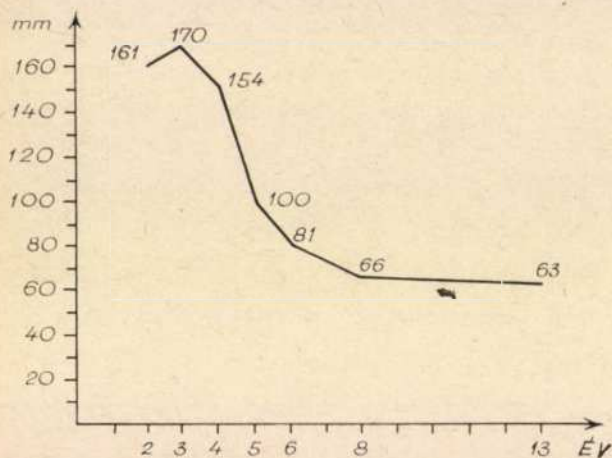
Száz, 4–10 éve rendszeresen edző, első osztályú minősítésű sportoló, valamint száz egészséges, azonos korú nem sportoló vizsgálatát végeztük el. A vizsgált egyének életkora 16 és 25 év között volt. A sportolók az alábbi sportokat űzik: atlétika (13), torna (9), asztalitenisz (6), jégkorong (18), labdarúgás (13), kosárlabda (11), vívás (22), vízilabda (8).

A vizsgálatokat Hallpike-féle módszer szerint, HETO típusú automata thermostatból nyert 30 °C és 44 °C hőmérsékletű vízzel végeztük. A vízszintes ívjáratot, fekvő helyzetben, optimum fejtartásban ingereltük. A reakciót a 4 csatornás Elektronystagmograph (ENG) harmadik, legérzékenyebb csatornáján keresztül regisztráltuk. Az ENG görbe alapján megállapítottuk a jellemző paramétereket mint időtartam, összfrekvencia, összamplitúdó, lassú componens sebessége, melyek normális eloszlású valószínűségi változók egészséges emberek esetében. Az értékeléskor azt a szokásos matematikai módszert alkalmaztuk, hogy minden 20 sec első 5 sec-ának adatait vonatkoztattuk a 20 sec időtartamra. A módszert Pfaltz és mts. (20) dolgozta ki. 100–100 eset adataiból számítottuk ki az átlag paramétereket.

Eredmények

Az átlag időtartam a sportolók esetében a kétharmadára, az átlag összfrekvencia szinte a felére csökkent.

A 2. ábra mutatja az átlag összamplitúdók arányát. Itt az arány 7 : 1. A lassú componens sebességének átlagértéke a nem sportolók esetében 6,12 fok/sec, a sportolókon csupán 1,43 fok/sec volt. A legnagyobb fokú eltérést tehát az átlag összamplitúdó értékeinél találtuk. Különböző szerzők különböző paramétereknek tulajdonítanak nagyobb jelentőséget. Adatainkat négy paraméterre vonatkozóan dolgoztuk fel, s a vestibularis apparatus csök-



4. ábra. Összamplitúdó változása labdarúgókon a sportolással eltelt évek folyamán (függőleges tengely: összamplitúdó érték, vízszintes tengely: sportolással eltelt évek)

kent ingerelhetőségét a négy külön-külön is bizonyítja. Mérési adataink egyértelműen mutatják a sportolókon kialakult habituatiót.

Az átlag paramétereket az egyes sportágak szerint is csoportosítottuk. Az eredmények azt mutatják, hogy az egyes sportágakra vonatkozó adatok az átlageredményektől lényegesen nem különböznek. A minimális eltéréseknek jelentőséget nem tulajdoníthatunk.

A 3. ábra mutatja az időtartam változását labdarúgókon a rendszeres edzéssel eltöltött évek függvényében.

A 4. ábrán láthatjuk az összamplitúdó változását az évek folyamán ugyanazon sportágnál. Megfigyelhetjük, hogy a rendszeres sportolás hatodik-nyolcadik évére alakul ki habituatio, mely a későbbi évek folyamán már lényegesen nem változik.

Megbeszélés

Rendszeres edzésben levő, különböző sportágakat űző sportolók és nem sportoló, hasonló korú férfiak vestibularis rendszerét vizsgáltuk Hallpike-módszerrel, elektronystagmographiás regisztrálással.

Eredményeink az egyensúlyszerv-rendszer habituatióját mutatják sportolókon. A különbség minden vizsgált paraméterben — időtartam, összfrekvencia, összamplitúdó, lassú componens sebessége — kifejezett volt a kontrollokhöz képest. Legjelentősebb — hétszeres — az összamplitúdó értékek eltérése, ami jelen vizsgálatainkban természetesen, hiszen ez az időtartamtól és az összfrekvenciától függő érték.

A jelenséget a különböző sportágak összetett mozgásainak naponta ismétlődő hatása magyarázhatja. A habituatio nem valamelyik sportággal, hanem a rendszeres edzésekkel eltöltött évek számával függ össze. Ez arra mutat, hogy még a látszólag egyszerűbb gyakorlatokból felépített sportmozgások is bonyolult ingereket jelentenek a labirinth számára. Természetesen lehetséges, hogy egy-egy sportágból nagyobb csoportokat a rendszeres edzések kezdetétől vizsgálva esetleg kimutathatók lennének különbségek a habituatio jelenségének kialakulásában az egyes sportágak versenyzői között. Eredményeink azonban nem a sportág, hanem a „sportolói életkor” jelentőségét hangsúlyozzák [Botár és mts. (7)].

Elsősorban a cardiorespiratorikus rendszernél klasszikus ismerve az edzéshez adaptált szervezetenek az azonos terhelésre bekövetkező kisebb válaszreakció az edzetlen kontrollhoz képest. Hasonló tapasztalatokat szereztünk a mozgásingert követő hypophysis-mellékvese válasz vizsgálatakor is [Frenkl és mts. (10)].

Jelen eredményünk az edzéshez történő érzelmi alkalmazkodást tükrözi. Az a tény azonban, hogy szemben az említett jelenségekkel, melyek 6–12 hónapos rendszeres edzés után is már megfigyelhetők, a habituatio csak több év után jellemző, Henriksson (13) ismertetett felfogását erősíti, a habituatio az adaptatióval összetettebb folyamat.

Végül megjegyezzük, hogy a habituatio összevetészhető a vestibularis hypaesthesiával. Ez a

tény — a sportélettani alkalmazhatóságon túl — eredményeink klinikai differenciáldiagnosztikai vonatkozását jelenti. Jelenleg ugyanis módszerünk a kóros hypaesthesia (pl.: gyógyszer-intoxicatio hatására) és a habituatío következtében kialakult csökkent ingerelhetőség elkülönítésére nincs, de az anamnesis alapján feltétlenül gondolhatunk az utóbbira. Természetesen a habituatío is kombinálódhat bármilyen kóros vestibularis működéssel és akkor megnehezíti a vestibularis rendszer állapotának megítélését.

Összefoglalás. Különböző sportágakat űző, több éve rendszeres edzésben levő férfiakon a vestibularis rendszer habituatíóját észlelték. A jelenség nem valamely sportággal, hanem a rendszeres sportolással eltöltött évek számával mutat összefüggést. A sportélettani alkalmazáson túl eredményeik sportolók vestibularis rendszerének vizsgálatakor az esetleges kóros állapotok helyes megítéléséhez is adatot szolgáltatnak.

IRODALOM: 1. Abels: cit.: Forssman, B.: Ann. Otolaryng. 1963, 56, 663. — 2. Albert, H. H.: Fortsch. Med. 1968, XII/I. — 3. Bárány R.: cit.: Collins, W. E.: Internat. Vestib. Symp. Uppsala 1964. — 4. Bárány R.: cit.: Collins, W. E.: Ann. Otolaryng. 1965, LXXXIII. 1934. — 5. Bárány R.: cit.: Osterhammel, P. és mts.: Acta otolaryng. 1968, 66, 221. — 6. Collins, W. E.: J. Comp Phys. Psych. 1967, 4, 308. — 7. Botár és mts.: Egészségtan, sportegészségtan. Tankönyvkiadó. 1973, II, 62. — 8. Fernandez, C.: Ann. Otolaryng. 1963, I—10, 336. — 9. Fluor, E. és mts.: Acta otolaryng. 1960, 55, 136. — 10. Frenkl, R. és mts.: Acta Phys. Acad. Sci. Hung. 1969, 36, 365. — 11. Guedry, F. és mts.: Acta otolaryng. 1964, 58, 379. — 12. Harrington, J. és mts.: Laryngoscop. 1969, 5, 777. — 13. Henriksson, N. G. és mts.: Acta otolaryng. 1961, 53, 333. — 14. Holub, M.: Csl. otolaryng. 1968, 35, 17. — 15. Jung, R. és mts.: Klin. Wschr. 1948, 26, 513. — 16. Johnson, D. D. és mts.: Acta otolaryng. 1970, 69, 206. — 17. Lidvall, H. F.: Acta otolaryng. 1962, 55, 315. — 18. Malcolm, R. és mts.: Acta otolaryng. 1970, 70, 126. — 19. Mertens, R. A. és mts.: Acta otolaryng. 1967, 64, 281. — 20. Pfaltz, C. R.: Arch. Ohren usw. Heilk. 1962, 179, 525. — 21. Rasmussen-Gacek: cit.: Fluor, E. és mts.: Acta otolaryng. 1960, 55, 136. — 22. Tadasi és mts.: Acta otolaryng. 1963, 56, 239.

Arthrofluor

kenőcs

Antirheumaticum



ÖSSZETÉTEL: 1 tubus (25 g) 0,025 g natrium fluoratumot tartalmaz hydrophyl kenőcs alapanyagban.

JAVALLATOK: Degeneratív ízületi elváltozások, spondylosisok, arthrosishoz társuló arthritisek — gyulladásos ízületi kórformák, posttraumás arthritisek —, valamint myalgiaák esetében therapiás kiegészítésként.

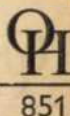
ADAGOLÁS: Naponta egy vagy több (2–3) alkalommal a fájdalmas testrészt (izület) és környékét vékonyan bekenni és a kenőcsöt bedörzsölni.
A kezelés legalább egy héten át folytatandó.

FIGYELMEZTETÉS: Kenőcsös kézzel a szemhez nyúlni nem szabad!

MEGJEGYZÉS: †† Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

CSOMAGOLÁS: 1 tubus (25 g) 6,70 Ft

Biogal



851

Fővárosi Tétényi úti Kórház,
I. Sebészeti Osztály (ov. főorvos: Vas György dr.)

70 éven felüli betegek műtéteivel szerzett tapasztalataink

Vas György dr., Keszthelyi Péter dr.
és Kárpáti Zoltán dr.

Közhelynek számít ma már az a tény, hogy az idős emberek száma emelkedik. Az Amerikai Egyesült Államokban a 65 éven felüliek száma 1955-ben 13 millió volt és az előzetes számítások szerint 1980-ig eléri a 19 milliót. Hazánk lakosságára vonatkozó pontos adataink nincsenek, de úgy véljük, nem vagyunk messze az igazságtól, ha az átlagos nemzetközi adatok alapján a 60 éven felüliek számát a lakosság 10%-ának becsüljük.

Úgy gondoljuk, ez a néhány adat is elegendő annak bizonyítására, hogy az életkor emelkedésével párhuzamosan várható a műtetre kerülő geriátriai beteganyag növekedése is.

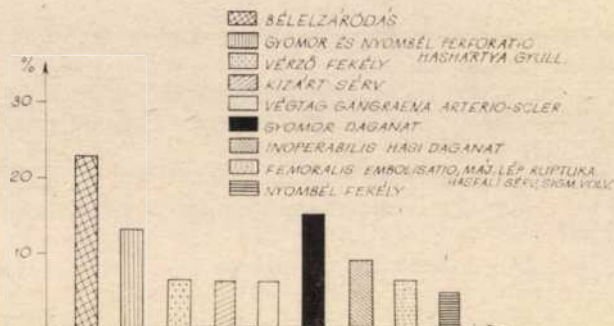
Mielőtt műtéti eredményeinkről beszámolunk, foglalkozni kívánunk a kérdést közvetlenül érintő defínióval. Mit is értünk azon, hogy „öreg”? Az idők folyamán természetesen sokat változott annak megítélése, hogy az ember hány éves korától számít öregnek. Vas Gereben „A csehek Magyarországon” című művében egy 60 éves férfiről mint aggastyánról ír. 20–25 évvel ezelőtt pl. a legtöbb sebész húzódozott a 60 éven felüli beteg műtététől, kivéve, ha vitalis indicatio állt fenn.

A szakirodalomban található vélemények alapján napjainkban a 70. évet fogadják el az öregek kezdetének. Ez természetesen önkényes. Helyesen jegyzi meg azonban Nissen, hogy 70 év felett a betegek 90%-ában olyan fizikai degeneratív jelek és betegségekre való hajlam jelentkezik, amelyekkel a műtétek kapcsán külön számolni kell. Mindenesetre a 70 év hússzal több, mint amennyit Clairmont a relatív műtéti indicatio felső korhatárának 1930-ban megadott. A modern anaesthesiologia, az antibiotikumok stb. lehetővé tették — többek között — a műtéti indicatio ilyen irányú kiterjesztését is.

A Magyar Sebész Társaság 1974. január 31-én tartott tudományos ülésén elhangzott előadás alapján.

Orvosi Hetilap 1975. 116. évfolyam, 15. szám

A hazai szakirodalomban éppen kórházunkból Thurzó és mtsai az elsők között voltak, akik nagy anyag alapján számoltak be az öregkori sebészet terén szerzett tapasztalataikról. Említésre érdemes azonban, hogy míg Thurzó és Hangos 1950 és 1964 között, tehát 14 év alatt négy különböző kórház sebészeti osztályain 616, 70 év feletti beteget észleltek, mi egyetlen sebészeti osztály (Tétényi úti Kórház, I. sz. Sebészet) 8 éves beteganyagából 458, 70 év feletti személy adatait analizáljuk.



1. ábra. A műtét után meghaltak alapbetegségeinek százalékos megoszlása

Beteganyagunk elemzése

A 458, 70 éven felüli betegből 375 (81,9%) került műtetre. A továbbiakban ezeknek az operált betegeknek részletes feldolgozásával foglalkozunk.

Legidősebb betegünk 93 éves volt és appendicitis acuta miatt utalták be. Az azonnal elvégzett műtétkor perforált duodenalis fekélyt találtunk peritonitisszel. A beteg 13 napig tartó intenzív kezelés ellenére peritonitises toxicosis és fokozódó uraemia tünetei között meghalt.

A vizsgált 8 év alatt a nők és férfiak aránya csaknem azonos volt: 205 nő (44,8%) és 253 férfi (55,2%).

A 375 operált beteg közül 76 halt meg, azaz teljes 70 éven felüli beteganyagunk 16,6%-a, ami 20,3%-os műtéti mortalitásnak felel meg. Ez jelentősen meghaladja sebészeti osztályunk általános mortalitási arányát, ami egy átlagosnak tekinthető évben, pl. 1973-ban, 2,9% volt. Figyelembe kell vennünk azonban, hogy a meghalt betegek nagy részén rossz általános állapotban, vitalis indicatio



2. ábra. Fatális kimenetelű postoperatív szövődmények előfordulásának százalékos aránya

alapján acut műtétet végeztünk vagy a műtét közben derült ki, hogy a betegség incurabilis és csak exploratio, esetleg palliativ beavatkozás történhetett. A postoperatív időszakban sokszor várható, de befolyásolhatatlan szövődmények léptek fel, amelyek külön-külön vagy együttesen a kórlefolylást fatalis kimenetelűvé tették. Így a mortalitási arány nem tekinthető magasnak. A meghalt betegek műtéti indicióit az 1. ábrán tüntettük fel.

A fatalis kimenetelű postoperatív szövődményeket a 2. ábra részletezi.

299 betegen a műtéti beavatkozás eredményeképpen végleges gyógyulást vagy legalább javulást értünk el. Műteteinket a 3. ábra mutatja.



3. ábra.
A 299 betegen végzett műtéti megoldások százalékos aránya

Megbeszélés

Az idős betegek gyógykezelése sok szempontból több szakmai hozzáértést, gondosságot, türelmet és emberséget igényel. A 375 operált beteg közül 155 (41,2%) részesült előzetesen tartós cardialis támogatásban és 56 (14,9%) kapott egyéb

gyógyszeres kezelést már a műtét előtt. A műtéti megterhelés miatt még nagyobb figyelmet fordítottunk a postoperatív ellátásra, a súlyos általános állapotban levő betegek folyadék- és elektrolytháztartásának rendezésére. 206 betegünkön (54,8 százalék) kellett folytatnunk a cardialis támogatást a műtét után és ezt 149 esetben (39,6%) egészítettük ki az előbb említett gyógyszeres kezeléssel. Az intenzív therapia mellett is elhúzódó kórlefolylást híven tükrözi a 70 éven felüli betegek átlagos ápolási ideje, ami 19,8 nap. Ez lényegesen hosszabb az ismét viszonyítási alapként vett 1973. évi statisztikából kapott összes betegre vonatkozó ápolási időnél (10,7 nap).

Az ismertett tények számszerűen támasztják alá a bevezetőben mondottakat, vagyis azt, hogy a műtetre kerülő geriátriai betegek mennyiségi növekedésével a súlyosabb, mindenféle szempontból nehezebben kezelhető, nagyobb gyógyszermennyiséget és az ápolószemélyzetet jobban igénybevevő betegségek is szaporodnak.

Összefoglalás. A szerzők 8 éves időszakban kezelt 458 hetven éven felüli beteg kórlefolylásának feldolgozásával foglalkoznak. Ismertetik az indiciókat és a műtéti megoldásokat. Különös figyelemmel tárgyalják a fatalis kimenetelű postoperatív szövődményeket.

IRODALOM: 1. Andersen, B. H., Langberg. K.: Acta chir. scand. Suppl. 1965, 354. — 2. Hangos Gy., Thurzó R., Csiffáry D.: Orv. Hetil. 1966, 107, 208. — 3. Hantos L.: Orv. Hetil. 1964, 105, 254. — 4. Hedri E.: Orv. Hetil. 1953, 94, 1353. — 5. Kiss J., Huszka E.: Magy. Seb. 1967, 20, 153. — 6. Nissen, R.: Langenbeck's Arch. 1957, 287, 121. — 7. Pataky Zs.: MTA Biol. Csop. Közl. 1960, 11, 431. — 8. Podhragyay L., Jenővári É.: Magy. Seb. 1964, 17, 280. — 9. Stefanics J., Vida Ö.: Orv. Hetil. 1959, 100, 1512. — 10. Thurzó R., Hangos Gy.: Orv. Hetil. 1967, 108, 199.

„Új jelenséget a magányos kutató fedez fel, de minél összetettebb lesz a világ, annál kevésbé tudunk eljutni mások együttműködése nélkül a sikeres befejezésig.”

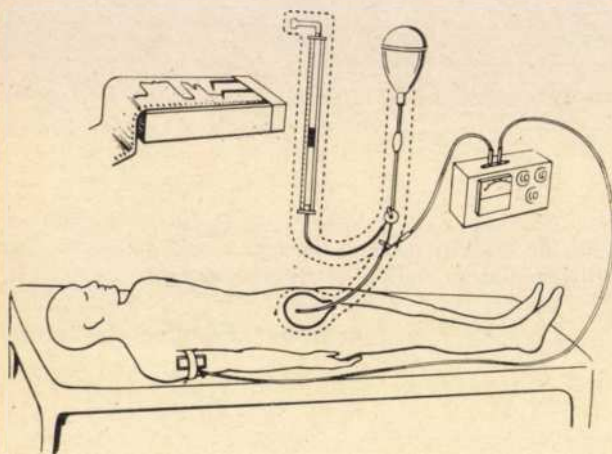
Alexander Fleming

Húgyhólyagbénulások intravesicalis, transurethralis electrotherapiája

Katona Ferenc dr. és Berényi Marianne dr.

Az OITI-ben 1958-tól 1973-ig 420 beteg részesült húgyhólyagbénulás miatt intravesicalis electrotherapiában (l. táblázat). 1957-től a kezelés indikációját fokozatosan kiterjesztettük a gerincsérülések, gerinctumorkok és porckorongsérv okozta hólyagbénulástól a meningo-myelocelés betegek hólyagbénulásának ellátásáig. (A táblázatban szerepel az alapbetegség, a hólyagbénulás típusa és az elért eredmények.) Az intravesicalis electrotherapia klinikai eredményeiről az első közlemény 1958-ban jelent meg (1).

Az 1940-es évek óta folytak kísérletek a hólyaghoz vezető idegek, a gerincvelő és a hólyag elektromos ingerlésével (2, 3). Az 1960-as évek elejétől a cardialis pacemakerek elterjedésével hólyag pacemakereket is alkalmaztak. Számos sikeres beültetés történt, és ebben az irányban ma is folynak próbálkozások (4—11). A transurethralis intravesicalis electrotherapia alapvetően különbözik a hólyagba ültetett pacemakerek módszerétől, a végbélbe vagy a hüvelybe helyezett elektromos berendezésektől. Ezekkel ellentétben az a célja, hogy tudatosan szabályozható hólyagműködést hozzon létre, tehát helyreállítsa a vizelés irányítását, rehabilitálja a beteget.



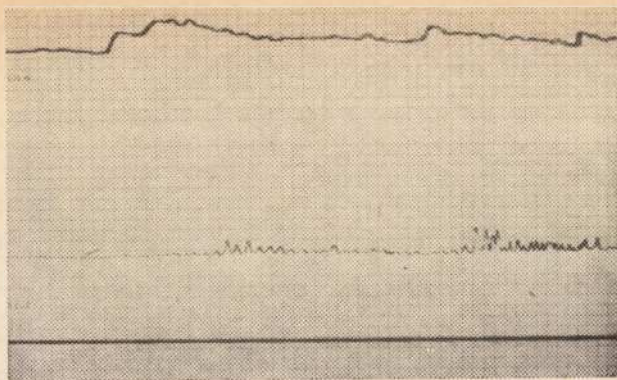
1. ábra. Transurethralis intravesicalis elektrotherapia vázlata. Az aktív elektród a steril folyadékkal feltöltött hólyagban, az indifferens a karon rögzítve van. Manometer és írószerszám jelzi a hólyag nyomásváltozásait. Elektromos ingerlőkészülék szolgáltatja a kezeléshez szükséges áramot

Alap betegség	Vizelési zavar típusa	Betegek száma	Gyógyult
Gerinc tu. post. op.	retentio	32	22
Gerinc tu. post. op.	incontinencia	31	23
Myelodysplasia post. op.	retentio	14	8
Myelodysplasia post. op.	incontinencia	52	38
Gerinc trauma post. op.	retentio	30	18
Gerinc trauma post. op.	incontinencia	33	24
Gerinc trauma non op.	retentio	18	9
Gerinc trauma non op.	incontinencia	34	22
Discus hernia post. op.	retentio	65	63
Discus hernia post. op.	incontinencia	58	47
Praesacralis plexus laesio non op.	incontinencia	3	3
Sclerosis multiplex	retentio	2	2
Sclerosis multiplex	incontinencia	6	4
Tabes dorsalis	incontinencia	2	2
Tbc. spondylitis	retentio	6	5
Tbc. spondylitis	incontinencia	5	3
Különböző gerinc műtét	retentio	10	6
Különböző gerinc műtét	incontinencia	6	4
Különböző kismencedei és hasi műtét	incontinencia	13	11
		420	314

Módszer

A húgyhólyag elektromos ingerléséhez a beteget electro-katóterrel megkatétereztük. A Nelaton típusú katéter végén tompa, csiszolt ezüstelektrod volt rögzítve. Ennek kábele a katéter belsejében húzódtott. A szigetelt kábel kötötte össze az elektródot az elektromos ingerlőkészülékkel. Az indifferens lapelektrodot konyhasóval nedvesített gézlap fölé a karra erősítettük. A hólyagot Tripaflavint tartalmazó steril konyhasóval töltöttük fel, infúziós készülékből (1. ábra). Általában a hólyagot előzőleg mért kapacitásának kb. a két harmad részéig töltöttük fel, hogy a m. detrusor túlfeszítését elkerüljük. Monopolaris ingerlést végeztünk, amely teljesen veszélytelen volt. Semmiféle kedvezőtlen reakciót nem tapasztaltunk a beteg vérnyomásában, pulzusában, EEG-jén. 1958—67-ben intenzitásstabil elektromos ingerlőkészülékből négyszögáram impulzusokat adtunk a kezelés alatt. Ennek jellemzői: feszültség: 1—11 V, frequentia: 60—100 Hz, impulusszélesség: 8—10 msec. 1967 óta folyamatos árammal végezzük a kezelést. Előnye, hogy az áramerősség adagolása viszonylag függetlenebb a bőrellenállástól. A kezeléshez exponentialis összetett impulzus-sorozatokat alkalmaztunk. Ezek legfontosabb jellemzői: áramerősség: 1—6 mA, frequentia: 60—100 Hz, impulusszélesség: 5—10 msec. A kezeléshez MEDICOR „Viscero-stimulator”-t és „Variostimulator”-t alkalmaztunk. A kezelés menete: a beteget megkatétereztük az electro-katóterrel, a vizelet-residuumot kiengedtük és mértük. Ezután a hólyagot feltöltöttük és az electro-katóterrel kötöttük össze. A manométeren a hólyag nyomásváltozását mértük (2. ábra).

A kezelést naponta végeztük. Egy-egy kezelés időtartama 1—1,5 óra volt. Állandó katóterrel sohasem alkalmaztunk a kezelés alatt. Egy kezeléssorozat 8—10-től 60—80 kezelésből állt. A kezeléssorozat elején cystometriát végeztünk és ezt összehasonlítottuk az intravesicalis ingerléssel nyert tapasztalatokkal. Az



2. ábra.
Hólyagnyomás- és végbélnyomás-változás 1,5 mA-rel tör-
tént intravesicalis ingerlés alatt. Felső görbe hólyagnyo-
más, alsó görbe rectalis nyomás. Egy kocka: 10 vízcml, pa-
píresebesség: 2,5 cm/min

utóbbiak választ adtak arra, milyen állapotban van a m. detrusor tonusa, aktivitása, kiváltható-e vizelési inger és ha ezek a reakciók létrejönnek, mennyi a lappangási idejük. Az ingerdiagnosztika után kezdtük meg a kezelést.

Az intravesicalis elektromos ingerlés jellegzetes reakciója a hólyagban levő nyomás emelkedése, és egyidejűleg vizelési inger érzése. A betegek legnagyobb részében az első ingerlés alatt ez a sensomotoros reakció nem jött létre. A kórképtől és a hólyagbénulás fennállásától függően csak a 6—7. vagy a 15—20. kezeléskor jelentkeztek az első reakciók. Voltak azonban olyan betegek is, akikben már az első ingerlések alatt m. detrusor összehúzódás és vizelési inger keletkezett, pedig spinalis sérülés következtében már több mint egy év óta megszűnt a vizelési ingerük. A betegek legnagyobb részében a kezelést azzal az elektromos árammal indítottuk meg, amelyet a betegek jól toleráltak. Az indifferens elektród helyén, a kar bőrén bizsergés keletkezett, minden más kellemetlen érzés nélkül. Amikor az első reakciók létrejöttek, a kezelést azzal az árammal folytattuk, amely közepes-erősségű hólyagnyomás-változást, illetve vizelési ingert okozott. Ezzel elkerültük a maximális reakciókat és a m. detrusor kifárasztását a kezelés alatt. (Hyperaktiv neurogen hólyag kezelésekor pl. olyan ingereket kerestünk, amelyek csekély mértékű reakciót okoztak.)

A hólyag elektromos ingerküszöbe 2—3 mA volt, azonban sok esetben az első reakciók csak 4—5 mA hatására mutatkoztak. A kezelés során az ingerküszöb fokozatosan csökkent, és rendszerint 1—2 mA körül állapodott meg. A kezelést mindig optimális hatású árammal végeztük, amely nem okozott szélsőséges reakciókat. Az ingerelhetőség fokát minden 5—6. kezeléskor ellenőriztük és szükség szerint változtattuk. Az áram-paraméterek közül a legstabilabbnak a frequentia (60—100 Hz) és az impulsus-szélesség (5—10 msec) bizonyult.

Eredmények

A kezelés során elért javulás és gyógyulás folyamatait méréseink alapján több szakaszra osztottuk:

1. Az első szakaszban a betegek nagy részében csupán kismértékű m. detrusor tónus rendeződést találtunk. Vizelési inger nem keletkezett, m. detrusor contractiót nem mértünk. Ebben a kezelési szakaszban a beteg elektromos toleranciájának fokozására törekedtünk, az áramerősség lassú, lépcsőzetes emelésével, az áram ún. „belopásával”.

2. A második szakaszt 2—8 vízcml m. detrusor contractiók és enyhe fokú vizelési inger meg-

jelenése jellemezte. A reakciók elszórtan, rendezetlenül jelentek meg. A hólyag tónusa tovább rendeződött, amennyiben a kezelés előtt fokozott volt, most lassan csökkent.

3. Ebben a szakaszban a m. detrusor contractiók erősebbé váltak, elérték, illetve elhagyták a 10 vízcml manometerszintet. A vizelési inger megerősödött. A hólyag tónusának rendeződése tovább tartott, a kezelés előtti alacsony tónus most fokozatosan emelkedett. A reakciók gyakrabban és rendszeresebben jelentkeztek. Túl aktív típusú hólyagban az aktivitás csökkent.

4. Vizelési inger tovább erősödött, a m. detrusor contractiók pedig elérték a 20—25 vízcml-t. A reakciók szabályossá váltak, kis sorozatokban követték egymást, 8—10 min szünetekkel. Egy-egy contractio ideje 30—150 sec volt. A detrusor tónusa rendezetté vált. A kezelés előtti magas tónus csaknem normálisra süllyedt, azok a betegek pedig, akiknek kezelés előtt a hólyagizomzatuk atóniás volt, a m. detrusor összehúzódásakor néha a katéter mellett sugárban ürítettek vizeletet. Incontinens betegek a kezelés után egy-két órán át szárazak maradtak. Olyan betegek, akik kezelés előtt nem tudtak vizelni vagy a vizeletük elcsepgett, most időnként sugárban vizeltek. Ezek a reakciók eddig csak a kezelés alatt jelentek meg, ebben a fázisban azonban néha a kezeléstől függetlenül is jelentkeztek.

5. A m. detrusor összehúzódások és az erős vizelési inger nemcsak a kezelés alatt, hanem a kezelés után is rendszeressé vált. Először csak a kezelés utáni órákban jelentkezett, majd nappal vagy éjjel is fellépett. A hólyag tónusa és aktivitása rendeződött. A betegek sugárban vizeltek. A sugárvizeléshez kezdetben hasprést is használtak, később erre nem volt szükség. Incontinens betegek szárazak maradtak. Vizelet-retentiót csak ritkán lehetett mérni. A betegek hólyagműködése éjszaka is continens volt.

Ezután a betegek vizelészabályozása rövid idő alatt maradandóan rendeződött. A kezelés megismétlésére nem volt szükség, ha a beteg kellő számú kezelés után elérte ezt az állapotot. A gyógyult betegek szabályos vizelési ingert éreztek, a hólyagot az inger hatására teljesen ki tudták üríteni, vizelet-retentio nem maradt, a continencia helyreállt. A vizelés megindítása és gátlása tudatosan szabályozta a hólyag működését.

A hólyagbénulás megszüntetése és tudatos vizelészabályozás kialakítása azokban a meningo-myelocelés gyermekekben is sikerült, akik még sohasem éreztek vizelési ingert, és sohasem volt tudatos vizelészabályozásuk. A vizelészabályozás helyreállításában, illetve meningo-myelocelés betegekben a szabályozás kialakításában fontos szerepet játszott a vizelési inger kiváltása. A betegek túlnyomó többségének a kezelés előtt nem volt vizelési ingere. Több mint 100 olyan beteget kezeltünk, akikben a vizelési inger egy éven túl hiányzott és a kezelés nyomán visszatért (gerincsérülés, gerinctumor, spondylitis, tbc, tabes dors., sclerosis multiplex) vagy kialakult (myelomeningocele). A m. detrusor aktivitásának fokozódását, a hólyag teljes kiürítését előidéző rendezett összehúzódáso-

kat vizelési inger kísérte. Nagy szerepe volt a vizelési inger kialakításának a tudatos continencia helyreállításában, illetve kiépítésében. Abban a kezelési fázisban (4. fázis), amelyben az elektromos ingerléssel kiváltott vizelési inger és az egyidejű hólyagnyomás-emelkedés már kifejezett volt, speciális continencia-kezelést végeztünk. A manometerben levő színes folyadék a m. detrusor contractiójával egyidejűleg felemelkedett, és a beteg ilyenkor erős vizelési ingert érzett. A vizelési inger (interoceptív ingerület) érzeteket a beteg igyekezett a vizelés visszatartására, és a manometeroszlopon ellenőrizte (exteroceptív ingerület) a hatást. Néhány hét alatt sikerült ezzel a módszerrel a continencia kialakítása. Az eredmény előfeltétele a vizelési inger kiváltása volt.

Megbeszélés

Vizsgálataink szerint az intravesicalis elektromos inger elsősorban a hólyag intramuralis ganglionjainak a receptoraira hat.

A töltőfolyadékhoz adott xilocain vagy pantocain oldat lényegesen csökkentette az elektromos ingerlés hatását (12). EEG vizsgálataink szerint a m. detrusor contractiók alatt az agyi elektromos aktivitásban a manometer-szint emelkedésével egy időben desynchronisatio jelent meg (13). Ezek szerint az objectív adatok szerint az afferentatio valószínűleg fontos szerepet játszik a tudatos vizelészabályozás kialakításának mechanizmusában. Myelomeningocélés gyermekek sohasem éreztek vizelési ingert a kezelés előtt. Egy részüknek volt ugyan bizonytalan zsigeri érzése a hólyag maximális feltöltésekor, azonban ez nem volt vizelési inger. A kezelés során azonban sikerült kialakítani ezt a speciális ingerületfajtát, amelyik kizárólag akkor jelentkezett, amikor a m. detrusor összehúzódott. Csak ez tette lehetővé az előzőekben leírt continencia-gyakorlatot és végül a tudatos vizelési szabályozás kialakítását meningomyelocélés gyermekekben (14, 15).

Az intravesicalis elektromos ingerlés két új módszer bevezetését tette lehetővé a neurogen hólyagbénulások ellátásában: 1. a cystometria kiegészítését elektromos ingerdiagnosztikával. Ennek segítségével nemcsak arra kaphatunk választ alsó vagy felső motoros neuronlaesio okozza-e a hólyagbénulást (16), hanem a hólyag tónusa, aktivitása, az afferentatio állapota, az ingerületvezetés latentia-ideje közvetlenül is vizsgálható. 2. Olyan electrotherapiai eljárás alakult ki, amely akut és krónikus hólyagbénulásokban több mint 60%-os gyógyulást eredményezett.

Ezeket az eredményeket súlyosan pareticus vagy enyhén pareticus, illetve járóképes betegekben értük el. Teljes haránt-laesio okozta paraplegiás betegek hólyagbénulását nem kezeltük. Betegeink egyharmadában a hólyagbénulás több mint egy éve állt fenn, meningomyelocélés betegekben pl. 4–15 éve. A kezelés eredményt ért el mind alsó, mind felső, mind kevert típusú motoros neuronlaesiókban.

A hólyag idegi szabályozásának mechanizmusa és a simaizomzat fiziológiája megmagyarázza, miért sikerült spasticus és hypotoniás típusú hólyagbénulások kezelése csaknem ugyanazzal az el-

járással, hasonló elektromos ingerlési jellemzők alkalmazásával. A spasticus tónusú és fokozott aktivitású, túl ingerlékeny hólyagbénulások a kezelésre többnyire jól reagáltak. Ezekben a betegekben sem volt vizelési inger a kezelés előtt. A hólyag csupán kis mennyiségű vizeletet tartott meg, könnyen kiürült és a beteg incontinens volt. Ezek a hólyagbénulások a kezelés hatására éppúgy rendeződtek, mint azok a bénulások, amelyekben a hólyag tónusa csökkent, semmiféle aktivitás nem volt mérhető, a retentio több száz millilitert tett ki, és a beteg nem érzett vizelési ingert.

A vizelet fertőzöttsége, sőt a felső húgyutak állapota sem akadályozta a kezelést. A fertőzés a kezelés alatt fokozatosan csökkent, ahogyan a hólyagizomzat aktivitása rendeződött. Betegeink intermittáló, napi katéterezése során általában kevés fertőzést észleltünk. A kezelés kifejezetten csökkentette a már fennálló fertőzést. Incontinens betegekben a kezeléseket egy részét ambulánsan végeztük, teljes retentióban szenvedő betegeket azonban csak osztályon kezeltünk.

E rövid közleményben a hólyagbénulások neuro-urológiai klasszifikációjának kérdéseire, electrotherapiai módszerünk ideglettani hátterére, az elvégzett kísérletekre és elektronikai munkákra nem térünk ki.

Összefoglalás. 1958–1973-ban 420 beteg részvételével transurethralis intravesicalis electrotherapiában az Országos Idegsebészeti Tudományos Intézetben. A kezelt hólyagbénulások, gerinctráuma, spinalis tumor, porckorongsér, meningomyelocélés szövődményeként keletkeztek. A kezelés során 314 beteg gyógyult meg, köztük olyan meningomyelocélés gyermekek, akik több mint 10 év óta incontinensek voltak, és felső húgyutaik is súlyosan károsodtak. A kezelés akarátlagosan ellenőrzött hólyagszabályozást épített ki vizelési ingerrel, retentio nélkül és a betegeket continenssé tette. A kezelés a vizeletszabályozás és a hólyagbénulás rehabilitációjára irányult.

IRODALOM: 1. Katona F.: Orv. Hetil. 1958, 99, 277. — 2. Bors, E.: J. Urol. 1952, 67, 925. — 3. Burghele, T., Ichim, V., Demetrescu, M.: J. Urol. Med. 1958, 64, 317. — 4. Boyce, W. H., Lethem, J. E., Hunt, L. D.: J. Urol. 1964, 91, 41. — 5. Bradley, W. E., Chou, S. N., French, L. A.: J. Neurosurg. 1969, 20, 953. — 6. Dees, J. E.: Invest. Urol. 1965, 2, 529. — 7. Halverstadt, B., Wyland, F., Leadbetter: Brit. J. Urol. 1968, 40, 175. — 8. Habib, H. N.: Surg. Forum. 1963, 14, 489. — 9. Kantrowith, A.: J. Amer. Med. Assoc. 1964, 187, 595. — 10. Susset, J. G. és mtsai: Canad. Med. Ass. J. 1966, 95, 1128. — 11. Edward, L., Malvern, J.: Brit. J. Urol. 1972, 44, 467. — 12. Katona F.: in: Neurobiology of Invertebrates — Mechanism of Rhythm Regulation — ed.: Salánki J. Akadémiai Kiadó, 1972, 319. — 13. Katona F., Tomka I., Pásztor E.: Acta Physiol. Acad. Sci. Hung. 1961, 18, Suppl. — 14. Katona F.: Z. Kinderchir. 1973, 13, 114. — 15. Janneck, C.: Z. Kinderchir. 1973, 13, 117. — 16. Bors, E., Comarr, A. E.: Neurological Urology. S. Karger. 1971.

Semmelweis Orvostudományi Egyetem,
IV. Sebészeti Klinika (Szív- és Érsebészet)
(igazgató: Kudász József dr.)

A thoracalis sympathektomia késői eredményei különböző kórképekben

Sebestény Miklós dr., Papp Sándor dr.,
Szabó Imre dr., Soltész Lajos dr.
és Mogán István dr.

A budapesti Semmelweis Orvostudományi Egyetemen a IV. Sebészeti Klinikán 1952-től 1971-ig, tehát 20 év alatt 142 betegen 171 thoracalis sympathektomiát végeztünk különböző kórképekben. A műtét késői eredményeit részben a betegek folyamatos és személyes felülvizsgálata, részben kérdőívek begyűjtése alapján ítéltük meg. A beteganyag feldolgozásakor objectiv vizsgáló eljárásokra nem támaszkodhattunk, mert azok sok esetben a műtét időpontjában még nem voltak használatosak. Az olyanok mint pl. oscillometria, bőrhőmérsékletmérés vagy Doppler-eszköz, nem alkalmas kellőképpen a sympathektomia következtében létrejött finom vérkeringési változások vizsgálatára. Mégis úgy gondoljuk, hogy a betegeknek az ambulantiánkon való folyamatos ellenőrzése, illetve a részletes kérdőívek elemzése elég megbízható alapot nyújt a sympathektomia hatásszerűségének megítéléséhez és az ezzel a témával foglalkozóknak tájékoztatóul szolgálhat.

Az utóbbi 20 év alatt érsebészeti ismereteink, szemléletünk és műtégi eljárásaink érthető módon sokat változtak.

Az 50-es évek elején még *Smithwick* szerint (21), majd a mellkasebészet rohamos fejlődése idején transthoracalis behatolásból, majd pedig 1958-tól *Atkins* (1), *Goetz* (6), valamint *Papp S.* (18) szerint kizárólag a technikailag egyszerű és minimális szövődémmel járó axillaris thoracotomiából távolítottuk el a 2–3 thoracalis gangliont. Az egyes műtégi eljárások és a késői eredmények között lényeges különbséget nem találtunk.

Morbus Raynaud miatt 62 betegen 83 műtétet végeztünk.

A betegek jelentős részében nemcsak a két felső, hanem az alsó végtagokra is ráterjedt a folyamat és 28%-ban az ujjakon necroticus jelenségeket észlel-

1. táblázat

Morbus Raynaud

62 beteg

83 műtét

Megfigyelési

idő 3–23 év

Javult	Változatlan	Roszzabb
65%	29%	6%

tünk. A betegeknél az arteria radialis és ulnaris lükettetébe tapintható volt, angiographiával a digitalis erek gracilisnek látszottak. Hideg hatására 92%-ban a klasszikus háromszakaszos Raynaud-kóros roham (24) volt észlelhető. Az irodalom adatai szerint a Morbus Raynaud majdnem kizárólagosan a nők betegsége (5, 10, 12, 20), ezzel szemben betegeink egyharmada férfi volt. Az átlagos életkor 36 év.

Az utánvizsgált betegek 65%-a javult. Ezek a műtét óta semmiféle kezelésre nem szorultak, munkaképesek. A betegek állapota 29%-ban változatlan, a hideg hatására, emótióra az ujjak továbbra is elszíneződnek, a necroticus jelenségek az ujjvégeken nem gyógyultak meg vagy recidiváltak. Hat százalékban a műtét óta romlás következett be, de necrectomiát, vagy amputatiót egy esetben sem kellett végezni. Ezek a betegek mind tartósan munkaképtelenek. Négy esetben kifejezett sclerodermás tünetek csatlakoztak a kórképhez, ezeken a betegeken szintén javulás volt megállapítható (1. táblázat).

Az alsó végtag panaszok csak 2 esetben értek el olyan fokot, hogy ezért műtétet kellett végezni.

A thoracalis sympathektomiát a Raynaud-kór kezelésében utánvizsgálataink alapján kielégítő gyógyító eljárásnak tartjuk. Hasonló megállapításra jutottak más szerzők is (2, 9, 11, 14).

A következő utánvizsgált betegcsoport occlusiv érelváltozásban szenvedett.

Ötvennégy betegen 56 műtétet végeztünk. A megfigyelési idő itt is 3-tól 23 év. Ebben a csoportban az occlusiót részben arteriosclerosis, részben endarteritis obliterans (Morbus Buerger) okozta, másrészt az ok tisztázatlan maradt. Bár tudjuk, hogy az arteriosclerosis és endarteritis obliterans között a pathológiai különbség vitatott, mégis az endarteritis obliteranst jellemző klinikai képe és lefolyása alapján külön tárgyaljuk.

23 betegen állítottuk fel az endarteritis obliterans diagnózisát.

Ezek közül 19 férfi és csak 4 nő. Az átlagos életkor a panaszok jelentkezésekor 34 év volt. Az elzáródás helye az arteria axillaristól distalisan volt kimutatható. Az operált felső végtagon 74%-ban találtunk egy vagy több ujjon gangraenát. A gangraena majdnem minden esetben meggyógyult; javulás a betegek 48%-ában következett be. 17%-ban a betegek

2. táblázat

Morbus Buerger

23 beteg,

25 műtét

Megfigyelési

idő 3–23 év

Javult	Változatlan	Roszzabb
48%	17%	35%

Egyéb occlusiv érbetegség
31 beteg
31 műtét

3. táblázat

Megfigyelési
idő 3—23 év

Javult	Változatlan	Roszzabb
73%	27%	0%

állapota változatlan, 35%-ban pedig kifejezett rosszabbodást állapítottunk meg, mert a recidiváló gangraena miatt ezekben az esetekben ismételt necrectomiát kellett az ujjakon végeznünk. Kéz-amputációra egy esetben sem kényszerültünk (2. táblázat).

A betegek kétharmadának már előzőleg súlyos alsó végtag panaszai voltak. Az utánvizsgálat ideje alatt ezek már valamilyen érműtéten vagy amputáción kellett hogy átessenek. Összefoglalva megállapíthatjuk, ha a felső végtag állapotában javulás állt is be, a beteg sorsát a betegség progressiója miatt az alsó végtag állapota rontotta. Egyéb, jobb therapiás lehetőség hiányában jelenleg a thoracalis sympathektomiának helyét kell adnunk az endarteritis obliterans kezelésében (25).

A következő csoportba azokat az occlusiv érbetegségben szenvedőket soroltuk, akiknek pathogenesisében nem chronicus gyulladás, hanem degeneratio szerepel. Itt az elzáródás vagy az a. subclavián vagy az attól distalisabb érszakaszon volt.

Harmincegy beteg közül 22 férfi és 9 nő. Ezek a betegek is inkább a fiatalabb korosztályból származtak. Fő panasz a kéz fogóerejének és a kéz hőmérsékletének a csökkenése. Praeangraena, gangraena az ujjakon csak 16%-ban fordult elő. Az elzáródás majd minden esetben egyoldali volt. Az alsó végtagok keringésének zavarát csak 2 esetben lehetett kimutatni.

Az utánvizsgálatok során 73%-os javulást állapíthatunk meg. Ezek a betegek további orvosi kezelésre nem szorultak, munkaképesek lettek. 27 százalékban a végtagok állapota változatlan maradt. Rosszabbodást nem figyeltünk meg. Három beteg időközben meghalt, az érelzáródástól független betegségben (3. táblázat). Az utánvizsgálatok során kiderült, hogy még az 50-es évek elején két olyan subclavian steal syndromás betegen thoracalis sympathektomiát is végeztünk, akiken a kórképet a felső végtag panaszok uralták. Mai ismereteink szerint a végtag ereinek kitágulása révén a „steal fenomen”-nek fokozódnia, és ezáltal az agyi keringésnek csökkennie kellene. Mégis ezek a betegek ma is panaszmentesek. Mindezek ellenére az occlusiv felsővégtagi érelváltozásokban, ahol a reconstructio feltételei adottak, már a helyreállító érműtétet helyezük előtérbe.

A teljesség kedvéért megemlítiük, hogy még az 50-es évek elején, amikor a magas vérnyomás műtéti kezelése elterjedt (13, 16, 19), súlyos essentialis hypertonia miatt 7 betegen kiterjesztett Smithwick-műtétet végeztünk. Ezek közül ma már csak 2 beteg él és panaszai változatlanul fennállnak. Véleményünk szerint miután a gyógyszeres kezeléssel ennél jobb eredményt lehet elérni, klinikánkon ma ilyen műtétet már nem végzünk.

A sympathicus idegrendszer sebészetének há-

lás területe a hyperhydrosis (4, 7, 8, 17). Ebben a betegségben thoracalis sympathektomiát csak akkor indicalunk, ha a kéz izzadása a betegeket munkájukban, társadalmi életükben gátolja.

Ezt szem előtt tartva csak 5 betegen végeztünk műtétet, 4 esetben jó eredménnyel; az izzadás erős emotionális behatásra sem jelentkezik. Egy esetben a kéz izzadása gyengébb formában visszatért. Ez a sympathicus idegrendszer regenerációjának bonyolult és vitatott kérdését vetné fel (3, 15, 23, 26), de ennek tárgyalását jelen közleményünkben mellőzzük.

Csupán megemlítiük, hogy causalgiaiban és Sudeck-dystrophiában is végeztünk thoracalis sympathektomiát, de ezek tárgyalását a kis esetszám miatt mellőzzük.

Végül megemlítiük azt, hogy 9 olyan súlyos syringomyeliában szenvedő betegen végeztünk thoracalis sympathektomiát, akiken minden egyéb kezelés hatástalan volt. A betegek a felső végtagi izomgyengeség, koordinációs képtelenség és trophicus zavarok miatt magatehetetlenek voltak.

Öt esetben hosszan tartó javulást tudtunk elérni. Feltételezzük, hogy a sympathektomia hatására nemcsak a felső végtagok, hanem a gerincvelő vérellátása ugyancsak javult. Így a még reversibilisen károsodott idegelemek funkciója valószínűleg visszatért (22).

Az elmondottakat összefoglalva megállapíthatjuk, hogy a fent említett kórképekben, figyelembe véve a késői eredményeinket, a thoracalis sympathektomia sikeres műtéti beavatkozás.

Összefoglalás. A szerzők ismertetik a Semmelweis Orvostudományi Egyetem IV. Sebészeti Klinikáján 1952 és 1971 között, vagyis húsz év alatt 142 betegen végzett 171 thoracalis sympathektomia késői eredményeit. Megállapítják, hogy Raynaud-kórban, endarteritis obliteransban, egyéb occlusiv érbetegségben és hyperhydrosisban a thoracalis sympathektomia eredményes műtét.

IRODALOM: 1. Atkins, H. J. B.: Lancet. 1954, I, 538. — 2. Baddeley, R. M.: Brit. J. Surg. 1965, 52, 426. — 3. Bloor, K.: Angiology. 1966, 17, 143. — 4. Ellis, H., Morgan, M. N.: Proc. Roy. Soc. Med. 1971, 64, 768. — 5. Gifford, R. W., Hines, E. H.: Circulation. 1957, 16, 1012. — 6. Goetz, R. H.: Intern. Abstr. Surg. 1948, 87, 417. — 7. Greenhalgh, R. M., Rosengarten, D. S., Martin, P.: Brit. Med. J. 1971, 1, 332. — 8. Gruss, J. D., Laubach, K., Bartels, D.: Lyon Chirurg. 1973, 69, 358. — 9. Jochimsen, P. R., Hartfall, W. G.: Surgery. 1972, 71, 686. — 10. Johnston, E. N. M., Summerly, R., Birnstingl, M.: Brit. Med. J. 1965, 5440, 962. — 11. Kirtley, J. A. és mtsai: Ann. Surg. 1967, 165, 869. — 12. Laubach, K., Linder, F., Piotrowski, W.: Dtsch. med. Wschr. 1972, 97, 745. — 13. Longland, C. J., Gibb, W. E.: Brit. J. Surg. 1954, 41, 382. — 14. Loose, K. E.: Dtsch. med. Wschr. 1962, 87, 2117. — 15. Mester E.: Orv. Hetil. 1953, 94, 925. — 16. Morrissey, D. M., Brookes, V. S., Cooke, W. T.: Lancet. 1953, I, 403. — 17. Papp S., Szabó I.: Magy. Seb. 1966, 19, 107. — 18. Papp S.: Minerva Cardioangiolog. Europ. 1959, 7, 17. — 19. Parkes, W. E.: Brit. Heart J. 1958, 20, 249. — 20. Peacock, J. H.: Lancet. 1960, II, 65. — 21. Smithwick, R. H.: Ann. Surg. 1936, 104, 339. — 22. Soltész L., Sándor Gy.: Orv. Hetil. 1957, 98, 740. — 23. Sunder-Plassmann, P., Hillenbrand, H. J., Schürholz, A.: Dtsch. med. Wschr. 1954, 79, 1509. — 24. Temesvári A., Soltész L., Robiczek F.: Chirurg. 1955, 26, 70. — 25. Wanke, R.: Langenbeck's Arch. Klin. Chir. 1959, 292, 234. — 26. Weese, K.: Langenbeck's Arch. Klin. Chir. 1958, 290, 155.

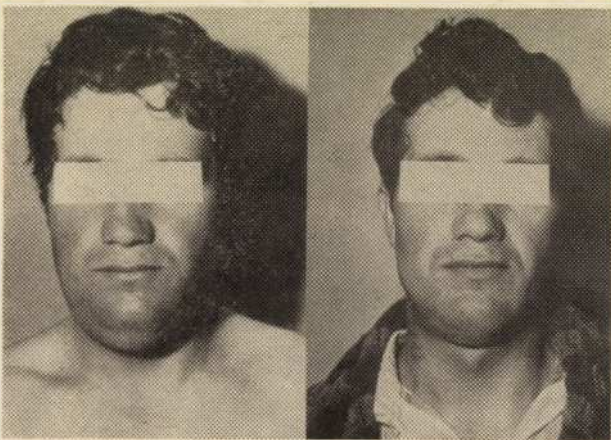
Szegedi Orvostudományi Egyetem,
Fogászati és Szájsebészeti Klinika
(igazgató: Tóth Károly dr.),
I. Sebészeti Klinika (igazgató: Petri Gábor dr.) és
Röntgenklinika (igazgató: Szenes Tibor dr.)

Submentalis diffúz arterio-venosus aneurysma

Tátrai József dr., Kovács Gábor dr.,
Papp Piroska dr., Berta Mihály dr.,
Fráter Loránd dr. és Sonkodi István dr.

A fej és a nyak congenitalis arterio-venosus anomáliái viszonylag ritkán észlelhető elváltozások, melyek nagyság és localisatiótól függetlenül életveszélyes állapotok és fatális kimenetelű vérzést okozhatnak. *Malan* és *Azzolini* (6) szerint az elváltozás hússzor gyakoribb intracerebralisán, mint extracerebralisán. Izolált submentalis előfordulásának csak néhány esete ismeretes (3, 6).

A tünetek közül kiemelendő a gyakran látható pulsatio, a tapintható surranás és a hallható zörej, melyek nagyobb elváltozás fölött jól észlelhetők. Műtéti beavatkozások után gyakori a recidiva, melyet az a. carotis externa és az a. vertebralis, valamint az a. carotis externa és interna között a fején és a nyakon található bőséges anastomosis magyaráz.



1. ábra.
A beteg előlnézeti fényképe a) a műtét előtt és b) a műtét után két héttel. A submandibularis terimenagyobbodás a műtét hatására jelentősen megkisebbedett



2. ábra.
A jobb (A) és a bal (B) arteria carotis communis izolált feltöltése után készült angiogramok arteriás fázisai. Mindkét carotis externa és a mellékágak jelentősen tágultak és az arteriás fázisban jól telődik a nagy kiterjedésű diffúz racemosus haemangioma

Esetismertetés

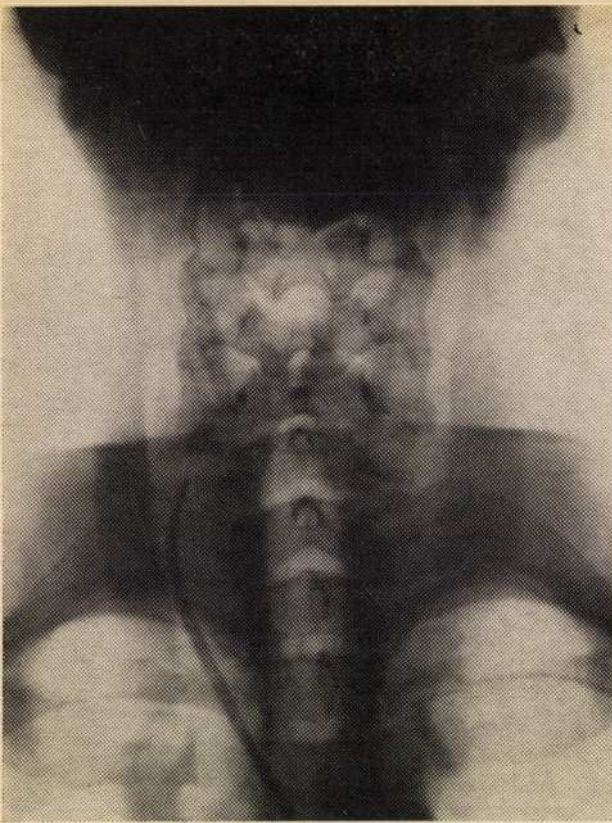
K. S., 27 éves férfi 1972. május 2-án került felvételre. Körzeti orvosa lipoma regionis submentalis diagnossissal utalta osztályunkra.

Anamnesis: gyermekkorától tud állá alatti duzzanatáról, mely az utóbbi időben gyorsabb növekedést mutatott. Körülbelül 3 éve a nyelve alatt bal oldalon borsónyi csomót érez, melyből felvétele előtt 5 nappal otthonában ásitás közben erős vérzés következett be. Vérzése mintegy 15 perc múlva spontán megszűnt. Az elkövetkező napokban még három alkalommal volt étkezés közben fellépő jelentősebb vérzése, mely részben spontán, részben körzeti orvosától kapott Ephedrine tamponálás hatására szűnt meg.

Fizikális vizsgálat: a szájüreg megtekintésekor a nyelv felemelése közben heves arteriás vérzés lépett fel, amit tamponálással sikerült rövid időre megszüntetni. A nyelv alatt bal oldalon kb. 10 fillérnyi hámszáj közepén ceruzabéllyű, vérző arteriát észleltünk. A szájfénék duzzadt, kékes színben előboltosult. Submentalisán gyermekökölnyi pulsáló terimenagyobbodás volt látható (1. ábra a), felette surranás tapintható, systolés és diastolés zörej hallható. RR.: 160/100 Hgmm, pulsus: 100/min.

Laboratóriumi leletek: vizelet: negatív, vvt.: 4,0 millió, htkr.: 34%, fvs.: 6000, qualitativ vérvkép normális.

Kórlelet: a nyelv alatti vérzést aláöltéssel



3. ábra.
A jobb a. carotis communis feltöltése után 2 másodperc-
cel mindkét v. jugularis interna telődése látható

szüntettük meg, majd 800 ml vér adásával keringését rendeztük. A későbbiekben mellkasátvilágítást és a submandibularis régióról célzott felvételeket készítettünk. Mellkasátvilágítás során a szív normális nagyságú volt, feltűnt a nagyobb amplitúdóval pulzáló aorta. Az áll alatti tájon a mandibula és a nyelvcsont között kiterjedt homogén lágyrészárnyék helyezkedett el csont-destructio nélkül. A klinikai jelek alapján nyaki arterio-venosus aneurysmára gondoltunk, ezért először vénás katheretizációt végeztünk. A vena jugularisok területén a szokásosnál jelentősen magasabb volt az oxygensaturatio (89%), s ez megerősítette feltevésünket. A saturációs értékek alapján számított arterio-venosus shunt volumene 4,2 liter percenként, csaknem elérte a systemás perctérfogatot. A szív megterhelése tehát jelentős volt.

Ezekután kétoldali selectiv carotis angiographiát végeztünk az arteria femoralis felől percutan felvezetett kathereten keresztül. Ennek eredménye a 2. ábrán látható. Az arteriás fázistól számított másfél másodperc múlva már vaskos vv. faciales, majd v. jugularis interna telődés látható. A jobb oldali a. carotis communis feltöltése után mindkét v. jugularis interna csaknem egyenlő intenzitással telődött, áll alatti ágai ujjnyi tágasságúak voltak (3. ábra).

Az egyéb vascularis elváltozások kizárása céljából szemészeti, fül-orr-gégészeti, ideggyógyászati vizsgálat történt, ezek alkalmával elváltozást nem észleltek.

A vizsgálatok után a beteget műtéti megoldás céljából az I. sz. Sebészeti Klinikára helyeztük át, ahol 1972. május 17-én endotrachealis narcosisban mindkétoldali a. carotis externát lekötöttük, majd a ligaturák fölött az aneurysmába sclerotisalo hyper-toniás sóoldatot fecskendeztünk steril gyulladás és érelzáródás céljából. Műtét után a submentális duzzanat jelentősen megkisebbedett (1. ábra b), a szájfenéki elbóltosulás megszűnt. Pulsatiót és surranást sem lehetett a későbbiekben észlelni. Műtét után több mint két évvel a beteg panaszmentes, szájüregi vérezése nem ismétlődött meg.

Megbeszélés

Az orofacialis regio vascularis anomaliái általában tünetmentesek az első 10 évben, de a tünetek a harmadik évtizedig rendszerint manifestálódnak. Az elváltozások ritkán localisálódnak csak egy területre, gyakran fordul elő a mandibula, maxilla, arc, orbita, retina, agy arterio-venosus aneurysmája együttesen. Élőben diagnosztisált mandibula és retina együttes előfordulású angiomájának esetét részletes dokumentációval Bower és mtsai (1) közölték 1942-ben. Az utóbbi időben pedig Hoyt és Cameron (5), valamint Brown és mtsai közöltek hasonló eseteket (2). A kezelés általában az elváltozás totalis exstirpációjából áll (3). A ligatura után a collateralis keringés miatt recidiva következhet be (6). Hoey és mtsai (4) radicalis beavatkozás előtt a collateralis keringést a m. gastrocnemius fragmentumaival, illetve Gelfoam darabokkal embolizálták.

Esetünkben a lágyrészben található igen kiterjedt racemosus haemangioma radicalis eltávolítása nem jöhetett szóba. Ezért mindkét oldali a. carotis externa lekötést, és obliteratio céljából hyper-toniás sóoldat befecskendezését választottuk. Kezelés után az áll alatti duzzanat jelentős mértékben megkisebbedett, a látható pulsatio megszűnt, surranást nem lehetett tapintani, illetve auscultatióval zörejt nem hallottunk. Az elváltozás felett a bőr nem károsodott. Műtét óta a beteget több alkalommal is berendeltük ellenőrzésre, recidivát két évvel a műtét után sem észleltünk.

Összefoglalás. Szerzők igen ritka előfordulású, diffúz submentális racemosus aneurysma esetét ismertetik, valamint foglalkoznak a therapiás lehetőségekkel és közlik saját esetükben alkalmazott kezelési eljárásukat.

IRODALOM: 1. Bower, L. E., Ditkowsky, S. P., Bertha, A., Klien, Bronstein, J. P.: Amer. J. Dis. Child. 1942, 64, 1023. — 2. Brown, D. G., Hilal, S. K., Robinson, M.: J. Oral Surg. 1973, 31, 553. — 3. Coleman, C. C., Hoopes, J. E.: Plast. Reconstr. Surg. 1971, 47, 354. — 4. Hoey, M. F., Courage, G. R., Newton, T. H., Hoyt, W. F.: J. Oral Surg. 1970, 28, 696. — 5. Hoyt, W. F., Cameron, R. B.: J. Oral Surg. 1968, 26, 596. — 6. Malan, E., Azzolini, A.: J. Cardiovasc. Surg. 1968, 9, 109.



TURINAL

TURINAL



Tabletta **gestagen hormon**

Per os hatékony szintetikus gestagen, amely megóvja a veszélyeztetett terhességet, különösen progesteron-hiány esetén. A placenta funkcióját stimulálja. Az anyán nem provokál virilizációs tüneteket, s a leánymagzaton sem okoz masculinizációt.

ÖSSZETÉTEL:

1 tabletta 5 mg allyloestrenolumot tartalmaz.

JAVALLATOK:

Fenyegető vetélés, fenyegető koraszülés, habitualis abortus prophylaxisa.

ALKALMAZÁS, ADAGOLÁS:

Fenyegető vetélés esetén naponta 3×1 tabletta 5—7 napon át, a tünetek megszűnéséig. Szükség esetén a napi adag káros következmények nélkül növelhető.

Habitualis abortus esetében napi $1—2 \times 1$ tabletta az átlagos adag.

A terhesség felismerése után a kezelést azonnal el kell kezdeni, és a kritikus időpont után még legalább egy hónapig nem szabad abba hagyni. Fenyegető koraszülés fennállásakor az adagolást minden esetben célszerű egyénileg meghatározni, sokszor az itt leírtaknál nagyobb adagok alkalmazása szükséges.

MEGJEGYZÉS:

Társadalombiztosítás terhére szakrendelések szabadon rendelhetik, egyéb esetben csak szakrendelés (fekvőbeteg-gyógyintézet) javaslatára rendelhető.

CSOMAGOLÁS:

20 tabletta 60,— Ft

100 tabletta 284,— Ft

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST

Győr-Sopron megyei Kórház, Győr
 Sebészeti Osztály (főorvos: Szántó Tibor dr.) és
 Röntgenosztály (főorvos: Ferencz Béla dr.)

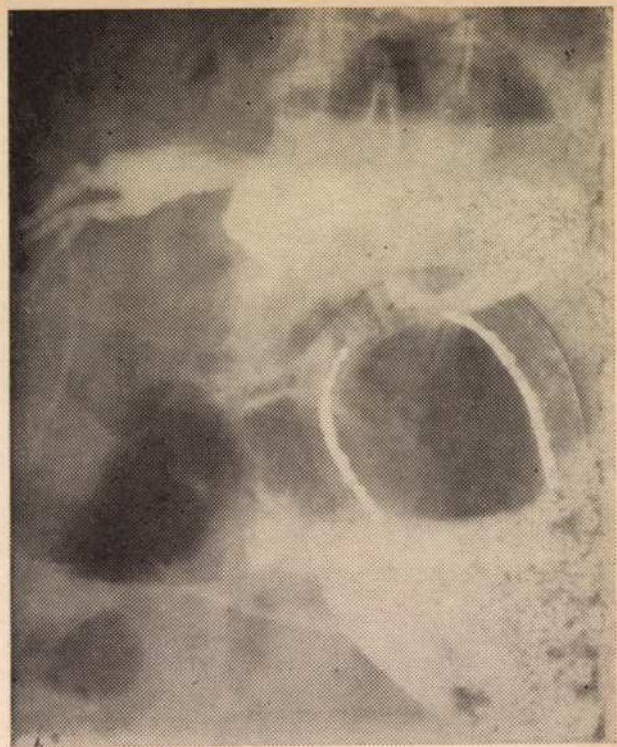
Spontán kialakult és műtéttel megoldott choledochoven-tricularis sipoly

Gunyhó Imre dr. és Kéki Miklós dr.

Sebészi munkánk során a ritkán előforduló betegségek közül találkozhatunk a spontán belső epe-sipoly kórképével is. A spontán biliodigestív sipolyok *Noskin* szerint 10⁰/₀-ban fordulnak elő epekő nélkül. A bilio-gastro-enterikus sipolyok 5⁰/₀-a gyomor, illetve nyombélfekélyek penetrációjából származik (12). A cholecysto-choledochoduodenalis típus a gyakoribb (16). A choledochoven-tricularis fistula alig fordul elő. *Gulordava* (6) antralis callosus ulcus és a közös epevezeték között kialakult sipoly esetét ismerteti. Az irodalomban egyetlen, a saját esetével azonos kórképet talált.

Epekőbetegség mellett a spontán belső sipoly keletkezésének valószínű módja a többször fellépő súlyos cholecystitis vagy fedett perforatio okozta abscessus, amely miatt jelentős környezeti összenövés alakul ki, és ha a gyulladáshoz conglomeratumba az emésztő-tractus fala is bekerült, a jelenlévő kő decubitus okozva betörhet a lumenbe (2, 4, 5, 14, 15, 18). Az áttörés folyamatában és azt követően a kő vagy kövek migrációja döntő jelenség. Gyakori panasz a heves görcsös fájdalom. Felléphet az epe passage-zavara, ascendáló cholangitis, pancreatitis. A kő vagy kövek vándorlása méretüktől függően epekő-ileust (17) vagy gyomorba jutás esetén heveny gyomorürülési zavart eredményezhetnek (1, 7, 13). A gyulladáshoz kapcsolódó következményeként a pylorus-tájéki stenosis is bekövetkezhet.

A kőmentes gastrobiliaris sipoly más pathomechanizmus alapján jön létre. Feltehető ok az idült, káros, rendszerint óriásfekély, amely már súlyos torzulást, a szomszédos képletek összetapadását okozta. Ha a fekélyalapon epeút van, és a gyomorfallal minden rétege elpusztult, arrosio nyomán fistula jöhet létre (11). A sipoly különösen



2. ábra.
 Műtét előtt készült felvétel a gyomorról

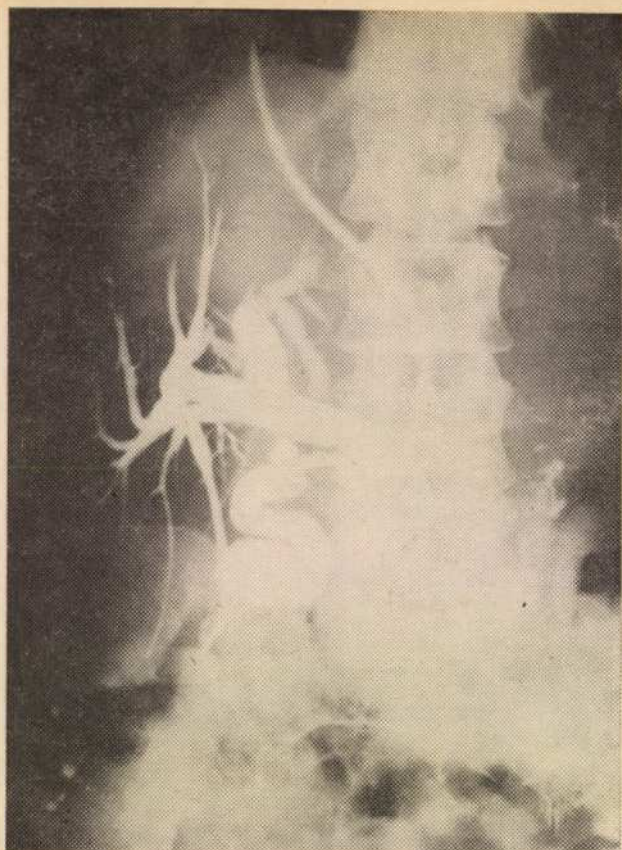
fájdalmas és erőteljes „fekélyes krízis” után alakul ki. Gyakori szövődmény a fekély vérzése és a pylorus különböző fokú stenosisa (3). A kórállapot emésztési zavarokkal, testi leromlással járhat.

A gastrobiliaris ulcusos eredetű fistula irodalmi ritkaság. A különböző eredetű spontán belső biliodigestív sipolyokkal foglalkozó közlemények száma jelentős (4, 8, 9, 10, 15, 16). A hozzáférhető munkák szinte mindegyike a kő, a fekély és a tumor okozta sipolyokat együtt tárgyalja.

A klinikai és a diagnosztikai különbségek, a műtéti megoldás eltérései indokolnák, hogy az epekőesség és a fekély okozta fistulákat különválasszuk.

A pontos diagnosis felállítása — ami ritkán lehetséges — segítené a céltudatos műtéti therapiát. Sajnos az esetek jelentős részében csak az exploratív laparotomia teszi nyilvánvalóvá a bonyolult problémát. Műtét előtt a kórkép valószínűségének felderítéséhez a következő vizsgálatok nyújthatnak segítséget: a gyomor-bél passage röntgen vizsgálata, a cholecysto-cholangiographia valamely változata és esetleg az irrigoscopia. A kontrasztvizsgálatok során készült felvételeken kirajzolódó bizarr röntgenképek analízise, az epeutakban jelenlévő levegő észlelése (3) a kórkép eredetét és fennállását bizonyossá teheti.

Kimutatott vagy intraoperatív diagnosztizált spontán belső biliodigestív sipoly megszüntetése csak műtéttel lehetséges. A különböző kóreredetű belső fistula sebészi gyógyításának lényege a köves epehólyag, illetve nyombél- vagy gyomorfekély és környezete közötti összenövés szétválasztása, a beteg szerv műtéti gyógyítása és a szabadon vált fistula megszüntetése. Ha fekélybetegség



1. ábra.

Műtét közben készült kontrasztfeltöltéses felvételen a kanül vége mutatja a choledochus kóros szájadékát

szövődménye a fistula, a megoldás első lépése a resectio, amelyet az ulcus-sebészet sokféle módzata közül ajánlani lehet. Az epeút defectusa, a kóros járat szájadéka plasticával (cholecystából képzett nyeles folt fedéssel), Kehr- vagy Voelcker-drainage feletti zárással szüntethető meg. A kőmentes, de károsodott epehólyagot célszerű eltávolítani.

Esetismertetés

B. P.-né, 58 éves beteget 1974. február 28-án pszichiátriai osztályról vettük át osztályunkra. Ismert betegségei: 20 év óta áll folyamatosan elmeosztályi kezelés alatt dementia taboparalytica miatt. 1971. november 20-án gyomorfekély perforatio miatt suturát végeztünk. 1973 őszén gyomorpanaszai kiújultak és fokozatosan cachectisálódott. 1974. január 19-én masszív gyomorvérzés miatt 3,5 liter vérpótlásra szorult. Öt

nappal később gyomor rtg-vizsgálatot végeztünk: hypotoniás gyomor. Az antrum „felkapott”, az angulus magasságában a kúsgöbületi contur, illetve a hátsó fal merev. Innen egy retroventricularis elhelyezkedésű almányi praeformált tasak telődik fel, amely az antrummal összefügg. Az üregben a bárium rétegeződik, s felette levegősapka rajzolódik ki. Ebből a telődési többletből az epeutakba is jut kontrasztanyag. A duodenum lefutása normális. Rtg-vélemény: a telődési többlet óriásfekély lehet, ami az epeutakkal van kapcsolatban (1. ábra). Március 1-én műtét: intratrachealis narcosisban exploratio, adhaesiók oldása. A gyomor ectasiás, II. fokú pylorus stenosis észlelhető. A nagygörbület skeletizálása után látható az antrum hátsó falának gyermektenyérenyi erős letapadása a pancreas corpusának medialis területéhez. Leválasztáskor 3–4 cm átmérőjű ulcus nyílik meg. A fekélyalap felső, medialis területén lencsényi szájadék van, amelyen át epe ürül. A gyomrot Billroth II. szerint resecáljuk, ezt követően intraoperatív cholangiografiát végzünk (2. ábra). A lelet choledochoven-tricularis fekélyeredetű sipolyt bizonyít. A fistula megszüntetésének legegyszerűbb módját, a Kehr-drainage-t választottuk. Zavartalan postop. szak 24. napján a Kehr-csővet eltávolítottuk. Javuló erőnlét mellett, panaszmentesen távozott. *Histológiai vizsg.:* kéttenyérenyi gyomor-resecatum érkezett forintnyi fekélyrészlettel. A környezete rendkívül vasos. A metszeteken a fekély alapját necrotizált, lobsejtekkel beszűrődött massa alkotja, alatta degenerált kötőszövet található lymphocytás, eosinophil-sejtes beszűrődéssel, vasos falú erekkel. Dg.: ulcus callosum.

Összefoglalás. A szerzők betegük ismertetésével felhívják a figyelmet a ritkán előforduló spon-tán belső, ulcus okozta epesipoly lehetőségére, amellyel gyomorműtét során találkozhatunk. Javasolják a köves és fekély eredetű sipolyok elkülönítését, mert a műtéti megoldások eltérők. A sipolyt okozó károsodott szerv gyógyítását és a kóros járat lehető legegyszerűbb módon történő megszüntetését ajánlják.

IRODALOM: 1. Barna L., Haas P.: Magy. Radiol. 1963, 15, 145. — 2. Carlos, E. és mtsai: Surg. Gynec. Obstetr. 1955, 101, 321. — 3. Cornet, Y. és mtsai: Chirurgie. 1971, 97, 570. — 4. Czirer L.: Orv. Hetil. 1925, 69, 1053. — 5. Glenn, F., Mannix, H.: Surg. Gynec. Obstetr. 1957, 105, 693. — 6. Gulordava, S. A. és mtsai: Chirurģija (Moszkva) 1971, 47, 131. — 7. Haas P., Ländler I.: Orv. Hetil. 1963, 104, 1969. — 8. Lázár D.: Magy. Seb. 1952, 5, 268. — 9. Marton T.: Magy. Seb. 1960, 13, 17. — 10. Mester E., Gönczi L.: Orv. Hetil. 1961, 102, 2232. — 11. Nagy T. és mtsai: Orv. Hetil. 1961, 102, 147. — 12. Noskin, E. A. és mtsai: Ann. Surg. 1949, 130, 270. — 13. Rácz I.: Orv. Hetil. 1965, 106, 1286. — 14. Rozsos I.: Orv. Hetil. 1965, 106, 1887. — 15. Sailer K.: Orv. Hetil. 1926, 70, 1088. — 16. Szabó L.: Magy. Seb. 1966, 19, 273. — 17. Turzó R., Hangos Gy.: Magy. Seb. 1964, 17, 154. — 18. Wakefield, E. G. és mtsai: Surgery. 1939, 5, 674.

Debreceni Orvostudományi Egyetem,
I. Belgyógyászati Klinika (igazgató: Leövey András dr.),
Kórbonctani Intézet (igazgató: Endes Pongrácz dr.),
Szemészeti Klinika (igazgató: Alberth Béla dr.) és
Fül-Orr-Gége Klinika (igazgató: Jakabffy Imre dr.)

A chronicus lymphoid leukaemia társulása más daganatokkal

Síró Béla dr., Szokol Miklós dr.,
Zajác Magdolna dr. és Pap Uzonka dr.

Kettős vagy többszörös daganatelfordulásokról
esetismertetések kapcsán az Orvosi Hetilap hasáb-
jain a közelmúltban is jelentek meg közlemények
(7, 10). Saját eseteinket azért tartjuk mégis köz-
lésre érdemesnek, mert a többszörös daganatelo-
fordulásnak sajátos, napjainkban időszerűvé vált
kérdéseihez nevezetesen 1. az oncogenesis és az
immunapparátus, valamint 2. az elsőként kórisméz-
ett daganat kezelése és a másodikként észlelt da-
ganat esetleges oki összefüggésének lehetőségéhez
nyújthat adatot.

Esetismertetés

I. K. V., 63 éves férfibeteg 1972. július 21-én ke-
rült a Debreceni OTE Fül-orr-gége Klinikájára felvé-
telre, 5 hónap óta ismételt jelentkező, 1 hónapja ál-
landósult rekedtség miatt.

Fül-orr-gégészeti statusa: a gégegyálkahártya dif-
fuse lobos. J. o. áhlangszalagtáj, egész hosszban, az
elülső commissura és a b. áhlangszalagtáj elülső har-
mada tömött, beszűrt, j. o. gégefél mozgása nagyfok-
ban korlátozott. Hangszalagok nem ítéltetők meg.
Légrés kb. kétharmadára beszűkült. A m. sternocleido-
mastoideus mellett az os hyoideum magasságában pu-
ha, mogorónyi resistentia. **Mellkasi rtg:** kornak meg-
felelő norm. lelet. **Vizelet:** negatív. **Vvs.:** 3,6 M. **Fvs.:**
18 700.

1972. július 22-én excisio probata a j. áhlangszal-
agtájából. **Szövetteni eredmény:** cc. planocell. keratoid-
des laryngis.

1972. július 28-án totális gégeexstirpatio történt,
részleges block-dissectióval. **Szövetteni vizsgálat:** cc.
planocell. keratoides laryngis. Chronicus lymphoid
leukaemiának (CLL) megfelelő beszűrtég, metastasi-
sok a nyaki nyirokcsomókban.

1972. augusztus 23-án a beteg az I. sz. Belgyógyá-
szati Klinikára került, ahol szeptember 20-ig állt to-
vábbi kivizsgálás és kezelés alatt. **Belgyógyászati sta-
tusából** kiemelendő: a máj bő ujjal, a lép három ujjal
haladja meg a bordaívet, mindkét szerv tömöttebb ta-
pintatú. Az áll alatt, nyakon, hónaljban és lágyékhaj-
latban különböző mértékben megnagyobbodott nyirok-
csomók.

Laboratóriumi vizsgálatok: We.: 4/ó. **Vizelet:** ne-
gativ. **Vvt.:** 2,8 M, hgb.: 9,1 g%, fvs.: 330 000. **Qualita-
tiv** vérképben 98–74% lymphocyta, sok Gumprecht-
rög. 2–26% granulocyta. A vvt-eken anisochromasia,
poikilocytosis. **Máj-funciós** próbák eltérés nélkül.
Se. összfehérje: 7,53 g%, Elpho: alb.: 56%, α_1 : 5%, α_2 :
14%, β : 23%, γ -globulin: 2%. **EKG:** kornak megfelelő
görbe.

Bentléte folyamán 1200 mg Degrantolt kapott iv.,
emelt 1200 rad-dal lépbesugárzás történt. Lépe és
testszerte a nyirokcsomók lényegesen megkisebbedtek.
Vérképe a fentiek szerint változott. Azóta rendszeres
haematológiai gondozás alatt áll. Prednisolon adása
mellett a fvs.-szám 120 000–150 000 között mozog, vvt-
száma 3 M körül ingadozó. Jól érzi magát.

II. R. A., 74 éves férfibeteg első ízben 1969. au-
gusztusában került a debreceni Szemészeti Klini-
kára. 5 hónappal előbb kis gombostűfejnyi „pettyet”
vett észre bal szemén. **Szemészeti statusa** felvételekor:
j. szem ép. Bal szemén a limbus mentén 1–1/2 óráig
elhelyezkedő, 2–3 mm-nyire kiemelkedő, egyenetlen
felszínű, sötét szürkésbarna terimenagyobbodás, ame-
lyet a kötőhártya fed. Alulról kettő, temporal felől
négy erősen megvastagodott, kanyargós ér halad az
elváltozáshoz.

Az alul temporalisan futó ér mellett gombostű-
fejnyi, szabálytalan alakú, sötétbarna folt látható. A
terimenagyobbodás szélénél 3 óra irányában a conjunc-
tivában 1×2 mm nagy, pettyezetten pigmentált, a
corneában 3–5 óráig a limbus mentén 2 mm széles-
ségben nem éles szélű szürke terület. A csarnok egye-
netlen mélységű, 4–1/2 óráig az iris gyöki része elő-
domborodik. A szem többi része ép, a fundusokon kis-
fokú arteriosclerosis.

Laboratóriumi vizsgálatok: vizelet neg., melanin
próba neg. We.: 4/óra, vvt.: 3 780 000, fvs.: 7000.

A macroscopos és a réslámpás kép alapján az el-
változás melanoma malignumnak látszott, amely ra-
dicalis műtétet és prae-, valamint postoperatív cyto-
staticus kezelést tesz szükségessé.

Belgyógyászati vizsgálat: kornak megfelelő fizi-
kális állapot. **EKG:** kornak megfelelő norm. görbe.
Mellkas rtg: emphysemás tüdőmezők, egyebekben el-
térés nélkül. **Kórisme:** emphysema, cardiomyopathia
arteriosclerotica comp. **Műteti előkészítésként** Stro-
phantin—Diaphyllin, cytotasticumként Cyclophospha-
mid jön szóba.

A beteg a műtét előtt 5 napig 200 mg, majd to-
vábbi 5 napig 150 mg Cyclophosphamidot kapott. A
fvs.-szám a praeoperatív szakban 7900 és 8600 között
váltakozott, változatlan We érték mellett. A vizeletben
a melanin ismételt negatív volt. A közben elvégzett
koponya rtg-felvételen csont-destructio nem volt lát-
ható. A tu. lassú növekedése volt észlelhető.

Az 1969. augusztus 25-én elvégzett exenteratio or-
bitae lefolyása sima volt. A következő napon a műteti
terület rendben.

Szövetteni vizsgálat: melanoma malignum con-
junctivae, a sclera daganatosan beszűrt, a corpus ci-
liare és a chorioidea ép.

A műtét után két nappal a beteg rosszul érezte
magát, hányinger lépett fel, ismételt hányt. A fvs.-
szám ismételt ellenőrzve 50 000-nek bizonyult. A
beteg további kivizsgálás végett az I. sz. Belgyógyá-
szati Klinikára került. **Átvételekor** fizikális statusa,
rtg- és EKG lelete mint az előző vizsgálat során. We.:
20 mm/ó, vizelet melanin negatív. **Máj-funciós** pró-
bák eltérés nélkül. **Fvs.-szám:** 126 000, 162 000, 27 000.
Qualitativ vérképben 97%-ban lymphoid sejtek, zöm-
mel kis lymphocyták, 6–8% nagy lymphocyta, néhány
lymphoblast, sok Gumprecht-rög. A sternum puncta-
tumban a periferiás vérképpel megegyező véres puncta-
tumot kaptak. A vvt.-szám 4,4–3,2 M volt. A vér-
lemezék száma ismételt 200 000 körüli. A kórisme
chronicus lymphoid leukaemia (CLL).

A beteg további 1600 mg összedagú Cyclophos-
phamid kezelésben részesült. A klinikai kép és a la-
boratóriumi adatok alapján remisszióba került.

Otthonában a beteg tartósan jól érezte magát, de
5 hónappal a CLL kórismézése után megfázott, lázas-
sá vált, majd rohamosan gyengült, megterhelésre, majd
nyugalomban fulladás lépett fel, sokat fogyott, hasa
puffadtá vált. Az I. sz. Belgyógyászati Klinikára 1970.
március 26-án került újrafelvételre. **Statusából** kieme-
lendő leromlott általános állapota, anaemiás külleme,
az epigastriális érzékenység, puffadt has, köldökig erő-
tömött, érzékeny lép, 4 ujjnyi tömöttebb, mérsékelten
lekerített szélű máj, nyaki és hónalji nyirokcsomók
magnagyobbodása. **Felvételekor** lázas, exsiccált. **Labo-**

ratóriumai adatai: vvt.: 4 M, hgb.: 13,8%, fvs.-szám: 146 000. A kvalitatív vérvképben st.: 1%, se.: 4%, ly.: 86%, nagy ly.: 9%. Thrombocyta-szám: 140 000, We.: 30 mm/ó, vizelet: neg., melanin: neg. Fract. próbareggeli: normacid. Gyomor rtg: kórjelző eltérés nélkül. Mellkas rtg: kornak megfelelő status. A beteg só- és glyose-infúziókat, Tetrán B-t és Isolanidot kapott Degranol—Prednisolon kezelés mellett. Utóbbiak adagja napi 50 mg volt. A Prednisolon kezelés 3., ill. a Degranol kezelés 2. napján ismét erős epigastriális fájdalom lépett fel, lázassá vált. Terminalisan vérnyomása esett, zavarttá vált. A halál perifériás és centrális keringési elégtelenség tünetei közepette következett be.

A kórboncolási jegyzőkönyv kivonata: a szív kisebb az átlagosnál, állománya petyhüdt, fakó, sárgásbarna. Az izomzat szerkezete elmosott. A mellkasi, nyaki és hónalji nyirokcsomók főtt babnyiak—mandulányiak, duzzadtak, metszslapjukon egyneműek. A lép alsó pólusa a crista ilei szintjéig ér. Állománya duzzadt, törékeny, szürkés szederjes vörös, metszslapján többé-kevésbé felismerhető follicularis és trabecularis rajzolattal. A máj jóval nagyobb, törékeny, halvány vörössárga, metszslapján a portális mezők kiszélesedtek, szürkésfehérek. A pylorusgyűrű alatt közvetlenül három, az izomrétegbe terjedő fekély, amelyek egyike mélyen a májba penetrált. A hasban is megnagyobbodott nyirokcsomók. Szövettanilag a csontvelő, máj, lép, nyirokcsomók, vese és húgyhólyag CLL-ás beszűrtsége volt kimutatható.

Megbeszélés

Két malignus folyamat egy egyénben való előfordulása lehet véletlen, de lehetséges oki összefüggés is. Utóbbi szempontjából lényeges tudnunk, melyik daganat lépett fel először. Ennek megítélése nehéz, mivel az esetek többségében csak a kórismezés és nem a daganatkezelés időpontja állapítható meg. E kérdésre sajnos egyik esetünkben sem tudunk választ adni. Első esetünkben a műtét során eltávolított nyirokcsomó szövettani vizsgálata derítette fel a rejtett, addig tünetmentes CLL-t. Második esetünkben a műtét előtt ugyan sorozatban történt fvs.-szám ellenőrzés és az a műtét után emelkedett hirtelen, mégis a műtét anyag szövettani újrvizsgálása az erek lumenét kitöltő véralvadéokban feltűnően sok lymphocytát mutatott, ami azt valószínűsíti, hogy a műtétkor a CLL már fennállhatott. Sajnos műtét előtt egyik esetünkben sem történt kvalitatív vérvképvizsgálat, bár az sem dönthette volna el a két folyamat keletkezésének sorrendjét.

A CLL-nak mint kettős vagy többszörös daganat-előfordulások egyik összetevőjének, két szempontból is jelentősége van:

1. A CLL és a másik daganatos megbetegedés egyik lehetséges összefüggésére, nevezetesen az antitumoros kezelések és a CLL kapcsolatára a klinikum más, látszólag távolos területéről kaphatunk utalást. Megfigyelték ugyanis, hogy a vese-transzplantatumot befogadó egyének között, akik tartós immunosuppressív kezelésben részesülnek, viszonylag gyakoriak a daganatos megbetegedések, s ezek között is feltűnően sok a lymphoproliferatív kórkép és a CLL. E kezelésmódok pedig, bár a kutatás az egyre célzottabban immunosuppressív hatás irányában folyik, természetükből fakadóan az előbbtől el nem választható módon cytostaticus antitumoros hatást is jelentenek (4, 6).

Ismeretes, hogy a NZB egerek elhúzódó spon-

tán autoimmun betegségében szintén gyakran keletkeznek lymphoid neoplasmák (cit. 3). Emberben is megfigyelték immun, autcimmun pathomechanizmusú betegség és lymphoproliferatív bajok társulását, bár az emberi pathológiában az immunrendszerért behatások és a malignisatio összefüggése korántsem egyértelmű (8, 9).

Penn ezt azzal magyarázza, hogy nem direkt oncogeneticus hatásról van szó, hanem az antitumoros immunosuppressív szerek, így a glyocorticosteroid hormonok is a daganatos sejt-mutatók immunológiai kiiktatását akadályozzák meg (4, 5, 6).

Blodi és Roy (1) 119 melanoma malignum chorioideae esetről számol be, akik közül egynek CLL-ja is volt. Ez véletlen társulás lehetett. Magnasco, Zingirian és Cottafava (3) 4 éves retinoblastomás betegén, aki enucleatio előtt 2800 rtg-besugárzást is kapott, később szintén CLL alakult ki.

A szerzők feltételezik a besugárzás oki szerepét.

Saját melanomás esetünkben a műtét előtt a fvs.-számot éppen a Cyclophosphamid kezelés miatt folyamatosan ellenőriztük. Noha a műtét anyag szövettani revíziója e területen az érlumenekben szokatlanul sok lymphocytát mutatott, a fvs.-szám rohamos emelkedése a műtét után és a Cyclophosphamid kezelése folyamán következett be és vált nyilvánvalóvá a CLL. Ebben mind a műtét előtti antitumoros kezelés, mind a műtét stressz közrejátszhatott.

Takácsi-Nagy és mtsai (11) CLL-hoz társuló reticulosarcomákról számolnak be. Eseteik kapcsán is felvetődik a cytostaticus kezelés és a második daganatos betegség összefüggésének lehetősége.

2. Mivel rejtetten a CLL már régebben is fennállhatott, fordított összefüggés is lehetséges, ti. az, hogy maga a CLL, mint immundeficiens állapot, csökkenti, ill. iktatja ki az oncogenesis immunológiai ellenőrzését, s ez teszi lehetővé az elsőként kórismézettnek vélt betegség, eseteinkben a laryngealis tumor, ill. a melanoma malignum létrejöttét.

Nyaki régióban jelentkező többszörös daganat előfordulásról Bochenek és mtsai (2) számolnak be. Esetükben három primaer daganat jelentkezett e régió belül, a gégefő carcinosarcomája, a glomus caroticum tumora és a pajzsmirigy carcinoma mixtum papillare et folliculareja, amely utóbbi nyaki nyirokcsomóáttéteket is adott. A nyaki tájék mint többszörös daganatelőfordulás helye részben mint az oncogen behatások egyik lehetséges kapuja, részben mint olyan terület bírhat jelentőséggel, amely igen dús nyirokszövetekben. Első esetünkben a CLL mint immundefect állapot, az esetleges oncogen behatásokra létrejövő carcinogenesis már in loco sem tudta kiiktatni, ami egyik lehetséges magyarázata lehet a sajátos kettős előfordulásnak.

Kérdéses, és nem ismert, milyen mértékű immunosuppressio képes meggátolni a tumoros sejt-mutatók immunológiai kiiktatását. Így saját esetünkben sem tudhatjuk, elegendő volt-e ehhez a praeoperatív Cyclophosphamid kezelés. Mindezen bizonytalanságok ellenére azonban kétségtelen, hogy az utóbbi években, amikor kiterjedtebben került sor immunosuppressív kezelésekre, a daga-

nattársulások ezen formái gyakoribbakká váltak. Nyilvánvaló, hogy mindezek ellenére nem lehet lemondani az immunosuppresszív kezelésekről, még a második daganatos betegség veszélyének ismeretében sem, mivel, bár az igazolt — Penn 60 ilyen esetet gyűjtött össze —, mégis kisebb veszély, mint a kezelés elmulasztása. A CLL antitumoros kezelésével kapcsolatban is fennáll ezen összefüggés lehetősége, mivel a kezelés nemcsak magára az alapfolyamatra hat, megnyújtva a beteg életét, hanem egyben fokozhatja az immundeficiens állapotot és a rendelkezésre álló időt is, és így kedvezhet második daganatos betegség társulásának.

Természetesen az antitumoros kezelésekről sem lehet lemondani, de jogos az az igény, hogy egyre daganatspecifikusabb készítmények álljanak rendelkezésre. Bár a gyógyszerkutatás kétségtelenül ebben az irányban halad, az, hogy e szerek a hatás fajlagosabbá válása mellett elveszítsék a fent említett indirekt vagy akár ismert direkt mutagen, ill. az immunológiai ellenőrzést csökkentő hatásukat, nem várható, így az ily módon létre-

jövő második daganatos megbetegedés lehetőségének esélye várhatóan növekedni fog.

Összefoglalás. Szerzők CCL-val társuló daganatos megbetegedés két esetét ismertetik. Áttekin-
tik a kettős daganat előfordulás lehetséges oki összefüggéseit.

IRODALOM: 1. *Blodi, F. C., Roy, P. E.:* Canad. J. Ophthalm. 1967, 2, 209. — 2. *Bochenek, Z., Kus, J., Dabska, M.:* Mschr. Ohrhk. (Wien) 1973, 107, 306. — 3. *Magnasco, A. M., Zingiarian, M., Cottafava, F.:* Ann. Ottal. 1967, 93, 300. — 4. *Penn I.:* Malignant tumors in organ transplant recipients. Springer Verl., Berlin—Heidelberg—New York, 1970. — 5. *Penn, I., Starzl, T. E.:* Transpl. Proc. 1973, 5, 943. — 6/a. *Penn, I.:* Cancer. 1974, 34, suppl. 3, 858. — 6/b. *Penn, I.:* Cancer. 1974, 34, suppl. 4, 1474. — 7. *Sápy P., Hübler J., Tokodi F., Gaál D.:* Orv. Hetil. 1973, 114, 155. — 8. *Szegedi Gy., Krasznai G., Petrányi Gy.:* Acta Morph. Acad. Sci. Hung. 1973, suppl. 14, 98. — 9. *Szegedi Gy.:* Neoplasiák és autoimmun kórképek. „Autoimmun betegségek”-ben, szerk.: Petrányi Gy. Akad. Kiadó, Bp. 1974. — 10. *Szilágyi J.:* Orv. Hetil. 1973, 114, 153. — 11. *Takácsi-Nagy L., Gráf F., Jakab I., Raposa T., Szily J., Sipos J.:* Magyar Belorv. Arch. 1973, 26, 305.

A ritka természeti adottságok alapján keletkezett gyógyforrások, gyógyiszapok széles körű felhasználásának gátat vet a helyhez kötöttség. Ezen segítünk oly módon, hogy a gyógyiszapot kompresszekbe csomagolva a beteg otthonába visszük.

A már jól ismert hévízi rádiumos iszapkompressz mellett a gyógyszerárakban kapható:

„MAROSI RÁDIUMOS ISZAPKOMPRESSZ”

Az Országos Közegészségügyi Intézet vizsgálatai alapján a marosi gyógyiszapkompressz forgalomba hozatalát az Egészségügyi Minisztérium engedélyezte. A vizsgálatok igazolták, hogy a marosi iszap hatásában azonos a hévízi iszapével.

A peloidok indikációs területe elsősorban a subacut és krónikus mozgásszervi folyamatok esetében van. Indikációs területe széles. Iszapkezeléseket alkalmazhatunk: arthrosisok, krónikus izom- és perifériás idegbetegségek, arthralgiák, krónikus arthropathiák, M. Bechterew, fibrositisek, arthritis urica rohammentes időszakában, tendovaginitisek, posttraumás állapot, baleseti sérülések utókezelésére.

Acut folyamatokban alkalmazásuk kontraindikált, mivel az intenzív melegítés aktiválólag hat a folyamatokra. Kontraindikált ezenkívül cardialis decompensatio, hypertonia, súlyos bőrbetegségek, nyílt sérülés, rosszindulatú tumor, láz, fertőző betegségek esetén.

Társadalombiztosítás terhére a szakrendelések minden megkötöttség nélkül rendelhetik.

A marosi iszapkompressz ötféle alakban van forgalomban, így számozás szerint az alábbi testrészekre applikálható:

- I. sz. hát — váll, felkar — mell
- II. sz. derék — végtag
- III. sz. lábfej — boka (csizma)
- IV. sz. kézfej — csukló
- V. sz. has (főleg gynekológiai területen)



Az Országos Sebészeti Intézet Szakmai Kollégiumának állásfoglalása a drainezésről

A drainezés ősidőktől fogva ismeretes, már Galenus és Celsus használt fémből készült drain-csővet. A drainezés technikai tökéletesítése Chassaignac nevéhez fűződik (1859), aki a gumicső használatát bevezette és a drainezést kiterjedten és módszeresen alkalmazta. A Magyar Sebész Társaság XXIV. nagygyűlésén már 1938-ban vitakérdésként tárgyalta a „Drainage és tamponade”-ot. A két referátum Went Istvántól és Czirer Lászlótól 116 nyomtatott oldalnyi terjedelemben jelent meg. Jelen módszertani levél a tamponade kérdésével nem foglalkozik.

A drainezés célja kóros folyadékgyülemnek a szervezetből való eltávolítása. Gondoskodni kell bárhol meggyűlő vérömleny, savó, nyirok, genny, továbbá a hasüregbe jutó epe, pancreas-nedv, gyomor-bél tartalom, vizelet vagy egyéb kóros váladék elvezetéséről mindaddig, amíg az termelődik, és amíg a befogadására alkalmas üreg megszűnik.

Különleges indikációja a drainezésnek a mellüregben felgyűlt (és esetleg újratermelődő) levegő aktív kiszívása.

A műtéti és traumás sebeket és beléjük kerülő vérömleny-váladék tekintetében több csoportba sorolhatjuk és ez az alapja a különböző drainezési módszereknek.

A drainezés javallatai és módszerei:

1. Sebzés per primam, drainezés nélkül

A steril lágyrészes jó gyógyhajlamú, ha nem nagy felületű, nem fertőzött, ha a sebüregben csak annyi vér és nyirok maradt, amennyi a normális sebgyógyulás során felszívódik. Ebbe a csoportba sorolhatók a közönséges sérvműtétek, az egyszerű laparotomiás sebek, a mellkasfalon, a nyakon, a végtagokon stb. ejtett rutin műtéti sebek, ha csak a lágyrészekre terjednek, és ha nem hagyunk hátra az egyes szöveti rétegek között nagy kiterjedésű tasakokat. Az ilyen sebek drainezése szükségtelen.

2. Biztonsági drainezés

A hasüregi műtétek egy csoportjában megnyitunk egy szervet (vagy kivezető csövet), amely epét, pancreas-nedvet, gyomor-bél tartalmat vagy vizeletet tartalmaz. (Ugyanez történik trauma kapcsán is.) Ebbe a csoportba sorolható a cholecystectomia, a choledochotomia, a nem megbízhatóan buktatott duodenum-csonk, a pancreason végzett műtétek, néha a vastagbél varrata, a transrenalis pyelotomia stb. A műtéti területről ilyenkor ún. biztonsági draint vezetünk ki a bőrfelszínre, a hasfal külön nyílásán át. A drain-csővet vagy rövidre vágjuk és steril kötéssel fedjük vagy steril csővel megtoldva, üvegpalackba (vagy zárt steril műanyag tasakba) vezetjük (Bülau-drain).

3. Szívó-drainezés

Külön csoportot képeznek azok a műtéti és traumás sebek, amelyek nagy sebfelülettel járnak, ahol tasakok vannak, melyekben vér, savó, nyirok gyűlhet meg, valamint azok, ahol a szívárgó vérzés pontos csillapítására nincs mód. E csoportba tartoznak a nagy sérvek (köldöksérv, hasfali heg sérv), a radikális emlőkiirtás, az emlőplasztika és más kiterjedt lebeleges bőrplasztikák, a median sternotomia (szívóműtét) utáni nagy mediastinalis sebüreg, a golyva műtéte, az abdomino-perinealis rectum amputatio utáni kismedencei sebüreg, nyílt törés és nyílt ízületi sérülés, továbbá csontműtét után visszamaradt sebüreg, végtag-amputatio, vagy levált bőrlebegek műtéte stb. Ilyen műtétek során rendszerint csak szívó-drainek (Redon-drain) behelyezése után zárjuk a sebet.

A zárt, steril szívó-drainezés a sebben meggyűlő vért, váladékot zárt rendszerben, aktív, folyamatos szívással távolítja el. Ennek hatására a sebfelszínnek összefeksznek, csökken a seb falainak oedemája, feszülése, enyhül a sebfájdalom, javul a szöveti keringés, romlik a sebbe jutott kórokozók életfeltétele és a gyors sebgyógyulás esélyei megnövekednek. A régi „nyomókötést”, amely a szöveteket ischaemizálta, a modern „szívókötés” váltotta fel.

A szívó-draint is a sebtől távol, külön nyíláson vezetjük ki, így nem zavarja a műtéti seb gyógyulását, és nem nedvesedik át a kötés.

A zárt szívó-drainezés eszközei:

a) A sebtől a drain-cső kivezetésére szolgáló fémláncza enyhén ívelt, egyik vége éles, a másikra a drain-cső szorosán ráfeszül. A lánczával a sebüreg felől a bőr felé (belülről kifelé) szűrjük át a rétegeket és így húzzuk keresztül a draint.

b) Megfelelő keménységű és lumenű drain-cső. A legjobb a siliconnal bevont, szövetbarát műanyagból készült cső, amelyet gyárilag előre sterilizelve, egyszer használatos eszközként hoznak forgalomba.

e) Steril palack, amelyben „vacuum” (subatmoszferikus nyomás) létesíthető. A palack gumidugóján két fém- vagy üvegcsővet vezetünk át. Az egyikhez a drain-csővet csatlakoztatjuk, a másikon át „vacuum”-ot létesítünk. Kórteremben központi szívó, egyedi szívó, ezek hiányában steril 100 ml-es fecskendő is alkalmazható a subatmoszferikus nyomás létrehozására az üvegben. Készítenek olyan „vacuum” üvegeket is, amelyben egyszer használatos, eldobható steril nyolttasak fogja fel a váladékot.

A szívó-drainre annyi oldalnyílást vágunk, hogy az egész sebüregből ki tudja vezetni a váladékot. A drain-cső külső végét olyan méretű lánczára toljuk, amely azt annyira szorosán fogja, hogy fonallal ne kelljen rákötni, mert a fonal lesodródhat és az átszűrési csatornában rekedhet. A különböző vastagságú drain-csövekhez célszerű a megfelelő méretű lánczát használni. A lánczát a műtét után sebtől 4–5 cm távolságban, belülről kifelé szűrjük ki úgy, hogy nagyobb ereket és idegeket ne sértsünk. A draint úgy helyezük a sebbe, hogy legkülső oldalnyílása a seb legalsó részébe kerüljön. A draint még a sebzés előtt egy öltéssel a bőrhöz rögzítjük, hogy a kívánt helyzetből ne tudjon elmozdulni. A szívást már a műtétben elkezdjük, hogy a lassan szívárgó vér ne tudjon a drain-csőbe bealvadni és azt eltömeszelni.

A tartós gépi szívást általában 10–20 vízcmm-értékre állítjuk be és mindaddig, szükség esetén 6–8 napig fenntartjuk, amíg a kiszívott váladék (savó, nyirok) mennyisége 20 ml/24 óra mennyiség alá csökken. Steril műtéti sebbe helyezett szívó-draint azonban általában 48–72 óra után eltávolítunk, hogy megelőzzük a seb fertőződését a drainen át.

A szívó-drainezés különleges indikációja a mellüregi szívás, amit (ritka kivételtől eltekintve) minden thoracotomia után beállítunk, hogy a mellüregben physiologias subatmoszferikus nyomás helyreállításával az összehúzódni igyekvő tüdőt teljes expansióra bírjuk. Ha a műtét végén a tüdő ép maradt — pl. mitralis commissurotomia, thoracalis sympathectomia, nyelőcső-resectio stb. után — akkor általában 48 óra múlva eltávolítható a szívó-drain. Ha a tüdő nem ma-

radt ép (resectio, sérülés), akkor mindaddig szívni kell a mellüreget, amíg onnan érdemleges mennyiségű levegő vagy savó ürül.

4. Fertőzött seb szívó- és öblítő-szívó drainezés

Fertőzött műtéti sebek, kiterjedt gyulladások, valamint roncsolt, szennyezett traumás sebek kezelésére a szívó-drainezés vagy az öblítő-szívó drainezés valamelyik változata alkalmas.

A gennygyülem — tályog, phlegmone — gyógyítására az antibiotikumok korszakában is nélkülözhetetlen a sebészi feltárás (ubi pus ibi evacua). A fertőzés forrásának megszüntetése mellett a gócban kialakult feszülés csökkentése és a baktériumok, genny folyamatos elvezetése meggyorsítja a gyógyulást. Ezt a kedvező hatást régen csak széles feltárással tudtuk elérni, amit ma már inkább csak felületes tályog (pl. glutealis injekciós tályog) esetén alkalmazunk.

A szívó-drainezés lehetőséget ad arra is, hogy mélyen fekvő vagy fontos képletek között elhelyezkedő gennyedés feltárása, forrásának megszüntetése és a necrotikus szövetek eltávolítása után a sebet varratokkal teljesen zárjuk, mert a szívó-drain minden váladékot folyamatosan elvezet és csökkenti a környező szövetek feszülését.

Még hatékonyabb módszer a fertőzött sebüreget feltisztítására a zárt, folyamatos öblítő-szívó drainezés: vékony műanyag csövet vezetünk ki a sebüreget felső részéből, és ezen át steril oldatot csepegtetünk be, amelyet a sebüreget alsó részéből kivezetett vastagabb csövön át folyamatosan kiszívunk, a sebet így átöblítjük.

A vélemények megoszlanak, hogy kell-e antibiotikumot is adni az öblítőfolyadékhoz. Csak a célzott antibiotikus kezelés ajánlható, olyan szerrel, amely parenteralisan adható, és olyan adagban, amely az antibiotikum teljes felszívódása esetén sem oto-, vagy nephrotoxikus. Az öblítőfolyadékot célszerű sterilen felfogni, másodnaponként bakteriológiailag megvizsgálni és eszerint az antibiotikumot cserélni. Megfelelő öblítő-szívó drainezés mellett a kiürülő folyadék a 4–5. napon általában sterillé válik.

A zárt, folyamatos öblítő-szívó drainezésnek a sebeszet szinte minden ágában van javallata. Alkalmazható a csontsebeszetben tályogok, osteomyelitises gócbok, a hasi sebeszetben subphrenikus és egyéb tályogok, diffúz peritonitis, acut pancreatitis és más hasonló folyamatok kezelésében.

Hasonló technikával történik a peritonealis dialysis, csak ilyenkor speciális összetételű oldatokat kell a hasüregben átáramoltatni.

A kézsebeszetben is hasznos az öblítő-szívó drainezés: különösen ajánlható tenosynovitis purulenta (panaritium tendinosum) kezelésére. Az inhuvelyt csak a két végén kell megnyitni, a distalis végén becsöpögtetjük, a proximalis végén kiszívjuk az öblítőfolyadékot. Az átöblített inhuvelyt gyulladása úgy is meggyógyulhat, hogy az inhuvely nem tapad az inhez, és a kéz működése jó marad.

A mellüregben (empyema) és a szívburok üregben (pericarditis) ma még nem terjedt el az öblítő-szívó drainezés, de nincs kizárva, hogy rövidesen ezen a területen is meg fog változni a felfogásunk.

Összetétel: Tablettánként 0,5 mg etinodioldiacetátot tartalmaz.

Hatás: Folyamatos, megszakítás nélküli szedése az ovulációt általában nem gátolja. A fogamzásgátló hatás, amely a szedés megkezdése után 5–7 nap múlva áll be, főként azon alapul, hogy a cervicalis nyák fiziko-kémiai tulajdonságainak megváltozása miatt a spermiumok átjutása a nyakcsatornán akadályozott. A készítmény oestrogen nem tartalmaz, így mentes azoktól a mellékhatásoktól, amelyek a kombinált és szekvenciális fogamzásgátlók adagolása esetén az oestrogen komponens jelenlétének tulajdoníthatók (thromboemboliás szövődmény, mellfeszülés, émelygés, testsúlygyarapodás).

A Continuin szoptató nőkön nem csökkenti a tejelválasztást, így lactatio alatt is adagolható.

Adagolás: Az első tablettát bevételenek időpontja a menstruációs ciklus első napja. A továbbiakban napi 1 tablettát kell szedni folyamatosan (menstruációk idején is), azonos napszakban mindaddig, amíg a fogamzásgátlás biztosítása kívánatos.

Mellékhatások: A nők többségénél a Continuin szedése panaszt nem okoz. Egyeseknél mellékhatásként köztüvérek következhetnek be. Ezek többnyire csak átmeneti jellegűek és nem indokolják a kúra megszakítását.

Ellenjavallatok: Terhesség, pubertas, májműködési zavarok, Dubin-Johnson-szindróma, Rotor-szindróma, anamnesisben szereplő idiopathikus terhességi icterus.

Megjegyzés: † Kizárólag orvosi utasításra és rendszeres orvosi ellenőrzés mellett alkalmazható. Rendelhető a 23/1973. (Eü. K. 17.) Eü. M. számú utasítás szerint.

Csomagolás: 42 tablettát 13 Ft.

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.

CONTINUIN

tabletta



POTESEPT® tabletta

ÖSSZETÉTEL:

Trimethoprimum 0,08 g
sulfadimidinum 0,40 g tablettánként.

HATÁS:

A trimethoprim a kórokozókra úgy fejt ki hatását, hogy ferment blokádján révén gátolja a folsav synthesist. A sulfadimidin (Superseptyl) a para-amino-benzooesav beépülését gátolja.

A kialakuló kettős ferment-blokád útján ható kombináció a Gram-negatív és Gram-pozitív baktériumok jelentős részének növekedését egyaránt gátolja.

A POTESEPT-tel szemben resistentia fokozódás nem tapasztalható.

Az epében nagy koncentráció alakul ki, a vizelettel nagyrészt aktív formában ürül.

JAVALLAT:

Húgyúti infekciók (acut és chronikus pyelonephritis, cystitis, chronikus pyuriák).

Légúti infekciók (tonsillitisek, bronchitis chr., pneumonia).

Typhus abdominalis, Shigella infekciók.

Salmonellosis gastroenteritica.

Typhusbaktérium-gazdaság.

Reconvalescentiában Salmonella- és Shigella ürítés.

Brucellosis, gonorrhoea.

ELLENJAVALLAT:

Máj- és veseelégtelenség, vérdyscrasia, sulfonamid-túlérzékenység, terhesség.

Csecsemőknek 1 hónapos korig nem adható.

ADAGOLÁS:

Heveny fertőzésekben legalább 5 napon át kell adni, általában pedig legalább 2 napi tünetmentesség eléréséig.

ÁLTALÁNOS ADAGOLÁSI TÁJÉKOZTATÓ FELNŐTTEKNEK:

Terápiás adag 2x2 tabl. pro die (reggel és este étkezés után)

Fenntartó adag 2x1 tabl. pro die (reggel és este étkezés után)

Maximális adag 2x3 tabl. pro die (reggel és este étkezés után)

GYERMEKEKNEK:

2—6 éves korban 2x1/4—1/2 tabl. pro die (reggel és este étkezés után)

6—12 éves korban 2x1/2—1 tabl. pro die (reggel és este étkezés után)

Gyermekeknek 6 éves kor alatt a gyógyszer adagolása megfontolandó. Akut infekció esetén a fenti gyermekadagok rövid ideig (5—6 napig) tartó kezelés során napi 6 mg trimethoprim+30 mg sulfadimidin testsúly kg-onkénti adagig növelhetők, napi 2 egyenlő részre osztva.

MELLÉKHATÁSOK:

Rossz közérzet, fejfájás, gyomorpanaszok, gyógyszerexanthema.

Ritkán, múló jellegű vérképzőrendszeri károsodás észlelhető (leukopenia, thrombocytaszám- és folsavszint csökkenés).

A mellékhatások főként tartós (3—8 hetes) kezeléskor észlelhetők; a szer elhagyása-
kor, ill. folsav adására gyorsan rendeződnek.

Vérkép ellenőrizendő (thrombocytaszám is!).

FIGYELMEZTETÉS:

A kezelés alatt megfelelő mennyiségű folyadékbevitelről kell gondoskodni.

Exanthema keletkezésekor a gyógyszer szedését abba kell hagyni.

MEGJEGYZÉS: ++

RENDELHETŐSÉG:

Társadalombiztosítás terhére csak abban az esetben rendelhető, ha az adott esetben a beteg gyógykezelését más — szabadon rendelhető — chemotherapeuticum megfelelően nem biztosítaná.

A vényt két példányban („Másolat”-tal) kell kiállítani.

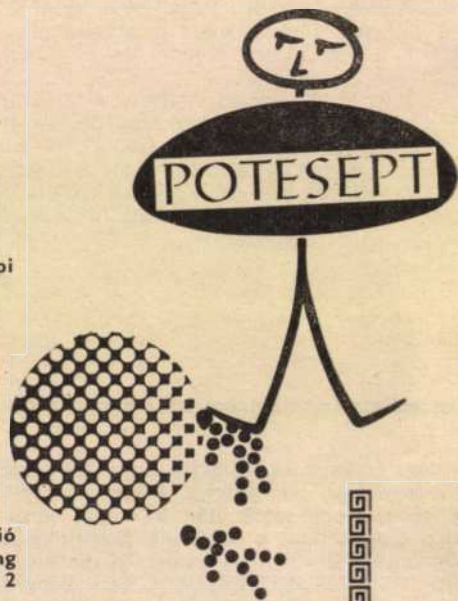
CSOMAGOLÁS:

20 tabletta — 61,50 Ft

FORGALOMBA HOZZA:

ALKALOIDA

TISZAVASVÁRI





Immunológia

Autoimmunitás endokrin betegségekben. Irvine, W. J. (Dept. of Endocrinol., Royal Infirmary, Univ. Dept. of Therapy, Edinburgh): Proc. Roy. Soc. Med. 1974, 67, 548.

A szerző azokat az endokrin betegségeket tekinti át, amelyeknek ismertek az immunológiai vonatkozásai.

Addison-kór. A primer v. „idiopathiás” autoimmun Addison-kórban gyakori a más endokrin betegségekkel való társulás: pajzsmirigy-betegség, hypoparathyreosis, diabetes, idő előtti ovarium elégtelenség. Ez fontos a tbc-s mellékvese elégtelenségtől való elkülönítés szempontjából, ez utóbiban ugyanis nem fordulnak elő ilyen társulások. Másrészt amíg az autoimmun Addison-kór a nők betegsége, addig a tbc-s eredetű inkább férfiaké. Az „idiopathiás” Addison-kórban mellékvesekéreggel reagáló IgG-antitestek találhatók a serumban, és a betegek lymphocytái is sensibilizáltak lehetnek mellékvese-antigennel. (Ezt migratio-gátlás tesztjével bizonyították). A mellékvese histológiai vizsgálata olyan lymphocytás infiltrációt és atrophiat mutat, amely ugyancsak hasonló az autoimmun betegségekben általában látható elváltozásokhoz. Az Addisonos betegben észlelhető mellékvese-antitestek arra is figyelmeztetnek, hogy a beteg más endokrin mirigyek autoimmun betegségére is hajlamos, gondos követés szükséges tehát nemcsak a mellékvese vonatkozásában.

Időelőtti ovarium elégtelenség. Gyakran társul „idiopathiás” Addison-kórral. A betegek serumában olyan antitestek fordulhatnak elő, amelyek a mellékvese zóna fasciculata sejtekkel, ovarium és here-sejtekkel reagálnak. Az ovariumokban atrophia, lympho-plasmasejtes infiltratio látható.

Pajzsmirigy betegségek. Áttekinti a már ismert immunológiai összefüggéseket, kiemeli az ún. K-sejtek pathogenetikai jelentőségét. (Ezek olyan lymphoid sejtek vagy monocyták, amelyeket antigen-antitest komplexek aktiválnak, és ezután fejtik ki szövetkárosító hatásukat, pl. Hashimoto thyreoiditisben. Autoimmun pajzsmirigy betegséggel egyébként leggyakrabban anaemia perniciososa társul).

„Idiopathiás” hypoparathyreosis. Érdekes, hogy leginkább gyermekek betegsége. Gyakran társul Addison-kórral. Mellékpajzsmirigy-ellenes antitestek az esetek 38%-ában fordulnak elő, ugyanezek megtalálhatók néha addisonos és Hashimoto thyreoiditis betegek serumában is.

Diabetes mellitusban a következő adatok szólnak autoimmun pathogenesis mellett: 1. Gyakran társul „idiopathiás” Addison-kórral. A pajzsmirigy betegsége és az autoimmun atrophias gastritis valószínűleg szintén gyakoribb diabetesben, de nehéz megállapítani a viszonyt az ilyen gyakran előforduló betegségek között. 2. Főleg fiatal nők esetén gyakoriak a pajzsmirigy cytoplasma és parietalis sejt-ellenes antitestek a serumban. (Kezeletlen diabetesesekben nincs bizonyíték insulin-ellenes antitestek keletkezésére.) 3. Diabeteses betegek lymphocytái migratio-gátlással reagáltak pancreas sziget-sejt-antigenre. 4. A mononuclearis sejt infiltratio a Langerhans-szigetekben jellemző histológiai lelet juvenilis diabetesben.

Összegezve: bár az autoimmunitás pathogenetikai szerepe még bizonytalan diabetesben, egyértelmű az autoimmun jelenségek társulása az insulin-dependens diabetes-szel. Felvetődött, hogy a diabeteset a sérülésre bekövetkező válaszbán a sziget-sejt regeneratio károsodása eredményezi, nem a normális béta-sejtek kimerüléssel atrophiaja. Talán vírus lenne a felelős károsító agens?

Végül a szerző az endokrin betegségekben észlelhető autoimmun pathogenesis *genetikai* vonatkozásait érinti. Ezzel kapcsolatban említi az autoimmun pajzsmirigybetegség familiáris halmozódását, a pajzsmirigy-ellenes antitestek gyakori előfordulását Hashimoto-thyreoiditis betegek hozzátartozói között. Arra is vannak adatok, hogy a chromosoma-abnormalitások predispozíciót jelentenek pajzsmirigy-autoimmunitásra. Néhány megfigyelés arra utal, hogy az Addison-kór és a hypothyreosis kombinációja autosom recessiv öröklődésmenetet mutat.

Pár Alajos dr.

A glomerulonephritis immunológiai alapjai. Peters, D. K. (Royal Postgraduate Med. School, London W12 OHS): Proc. Roy. Med. 1974, 67, 557.

A szerző áttekinti a kísérletes allergiás glomerulonephritis alapvető eseményeit, hogy a human glomerulonephritis immunológiai mechanizmusának alapját jobban érthetővé tehesse.

A kísérletes allergiás glomerulonephritis két mechanizmus szerint jöhet létre: az egyikben a keringő antitest a glomeruluson belül lokalizált antigennel, a *glomerulus basalmembran* antigennel reagál. Ez a *nephrotoxikus antitest* a Masugi nephritis modelljében fordul

elő. A másik típusban a keringő *antigen-antitest komplexek* lerakódnak a glomerulusban és allergiás reakciót eredményeznek. Ez zajlik le a nagy dosis antigen bevitelét követően kialakuló „serumbetegségben” vagy ismételt kis dosis antigen hatására.

Az allergiás sérülés e két típusa elkülöníthető a vese *immunfluoreszens* vizsgálatával: a glomerulus basalmembran antitest *linearis* festődést, az immunkomplexek *granularis* depositumok képződését eredményezik a capillaris falban és a mesangiumban.

Az *immuncomplex nephritis* gyakori okaként állatokban krónikus vírus infectiót állapítottak meg, pl. lactatdehydrogenase vírus, a lymphocytás choriomeningitis vírusa, a Moloney sarcoma, ill. a nyérc Aleutian betegségével kapcsolatban is megfigyelték a vírusantigen + antitest komplexek lerakódását a vesében. Jellemzőnek látszik ezen kórfolyamatokra, hogy a vírusantigen elleni antitest mennyisége elég ahhoz, hogy kivédje a vírusokozta klinikai manifesztációt, de nem elég a vírus eliminációjához.

Az *immuncomplex nephritis kialakulásában* a következő tényezők szerepelhetnek: 1. az antigen-expozíció elhúzódása, 2. a gazdaszervezet viszonylagos gyenge antitestválasza az antigen stimulációra, 3. a képződő kis antitestek kis affinitása az antigenhez (kvalitatív eltérés az antitest-válaszból), 4. a RES elimináló funkciójának károsodása, 5. az immuncomplexek mérete is befolyásolja a kimenetelt: az antigen felesleg mellett képződő kis komplexek a capillaris basalmembranra lokalizálódnak, kevésbé eliminálódnak, mint a nagyobb méretűek, amelyek a mesangiumban rakódnak le. (Ez utóbbiak antitest-felesleg mellett képződnek.)

A *human glomerulonephritisekkel* kapcsolatban a szerző felsorolja azon immuncomplex nephritiseket, amelyekben az antigen-componens identifikálható volt: SLE-ben, maláriában, post-streptococcalis nephritisben, subacute bacterialis endocarditisben, Australia (Hepatitis B) Antigennel kapcsolatos nephritisben, penicillinrel-indukált nephrosisban, és tumoral kapcsolatos nephrosis syndromában.

Kitér a szerző a közelmúltban észlelt saját esetére is, az idegen protein ismételt injeciójával előidézett „önindukált nephritis”-re. (Emberben e körképre mindeddig nem volt példa, állatkísérletben viszont már létrehoztak ilyen betegséget. Ez esetben egy nőbetegről volt szó, akiben veselégtelenséghez vezető steroid + cyclophosphamid + heparin kezelésre nem javuló nephritis alakult ki. Véletlenül tisztázódott, hogy a depressziós beteg 4 éve 6–8 hetente Di-Per-Te vaccinával injektálta magát. Miután sikerült rábeszélni, hogy hagyja el ezt a bizarr önkézelést — vesefunkciójának fokozatos javulása

következett be, és súlyos nephritiséből felépült.

A továbbiakban a cikk a glomerulonephritis két speciális formáját tárgyalja, mint olyan kórképeket, amelyeknek nincs experimentális modellen megfelelő partnerük.

A *Berger betegség* (mesangialis (IgA/IgG depositio) érdekessége, hogy rendszerint felsőlégúti vírusinfekcióhoz társuló recurráló haematuria képében jelentkezik. A vese glomerulus mesangiumban kimutatható dominánsan IgA immunglobulin és C₃ depositum arra utal, hogy a vesebetegség IgA-választ kiváltó *nyálkahártya vírus infectio* eredménye lenne. Nem valószínű, hogy a mesangium-funkció károsodás az elsődleges a betegség létrejöttében.

A másik nephritis típus a *membranoproliferatív*, vagy *mesangiocapillaris*, v. *persistens hypocomplementaemiás glomerulonephritis* gyermekek betegsége és feltűnő a tartósan alacsony C₃ szint. Lehetséges, hogy alapjában a C₃ *deficientia* teszi hajlamossá a betegeket arra, hogy immuncomplex nephritis alakuljon ki, a keletkező immuncomplexek elégtelen eliminációja következtében. (Nem kizárt, hogy congenitalis complement-abnormalitástól van szó.) Mindez felveti, hogy tulajdonképpen *immunodeficiens* állapotot képvisel a betegség — amelyet mind ez ideig *immunsuppressióval* kezelnek. Fontos tisztázni a mechanizmusokat tehát, az alkalmazott immunsuppressív *therapia* újraértékelése szempontjából is e körképben.

Pár Alajos dr.

A vér autoimmun betegségei. Dacie, J. V. (Dept. of Haematol., Royal Postgrad. Med. School, London, W 12): Proc. Roy. Soc. Med. 1974, 67, 562.

A szerző felsorolja azokat a haematológiai megbetegedéseket, amelyek diagnosztikájában immunológiai technikát alkalmaznak, ill. amelyek pathogenesisében immunológiai folyamatok alapvető szerepet játszanak. E széles körbe tartoznak az újszülöttkori haemolytikus betegségtől kezdve az ITP, a paraproteinaemiák, az autoimmun haemolytikus anaemiák, a megaloblastos anaemiák (egy része), a paroxizmosus éjszakai haemoglobulinuria, ill. a gyógyszer okozta cytopeniák egy része.

Részletesen foglalkozik az *autoimmun haemolytikus anaemiákkal*. Ezek jó példáját képviselik az autoimmun kórképeknek, tekintve pl. az autoantitestek kimutathatóságát, a lymphomákkal való társulást, vagy az egyéb autoimmun betegségekkel való együttes előfordulást. Érdekesekek a gyógyszer-okozta és kóros immunjelenségeken alapuló kórformák, pl. a methyldopa szedés kapcsán kialakuló Coombs pozitív „autoimmun” haemolytikus anaemiák. Ez esetekben *ismert* az elindító ok, szemben az ismeretlen

eredetű, „idiopathiás” autoimmun betegséggel.

Áttekinté a szerző azokat az *alapterbetegségeket* is, amelyeket *meleg-típusú* antitestek képződésén alapuló haemolysis kísérhet, (krónikus lymphadenosis, Hodgkin-kór, SLE, colitis ulcerosa, polyarteritis, ovarium teratoma). A lymphosarcoma *hideg-antitestekkel* járhat. Az akut és *átmeneti* haemolysis is hideg-antitestek okozzák, pl. atipusos (mycoplasma) pneumoniában, mononucleosisban.

Az autoimmun haemolysis *kezelésének* négy fő irányvonalát is részletezi a cikk: 1. A *vértranszfúzió*: palliatív kezelés, de időnyerést tesz lehetővé a hatékony *therapia* számára. (Az időleges hatás sokszor életmentő lehet!) Meleg-típusú haemolysisben gyakran lehetetlen negatív keresztreakciót adó kompatibilis vért keresni. Vitalis indikációval ilyen esetekben is kell transfundálni. Szerencsére, a gyakorlatban a betegek különösebb szövődmény nélkül tolerálják a transzfúziót. A hideg-haemolysisnek ritkán okoznak olyan fokú anaemiát, hogy feltétlenül szükség lenne transzfúzióra. 2. *Corticosteroidok*. A betegeknek kb. 80%-a jól reagál a prednisolon lökés-terápiára, de ezeknek a fele a fenntartó kezelés idején recidivál. Ilyenkor újra emelni kell a prednisolon dosisát. 3. *Splenectomia*. Önmagában teljesen nem gyógyítja meg a beteget, mivel a lép csak egyik tényezője a vvt-pusztulásnak és az autoantitest képződésnek. Mégis olyannyira redukálhatja a haemolysiszt, hogy látszólag klinikai gyógyulás mutatkozik, vagy lehetővé válik a korábbiál lényegesen alacsonyabb dosisú steroiddal fenntartani a megfelelő haemoglobin szintet. (Ha nem elég a napi 20 mg prednisolon, megfontolandó a splenectomia). 4. *Cytostatikus immunsuppressio*. Azathioprin (Imuran) vagy chlorambucil hasznos lehet. A betegek egy része javul, a másik rész refracter, vagy refrakterre válik a kezdeti jó hatás után. (A szerző a steroidra nem javuló betegek számára először a splenectomiát javasolja, bár kétségtelen, hogy a splenectomia sem veszélytelen, és az eredmény itt is gyakran okoz csalódást.)

A *prognost* nehéz megadni autoimmun haemolytikus anaemiában. Korábban a meleg-típusú haemolysisben a mortalitás 46% volt, a gyógyulás 20%. A modern kezelés bevezetése után a mortalitás 10%-ra csökkent, a teljesen gyógyultak aránya 20% maradt. Az új *therapiás* eljárások tehát a mortalitást kedvezően befolyásolták, de kevés hatással voltak a teljes gyógyulást mutatók arányára.

Pár Alajos dr.

Gastrointestinalis betegségek immunológiai vonatkozásai. Wright, R. (Royal South Hants. Hospital, Southampton, SO 94PE): Proc. Roy. Soc. Med. 1974, 67, 574.

A szerző összefoglalja azon *kritériumokat*, amelyek alapján egy betegségben az immunológiai mechanizmusok pathogenetikai szerepét el lehet fogadni. Ezek figyelembevételével tárgyalja azokat a *gastrointestinalis kórképeket*, amelyek keletkezésében az immunológiai reakciónak jelentőség tulajdonítható.

Az *anaemia perniciosával társuló gastritis* gyakran társul más autoimmun kórfolyamatokkal, mint thyreotoxicosis, myxoedema, Hashimoto thyreoiditis, autoimmun haemolytikus anaemia. Az *intrinsic faktor* ellenes antitestek perniciós betegek 50–70%-ában megtalálhatók. A másik jellemző ellenanyag, a *parietalis* sejt elleni antitest az ilyen betegek 75–90%-ában előfordul, de ez kevésbé specifikus a betegsége: más kórformákban is megtalálható, pl. pajzsmirigy betegségben, Addison-kórban, juvenilis diabetes mellitusban. Míg nagyon ritka fiatal egészséges egyénekben, 60 év feletti nőkben gyakori lehet az előfordulása. A gyomor nyálkahártya immunhistochemiai vizsgálatai arra utaltak, hogy perniciós betegek gyomor mucosájában IgG-specifikus immunglobulint szekretáló sejtek vannak. Ez azt veti fel, hogy az immunreakció a gyomor falban zajlik, és nem arról van szó, hogy a lumenből a mucosába bejutó agens váltja ki az antitestek termelődését. Nincs bizonyíték arra, hogy az előforduló antitestek felelősek lennének a gyomor-laesiókért perniciósában. A sejtkezelt immunsuppressív *therapia* immunreakciók pathogenetikai szerepét még tanulmányozni kell e kórformában.

Coeliakiában ritkán figyelhető meg más autoimmun betegségekkel való társulás, bár különböző immunglobulin-eltéréseket és lymphomák gyakoribb előfordulását észlelték e betegségben. A *gluten* a potenciális antigen, amelynek szerepe van az immunológiai reakciók létrejöttében. Megvonása az étrendből teljes klinikai és biochemiai remissiót eredményez, ugyanakkor a *gluten-ellenes antitestek* titer is csökken a beteg serumában. Az utóbbi években fedezték fel a kórképben gyakran előforduló *reticulim-ellenes* antitesteket, gluten megvonásra ezek is eltűntek a serumból. Felvetődött, hogy basalmembran eredetű antigennel való keresztreakcióról lenne szó a pathomechanizmusban, másrészt, hogy immuncomplexek képződésére vezethet vissza a bél nyálkahártyában lezajló Arthus-típusú reakció. Érdekes jelenség a felnőttkori coeliakiában a *reticuloendotheliális hypoplasia* és *lépatrophia*. A bélből történő antigen-felszívódás okozta stimulatio és az azt követő kimerülés lenne a magyarázata ennek az elváltozásnak?

Colitis ulcerosában gyakran észlelhetők egyéb szervi manifesztációk: arthritis, ankylotizáló spondylitis, bőr-laesiók, májbetegség. Még ha magát a gyulladáshoz vezető

get nem is immunfolyamat okozná, számos meggyőző bizonyíték van arra, hogy a kórfolyamatban megfigyelhető serum betegség-szerű tünetek immunologiai mediálódnak. Társulás fordul elő colitis ulcerosa és az atopiás betegségek között is, de más autoimmun körképekkel való együttes előfordulás nem jellemző.

Andersen volt az első, aki 1942-ben felvetette, hogy a *tejalergia* fontos lehet colitis ulcerosában: sikerrel kezelt colitis ulcerosás betegeket tejmentes étrenddel. Ezt 1965-ben Oxfordban kontroll-csoportos klinikai kísérlettel is megerősítették. (E koncepció hazai képviselője, Hámori professzor évtizedekkel ezelőtt hasonló következtetésre jutott. — Ref.)

Broberger és Perlman 1959-ben hangsúlyozták először, hogy a colitis ulcerosa autoimmun betegség lehet, mivel colon ellenes antitesteket mutattak ki a betegek serumában. Ezen antitestek pathogenetikai szerepét ma kétségbe vonják, az viszont érdekes, hogy az ún. colon-antigen szoros rokonságban van az enterális bacteriumok antigenjével. Felvetődött, hogy az autoimmunizáció ilyen keresztreakciót adó antigének iránti tolerancia elvesztésén alapul. Monteiro és mtsai 1971-ben ismét hangsúlyozták a lehetőséget, hogy az endogen anaerob bacteriumok részt vehetnek a colonban lezajló Arthus-típusú reakcióban.

A sejthez-kötött immunreakciók pathogenetikai szerepére utalt colitis ulcerosában, hogy szövetkultúrában colonejtekkel szemben cytotoxicus lymphocytákat észleltek. Másrészt viszont azt is kimutatták, hogy ezt a cytotoxicus aktivitást a beteg serumával át lehet vinni normális lymphocytákra is, cytophil antitestek révén.

Crohn-betegségben ritkán található colon-ellenes, vagy egyéb szöveti komponensek elleni antitestek. Az érdeklődés középpontjába került a betegségben észlelhető granulomák szöveti elváltozás, amely hasonló a sarcoidosisban található histologiai képhez. Másrészt a sejthez-kötött immunválasz károsodására utaló egyéb adatok, és a Kveim-antigenre való válaszképesség tekintetében is átfedéseket figyeltek meg a két körkép között.

Pár Alajos dr.

Az Ausztrália antigén Blumberg, B. S.: La Presse Medic. 1974, 3, 859.

Az Austral antigénnek (Au.) a szérumb hepatitiszrel kapcsolatos jelentőségét illetően Blumberg hangsúlyozza, hogy az Au-pozitív donorknak a véradók köréből történő kirekesztése kétségtelenül csökkentette a posttransfusziós hepatitisben megbetegedettek számát.

A biológiai karakter, főleg az anyai (transplacentaris) átvitel mellett még homályos, úgy in ovo, mint in utero és a graviditas idején. Egyelőre úgy tudjuk, hogy többféle szérumbfehérjével disszociál: gam-

ma-globulinnal, béta lipoproteinnal és több mással is.

Annak felderítése, hogy az Au. megismert biológiai és fiziko-kémiai tulajdonságainak milyen szerepe van a fertőzés parenterális, esetleges fecal-oralis átvitelében, a jövő feladata. Kürthy László dr.

Az Ausztrália antigén természete és pathogenitása. Grenier, B. és mtsai: La Presse Medic. 1974, 3, 877.

Amíg az Austral antigén (Au.) bizonyos ultrastrukturális jellemzőiről és fiziko-kémiai tulajdonságairól már bővebb ismereteink vannak, addig egzaktabb biológiai természetéről és főként a hepatitis B (szérumb, ill. inokulációs hepatitis) -vel kapcsolatos etiológiai szerepét illetően még sok a felderítetlen tényező.

A hepatitis B folyamán az Au. pozitívnak mutatkozik az esetek egyharmadában az icterus kezdeti szakában. (De nem említi, hogy mi a helyzet az anicterikus hepatitis eseteiben). Sokszor pozitívnak mutatkozik viszont leukaemia, periarteritis és glomerulonephritis folyamán is.

A szerzők felvetik a kérdést, vajon az Au. szérumb vagy szöveti alloantigén-e. Határozottan nem felelnek rá, csak megemlítik, hogy elektroforézis által alfa₂ globulin csoportba tartozónak látszik. Az Au. esetleges vírustermészetének felfedezésével a szerzők utalnak a Blumberg (az Au. felfedezője) által a fertőzés pathológiájában megjelölt új fogalomra az „icron”-ra, ami a vírus és az allotypikus protein valamiféle keveréke lenne.

Gyakorlati konklúzióként rámutatnak arra, hogy az Au. kétségtelesen új diagnosztikus teszt a hepatitis B diagnosztikájában és prognosztikájában (persistálás esetén), de a vírussal való azonosítása vagy társulása még nem bizonyított.

Kürthy László dr.

Immunjelenségek lymphoproliferatív megbetegedésekben. H. W. Baenkler (Abt. für Klinische Immunologie des Universitätskrankenhauses, Erlangen—Nürnberg): Med. Welt 1974, 25, 1584—1589.

Az immunsystemának (I-sy.) a lymphoid apparatussal való rokonsága magyarázza lymphoproliferatív folyamatokban az irregularis immunjelenségek (I-j.) gyakori fellépését.

Az I-sy. két sejtfeleségének, a B- és T-lymphocytáknak megfelelően az I-j.-ek humoralis és cellularis folyamatokra, ezen túlmenően pedig primeren és sekunderen indukálódókra oszthatók.

A szerző áttekintést ad a primer I-j.-ekről, melyek mindig activ sejttevékenység következményei. A humoralis csoportban leggyakoribbak az irregularis antitestek (At.). Ezek lehetnek specifikusak, melyek test-saját anyagok ellen irányulnak.

Ilyenek a hidegagglutininek, meglehaemolysinek és a bifázisos At.-ek. Ugyancsak ide tartoznak az antinuclearis factorok, antiglobulin factorok is. A humoralis I-j.-ek másik csoportja ezzel szemben *specifitást nem mutat*. Ezek fizikokémiai sajátosságai alapján jellemezhetők. Ilyenek a kryoglobulinok és a monoclonalis immunproteinek. Ezenkívül ismeretesek még a sejt-közvetítette (*cellularis*) immunreakciók is.

A lymphoproliferatív betegségekben gyakoribbak a *secunder* I-j.-ek. Ezeknek oka az immunapparátus zavara, ami a primer formákkal ellentétben nem egyes sejtclonokat illet, hanem az I-sy. összességét magába foglalja. Tulajdonképpen az I-sy. gátlásáról van szó. Az antigének egész tömege ellen csökken a reaktívkapesség, tehát *secunder* antitesthiány alakul ki. A humoralis immuninsufficienciával párhuzamosan károsodik a *cellularis* immunválasz is, elsősorban a *competens* sejtek csökkenése révén.

A szerző összefoglalja a különböző I-j.-ek kimutatási eljárásait is.

A klinikai tünetek csak meghatározott specifikus I-j.-ek ritka esetében, valamint az At.-ek atypikus fizikai viselkedése esetén lépnek fel.

Az immunologiai kísérőjelenségeknek speciális terápiája többnyire nincs. A kezelés leginkább az alapbetegségre korlátozódik. A corticosteroidok és cytostaticumok egyúttal az immunfolyamatokat is gátolják.

Végül a szerző felvet néhány gondolatot az I-j.-ek okának kutatása legsürgetőbb kérdéseiről. Ma endogen és exogen kiváltó faktorokat tételeznek fel. Endogen mechanizmus esetén spontán mutatio, exogenben élő és élettelen tényezők jönnek szóba. Választ a primer kiváltó okra csak a jövő kutatása adhat.

Péter Károly dr.

Chronikus gyulladós májbetegségek immunpathogenesis és immundiagnosztikája. M. Warnatz (Abt. für Klinische Immunologie des Universitätskrankenhauses, Erlangen—Nürnberg): Med. Welt. 1974, 25, 1592—1598.

Klinikai, morphologiai és immunologiai lelet alapján ma a chronikus gyulladós májbetegségek immunpathogenesis valószínűnek tartható.

A chr. activ hepatitisek egy részében a vírus-aetiologia biztosnak tekinthető. Olyan esetekről van szó, melyekben az Australia-antigen (Au-SH-Ag) a serumban kimutatható és amelyeket emellett mérsékelt hypergammaglobulinaemia és hiányzó antitestek (At.) jellemeznek. Vírus okozta chr. aggressiv hepatitis kifejlődéséhez lényeges feltételnek tekinthető olyan immundefectus, ami cellularisan kiváltott immunválasz talaján vezet az Ag.-

persistentiájához és a gyulladásoz reakciók kronikussá válásához.

A chr. activ hepatitis klinikailag a folyamat autonómiája révén kronikussá váló hajlamával és szubjai- val tűnik ki, amint ez a legtöbb autoimmun-betegségre jellemző. Az immunrendszer aktivitására utal a splenomegalia mellett az immunje- lenségek egész sora: excessiv hypergammaglobulinaemia, számos humoralis At. (antinuclearis, anti- mitochondriális At.-ek simaizom elleni At.-ek és májsejt Ag.-ek el- leni sejt-kiváltotta immunreakciók).

Hasonló jelek bizonyítják a kryp- togenetikussá cirrhosis és a primer biliaris cirrhosis immunopathogene- sítését is.

Ezzel szemben elkülöníthető egy ún. autoimmun hepatitis, amelyben Au-SH.-Ag nem mutatható ki, és ezt extrem hypergammaglobulin- aemia és magastiterű autoantitestek jellemzik. A számos immunjelenség igazolása megfelel a LED-typusú egyéb autoimmun megbetegedések- ben talált leletnek, amelyekben az immunapparatus aberratiója a fel- tételezett pathomechanizmus. En- nek a hepatitis-formának a keletke- zési feltételeiről ez ideig nem tu- dunk biztosat.

A szerző sorra veszi a chronikus gyulladásoz májbetegségekben meg- található egyes immunjelenségeket és a kimutatásukra szolgáló eljárá- sokat. Tártyalja még az Au-SH.-Ag. morphológiáját, előfordulását, ki- mutatási methodikáit. Említést tesz az A-vírus infectióban talált Mi- lano-Ag.-ről is.

Végül kifejti Dudley, Fox és Sheila Sherlock (Lancet 2, 1. 1973) hypothesisét, mely szerint a vírus- Ag és a gazda immunválasza közti interactio a döntő fontosságú a chronikus gyulladásoz májbetegsé- gek kifejlődésében. Normál esetben a vírus-Ag. indukál egy cellularis immunreakciót, azaz az Au-SH.- Ag.-nek a vérből és szövetekből való eltűnéséhez vezet. (Eközben le- zajlik az acut hepatitis klinikai ké- pe, ami az Ag.-eliminatioja után befejeződik — self limited — és hosszantartó immunitást hagy ma- ga után.) Ha az immunválasz azon- ban hibás, a vírus-Ag. eliminatioja nem sikerül. Következmény az Ag.- persistálása a serumban és a máj- ban. Az Au-SH.-Ag.-negatív ese- tekre ez a pathomechanizmus nem bizonyítható.

Péter Károly dr.

Chronikus gyulladásoz májbetegsé- gek immunprophylaxisa és immun- suppressioja. F. Scheiffarth (Abt. für Klinische Immunologie des Universitätskrankenhauses, Erlan- gen-Nürnberg): Med. Welt 1974, 25, 1589—1592.

A chronikus aggressiv hepatitis (chr. aggr. h.) nem pathogenetikai egység. Az Australia-antigen (Au- SH.) pozitív esetekben a fertőzések eredet valószínű (az összes eset kb. 30—40%-a), a többi kryptogenetikuss

eredetű. Ezeket immunopathiaknak definiálják. Az immunpathogenesis conceptióját humoralis és cellularis immunjelenségek támasztják alá. Ez egyúttal indicatio is az immun- suppressióra.

A chr. aggr. h. és a kryptogene- tikuss cirrhosis kezelésében a szerző szerint ma 3 chemotherapeuticum áll rendelkezésre: a corticosteroi- dok, a cytosaticumok és a D-peni- cillinamin.

A kizárólagos corticosteroid ke- zelés a legtöbbször nagy dosisban szükséges hosszantartó adagolás következtében fellépő jelentős mel- lékhatások miatt nem használható. Bár a corticoidok gyorsan megszüntet- tik a szubjectiv tüneteket, az ob- jectiv tünetek egy része is hetek- hónapok múlva többnyire csökken (4—8 hét után a se-Bi. és transa- minase, hónapok múlva az immun- globulinok), de gyakorlatilag befo- lyásolhatatlan marad a histologiai lelet, különösen a fibrosisra való tendencia. Ha a nagy dosis miatt bekövetkező mellékhatások miatt a kezelést meg kell szüntetni, mindig fenyeget a recidiva veszélye.

Az egyedüli cytosaticus kezelés ugyancsak dosistól függően össze- férhetlenségi tünetekhez vezet. Bizonyos körülmények között pedig súlyos károsodásokat, így különösen cholestasist és panmyelophthisist okoz.

Az elmondottak miatt ma az em- lített 2 gyógyszerrel történő kombi- nált kezelést részesítik előnyben. Ez mutat jobb eredményeket is. Ennek a therapiának a kazuisztikai közleményekben ma még megtalál- ható ellentmondó eredményei a ke- zelési, ill. megfigyelési idő külön- böző tartamából erednek. Csak prospectiv hosszantartó vizsgálatok fogják e kezelés definitív értékét megmutatni.

Időközben aktuálisá vált a chr. májbetegségek D-penicillinammal történő kezelése. Ennek hatásossá- gát is csak nagyobb kazuisztikai anyag és hosszabb megfigyelési idő alapján lehet megerősíteni. Min- denesetre előnye a cytosaticus ke- zeléssel szemben, hogy csekélyebb és kevésbé veszélyes mellékhatásai vannak.

A chr. h. késői károsodásainak kivédésére kívánatos lenne az acut vírusinfectiók activ vagy passiv im- munizálásával való prophylaxisa. Ez eddig megghiúsult részben a vírus izolálásán és vaccina kifejlesz- tésén, másrészt a hatásos immun- serum nyerésén. A humanglobulin- concentratum, amely A-vírus-in- fectio esetén eredményes, B-vírus hepatitisben hatástalan.

Az Au-SH.-antigen felfedezésével nyílt remény először a B-vírus-in- fectio elleni passiv immunizálásra. Időközben az USA-ban polytrans- fundált haemophiliások serumából plasmapheresissel antitest-tartalmú immunoglobulin fractiókat izoláltak. Ezzel sikeres passiv immunizálást értek el B-vírus ellen, ha a beteg- ség kitérése után közvetlenül alkal- mazták. Krugman és mtsai próbál-

koztak Au-SH.-pozitív serummal — rövid hőkezelés után — B-vírus el- leni activ immunizálással. Ezek a kísérletek azonban még klinikai al- kalmazásra nem érettek. Mégis a passiv és activ immunprophylaxis első lépései, melyeknek a jövőben döntő jelentőségük lehet az acut ví- rusinfectio megelőzésében, és ezzel a chronikus folyamatok kifejlődése háriható el.

Péter Károly dr.

Cellularis immunitás a hepatitis B (Australia) antigennel szemben. In vitro reakciók tengerimalacon és embern. Korzinowski, U., Schober, A., Thomsen, R. (Hyg. Inst. Univ. Göttingen): Med. Mikrobiol. Immunol. 1974, 159, 243—250.

A szerzők tengerimalacokat im- munizáltak Freund adjuvánshoz kötött tisztított hepatitis B (Austra- lia) antigennel. Megállapították, hogy 16 nap múlva antitestek fejl-ődtek ki és kimutatható volt a specifikus cellularis immunitás a hepatitis B antigen ellen macrophag migráció gátlási próbával és lymphocyt transformációval.

Ezekután leukocyt migrációs próbával kísérelték meg a specifi- kus cellularis antitestek kimutatá- sát embern. 12 egészséges kontroll egyén, 11 hepatitis B perzisztens és 7 hepatitis B antigen hordozó szem-ély vizsgálatával igyekeztek a fent említett próbákkal specifikus cellularis antitestek jelenlétét ki- mutatni. Specifikus reakciókat csak azon egyénekknél találtak, akikben vándorlási immunoelektrophoresis- sel, vagy „radioactiv immun assay”- val hepatitis B antitestet mutattak ki.

Nikodemusz István dr.

A (primitív) neuralis cső defectu- sainak szülés előtti diagnosisa li- quor fehérjék segítségével. Macri, J. N. és mtsai (Depts. of Animal Res. and Obstetrics and Gynecology, Nassau County Medical Center, East Meadow, New York, 11 554, USA): Lancet, 1974, 1, 14.

A szerzők vérmentes emberi li- quor és complet Freund adjuvans keverékével immunizáltak nyula- kat, majd az immunsavót emberi se- rummal és amnion folyadékkal ki- merítették. A kimerített immunsavó Ouchterlony lemezen emberi se- rummal és amnion folyadékkal nem praecipitált, emberi liquorral egyet- len praecipitációs köteget adott; a specifikus antigen a liquorra jel- lemző 31 000 mol súlyú ún. beta- trace protein-nel felelt meg.

Az immunsavóval 75 amnion fo- lyadékot vizsgáltak; ezeket a 14— 42. gestatioos héten nyerték. Normá- lisan fejlődő magzatok esetében az amnion folyadék nem tartalmazott beta-trace proteint. Anencephaliás foetus 32. héten vett amnionja rea- gált az adsorbeált serummal. A li- quor jellemző fehérjéjének, a beta- trace proteinnak a megjelenése az amnion folyadékban a neuralis cső

incomplet záródására utal; ez lehetővé teszi a liquor kiszivárgását vagy transsudációját az amnionba.

Patkányok neurális csővének kísérletesen előidézett defectusaiban az amnion tartalmazott beta-trace proteint, míg a nem károsodott foetusok és control foetusok amnionjában azt nem tudták kimutatni.

Dóbiás György dr.

Orvosi pszichológia

Az emóciók patológiája és szerkezeti kifejeződésük. Loo, P., Dame-ron, J. F., Saba, S.: La Revue de Médecine Pratique, 1974, 15, 963—967.

Különböző szomatikus vonatkozású psychikus betegségben játszik az emocionális dinamika (emóciós stress és tartós érzelmi feszültség) egymagában, vagy más faktorokkal együtt determináló szerepet. Ezek ismerete és elkülönítő diagnosztikája igen fontos a gyakorló orvos szempontjából, a sikeres terápiá elölfeltételeként.

1. A *hypochondriás psychosis* affektív shock következménye, hypochondriás tartalmaként testi alterációs rögeszmék, szerv-negációk, test-feldaraboltság érzések jellemzik. *Semmiféle szervi alapjuk sincs*, de semmiféle érvelés, röntgen-klinikai lelet stb. nem ingathatja meg a beteg ítélet-zavarát.

2. A *coenesthesiás* zavarokkal jellemzett *neurosisok* kóros affektív vagy emocionális szituációk organikus kifejezései, „a lélek organikus szervi beszéde, nyelvezete”. Helyes elnevezésük *hypochondriás neurosis* (a francia irodalomban „état névrotique”, neurótikus állapot). Helytelen a vegetatív dystonia megjelölés, és a neurasthenia kategóriájába sem sorolhatók be. Ezekben a hypochondriás neurosisokban (h. n.) a nyílt, vagy leplezett félelem, vagy agresszivitás különböző tünetekben fejeződik ki: asthenia, szívdobogás, szédülés spasmusok, algiák, végbél vagy hüvely viszketés, fülzúgás, fonák érzések a szemben stb. E h. n.-ok teszik ki a gyakorló orvosi praxis jelentős részét. Sikertelenségre kárhoztatja magát a gyakorló orvos, ha mindenáron organikus elváltozást diagnosztizál ilyenkor és ennek megfelelően kezel. (De akkor is csődöt vall, ha „beképzelt betegség”-nek véli!) Holott ilyenkor csak *funkcionális elváltozás* van és a tünetek mögött neurótikus, egocentrikus, sőt önimádó (narcisztikus) személyiség, agresszivitás, szorongás, affektív visszafeloldódás, nyílt vagy leplezett, friss vagy régebbi konfliktus húzódik meg. A h. n. a psychikus zavar felől közelíthető és szüntethető meg.

3. *Psycho-somatikus betegségek* (psb.). A psb. terminus technikus az általános patológia körébe tartozó affekciót jelöl, mely részben, vagy egészben, tudatos vagy tudattalan, nem mindig aktuális pszichológiai

faktorokra vezethető vissza. A hypochondriás psychosis és neurosis ellentétben itt már szerkezeti elváltozás is társul a psychikai (emóciós) zavarhoz. Az emóció épp oly stressor lehet a szervezet számára, mint más agressziók: toxikus, traumatikus, fizikai, fertőző ágenssek. Példa erre a II. világháborúban Angliában észlelt „bombázási fekély”-ek; a pogromokat szenvedett gettók lakosságának Buerger féle thrombo-angitis obliterans betegsége, melyet Leriche „maladie de la misère et de l'émotion”-nak nevezett el; egyes virág-allergiás betegek a virág képeinek meglátására is asztmás krízist kapnak; Maurice Porot jelezte a Quincke oedema gyakoriságát Algériában a felkelés csúcspontján. Sokszor csak maga az emóció látszik oknak, máskor hajlamosító faktorokkal együtt hat.

A psb. minden szervrendszerben megnyilvánulhat. a) *Emésztőrendszer.* Aerophagia, fekély betegség, biliaris dyskinesia, anorexia, haemorrhagiás recto-colitis. Ez utóbival kapcsolatban egy demonstratív esetet ismertetnek a szerzők. Anus prae-s beteg kapott recto-colitist és megfigyelték, hogy az affektív nyugalom időszakában a bél halvány, mozdulatlan volt, kevés secretó és kevés lysozym termelődött. Agresszivitás periódusában a colon vörös, hypermobil volt, sok lysozym. Ha az agresszió tartós maradt haemorrhagiás és fali ulceratio jelentkezett. Pathomechanizmus: psychikus stress — hypothalamus stimulások — gerinevelő — sacropelvicus idegek. Az interiorizált konfliktusok a colon nyálkahártya kongesztív zavaraihoz vezethetnek. Egy másik eset: a nem kívánt terhességet a beteg integritása elleni támadásként fogta fel — colitis jelentkezett. b) *Érrendszer.* A nép szerint az emóció thrombosis, hirtelen halál oka lehet (nyilván embóliás alapon). Ezt alátámasztja az a tény, hogy Selye vizsgálatai szerint a stress első szakaszában haemokoncentráció mutatható ki. A modern sebészek tehát az embólia megelőzése érdekében nemcsak anticoaguláns kezelésre kell gondolnia, hanem anxiolytikumra és psychotherápiára is. Az emocionális túlterheltség hypertoniaként tükröződhet az érrendszerben („vezetők betegsége”). c) *Endokrin rendszer.* Menstruáció elmaradás, hyperthyreosis syndroma, elhízás bizonyos formái, hajhullás, bőrelszíntelenedés stb. Ezek eredete is a Selye-féle hypophys-mellékvese körbe tartozik. A hypothalamus sem zárható ki, mely Releasing és Inhibiting Factorral vesz részt a stress hormonális szakában. d) *Csont és izületrendszer.* Tartós, vagy ismételt stress (tehát az emóciós-affektív stressor hatás is!) adaptációs betegséget idéz elő. Ezt tudják a gyakorló orvosok, mégsem szűnnek meg az emóciós faktorok szerepét félreismerni e betegségekben. A chronikus rheumás betegek pszichológiai vizsgálata igen demonstratív.

Befejezésül hangsúlyozzák a szerzők, hogy a jövőben kétségtelenül — a biokémia haladásának segítségével — az emóció fiziológiája szélesebb tudományos alapot fog adni annak, amit ma még csak empirikusan konstatálunk, intuitíven érzünk meg.

(Ref.: A szerzők hangoztatják, hogy az általuk felsorolt psb.-ek ben az emóció külön, vagy más körököz, agresszív faktorokkal együtt determináló vagy csupán súlyosbító tényező. A psb.-ek számát és körét elég tágra méretezik, így azokkal kerülhetnek szembe, akik ugyanezt kicsire, szűkre szabják. Nem lezárt kutatási területről van szó, a gyakorlat azonban így is már hasznát veheti az eddigi eredményeknek.)

Oláh Andor dr.

A hysteriás depressio. Caroli, F. La Revue de Médecine pratique, 1974, 15, 371—377.

A hysteriás depressio (hd) gyakorisága miatt olyan probléma, melylyel minden orvos — legyen az gyakorló orvos, vagy specialista — szembetalálja magát. Minden depressio (d.) esetén fel kell fedezni azokat az elemeket, melyek hysteriás személyiségre utalnak.

A hd. kezdete gyakran brutális. Oka többnyire evidens: házassági konfliktus, haláleset, szociális megáláztatás („tárgy-elvesztés”). Akár sikertelenség-élmény, akár elhagyottság a kiindulás, számos zavar kiváltója az enyhe szomatikus megnyilvánulásoktól (fáradtság, álmatlanság, szexuális nehézségek), a leg súlyosabb öngyilkossági kísérletekig. A gyakran drámai képen jelentkező fizikai zavarok erősen igénybe vehetik az orvos ítéletképességét: különböző algiák, hányinger, szívdobogás stb. Valójában „az egész test rosszul van”; testét a beteg ki nem mondott kóros alapélményének kifejező reprezentánsaként használja fel. A teatális manifesztációk, projekciók mögött állandó a d.-ös hangulat. Néha az intenzív szorongásra csak a makacs álmatlanság utal. Mindig elbátortanodott, önmagában kételkedő, mélyesen elégedetlen beteggel állunk szemben.

A hd.-t az különbözteti meg a melankóliás d.-tól, hogy a hd.-nál hiányzik a bűnösség érzés. Ellenkezőleg, állapotért környezetét, vagy a végzetet teszi felelőssé. Az intenzív szorongás idején gyakran öngyilkosságot követ el, ez rosszul előkészített és rosszul végrehajtott, teatális, figyelemfelhívó cselekvés. Mivel a hysteriás dráma középpontjában az önbecsülés elvesztése áll, a környezet megváltozott, kívánt magatartása látványos javulást eredményezhet. Azonban bármilyen kis meggyőzés vagy a másinak egy rosszul értelmezett pillantása megrendítheti a javulást, mert hiányzik a személyes érték-ézés.

Ami a hystéria (h.) és hd. psychopathologiai aspektusát illeti: a h.-ás beteg szinpadon van, a mindig kiábrándító valóságtól menekül. És mi a h.-ás lelki valósága? Nem tudja és tudja megoldani a nemek közötti különbség problémáját, mert saját nőiségének elismerése azt is magában foglalja, hogy a másikat phallusz-szal felruházottnak fogadja el! Nem képes erre. Csak látszólag jutott a genitális sexualitás fókáig, valójában a libidó-fejlődés korábbi, orális stádiumában fixálódott. Minden újabb sexuális kapcsolat-kísérlet megismétli a sikertelenséget, mely summázva: a genitális élet lehetetlensége. Az az állandó — egyébként jogos — félelem, hogy elveszti önbecsülését, külső értékelő támogatás állandó hajszozását vonja maga után.

Habár a h.-ás neurosis idült betegség, időszakos megnyilvánulások jellemzik. A d.-ös tünetek sem mentesek az időszakosság szabályától. Bámulatosan hamar képes a beteg kijutni a d. állapotából új tárgykapcsolat, vagy más konfliktus-oldó módon, habár h.-ás személyiségének alapvonásai változatlanok maradnak. Az állandó menekülés rendszerében (a színészkedés is védekezésmód a d.-val szemben) sokáig rejtve maradhat a d. Öregkorban gyakran könnyen és gyakran felszínre jut. Ezt a d.-ót is sokszor cserbenhagyja a h.-ás pl. testi kifejezésmód (primér hypochondria) kedvéért.

Kezelése nagyon nehéz feladat. A hd. diagnózis azt jelenti, hogy a lehetséges betegség-fejlődés előre beláthatatlan és szeszélyes. Az orvos folyamatos sikertelenségre számíthat. Ezt a csődöt néha ál-gyógyulások leplezik el. Az orvos állandó követelőzésbe, a terápiás sikertelenség agresszív kitergetésébe ütközik. A legjobb szolgálat, amit ezeknek a betegeknek tehetünk: „kiszámítottan mértékelt tartani abban, hogy meddig kívánunk elmenni, magunkat lekötölni.” (Bailly—Salin) Az első időkben segítségül hívhatjuk a sedatív kezelést, tudnunk kell azonban, hogy ennek hatásossága is inkább az orvos—beteg viszonytól, mint magától a készítménytől függ. Igazi eredmény csak a psychotherápiától várható. Már az első beszélgetés során figyelmeztetnünk kell a beteget, hogy hosszú, mélyreható kezelésre van szükség, közvetlenül csekély eredmény várható. A „támogató—védelmező psychotherápia”, mint irányító (direktív) beavatkozás magában foglalja a beteg környezetével való kontaktus-teremtést is.

(*Re.: A d. problémakörén belül a hd. felismerésében és kezelésében értékes segítséget nyújt a szerző. Ha saját igénye nem is ösztönzi, a körülmények nyomása alatt meg kell barátkoznia a gyakorló orvosnak az orvosi pszichológiai ismeretek és a psychotherápiás kezelés szükségességével!*)

Oláh Andor dr.

Az A. T. Beck-féle depressió inventár ellenőrző vizsgálatai.

Lukesch, H. (Fachbereich Erziehungs-wissenschaft, Univ. Konstanz): Psychologie und Praxis. 1974, 2, 61—78.

Psychiaterek és klinikai psychologusok érdeklődési körében igen előkelő helyet foglalnak el a különböző aetiológiájú depressiók megközelítően objektív felmérésének lehetőségei és problémái. Különböző skálák és kérdőívek egész sora készült már a kérdéskör egységes szemléletű felderítésére, azonban ezek validitása kétségbe vonható, hiszen nem vetették alá azoknak az ellenőrző, illetve bizonyító eljárásoknak, melyek alapján a depressív szindrómák objektív tesztelési elveként jöhetnek szóba. Az egyik legelterjedtebb kérdőívés módszer az A. T. Beck és munkatársai által 1961-ben szerkesztett, 21 kérdéssorból álló inventár (továbbá: DI), melynek objektivitásával és reliabilitásával kapcsolatos vizsgálatairól számol be a cikk szerzője.

Három nagy létszámú csoporttal (depressiók betegek, nem depressiók kontroll csoport és psychologus hallgatókból álló csoport) végzett kísérletei, illetve összehasonlító felmérései a DI főbb jellemzőit tárták fel.

Véleménye szerint a Beck-féle DI objektivitása nem képes beváltani a hozzáfűzött túlzó elvárásokat, illetve igényeket. A kivitelezés, értékelés, értelmezés olyan subjectív tényezőktől is függ, melyek miatt a kérdőívek nyújtotta információk nem adnak elégséges alapokat az egységes interpretációhoz.

A kérdőív állításainak (itemek) jellemzői — nehézségi index, egymáshoz való viszonyuk stb. — alapján a DI mint kiegészítő vizsgálati eljárás jó szolgálatot tehet a depressiók felmérésének és jellegének megközelítő differenciálásában, annak tudatában, hogy néhány független változó iránt igen érzékeny. Eppen ezen külső tényezők iránti fokozott érzékenység (a betegek kora, neme, szocioökonomiai helyzete stb.) nehezítik meg a DI standardizálását is.

A DI értékéről — gyakorlati tapasztalatok és különböző módszerekkel végzett ellenpróbák alapján — igen eltérő vélemények alakultak ki. Tény, hogy csupán részleteiben történtek meg a faktor-analitikus vizsgálatok, mégis, ezek alapján állítható, hogy a Beck-féle DI olyan jellegű adatokkal szolgál, melyek többsége más, egyszerűbb és kevesebb időt igénylő módszerekkel is mérhető lenne.

A szerzők ellenőrző vizsgálatai alapján állítja, hogy a Beck-féle DI nem rendelkezik heurisztikus értékekkel, nem képes olyan tulajdonságokat felmutatni, melyek alapján differenciáldiagnosztikai tesztként értelmezhetnénk eredményeit.

Fejes András dr.

Ideg- és elmegyógyászat

HL-A antigének myasthenia gravisban. Fritze, D. és mtsai (Dept. Pathol. and Neurol., Univ. Calif. School of Med., Los Angeles): Lancet 1974, I, 240—242.

A histocompatibilitási systemával kapcsolatos gének feltehetően alkalmasak az immun-válasz genetikus kontrolljára is. Bizonyos betegségekben szenvedők (spondylosis, systemás lupus erythematosus, autoimmun hepatitis, gyermekkori asthma, szénanátha, Hodgkin-betegség, dermatitis herpetiformis, systemás lupus erythematosus) HL-A phenotypus eloszlása különbözik a normálistól. A szerzők a myasthenia lymphoreticularis vonatkozásai (thymus!) miatt végeztek ilyen irányban vizsgálatokat.

64 myastheniás beteg (56 fehér, 7 néger, 1 indián) HL-A tipizálását végezték el fagyasztott lymphocytákon mikrolymphocytotoxicitási teszttel. A betegek közül 26 jól kezelhető, nem operált beteg volt, 38 beteg thymectomián esett át (12 tumor, 20 hyperplasia, 6 involútiós thymus). A HL-A phenotypus nem különbözött szignifikánsan a kontroll-csoport eloszlásától, kivéve a HL-A8 specificitást. A HL-A1 és 8 myastheniás nőkben, a HL-A3 és 7 férfiakban volt gyakoribb. Mivel a HL-A systema normálisan nem sex-dependens, ez az eltérés értékelhető. További összefüggés: a HL-A8 szignifikánsan magasabb volt 40 év alatti myastheniás nőkben. A HL-A8 előfordulása nem mutatott összefüggést a myasthenia klinikai lefolyásával, súlyosságával, sem a betegek serumában található, egyéb immun-reakciók pozitívításával. Összefüggés mutatkozott azonban a HL-A8 pozitívitás és a thymus morfológiája között: főként thymus-hyperplasiához (germinatív centrumok jelenlétéhez) társult. A HL-A8 magasabb frekvenciáját myastheniás betegekben más szerzők is megtalálták, elsősorban nöbetegeken. E vizsgálatoknak klinikai-prognosztikus értéke lehet: HL-A8 pozitívítást mutató nöbetegek korai thymectomiája ajánlatos.

Szobor Albert dr.

A hypochondria klinikai képe. Feline A.: La Revue de Médecine pratique, 1973, 14, 1299—1306.

Korunk nagymértékű egészségügyi felvilágosító propagandája elősegíti a testtel foglalkozást, a legkisebb betegség jele is felfigyelést. Ha ez aggodalmaskodássá fajul, hypochondria (h.) kiinduló pontja lehet. H. esetén néha kimutatható valamilyen konkrét elváltozás („épine irritative” = ingerlő tüske), ilyenkor „jogos” a h., de sokszor nem állapítható meg ilyesmi. Kenyon statisztikája szerint 512 h. esetből 47%-ban semmiféle szervi elváltozás sem volt észlelhető. (1964). Előfordul az is, hogy egy régebben fennállt, de már gyógyult somati-

kus ártalom esetén a beteg ugyanoda lokalizálja elviselhetetlennek nevezett fájdalmát, Minden életkorban jelentkezhet h., azonban különösen gyakori az adolecens korban. Az ilyen h.-ás gondolatok prognosisa nagyon jó, a testre figyelés fokozatosan eltűnik.

A h.-ás panaszok gyakorisági sorrendje Kenyon szerint: leggyakoribb a fej és a nyak, a has, a mellkas h.-ás tünete, azután a hát, a végtagok, a végbél és a nemiszerv következik. Rendszerek szerint: gastro-intestinalis rendszer, mozgásszerv (rachialgia), idegrendszer (fejfájás, szédülés), végül ritkábban a húgyivarszerv, cardiovascularis rendszer, látás, légzés. Ha a fájdalom féloldali, az esetek $\frac{3}{4}$ részében baloldali.

A h. klinikai képe. A h.-ás beteg minél többször kívánja az orvosi vizsgálatot, tanácsot. A fájdalomérzés (coenaestopathia) igen intenzív, állandó, ritkán lokalizálható pontosan, mély régióban jelentkező. A beteg orvosi szakkifejezésekkel teletűzdelt panasz-monológja vissza akarja adni a fájdalom minden részletét. Annyira megszemélyesíti a fájdalmat, hogy szinte „a beteg szerv beszél”. A funkcionális zavarokhoz psychikus panaszok, zavarok járulnak: szorongás és affektív zavarok, pesszimista hangulat, gátlásairól panaszok, fáradtság, kezdeményező erő hiánya, a „betegség” által előidézett egyre fokozódó invaliditás. Fizikális vizsgálatkor gyakori a vagus-dystonia: szűk mellkas, gombóc érzés a torokban, székrekedés, száj szárazság. Az ilyen beteg környezetével szemben autoritativus fellépésű, környezetét teste szolgálatába állítja.

Régebben ényhe és súlyos h.-át, neurotikus és psychotikus h.-át különböztettek meg. Ma már inkább primer (egyszerű essentialis) és szekunder (symptomatikus, deliráns) h.-át különböztünk el.

A primer h. alkati, személyiségéből fakadó h. A fent leírt képpel azonos. Az alkati h.-ák közé tartozik a *hysteriás személyiség*. Hajlamos a problémák szomatizálására (algiák, fejfájás), orvosi és sebészeti kezeléseket, beavatkozást igényel, bizonyos szervet, vagy működést előnyben részesít, tetszeleg ilyen panaszokban. E kevés tünetű h.-ás hysteriások elkülöníthetők a konverziós hysteriától. *Phobias személyiség*. Élete folyamán súlyos betegségekkel szemben félelmet fejleszt ki, fél a sy.-tól, a cc.-tól, szívbajtól.

Másodlagos h. Más psychopathologiai tünetekkel társul, ezekhez kapcsolódik a h.-ás tünetegyüttes. Abszolút betegség tudat, pesszimista interpretálás. — 1. *H. és depressio* gyakori együtt. Fel kell ismerni a depressziós syndromát, melyet h.-ás kép fed el. Antidepressív kezelés szükséges. Klasszikus a melankóliás roham h.-ás formája. — 2. *Paranoiások* h.-ás deliriuma: megvető, rigid, egocentrikus, gőgös személyiség talaján testi ártalom, (foglalkozási ártalom, közúti baleset) után

kárpótlást követelő deliráns magatartás fejlődik ki (sinistrosis). — 3. *Az sch. h.-ás formái*. Az sch. egész lefolyása során somatikus delirálás figyelhető meg (hallucinációs coenaestopathia). — 4. *Presenilis, vagy senilis dementia állapot* (Pick, Alzheimer betegségek). Gyakori ilyenkor a h.-ás deliráló gondolat.

A h. psychosomatikus lényege. Az egészségi állapotra vonatkozó „beképzelt” foglalatosság narcisztikus irányultságból ered. A kezdetben „lebegő”, téma nélküli félelem fokozatosan „testet ölt”, egy szerv, vagy funkció nívóján organizálódik, fájdalomérzésben jelentkezik. Ezek „algia-alibik”, „bánat-rejtő fájdalmak”. Az algia rejtjeles üzenet, a névtelen szorongás gyakran szimbolikus kifejezése.

A *therápia problémája*. Ha a szorongás jelentős, tranquilláns is adandó, leglényegesebb azonban a psychotherápia. 1. *Primer h.* Az orvos számára legfontosabb, hogy uralja ellenérzését és feltámadó agresszióját a siránkozó h.-ással szemben, elkerülje, hogy a „rossz beteg, rossz orvosa” legyen! Túrelmes, ismételt, hosszú meghallgatások szükségesek, hogy végül a test mögül előlépjön a lélek. 2. *Másodlagos h.* Depressziós beteg h.-ja esetén antidepresszív kezelés szükséges. Ilyenkor elégtelen a tranquilláns, csak a szorongás ellen hat. A többi forma psychiatriai kezelést igényel.

(Ref.: A „képzelt beteg” is beteg, meg kell ismernünk betegsége lényegét, hátterét és gyógyítanunk kell. Ehhez a cseppet sem könnyű feladathoz nyújt segítséget a fenti tanulmány. Saját magunk reedukálása is szükséges, hogy a „crux medicorum”-ot megint betegnek lássuk, elidegenedésünket megszüntessük vele szemben!) Oláh Andor dr.

Psychotherapiás módszerek. Mirouze, R. La Revue de Médecine pratique, 1973, 14, 1525—1537.

I. *A psychoanalysis (psa.) és alkalmazás módjai.*

A psa. a Freud által lefektetett elméleti alapokon nyugszik, és ha ez az elmélet vitatható is, nem vonható kétségbe a freudi forradalom mélyreható jelentősége. Mi a psa. kezelés célja? A gátlásos vágyak, a lekötött és elpazarolt energiák világa, az éretlen és torzult fejlődésű sexualitás helyett szabadságot létrehozni, érettséget valószínűsíteni meg. A psa. során a dialógus a beteg kezdeményezésére van bízva. Ha beszél is a terapeuta, tudnia kell hallgatni, hogy egy dinamikus helyzetben a beteg szokásos társadalmi magatartás-sémái, „standard indulatáttétel” helyett speciális indulatáttétel fejlődhesse ki. A psychoanalytikus psychotherápiának (ps.) alkalmazkodnia kell a psychosomatikus szerkezettypusokhoz. Hosszú az út, sok a leküzdendő nehézség, az alkalmi módosulások ellenére szigorúan megszabott a módszer: mindez

korlátozza alkalmazását, de az eredmények kitűnőek.

Specifikus alkalmazás módjai. A) *A gyermekek ps.-ja*. Gyakran családi ps. szükséges, nemcsak a gyerek kezelése. A kezelés mintegy 2 évig tart. Eredménye a gyerek affektív egyensúlyának átalakítása, kontaktusainak javulása. B) *Az adolecens és a szülők ps.-ja* speciális problémákat vet fel. A családi milieuból elkülöníthető az a személy, aki „bűnbak”-ként minden családi konfliktus összegezett áldozatává válik. A családstruktúrát megváltoztató beavatkozás szükséges. C) *A csoport ps.-ák* közül legkézzesebb a psychodráma. Drámai játékból hozza felszínre a mély konfliktusokat. D) *Psychiatriai osztályokon* a ps. célja egyéni kommunikáció létrehozása a megsemmisítő kórházi környezetben. Széleskörű szervezethez szükséges hozzá.

II. *Nem-psychoanalytikus ps.-ás eljárások.*

A) *Hypnosis*. Mechanizmusa ma is ismeretlen, hatása azonban kétségtelen. Ez a kezelés a kevés tünettől járó neurotikus állapotokra való, olyan passzív egyéneknek, akik somatikus megnyilvánulásokra (félelem, álmatlanság, szexuális zavarok, toxomania) hajlamosak. Egy izolált tünet gyors eltűnéséhez vezethet, ha az egyén struktúrájának mélyreható változását nem is idézi elő.

B) *Kondicionálás*. Az emberi magatartás olyan felfogásán alapul, hogy kondicionálón ható faktoroktól, külső befolyásoktól függ az emberi magatartás és vágy-szövedék (Pavlov). A tünet nem más, mint kondicionálás eredménye, amely az alkalmazkodás szempontjából nem megfelelő módon áll fenn. A tünet mélyebb értelmével nem foglalkozik, csak megszüntetni igyekszik. *Módszerek*: 1. *Kölcsönös gátlás*. Arra tanítjuk meg a beteget, hogy phobiája tárgyának jelenlétében ne félelmi reakciót produkáljon (hanem pl. az evés örömet). Így az elveszti „phobogén tárgy” jellegét. 2. *Kondicionált gátlás*. Egy szokás túlzott ismétlése kialakítható vezet az undor (csömör) és a kifáradás révén. Pl. tic-et, dadogást kezelhetünk így. 3. *Kondicionált ellenszenv*. A neurotikus magatartásból eredő stimulussal egyidőben kísérlet el-lenszenvet is létrehozunk hánytatóssal vagy elektro-sokkal. Így kezelhető a toxicomania, szexuális per-versio. 4. *A pozitív kondicionálás* célja hiányzó választ létrehozni, pl. enuresisben sphincter-kontrollt.

C) *Relaxatio*. A lélektani kiveztető utat meghatározott gyakorlással elért neuromuscularis ellazulás révén keresi. A terapia kezdetben csak az izomzatra hat, hamarosan azonban — testi gyökerein keresztül — az egész személyiségre. Legrégibb a Schultz-féle autogen training, mely autohypnosissal próbálja létrehozni az izom-deconnectiót. Néhány hét alatt meleg fürdőbe merültséghez hasonló psychofizikai jóérzés érhető el. — A Jurriaguerra psychotóniás

reedukáló módszere kidolgozottabb pszichológiai hatáson alapul. A relaxációs gyakorlatok közben az orvos—beteg viszonyra helyezi a hangsúlyt. E módszerek indikációs területe nagy: funkcionális zavarok, asztma bronchiale, emésztőszervi görcsös állapotok spasmophilia, glaucoma stb. Legjobb alkalmazásukat psychoprofilaxisként a fájdalom nélküli szülésben érték el. A pszichiátriában alkalmazási terük nem a nagy syndromák, hanem a kis phobiák, a neurastheniás típusú, enyhébb neurotikus depressiók, álmatlanság, sexuális gátoltság.

D) *Jung-Desolie-féle „irányított éber álom” módszere.* (Le réve éveillé dirigé, R. E. D.) A tudatlan középpontjában az emberiség régmúltjában gyökerező szimbólum- (archetypus) rendszer van. A R. E. D. e mély szimbólumokat „exhumálja” és — a tudatos kreativitás fejlesztésével — uralni igyekszik. Egyéni psychotherapiás ülések során spontán felmerülő, vagy a therapeuta által inspirált képeket szabadon és tudatosan asszociál a beteg.

[Ref.: A szerző jól áttekinthető képet ad a jelenleg alkalmazott legjelentősebb ps.-ás módszerekről. A gyakorló orvos és a nem-pszichiáter szakorvos számára alkalmazhatóság szempontjából — véleményünk szerint — a következő sorrend állítható össze: relaxatio, kondicionálás, hypnosis (irányított éber álom, psychoanalysis). Az utóbbi kettő kétségtelenül speciális képzettséget igényel, a hypnosissal kapcsolatban megoszlanak a vélemények.]

Oláh Andor dr.

Sugarbiológia

Az atombombát túlélők serum-immunglobulin értékei Hiroshimában. Hall, C. B. és mtsai (Atomic Bomb Casualty Commission, Hiroshima, Japán.): Amer. J. Epidemiol. 1973, 98, 423—430.

A szerzők meghatározták a serum-immunglobulin értékeket 803 egyénen, akik túléltek az atombomba ledobását, valamint megfelelő kontroll egyénekben, akik ki voltak téve radioaktív sugárzásnak s orvosi ellenőrzés alatt voltak az elmúlt 15—22 év alatt. Megállapították, hogy a lakosok IgA és IgG értékei magasabbak voltak, mint a megfelelő amerikai korszoportoknak. Az értékek a kortól és a nemtől függtek. Az életkor előrehaladtával az IgA és IgG értékek a férfiak savóiban nőttek, a nőkben csökkentek. Az emelkedett immunoglobulin értékekhez más laboratóriumi vizsgálati eltérések is járultak, ezeknél szignifikánsan emelkedett volt a vesejűnyedés és a lymphocytá számarány érték; 28 egyéneknek (23 nő) volt 50%-nál több lymphocytája.

A fenti értékek még magasabbak voltak az átlagnál, ha röntgenoló-

giailag kimutatható tuberkulotikus elváltozások is voltak találhatóak. Összesen 360 tbc-s egyént vizsgáltak, ezek közül 126 tartozott az I-es csoportba (parenchymalis sűrűség és meszesedés csúcseváltozások nélkül), 234-en II-es csoportba (tüdőcsúcs fibrotikus elváltozása), aktív folyamat csak a tbc-sek 3%-ában volt (tünet, friss elváltozás, vagy Koch-pozitív köpet).

Az IgG értékek magasabbak voltak a sugárzásnak kitett egyénekben, mint a kontrollokban, de e jelenség statisztikailag szignifikánsan csak a nők esetében volt kimutatható.

Nikodemusz István dr.

A pionok biomedicinális tulajdonságai. H. Fritz-Niggli (Strahlenbiologisches Institut der Universität Zürich): Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen und der Nuklearmedizin 1974, 120, 87—97.

Synchro-cyclotronokban előállított nagy energiájú protonok berilliumba ütközésekor egyebek mellett negatív Pi-mesonok, úgynevezett pionok keletkeznek. Ezek az elektronnál 273-szor nehezebb negatív töltésű részecskék olyan tulajdonságokkal rendelkeznek, melyek rendkívül előnyösek lehetnek a rosszindulatú daganatok sugárkezelésében.

A különböző sugárzások, melyek a tumorok kezelésében szóba jöhetnek, kisebb-nagyobb mértékben elnyelődnek a besugárzott test felszínes rétegeiben. Ez különösen hátrányos a nagy LET (linear energy transfer)-rel rendelkező corpuscularis sugárzásoknál, mert mélyen fekvő tumorok a felszínes szövetek nagyfokú károsodása árán sugarazhatók. A pionok csaknem fénysebességgel hatolnak be a besugárzott szervezetbe, abban ütközben lefékeződnek. Befogja őket egy pozitív atommag, mely az így nyert 140 MeV energia hatására széthasad. Így a test mélyebb részében nagy energiájú protonok, neutronok, alfa-részecskék szabadulnak fel elektromágneses sugárzás kíséretében. Így lényegében a pionok segítségével a test egy megadott térfogatában a felszínesebb rétegek károsítása nélkül lehetséges körülírtan nagy helyi energiájú sugárhatást elérni. Ezt kitűnően szemléltetik a pionok, elektron- és photonsugárzások összehasonlító mélydózis-görbéi vízben.

A fent ismertetett „csillagreakció” során a mély rétegekben fel szabaduló sugárzás nagy LET-rel rendelkezik. Ismeretes, hogy a tumorok sugárkezelésének egyik nagy gyakorlati problémája az anoxiás vagy hypoxiás sejtek viszonylagos sugarresistentiája. Az oxigéndús és anoxiás sejtek sugárérzékenysége közti különbség azonban a LET függvénye, nagy LET esetén csökken. Ilyenkor az OER (Oxygen Enhancement Ratio) értéke 1 felé közeledik. Ez azt jelenti, hogy a pion-

sugárzás nemcsak optimális góc-dózis-eloszlást ígér, hanem az oxigén-szegény tumorsejtek sugarresistentiájából származó hátrányokat is kiküszöböli. Ez az előnye a megfelelő időbeli frakcionálással fokozottan kihasználható.

A pionok alkalmazása még kísérleti stádiumban van. A vizsgálatok folynak növényi, állati és emberi sejtek, szövetek felhasználásával. Kis emlősállatokon végzett kísérletek után nagyobb állatok pion-be-sugárzását tervezik. A gyakorlati terapiás lehetőségeken túlmenően a pionok a biológiai sugárhatások elméleti kérdéseire is talán az eddigieknél kielégítőbb választ tudnak adni.

A referált dolgozat egy 8 cikkből álló sorozat elsőként megjelent darabja. A sorozat a Svájci Atomkutató Intézet cyclotronjában előállított pion-sugárzás biológiai tanulmányozásának eddigi eredményeivel foglalkozik.

Lacay András dr.

Haematologia

A vörösvérsejtek pusztulásának mechanizmusa az égési sérülést követő korai időszakban. E. C. Loeb, Ch. R. Baxter, P. W. Curreri: (Department of Surgery, University of Texas, Southwestern Medical School at Dallas, and Parkland Memorial Hospital, Dallas, Texas): Annals of Surgery 1973, 178, 681—686.

A szerzők ⁵¹Cr-izotóppal jelzett vörösvérsejtek túlélését vizsgálták égett betegekben és egészséges emberekben kereszt-kísérletben. Normális vörösvérsejtek T_{1/2}-ideje égett betegek keringésében rövid volt (6,3 ± 1,1 nap), egészségesekben normális (22,2 ± 2,3 nap). Az égett erythrocytái saját érend-szerükben gyorsan pusztulnak (T_{1/2} = 7,5 ± 1,2 nap), egészségesek keringésébe juttatva azonban normális túlélést (T_{1/2} = 23,3 ± 1,8) mutattak.

A szerzők vizsgálták a jelzett vörösvérsejtek megoszlását a máj, a lép, az égett, illetve az ép bőr között és az aktivítást a praecordialis terület fölött számlált beütések százalékában fejezték ki. Az égett, illetve az ép bőr között szignifikáns eltérést nem találtak. A sebben a sugárzó anyag nem akkumulálódott. A máj felett a beütések száma valamivel nagyobb volt, mint a lép felett, de a különbség nem bizonyult szignifikánsnak. Az égési seb vagy a lép nem tekinthető a vörösvérsejt pusztulás fő helyének.

A szerzők arra a következtetésre jutnak, hogy a vörösvérsejteknek a hő hatására bekövetkező közvetlen pusztulásán és az égési sebtrombotizált ereiben való megtapadásán kívül valamely nemautoimmun humorális mechanizmusnak is fontos szerepe van a vörösvérsejt élettartamának megrövidülésében. Az égett betegek keringésében



STUGERON

STUGERON



Tabletta

ÖSSZETÉTEL:

Tablettánként 25 mg cinnarizinumot tartalmaz.

HATÁS:

A Stugeron kifejezetten gátolja a különböző vasoaktív anyagok (adrenalin, noradrenalin, dopamin, angiotensin, vasopressin, histamin, serotonin, bradykinin, nicotin) hatását. Ezen anyagok ismétlődő érszűkítő aktivitásának fontos szerepet tulajdonítanak az atherosclerosis kialakulásában.

A Stugeron ezenfelül fokozza az ereken átáramló vér mennyiségét, javítja a szövetek vérellátását, spasmolytikus hatást fejt ki az érfal simaizomzatára. A vérnyomást gyakorlatilag nem befolyásolja. Csökkenti a labyrinthus ingerlékenységét.

JAVALLATOK:

A cerebrális keringés zavarai: arteriosclerosis cerebri, apoplexia és cerebrocraniális sérülések utókezelésében, egyensúlyzavarok, migraine. A perifériás erek megbetegedéseiben (Buerger-kór, Raynaud-syndroma, diabetes, acrocyanosis) a claudicatio intermittens, paresthesia, trophicus zavarok kezelésére.

ELLENJAVALLAT:

Ez ideig nem ismeretes.

ADAGOLÁS:

Naponta 3×1 , vagy 3×2 tablettát hónapokon keresztül, rendszeresen. Érzékeny betegeknél ajánlatos a kúrát napi 3×1 tablettával kezdeni és fokozatosan emelni az adagot.

MELLÉKHATÁS:

Az átlagosnál nagyobb adagok alkalmazásakor előfordulhatnak: enyhe somnolentia vagy gastrointestinalis zavarok, amelyek az adag csökkentésére néhány nap múlva spontán megszűnnek.

MEGJEGYZÉS:

+ Társadalombiztosítás terhére arteriosclerosis cerebri, apoplexia és cerebrocraniális sérülések utókezelésére fekvőbeteg-gyógyintézetek javaslatára rendelhető. Egyéb agyér-megbetegedésben és a perifériás erek megbetegedésében szakrendelések rendelhetik, illetőleg javaslatukra rendelhető.

CSOMAGOLÁS:

50 tablettát 26,90 Ft
200 tablettát 98,70 Ft

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST

extrinsic mechanizmus károsítja a vörösvérsejteket, az erythrocyták károsodása nem intrinsic természetű.

Bernát Iván dr.

IgM λ gyakori előfordulása kristályos zárványokkal chr. lymphoid leukaemiás betegek lymphocytáiban. C. Clark, R. E. Rydell, E. Kaplan (Veterans Administration Hospital, Minneapolis.): New. Engl. Jour. Med. 1973, 289, 3.

A szerzők 30 chr. lymphocytás leukaemiás beteg közül 4 esetben a periférián keringő lymphocyták 1–31%-ában immunfluorescens módszerrel intracelluláris, pálcika alakú zárványokat találtak, amelyek μ és λ (IgM λ) determinánsokra egyaránt specifikusan festődtek. A fluoresceinhez kötött anti- γ , anti- α -globulin, valamint a szabad fluorescein isothiocyante hatására nem fluoreszkáltak a zárványok.

A kristályos zárványokban minden esetben ki lehetett mutatni monoclonális membránkötésben levő IgM λ -t. (M-IgM λ)

Elektronmikroszkópban a homogen zárványokat a szemes endoplasmás reticulumon belül találták. Az M-IgM λ -t tartalmazó lymphocytákban 0,5%-a kristályok előfordulási gyakorisága.

Ezek a vizsgálatok mutatják, hogy a chr. lymphocytás leukaemiás betegekben legalább kétféle, morfológiailag különböző kóros lymphocytá van jelen.

Bálint Ildikó dr.

B-lymphocyták malignus átalakulása. Ch. A. Alper (Center for Blood Research, Boston): New Engl. Jour. Med. 1973, 289, 3.

A B-lymphocyták szárnyasokban a Fabricius-féle bursában keletkeznek, más fajokban pedig, így az emberben is a csontvelőben. Ezek a lymphocyták képezik a nyirokcsomók, lép, Peyer plakkok és egyéb nyirokszövetek lymphoid tüszőit. Valószínűleg ezekből a sejtekből fejlődnek ki a plazmasejtek. Feladatuk a humorális antitestképzés, amely létfontosságú a pyogen baktériumok elleni védekezésben. Az összes fajban a B-lymphocyták a hordozói a sejtmembránhoz kötött immunglobulinoknak, és könnyen kimutathatók fluoresceinnel jelölt antitestek segítségével. Ezzel a technikával chr. lymphocytás leukaemiás betegek többségében kimutatták, hogy a kóros sejtek B-lymphocyták.

A szerző szerint chr. lymphocytás leukaemia, Waldenström macroglobulinaemia és plazmasejtes myeloma esetében egyaránt a B-lymphocyták clonjainak a malignus transformatiója jön létre. Az M-komponens a szérumban vagy a malignus sejt felszínén található, a betegek többségében mindkét helyen.

Bálint Ildikó dr.

Szív és érsebészet

A coronaria occlusio sebészete. Szerkesztőségi közlemény: Brit. Med. J. 1973, 3, 420.

A sebészeti beavatkozást a legtöbb cardiológiai központban ajánlják az angina pectoris kezelésére. Jelenleg egy igazán effectív műtétet ismerünk, és ez az aorto-coronariás bypass, amit extracorporalis keringés segítségével végeznek.

A korai eredmények jók. A sebészeti mortalitás ügyes sebész kezében a bonyolult esetekben is 6% alatt marad, átlagosan nem éri el a 3%-ot. Az anginás panaszok a betegek felénél megszűnnek, 75%-ban jelentős javulással lehet számolni.

A megválaszolatlan kérdések közé tartozik még napjainkban a precíz műtėti indicatio és contra-indicatio; honnan vezessék el az arteriális vért és milyen lesz a graft hatásossága hosszú távon; befolyásolja-e az esetleg jelentkező myocardialis infarctusokat, és mennyivel él tovább a beteg.

Az egyértelmű műtėti indicatiót azok a belgyógyászati kezeléssel nem befolyásolható anginák képezik, ahol a coronaria angiographia egy vagy több coronaria 50%-nál nagyobb szűkületét mutatja, jó kiáramlási pálya van életképes myocardium felé. Lezajlott szívinfarctus nem jelent contra-indicatiót. Egyes centrumokban 40 év alatti betegekbe is kiterjesztik az indicatiót, még ha nem is nagyon súlyos az anginájuk. Elvégzik a műtétet a bal coronaria főtrzsének izolált laesióinál, a ramus descendens anterior elzáródásánál és ha a három fő ág elzáródott. A vizsgálat és a sebészeti beavatkozás kockázatát ezeknél a betegeknél szembe kell állítani a várható kilátásokkal műtét nélkül. Már rendelkezünk néhány adattal a kivizsgált és nem operált, illetve kivizsgált és operált betegek adatainak hosszabb időn át történt értékeléséről.

Az acut coronaria insufficiencia (crescendo angina) eseteiben is végeznek sebészi beavatkozásokat, 10%-os mortalitással és 14%-os műtét utáni infarctus előfordulással. Ebben a csoportban a belgyógyászati eredmények jelenleg még jobbakként, mint a sebészi eredmények, vannak azonban válogatott esetek, melyekben a műtėti beavatkozás nélkül biztosan bekövetkezik a halál.

A sebészi beavatkozás contra-indicatiói egyre nyilvánvalóbbá válnak. Nincs értelme bypassot vinni olyan coronariákra, amelyek hegyszövetbe vezetnek, vagy kamrai aneurysma felé futnak. A bal kamra elégtelenség önmagában, akár acut, akár chronikus, nem indicatio a sebészi beavatkozásra, bár vannak centrumok, ahol az ilyen esetekben a keringést intraaortikus ballonnal asszisztálják műtét előtt.

Egyes esetekben a bypasshoz

használt vena saphena hosszabb idő múlva degenerálódott, elzáródott. Helyette egyesek az arteria mammaia internát használják és az eredmények biztatóak. Sok graft elégtelensége a coronariákban zajló arteriosclerosis progressiója miatt következik be. A graft jövőjére és a várható eredményekre következtetni lehet a grafton átáramló vér mennyiségéből, amit a műtét végén megmérnek, 40 ml min a kritikus szint; minél több áramlik át, annál hosszabb és jobb eredményre lehet számítani.

Hogy mennyi idővel hosszabbítja meg az aorta-coronaria bypass a beteg életét, csak hosszabb megfigyelés után lesz megállapítható, ha operált és nem operált csoportokat hasonlítanak majd össze. A sebészet helyét még nem látjuk tisztán a coronaria arteriák betegségeinek kezelésében, egy azonban biztos: a sebészeknek rendelkezésre áll egy módszer, amivel azonnali javulást, illetve panaszmentességet lehet elérni.

Löblovics Iván dr.

Endarteriectomiával kombinált aorto-coronariás shunt chronikus ischaemiás szívbetegségben. Petrowskij, B. W., Kujasew, M. D. (Wissenschaftliche Forschungsinstitut für klinische und experimentelle Chirurgie, Moszkva): Zbl. Chir. 1973, 98, 18.

Coronaria reconstructiós műtétekkel 3 célt próbálnak elérni:

- az angina pectoris rohamok megszüntetése,
- a munkaképesség helyreállítása,
- a szívinfarctus megelőzése.

A koszorúerek endarteriectomiája kivihető. Legegyszerűbb a zárt módszerű, melyet speciális curette-kanállal végeznek. Megkísérhető az endarteriectomia a megnyitott aortán keresztül, vagy direct módon a szűkült rész feltárással és kitakarításával.

Sawyer 1967-ben ajánlotta a gáz-endarteriectomiát. Ez a módszer azonban nem tudott elterjedni. A szerzők saját módszerüket ismeretik. Az elzárt szakasz alatt megnyitják és harántban átvágják az ereket. Ezután óvatosan kifordítják a distalis szakasz sclerotikus intimáját. A módszert 8 betegben alkalmazták. A műtét után két betegük halt meg. Az endarteriectomia legfőbb előnye az, hogy ily módon a bypass nagyobb lumenű érre lehet lehozni.

Löblovics Iván dr.

A szívizom revascularisatiója. Herbst, M., Hutschenrauter, W. (Karl-Marx-Universität, Leipzig, Klinik für Herz und Gefäßchirurgie): Zbl. Chir. 1973, 98, 12.

A coronaria sclerosis okozta panaszok befolyásolása régi problémája a sebésznek. Az alkalmazott módszerek között az aorto-coronariás vena-bypass és bizonyos

esetekben az arteria mammaria implantációja hozhat jó eredményt. Napjainkban a coronariákön végzett műtét nem ultima ratio, hanem a betegség tervszerű gyógyításához tartozik. Korai, pontos diagnosztika kell felállítani, és ha a gyógyszeres terapia már nem eléggé effectív, meg kell csinálni a műtétet. Nem szabad megvárni, hogy a hosszú ideig tartó ischaemia nagymértékű fibrosist hozzon létre a myocardiumban.

Jelenleg legjobb eredményeket műtéttel érnek el. A Vineberg műtétet (arteria mammaria impl.-ja a myocardiumba) akkor végzik, ha 90%-os a stenosisatio és jó collateralis hálózat van.

A coronaria sebészettel elérhető eredményeket Effler statisztikája érzékelteti. 5067 különböző típusú coronaria műtétekből 4,7% volt az össz-letalitás. Az egyszerű, egyvénás bypass műtét 3%, a többvénás 4% letalítású. A bypassok 90%-a hosszabb ideig nyitva marad.

Ma még rövid a megfigyelési idő ahhoz, hogy ki lehessen mondani, a bypass műtét lényegesen meghosszabbítja a betegek életét. A sebészi lehetőséget azonban nem szabad kiaknázatlanul hagyni.

Löblovics Iván dr.

Az autolog vénatransplantatumok degeneratív elváltozásainak pathogenesis. Leu, H. J., Brunner, U.: Dtsch. med. Wschr. 1973, 98, 2433—2436.

Hat by-pass vénát — melyek 1 hónaptól 6 évig átjárhatók voltak — és 23 elzáródott vénatransplantatumot vizsgáltak meg szövettanilag. A vizsgálatok leletei megegyeztek azokkal, melyeket 30 idős korban elhunyt egyén felületes és mély lábszárvénáiban találtak. Mind-egyik autolog vénatransplantatum intimája kiszélesedett, a rugalmas rostok eltűntek és a síma izomzat fibrosisa volt látható. A talált leletek a degeneratív folyamat morfológiai jelei, és nem az arterialisatióknak, mint egy adaptációs folyamatnak a következményei. A regressiv elváltozás gyakoriságának okait magában az autolog vénában kell keresni. A femoro-poplitealis elzáródásban szenvedő betegek mind idős korúak. A varicosis és a phlebosclerosis szintén öregkori elváltozás és ezeknek a betegeknek a felhasznált saját vénáikban ilyen degeneratív elváltozásaik voltak.

Az autolog vénák degeneratív elváltozásait kutató állatkísérletek nem vonatkoztathatók emberre, mert a kísérletekben mutatkozó strukturális elváltozások nem vehetők össze az emberi véna saphenán kekekező degeneratív változásokkal.

Ránky László dr.

Radiológia

Tapasztalatok az újszülöttszályon egy jóteljesítményű kondenzátor-kisüléssel működő rtg-készülékkel (CONDIX). K. Gritz, Chr. Hofert, W. Holthusen (Allgemeines Krankenhaus Heidberg, Hamburg) Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen und der Nuklearmedizin 1974, 120, 275—278.

Az újszülött- és koraszülött-osztályokon biztosítani kell annak lehetőségét, hogy a súlyos beteg gyermekekről technikailag kielégítő kétirányú mellkasfelvételt tudjanak készíteni úgy, hogy a beteget az incubatorból vagy ágyból ne kelljen kivenni. Ezeket a részlegeken a megfelelő rövid idejű expositio lehetőségét biztosító 6—12 ventiles generátorok beállítása az ilyen készülékek magas költsége és viszonylag nagy helyigénye miatt nem oldható meg. Ezért általában hordozható 1 vagy 2 hullámú kórtermi felvételi készülékkel próbálják megoldani a problémát. Ezek az egytankos vagy legjobb esetben négyventiles készülékek azonban nem teszik lehetővé a msec időrendű expositiót, így nem kizárólagos ki a csecsemő gyors légzése, szív működése miatti képéptelenség. A hálózati váltóáram 50/sec periódusa ilyen készülékekkel legfeljebb 0,04—0,1 sec idejű expositiót enged meg.

A probléma megoldása céljából a röntgenkészülékeket gyártó cégek a kondenzátor-kisülés régen alkalmazott és feledésbe merült elvét eleveztették fel. Olyan készülékeket gyártottak, melyekben a csőfeszültséget nagyteljesítményű kondenzátor kisütése biztosítja. Ilyen a szerzők által ismertett Condix/Picker. Súlyja és mérete megfelel egy kórtermi 4 ventiles készüléknek. Teljesítménye 40—100 kV és 2—30 mA között változtatható. A készített felvételek minőségileg azonos értékűek a nagyteljesítményű, 6—12 ventiles készülékekkel exponáltakal.

Laczay András dr.

A dosisfüggés radiológiai igazolása Paget-kór tartós human-calcitonin kezelésében. F. H. Doyle és mtsai (Hammersmith Hospital and Royal Postgraduate Medical School, London): The British Journal of Radiology 1974, 47, 1—8.

Évek óta ismerik a calcitonin jótékony hatását a Paget-kór csontelváltozásaira, de nagyobb beteganyagon végzett radiológiai megfigyelésekről eddig nem számoltak be. A szerzők munkájukban 28 beteg radiológiai észleléséről számoltak be. Betegeik 10—40 hónapon át részesültek különböző dosisú human-calcitonin kezelésben. Klinikailag a tünetek előterében a fájdalom állt. A kezelés megkezdése előtt minden esetben emelkedett volt a serum alkalikus phosphatase és a vizelet hydroxyprolin szintje. Az alkalmazott calcitonin dosis

kezdetben attól is függött, hogy a szer elérhető volt-e. Beteganyaguk a dosis szerint három csoportba sorolható. Az első csoport napi $2 \times 0,5$ mg, a második napi 0,5 mg, a harmadik pedig heti 0,5 mg calcitonint kapott. Mikor a szükséges hormonmennyiség rendelkezésre állott, a klinikai és biochemiai status változásának megfelelően csökkentették vagy növelték az adagot, de a fenntartó dosis általában a fenti három csoport valamelyikének felelt meg.

A klinikai és biokémiai status alakulását a kezelés alatt nem részletezik, csupán a csontok röntgenfelvételein kimutatható változások elemzésére szorítkoznak. Mivel korábbi irodalmi adatok szerint a Paget-kór csontelváltozásai évek során vagy változatlanul maradnak, vagy progrediálnak, és remissio nem várható, a csontszerkezet rendeződése a calcitonin kezelés hatásaként értékelhető. 12 esetükben mutatkozott regressio vagy progressio, 16 esetben értékelhető változást a röntgenfelvételeken nem láttak. A csontszerkezet rendeződése jellemezte azt a csoportot, mely napi $2 \times 0,5$ mg calcitonint kapott. Később volt jó az eredmény napi 0,5 mg adag mellett. A heti $3 \times 0,5$ mg, vagy ennél kisebb adaggal kezelt csoportjában regressiót nem láttak, a csontelváltozásokat, vagy stagnáltak, vagy progrediáltak.

A calcitonin Paget-kórban kifejett gyógyhatásának pontos mechanizmusa nem ismeretes, a dosis-tól való függés azonban a fentiek alapján nyilvánvalónak tűnik.

Laczay András dr.

A csont gyógyulása juvenilis Paget-kórban human-calcitonin kezelés hatására. F. H. Doyle és mtsai (Hammersmith Hospital and Royal Postgraduate Med. School, London): The British Journal of Radiology 1974, 47, 9—15.

Az elmúlt években az irodalomban ismertettek néhány gyermekkorban előfordult Paget-kór esetet. 1972-ben megkísérelték kezelésére a human calcitonin adagolását, és egy öt éves fiú esetében biochemiailag igazolt remissiót értek el. A szerzők 6 éves skót fiú körlefolását ismertetik. Betegségére a figyelmet 1,5 éves korában femurtörés hívta fel, amit a későbbi években további hat csonttörés követett. 5,5 éves korában a csontrendszer röntgenfelvételei minden vizsgált csontban kimutatták a Paget-kórra jellegzetes elváltozásokat, melyek természetesen a hosszú csöves csontokban voltak a legszembetűnőbbek. Laboratóriumi leleteiből lényeges az emelkedett serum alkalikus phosphatase és vizelet hydroxyprolin szint.

Kezelését naponta $2 \times 0,5$ mg human calcitoninnal kezdték, majd napi 1×1 mg adaggal folytatták 16 hónapon keresztül. Közben rendszeresen végeztek laboratóriumi el-

lenőrző vizsgálatokat, melyek a kezelés kezdetén a serum alkalikus foszfatase és a vizelet hydroxyprolin szint jelentős csökkenését mutatták. Egyik sem normalizálódott azonban, hanem később kisebb emelkedés után állandósult. Ezt a szerzők a gyógyulással járó átépülés biokémiai jelének tekintik.

A gyógyulás kétségtelen bizonyítékát szolgáltatott a kezelés megkezdése után 7, 10 és 16 hónappal készített röntgenfelvételek. Ezek a csontszerkezet fokozatos, teljes normalizálódását mutatták. Bemutatják a jobb femur, tibia és humerus röntgenképét a kezelés megkezdése előtt és 10 hónappal később. Az eredmény imponáló.

Laczay András dr.

Az elsődleges vese-candidiasis röntgenológiai vonatkozásai: a vesemedence és ureter gomba-conglomeratuma. R. D. Gergle (Crouse-Ingving Memorial Hospital, Syracuse, New York) The American Journal of Roentgenology Radium Therapy and Nuclear Medicine 1973. 119. 731—738.

Ha a szervezet kórokozókkal szembeni ellenállóképesége malignus tumor, diabetes, szteroid vagy immunosuppressív kezelés, idült betegség következtében csökken, az egyébként saprophyta candida-félék pathogenné válhatnak. Elősegíti ezt a tartós antibiotikus kezelés is. A húgyszervek megbetegedhetnek súlyos systemás candidiasis részjelenségeként. Viszonylag gyakori az izolált candida-cystitis. Legritkább forma az elsődleges vese-candidiasis. Ennek lényege, hogy egyéb szervek érintettsége nélkül a candida-infectio csak a vesemedencében manifeszálódik. Állatkísérletek arra utalnak, hogy ez tulajdonképpen egy enyhe systemás candidiasis maradvány-állapota, mely kis adag candida intravenás injectióval előidézhető. Az irodalomban a szerző eddig 12 elsődleges vese-candidiasis esetet talált. Ezeknek és saját további 3 esetének fontosabb adatait táblázatban foglalja össze.

Első betege fiatal diabeteses férfi volt. Régóta fennálló húgyúti infectiója miatt tartós antibiotikus kezelésben részesült. A helyes kórimét csak nephrostomia alkalmával állapították meg. Másik két betege idősebb diabeteses nő volt. Ezeknek betegségét műtét nélkül sikerült tisztázni, és antimykotikus kezelésük eredményes volt. Klinikailag a kórképre a következők kelhetnek gyanút: az említett potenciáló tényezők fennállása, a húgyúti infectio makacs fennállása antibiotikus kezelésre esetleges átmeneti javulás után, némelykor „szövetdarabok” távozása a húgycsón keresztül, végül a haematuria hiánya. Az urographiás képre az érintett vese csökkent vagy hiányzó kiválasztása, esetleg hydronephrosis vagy üregrendszeri kariesis jellemző. Retrograd pyelographia egyértelműen kimutatja ilyenkor a vesemedencé-

ben levő gomba-conglomeratumnak megfelelő szabálytalan kieséseket. A kórimét a gomba kimutatása biztosítja. Az antimykotikus kezelés eredménye kontroll röntgenvizsgálatokkal jól követhető. A gomba-tömeg okozta kiesés a vesemedencében fokozatosan megkisebbedik, majd eltűnik, és az urographiás kép teljesen normalizálódhat.

Laczay András dr.

Prolactin-termelő hypophyzer microadenomák. Röntgenológiai diagnosis. J. L. Vezina, T. J. Sutton (Department of Neuroradiology, Hopital Notre-Dame, and the Université de Montréal, Canada): The American Journal of Roentgenology Radium Therapy and Nuclear Medicine 1974, 120, 46—54.

Amenorrhéában és galactorrhéában szenvedő betegek tüneteinek oka lehet hypophyzer adenoma. Ennek vizsgálatára rutinszerűen oldalirányú sella-felvételt szokás készíteni, és ha azon a sella nagysága normális, általában egyéb okban keresik a kórkép magyarázatát. Ennek számos syndroma köszönheti megszületését. Kétségtelen, hogy a hypothalamo-hypophyzer dysfunctionnak egyéb okai is lehetnek. A szerzők azonban azt tapasztalták, hogy nagyon gyakran a normális nagyságú sellában is prolactin-termelő microadenoma rejtőzik. Jelenlétére a gondos vizsgálattal kimutatható diszkrét röntgenjelekből következtetni lehet.

20 amenorrhéa-galactorrhéa miatt vizsgált betegük serumában találtak radioimmunassay módszerrel emelkedett prolactin szintet. Hatnak sellája a szokásos felvételen is nagyobb volt, a többi normálisnak látszott. Az utóbbi 14 esetben is ki tudtak azonban mutatni 3 mm rétegtávolságban készített kétirányú sorozat-rétegfelvételeken körülírt, enyhe elváltozásokat. A sella sebészi feltárása során mikroszkópos exploratóriával mindegyik esetben kis adenomát találtak. Ilyen minőségű rétegvizsgálat természetesen csak több irányú elmosásra alkalmas, korszerű szerkezettel végezhető. A kimutatható elváltozás a sella elülső-alsó falának kiboltosulása valamelyik oldalon. A laterális elhelyezkedést fontos kritériumnak tartják. Nagyszámú sorozat-rétegfelvétellel mutatják be ezeket a jellegzetesnek bizonyult elváltozásokat. A kitűnő minőségű reprodukciók meggyőző erejűek.

Laczay András dr.

Toxicologia

Vér-ólomszint, viselkedés és intelligencia. Lansdown. R. G. és mtsai (Hospital for Sick Children and Institute of Child Health, London, WC 1): Lancet. 1974, I, 538.

London East End kerületében, egy relatíve homogén munkásne-

gyedben végeztek populációs vizsgálatot: fémolvasztó üzemek és egy akkumulátorroncs-telep közelében, 500 méteres körzetben lakó gyermekek vér-ólomszintjét vizsgálták (capillaris vérből, atomabsorptív spektrofotométerrel). A 6 évnél fiatalabbak csoportjában szignifikánsan magasabb azoknak az ólomszintje, akik a szennyezés forrásához közelebb laktak, míg az iskolás korú (6—16 éves) gyermekek esetében ez az összefüggés kevésbé kifejezett. Az iskolásokat pszichológusok vizsgálták (módosított Wechsler intelligencia, ill. Burt-féle olvasási teszt), valamint tanáraik minősítették magatartásukat (Rutter-kérdőív). *Semmiféle összefüggést nem találtak a vér-ólomszint és az intelligencia vagy a magatartás között.* Cáfolták azt a feltételezést is, hogy a korai ólom-expozíció befolyásolná ezeket: azok, akik életük első két évét ólommentes környezetben töltötték, semmivel nem nyújtanak jobb teljesítményt, mint azok, akik születésüktől az ólomforrás közelében éltek, sőt, szignifikánsan alacsonyabb az intelligenciaszintjük és több a magatartászavar. (Ezt a munkásnegyedbe „bevándorlók” alacsonyabb szociális-gazdasági helyzetével magyarázzák.)

Eredményeik birtokában a mérésükkel emelkedett (40—60 $\mu\text{g}/\text{l}$) vér-ólomszint jelentőségét a következőkben látják: egyszerű ólommal szennyezett környezetre hívja fel a figyelmet, amely helybeli vizsgálatot tesz szükségessé a szennyeződés forrásának felderítésére, másrészt arra utal, hogy a gyermekek helytelen étkezési szokásai vannak, ami viszont egy általános magatartási zavar része. Magatartási zavar, ill. késlekedő szellemi fejlődés hátterében a fokozott ólomfelszívódás csak akkor tekinthető aetiologiai tényezőnek, ha megelőzően kifejezett encephalopathia vagy más nyilvánvaló mérgezési tünet állott fenn.

Svékus András dr.

A brómkarbamid-mérgezés klinikuma és terápiája. Grabensee, B. és mtsai (Med. Klinik A der Univ. Düsseldorf): Dtsch. med. Wschr. 1972, 97, 1911—1916.

A szerves kötésű brómot tartalmazó savureid altatószerek, bromvalerocarbamid (Albroman, Bromisovalum, Bromural) és bromacetocarbamid (Somben, Carbomal, Adalin, Bromadal) okozta mérgezési esetek száma az utóbbi 2—3 évben erősen megnövekedett. Az 1968—71 között kezelt 121 mérgezett beteg (ebből 15 igen súlyos állapotban) adatait, kezelési módját elemzi a szerzők. Lényeges megállapításai a következőkben foglalhatók össze:

A klinikai szimptomák ugyanazok, mint az egyéb altatószermérgezésben, de igen hamar jelentkezhet a szívmegállás reakciója,

ami főleg tachycardiában nyilvánul meg. A GOT és LDH emelkedett.

A mérgezés kimenetele nem annyira a bevett gyógyszer mennyiségétől, mint inkább attól függ, hogy a mérgezéstől számítva mennyi idő telt el az intézeti gyógykezelésbevitelig.

A terápia eredményessége szempontjából nagy jelentőséget tulajdonítanak a gyomormosásnak, esetleg ismételt gyomormosást javasolnak, mert a mérgező anyag még egy nap múlva is kimutatható a gyomorbennekben.

A forszírozott diurézis a leghatásosabb kezelési mód a haemodialízis után, ez utóbbi hatszor hatásosabb, mint a forszírozott diurézis. A peritoneális dialízis nem előnyösebb, mint a f. diurézis. Tapasztalataik szerint csak rendkívül súlyos esetekben kell haemodialízishez nyúlni. *Dávid Gábor dr.*

Amitryptilin és imipramin mérgezés gyermekkorban. K. M. Goel, R. A. Shanks: Brit. med. J. 1974, 1, 261—263.

A tricyklikus antidepresszívumokkal történt gyermekkori mérgezések száma egyre növekszik, a szerzők 1966 és 1973 közt észlelt 60 esetének fele az utóbbi 18 hónapban került felvételre. A mérgezés tünetei közt a cardiovascularis zavarok dominálnak: sinus tachycardia, arrhythmia, ventricularis extrasystole, vezetési zavar, hypotonia, szívbénulás. A tünetek másik csoportját az aluszékonyság, nyugtalanság, ataxia, mydriasis, hányás, arckipirulás, convulsiók, hyperreflexia, hallucinációk, nyctagmus képezi. Bár az egyéni érzékenység különböző, általában 20 mg/kg bevétele okoz mindkét gyógyszer esetén súlyos mérgezést, a halálos adag 30 mg/kg-ra tehető.

Hatásos antidotum nincs, a kezelés tüneti. A szerzők 3 súlyos mérgezett betegén gépi lélegeztetés, pacemaker, iv. procainamid, propranolol és diazepam alkalmazására került sor, ennek ellenére egy 27 hónapos gyermek meghalt. A görcsök kezelésére barbiturátok nem alkalmasak, mivel a halált éppen a tricyklikus antidepresszívumok szívre és légzőközpontokra kifejtett hatása okozza.

Az első 24 óra a kritikus időszak — ezalatt folyamatos EKG ellenőrzés ajánlatos — mivel a gyógyszer nagy része ezen idő alatt metabolizálódik.

(Ref.: Magyarországon az amitryptilin Teperin, az imipramin Melipramin néven forgalomban van, és utóbbi enuresis nocturna kezelése céljából gyermekeken széles körben alkalmazásra kerül. Az angliai tapasztalatok alapján fokozott óvatosság ajánlható a gyógyszer rendelésében, ill. otthoni tárolásában.)

Romhányi Imre dr.

Dermatologia és veronologia

Sensibilizál-e a para-phenylen-diaminnal festett haj? Reiss, F. Fischer A. A. (Department of Dermatology, New York University. Post-Graduate Medical School, New York): Arch. Derm. 1974, 109, 221.

A hajfestés azon alapszik, hogy a hajban organikus diaminok és aminophenolok ammónia jelenlétében oxydálódnak. A színezék fixálódik a szőrszál cortexébe, shampooval sem mosható le. A szerzők azt vizsgálták, sensibilizál-e a paraphenylen-diamin oxidációs terméke? Az közzismert, hogy maga a para-phenylen-diamin gyakran sensibilizál.

20 para-phenylen-diamin érzékeny betegen végeztek epicutan bőrpróbát festett haj segítségével. Előzőleg a paraphenylen-diaminnal végzett próbák erősen pozitívak voltak. A vízzel megnedvesített festett haj-tincset 48 órára helyezték a hát bőrére occlusió kötésben. Pozitív reakciót azonban egy esetben sem láttak. Ez arra utal, hogy a vegyület miután oxydálódik, már nem allergén természetű. Ez gyakorlati szempontból igen jelentős. A para-phenylen-diaminnal szemben érzékeny egyének tehát festett hajjal érintkezhetnek anélkül, hogy számolniuk kellene a kontakt dermatitis veszélyével.

Hamar Matild dr.

Tenisz-sarok (fekete sarok). Valkilzadeh, F., Happel, R. (Hautklinik, Münster): Z. Hautkr. 1974, 49, 285—288.

A sarok bőrének erre a traumás eredetű, mikrohaematomás elváltozására 1961-ben hívták fel először a figyelmet az irodalomban. Használatos szinonimák: fekete sarok, kosárlabdázó sarok, petechiae calcaneales, pseudo-chromidrosis plantaris, intracornealis eccrin pseudo-chromidrosis. A szerzők a tenisz-sarok elnevezést javasolják.

A körkép — szűrővizsgálatok tanúsága szerint — különösen kosárlabdázók és teniszjátékosok között gyakori. E két sportágban a játékosok gyakran kényszerülnek sarokraesést követően — egyben hirtelen fordulva is — gyorsan elrugaszkodni, továbbá mindkét pályának a talaja kemény, de kétségtelen, hogy az elváltozás létrejöttében hajlamosító tényezőként haemorrhagiás diathesisnek is szerepe lehet.

A trauma következtében a hám capillarisából kisebb-nagyobb bevérzés keletkezik, a haematoma a szaruréteggel lassan vándorol a külvilág felé, s végül kilökődik. A szarurétegben a vörösvértestek nem esnek phagocytosis áldozatául, ezért az elszíneződés véreredete sem bizonyítható a szokásos histochemiai módszerekkel (pl. a berlinikék-reakcióval, csak haemochromogéntesztrel vagy peroxydase-reakcióval).

Az elváltozás ugyan ártalmatlan, de a klinikai kép megévesztő lehet. Malignus melanomával, talpi szemölcsrel, naevussejt-naevussal össz-

szetéveszthető, s emiatt — mint a szerzők által ismertetett esetben is — felesleges excisióra kerülhet sor.

Vánkos József dr.

A nők androgenetikus acnéja. Meinhof, W., Kaiser, E., Loch, E. G. (Hautklinik, Erlangen; Klinik f. Diagnostik, Wiesbaden): Hautarzt 1974, 25, 34—38.

Egyes nőknél az androgen hormonoknak már csekély túlsúlya acnéképződést okoz. Keletkezésében emellett szerepet játszik a faggyúmirigyek genetikusan determinált fogékonysága az androgen-stimulusra és a bőr individuálisan eltérő tesztosteron-anyagcseréjére is. Ezen a betegeken többnyire megtalálható az androgenhatás néhány egyéb tünete is, mint pl. seborrhoea capitis, ún. androgenetikus alopecia, virilis szeméremszőrzet, libidocsökkenés stb. Az androgenetikus acné leggyakrabban a 25. és 35. életév között mutatkozik, továbbá nagyobb hormonszintváltozásokor, mint amilyen a terhesség, abortus, hormonkezelés stb.

Az össz 17-ketosteroid ürítés néha emelkedett, általában azonban a normális határokon belül mozog. A szerzők által ajánlott és 16 betegükön elvégzett, ACTH, dexamethason és choriogonadotropin adásával történő stimulálás, illetve gátlás révén viszont kimutatható a fokozott androgentermelési hajlam, sőt annak mellékvesekéreg vagy petefészek eredete.

Az endocrín zavar tisztázása célzott hormonkezelést tesz lehetővé. Ha az androgentúlsúly mellékvesekéreg eredetű, a szerzők alacsony dózisu corticosteroid-kezelést javasolnak (pl. napi 0,25—1,0 mg dexamethason). Ovarialis túlprodukciónak esetében viszont oestrogenek vagy oestrogen-gestagen kombinációk adása célszerű. Erre nem használhatók azok az orális contraceptívumok, amelyeknek gestagenkomponense 19-nortestosteron-derivátum, mivel az androgen mellékhatással rendelkezik.

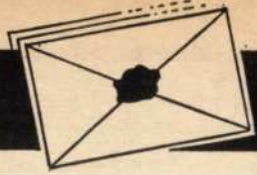
Előfordulhat, hogy a kezelés során az acné rosszabbodik, mert az ovarialis androgentermelés gátlására a mellékvesekéreg kezd túlproduktálni vagy fordítva. Ilyes esetben célszerű mindkét szerv egyidejű gátlása.

4—6 hónapi kezelés után tanácsos a hormonürítés kontrollálása vagy hüvelyctológiai vizsgálat, s a kapott leletnek megfelelően a dózisok emelése vagy csökkentése.

A hormonális terapia új útjának látszik az antiandrogenek alkalmazása, pl. olyan orális anticoncipiens formájában, melynek gestagenkomponense cyproteronacetát.

Az androgenetikus acné gyógyításában többnyire eredménytelenebb az egyébként bevált módszerek, mint pl. a tetracyclin huzamos, kisadagú adása, viszont előnyösen kiegészíthetik a célzott hormonális kezelést.

Vánkos József dr.



Szabad-e vacuum-aspirációval a terhességet megszakítani?

T. Szerkesztőség! Az Orvosi Hetilap 1974. évi dec. 15-i 50. számában Lampé László dr. és Dolháy Balázs dr. tollából számomra rendkívül figyelemre méltó közlemény jelent meg „Terhességmegszakítás a cervix tágítása nélkül” címmel.

Lampé professzor úr a diagnosztikus célból végzett szívócurettagot fejlesztette tovább olyan irányba, hogy méhnyálkahártya helyett az általa kikísérletezett limitig terhességi szövetrészeket távolít el a méhürből vacuum segítségével. Műtete valóban jogosan viseli a Menstrual Regulation elnevezést, mert bár terhességmegszakításnak minősül, erősen beszűkített indikációs területen mozog. A közlemény pontokba foglalt mondanivalójával gondolom minden nőgyógyász tökéletesen egyetért.

Reflexióm megtételére csupán az késett, hogy a műtét sok előnye mellett Lampé professzor úr végeredményben a vacuum szivattyús terhességmegszakításról ír. 1968 óta először publikált nőgyógyász — ugyan technikájában kissé más —, de lényegében olyan műteti eljárás melynek sine qua nonja a vacuum alkalmazása.

Mint ismeretes, hazánkban a vacuum aspiratio, előnyeinek elismerése mellett, állítólagos veszélyessége miatt betiltott műtét. Évek óta nem végezzük, így beteganyag és további tapasztalat hiányában az eddig szépen terebélyesedő magyar szakirodalom stagnál, ugyanakkor külföldön virágzik.

Valóban előfordult a világon és hazánkban is néhány légembólia okozta letális eset, de ezeket nem lehet a vacuum rovására írni. Ezt azért állítom határozottan, mert közlés alatt áll egy tanulmányom, melyben feldolgozva a légembólia okozta halálozásokat, igyekeztem bebizonyítani, hogy a tragikus kimenetelű esetek nagy része elkerülhető lett volna.

Magyarországon jelenleg a negatív nyomást előállító gépeket tartják minden veszély forrásának. Az ORMI tájékoztatása szerint a hazánkban forgalomban levő szívókészülékek egyike sem alkalmas arra, hogy kellő biztonsággal vacuumos terhességmegszakítást végezzenek vele. Az eljárás letiltása nem elvi kifogás miatt történt meg (!), hanem kizárólagosan a készülék alkalmatlansága következtében.

Felvetődik a kérdés: mi az alkalmatlanság oka, mi értendő kellő biztonság alatt? Ha egy gép megfelelő mértékű vacuumot képes előállítani, akkor jó, ha nem képes, akkor úgyse használja senki. Ebből különben sem származhatik baj. Csakis a túlnyomástól való félelem lehet a tartózkodás oka, Magyarán

mondva, hogy a szívócső véletlenül felcserélhető a nyomócsővel.

Fizikai szempontból alig képzelhető el, hogy a készülék minden előjel nélkül hirtelen elkezdjen komprimálni. Még egyetlen szülés sem említette, hogy pl. a vacuum extractor szívókorongját valami „lefújta” volna a magzat koponyájáról. Inkább kephalhaematomáról irtak.

A világirodalom elismerte a műtét létjogosultságát, technikája egyértelmű, szakmai szempontból általánosan elfogadott. Miért vádoljuk akkor a gépet? Olyan dolog ez, mintha uterus perforációért egyedül a curette kanalat vonnánk felelőségre. Nem a kanál a hibás, hanem többnyire az, akinek a kezében volt. A vacuum szivattyút is rendeltetésének megfelelően kell használni.

Anélkül, hogy elébevágnék megjelenő dolgozatom végső konklúziójának, szeretném megjegyezni, hogy egyetlen szülész sem tartja a vacuumot veszély forrásának, de annál inkább törekszik a — többnyire emberi hiba folytán fellépő — pozitív nyomás elkerülésére. A túlnyomáson kívül mindeddig egyetlen szerző sem tudta megnyugtató módon, exact tudományos módszerrel a tragikus eseteket interpretálni!

Itt szeretnék visszakanyarodni az eredeti cikkhez. Úgy látszik Lampé professzor úr sem tart a vacuumtól, holott elektromos légszivattyú helyett ugyanolyan mértékű negatív nyomást előállító vízlégszivattyúberendezést alkalmaz. Ez a berendezés szívás helyett semmiképp sem fújhat, szerző mégis beiktat egy biztonsági szelepet, tehát szigorúan szem előtt tartja az óvatossági kautélákat. Ez pedig az egész kérdés kulcsa!

Fent vallott nézeteim helyességét alátámasztja, hogy Lampé professzor úr és munkatársa — bár dolgozatának korántsem ez a célja — műtétével a vacuum aspiratiós eljárást tökéletesen rehabilitálja.

Végezetül egy elvi kérdés: ha a debreceni Női Klinika tekintélye folytán vacuummal megszakítható hathetes terhesség, akkor miért nem szabad — ugyanezen alapelv birtokában — nagyobbant megszakítani?

Janny Géza dr.

T. Szerkesztőség! Köszönettel tartozunk Janny Géza főorvos úrnak elsősorban azért, mert közleményünk legfontosabb mondanivalóját kiemelve, saját gondolatait kibontva, módot nyújt az Orvosi Hetilap olvasótáborának arra, hogy foglaljon a terhességmegszakítás igen fontos elvi és gyakorlati kérdéseivel.

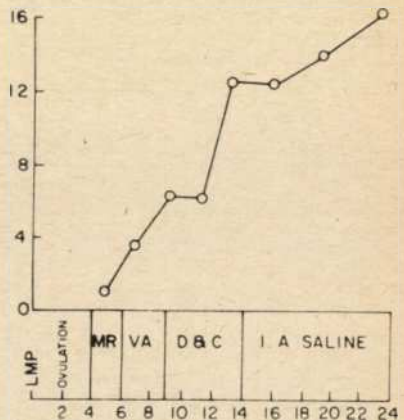
Közleményünkben a cervix tágítása nélkül, a lehető legkorábbi stá-

diumban elvégezhető terhességmegszakítási módszer ismertetését helyeztük előtérbe. Saját eredmények és irodalmi közlések alapján bizonyítottuk, hogy az eljárásnak kevesebb korai szövődménye van, mint bármely más, eddig ismert módszernek. Jól demonstrálja ezt Edelman mellékelt ábrája, amelyen az International Fertility Research Program számos intézetében, egységes elvek alapján végzett és értékelt interuptiók szövődményeit mutatja be a módszerek, illetve a terhességi idő függvényében.

A művi vetélések késői szövődményei legalább olyan jelentőséggel, mint a koraiak. Pohánka és mtsai (O. H. 116, 243) országos statisztikai adatok alapján bizonyítják a cervix insufficientia és koraszülések összefüggéseit s a méhnyak zárókészülékének sérülését a curettage-hoz szükséges nagyfokú tágítással hozzák összefüggésbe, annak késői következményeit tárgyalják. Nyilvánvaló, hogy azokat a módszereket kell előtérbe helyezni, amelyek a cervix tágítását nem — vagy csak kismértékben — teszik szükségessé. Ebből a szempontból is előnyösebb a vacuum aspiratio, mint a tágítás + curettage; a legkorábbi stádiumban a tágítás el is kerülhető.

A késői ártalmak között újabban az endometrium károsodását ismerték fel. Ruzicska és mtsai (közlés alatt) pl. országos adatokból az utóbbi 2 évtizedben a placenta praevia gyakoriságában kétszeres, a lepényleválás zavarainak két-háromszoros, a korai lepényleválásnak több mint ötszörös előfordulását demonstrálják. Kézenfekvő, hogy az endometrium károsodása kevésbé valószínű aspiratio után, mint éles kanállal történő „kaptart” követően.

Talán nem fölösleges kiemelni, hogy a legsúlyosabb — korai és késői — következményekkel az első terhesség megszakítása jár és éppen ebben a csoportban kényszerülünk a kockázatosabb beavatkozások alkalmazására a terhesség előrehaladottsága miatt. Ha ehhez még a psychés traumát is hozzávesszük,



Függőleges tengely: a komplikációk százalékos aránya. Vízszintes tengely: az amenorrhoea hossza (hetekben)

nyilvánvalóvá válik a sexuális felvilágosítás, a növekedés, családtervezés, koraszülés elleni küzdelem és sok egyéb bonyolult kérdés összefüggése és kölcsönhatása.

Nem kétséges, tehát, hogy a nem kívánt terhességeket meg kell előzni, ha pedig erre már nincs mód, a megszakítást a lehető legkisebb cervix- és endometrium károsítással kell végezni. E cél érdekében valóban mielőbb fel kell váltani a jelenlegi dilatatio + curettage-t vacuum aspiratióval, előtérbe helyezve a legkorábbi megszakítást, a „menstruáció szabályozást”. Ehhez azonban az első feltétel a biztonságos szívóberendezés, amely nem hordja magában azokat a technikai hibalehetőségeket, melyek szövődeményeket okozhatnak. Abban a helyzetben vagyok, hogy tájékoztatást tudok adni az ezzel kapcsolatos intézkedésekről, tervekről is. Az Egyetemek Szülészeti klinikáin a közeli hetekben kezdik el az Egészségügyi Minisztérium, a Központi Statisztikai Hivatal és az Országos Szülészeti és Nőgyógyászati Intézet irányításával a dilatatio + curettage és a vacuum aspiratio módszerének összehasonlítását jól szervezett, korrekt klinikai tanulmányban. A „kísérlethez” a Világ Egészségügyi Szervezet is segítséget nyújt.

Számos tanulmány eredménye külföldön már eldöntötte a vífát a vacuum aspiratio javára, mégis hasznos lesz a hazai tapasztalatszerzés.

További előrelépést a műszergyártás fejlődésétől várhatunk, Nagy János professzor (DOTE, Igazságügyi Orvostani Intézet) mérnök munkatársával szelepet készített a vacuumos szívókészülékhez, ami teljes biztonsággal megakadályozza a levegő ellenkező irányú áramlását, bármi okozná is azt. Az újítást műszakilag elfogadták, s a szeleppel kiegészített szívókészülék kipróbálására klinikánk és a Hajdú-Bihar Megyei Tanács Kórház Szülészeti Osztálya kapott hivatalos megbízást. A kipróbálás megkezdését a szívócsövek hiánya akadályozza.

Ezek a munkák és mindenekelelt a biztonságos készülékek minden bizonnyal elősegítik a vacuum as-

piratiós terheességmegszakítás módszerének „rehabilitálását”.

Lampé László dr.
Dolhay Balázs dr.

A hypophosphatasiáról.

T. Szerkesztőség! Paphalmy Zsuzsanna dr., Görgényi Akos dr. és Machay Tamás dr. „Hypophosphatasiás gyermek fogzománc fejlődési rendellenessége” (Orv. Hetil. 1975, 116, 146) c. közleménye újabb bizonyíték arra, hogy a tejfogak idő előtti elvesztésekor a juvenilis hypophosphatasia lehetőségét is mérlegelni kell. Mivel az elmúlt évek hazai tapasztalatai arra engednek következtetni, hogy a juvenilis hypophosphatasia nem ritka Magyarország egyes vidékein, a betegség újabb észleléséhez néhány megjegyzést fűznék.

1. Tankönyvi tétel, hogy a hypophosphatasia biochemiai alapja a szövetek alkalikus phosphatase aktivitásának csökkenése. Újabb vizsgálatok igazolták, hogy ez így általánosságban nem érvényes. Valóban csökkent, vagy zéró a csontok alkalikus phosphatase aktivitása (és ez a baj lényege), normális azonban az enzim-működés a granulocytákban (3, 4), a bélnyálkahártyában (1, 2) és valószínűleg a vesében is.

2. A differenciál-diagnosztikai táblázatokban visszatérő tételként szerepel az, hogy hypophosphatasiában normális a serum anorganikus phosphor tartalma. Az elmúlt évek megfigyelései szerint a serum phosphor az esetek többségében csökkent. Magunk ennek hátterében a tubularis phosphat-reabsorptio csökkenését találtuk, ami anyagunkban olyan következetesnek bizonyult, hogy még heterozygotakutatásra is alkalmasnak tartottuk (5).

3. A hypophosphatasia felosztása congenitalis, infantilis, juvenilis és adult formákra a klinikai kép alapján kétségtelenül indokolt, de valószínű, hogy genetikailag is különböző típusokról van szó. Bár mindegyik forma autosomális recesszív módon öröklődik, két különböző típus egy családon belüli előfordulá-

sát sohasem észlelték. Erősen eltérő a gyakoriságuk is: míg a lethális veleszületett és koraccesse-nő-kori forma szerencsére igen ritka, a juvenilis típus gyakoriságáról az újabb felmérések egyre magasabb értékeket adnak meg.

4. A juvenilis hypophosphatasia leggyakoribb prezentációs tünete az irodalom és a hazai szűrővizsgálatok szerint is a korai fogkihullás (5, 6). Ez olyan jellemző a betegségre, hogy sok családban az egyébként tünetmentes, de biochemiailag igazolt heterozygotákban is előfordul, ami különböző genetikai spekulációkra is vezetett (nem egyetlen allél szerepe, intermediaer öröklődés). A fogászati panaszok mellett jelentősek a „nem specifikus” tünetek: étvágytalanság, soványság, fertőzésekre való hajlam. Mivel a juvenilis hypophosphatasia, úgy látszik, nem különös ritkaság hazánkban, érdemesnek tűnik hasonló, mással nem magyarázható panaszok esetén legalább egy serum alkalikus phosphatase meghatározást végezteni. Ez különösen azért is célszerű, mert a hypophosphatasiához hasonlóan alacsony alkalikus phosphatase aktivitással csak a hypothyreosis, coeliakia és a scorbüt jár, amelyek a klinikai kép alapján könnyen elkülöníthetők.

Méhes Károly dr.

IRODALOM: 1. Danovitz, S. H. és mtsai: New Engl. J. Med. 1968, 278, 1253. — 2. Hosenfeld, D., Hosenfeld, A.: Klin. Pádiat. 1973, 183, 437. — 3. Kretschmer, N. és mtsai: Ann. N. Y. Acad. Sci. 1958, 75, 279. — 4. Méhes K. és mtsai: Orv. Hetil. 1971, 112, 439. — 5. Méhes K. és mtsai: Clin. Genet. 1972, 3, 60. — 6. Rubecz I. és mtsai: Orv. Hetil. 1974, 115, 243.

T. Szerkesztőség! Méhes Károly dr. hozzászólását közleményünkhöz nagyon szépen köszönjük. E témakörrel foglalkozó szakemberek előtt ismeretes Méhes Károly dr. igen alapos és kiterjedt vizsgálatosozata, amelyet ezen a területen kifejlesztett.

Hozzászólása közleményünk hasznos kiegészítését jelenti.

Paphalmy Zsuzsanna dr.
Görgényi Akos dr.
Machay Tamás dr.



KÖNYVISMERTETÉS

Dr. med. Karl M. Kirch—Hans Rudolf: Die Zigarette. Eine Dokumentation und Betrachtung. Walter Rau Verlag, Düsseldorf, 1973. 124 oldal.

A szerzők célja, hogy a dohányzásról objektív képet adjanak. Az előszóban helyesen jegyzik meg, hogy míg általában a beteg ember betartja a betegsége által kívánt korlátozásokat — kivételt a dohányzó képez. Valamely kedvező szenvedélyről többnyire hamarabb szoknak le, mint a nikotinnal.

A könyvben elismert tudósok állásfoglalásait foglalják csokorba (Borbély, Barnard, Doll, Dontenwill, Gsell, Derra, Hammond, Hill, Horn, Schmidt, Schievelbein, Yerushalmy).

Rövid történelmi bevezetés (a dohánynövény Európába bekerülése, „kARRIER”-je mint gyógyító szer) után a megjelent hivatalos közléseket ismertetik. 1962-ben a *Royal College of Physicians* „Smoking and Health” című összegezése már utalt a dohányzás, valamint a tüdőrák és a chronikus bronchitis összefüggésére, a szívbetegség, a fekélybetegség gyógyulását gátló hatásra. Ezt követte az USA-ban a *Terry*-tanulmány (1964), majd 1971-ben az angol „Smoking and Health Now”.

Ellentétes álláspontok is megjelentek. Így pl. az *American Medical Association* 1964-ben kijelentette, hogy még nem elegendő az oki összefüggést igazoló adatok bizonyító ereje. A dohányzást sok szerző „adjuváns” tényezőként említi.

A passzív dohányosok védelme különösen időszerű és széleskörű társadalmi összefogást igényel. A levegőben sok helyen az egyes káros alkotórészek aránya meghaladja a megengedettet. A szerzők összeállítása szerint 1970-ben az 1 főre jutó cigarettamennyiség: USA: 3850, Magyarország 3750 (!), Kanada: 3445, Svájc: 3324, Lengyelország: 2910.

A kötet gondosan, reálisan összeállított munka. *Vértés László dr.*

Rainer Tölle: Zigarettenrauchen. (Zur Psychologie und Psychopathologie des Rauchers): Springer Verlag; Berlin—Heidelberg—New York 1974. 24 táblázat, 126 oldal. Ára: 12,80 DM.

A kis formátumú, világos szerkesztésű, és modern tipográfiájú olvasmányos könyvecske valójában nagyon komoly kérdésben jelent előrelépést. Nagy aránytalanság mutatkozik ugyanis a dohányzás somatikus ártalmairól részben tudományos igényű írt, és ismeretterjesztésre szánt közlemények

volumene és ama publikációk száma között, amelyeket később és kisebb hírveréssel a dohányzás társaslélektani és személyiségpszichológiai aspektusainak szenteltek. Nem folytatható azonban sikeres praeventiv-therapiás küzdelem — s az e téren elért csekély eredmények is ezt igazolják —, amíg tisztázatlanok maradnak olyan alapvető kérdések mint pl. a dohányzási szokások időbeli kialakulása és tipikus formái, a rázsokás, illetve az abstinencia motivációi s testi-lelki tünetek.

A szerző — *Rainer Tölle*, a münsteri ideg-elmekörtani klinika igazgatója — mtsaival együtt összesen 1000, cigarettázó egyén adatait dolgozta fel és hasonlította össze a nagy és szintén friss keletű nemzetközi, elsősorban angol, nyugatnémet, svájci és amerikai statisztikákkal.

A vizsgált minta 200 alkoholista és 800 egészséges felnőtt cigarettázó egyénből áll. Az utóbbiak négy 200 főnyi csoportra oszlanak: 1. ipari munkások, ill. kisiparosok; 2. alkalmazottak és hivatalnokok; 3. egyetemi hallgatók és 4. hallgatónők. A vizsgálatok időpontjában (1967—1968) életkoruk 18 és 65 év között változott.

Módszerként egységes kérdőív 10—15 perces strukturált interview keretében történő kitöltése szerepelt. A kutató kollektíva tisztában volt az eljárás számos hibaforrásával, a pontatlansággal, a szubjektív ferdítések és szuggesztív befolyások lehetőségével. Nem említik viszont — habár ez hiányolható —, hogy a felmérés a dohányzó személyiségének felszínén mozog és nem hatol mélyebben érzelmi, motivációs és értékrendszerének vizsgálatába.

A gyors és kiterjedt adatgyűjtés előnyei a további matematikai feldolgozás során megbízhatósággal és relevanciával párosulnak, s végül a korrelációs statisztika és faktoranalízis alkalmazásával vezet ez az eljárás új összefüggések és törvényszerűségek feltárásához.

A felmérés eredményei közül néhány figyelemre méltó adatot ismertetünk:

A férfi dohányosok közül minden második 12 cigarettánál többet szív; a munkások túlnyomórészt füstszűrő nélkülit és azonos márkájút, míg az alkalmazottak gyakrabban használnak filterest, s némelykor szivarral, vagy pipával váltogatják. Az egyetemista csoport kisebb mértékben, de változatosabb formában dohányzik.

A dohányzás kezdete szempontjából a 20. életév a kritikus — a munkások 83,5%-a és a hivatalnokok 74,5%-a kezdte a cigarettázást huszadik éve előtt, mégpedig túl-

nyomórészt szociális tényezők hatására. A dohányzás folytatásában azonban már pharmacológiai hatások — a megszokás, a dosis növelése és az elvonási kísérletek kellemtelen tünetei szerepelnek, s egyben jelzik a függőséget, a szenvedélyt. A megkérdezettek fele kívánt leszokni a cigarettázásról és kísérte meg az abstinenciát, harmadrészüik több alkalommal is. A leszokás óhaját egészségügyi okokkal, de ritkán a rák rizikójával indokolták, ezenkívül takarékososságra és önfegyelmzésre hivatkoztak. Az 55—60 életévek körül kb. 15% hagy fel a dohányzással, de a cigarettázás időtartama kb. 70%-os valószínűséggel 40 évre terjed ki az erős dohányosok esetében.

Tölle szerint a dohányzási szenvedély („Sucht”) kritériuma: igen magas — 24 cigarettát meghaladó — fogyasztás és az abstinenciára való képtelenség. Az egyetemisták csoportjában 1,5%-ban található ez meg, az egészséges dolgozók kategóriájában 2,8%-ban, alkoholistákon viszont 8,5%-ban. Az utóbbi adat egybevág az alkoholistákon és a kábítószerhasználóknál tapasztalt 90% körüli dohányzási aránnyal és megerősíti egy polytoxicomaniára hajlamos személyiségösszetétel feltételezését.

A faktoranalízis alapján két további — az élvezetből cigarettázó és a neurotikus dohányos — személyiség-constellatio rajzolódik ki. Az első típus cigarettafogyasztása mérsékelt, nem éri el a toxikus fokot, nem alakul ki dependentia, s nem éli meg következképpen az elvonás szükségességét sem. A neurotikus dohányos psychés labilitására, konfliktus-feszültségére a nikotin tranquillansszerű hatást fejt ki.

A nikotinelvonás gyógyszeres formáit és a hypnosist háttérbe szorították a magatartás-therápia különféle aversiv módozatai. Bad Nauheimben 1970-től négyhetes komplex kezelést alkalmaznak: csoport és egyéni psychotherápia, autogen training, hydrotherápia, légzőtorna, stb. 2576 dohányos közül 82% leszokott, 16% felére csökkentette adagját. Négy év után 47% visszaesérről szereztek tudomást, szemben az első fél év 12%-os visszaesésével. Az abstinenciát könnyebb tehát létrehozni, mint megtartani, ezért tekinti Tölle rendkívül fontosnak az előremet elvonási élmények megismerését, a dohányzással szembeni állásfoglalások feltárását. A therapiás programoknál többet vár a fiatalok praeventiótól és az abstinensek visszaesésének psychologailag meg-alapozott prophylaxisától.

Moussong-Kovács Erzsébet dr.

PERITOL® szirup cyproheptadinum



PERITOL szirup a gyermekgyógyászatban!

Étvágyjavító és súlygyarapító hatású készítmény. Histamin- és serotonin-antagonista.

ÖSSZETÉTEL: Cyproheptadinum hydrochloricum anhydricum 0,04 g 100 ml szirupban.

JAVALLATOK: Különböző eredetű étvágytalanság és leromlott állapot. Allergiás betegségek kezelése.

ELLENJAVALLATOK: Oedema-készség és vizelet-retentio.

ADAGOLÁS: Csecsemőknek 1/2 éves korig nem adható! Gyermekeknek 1/2–2 éves kor között adása kivételesen megkísérelhető 0,4 mg/kg/die adagban. (Pl. 10 kg-os gyermeknek napi 4 mg; ezt a mennyiséget 2 kávéskanálnyi szirup tartalmazza.)

3–4 hétnél tovább azonban ne adjuk.

2–6 éves korig a kezdő adag általában napi 3 × 1 kk. (6 mg). Az esetben, ha ennek növelése szükséges, a pótlást este, lefekvés előtt célszerű adni. A teljes napi dosis a 8 mg-ot ne haladja meg.

6–14 éves korig a szokásos napi adag 3 × 1 gyk. A teljes napi dosis 16 mg-nál (étvágytalanságban 12 mg-nál több ne legyen).

MELLÉKHATÁSOK: Leggyakoribb az álmoság, mely rendszerint átmeneti jellegű és ritkán teszi szükségessé a kezelés megszakítását. Ritkábban előfordulhat szájszárazság, mentális confusio, ataxia, visualis hallucinatio, szédülés,

nausea, bőrküetés, nyugtalanság, fejfájás. Ez utóbbiak jelentkezése esetén a gyógyszer adagolását be kell szüntetni.

FIGYELMEZTETÉS: Alkalmazása fokozott elővigyázatosságot igényel. A gyermekeket óvni kell a nagy figyelmet igénylő élénk játéktól, a közlekedési veszélyhelyzettől stb. A Peritol a fájdalomcsillapítók és az altatók hatását potenciálja, azok tehát Peritolal együtt csak csökkentett adagban adhatók.

MEGJEGYZÉS: Társadalombiztosítás terhére csakis 12 éven aluli gyermekek részére rendelhető szabadon.

CSOMAGOLÁS: 100 ml 14,70 Ft.

PERITOL tableta és szirup felnőtteknek

Tablettánként 4 mg cyproheptadinum hydrochloricum anhydricum hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK: Különböző eredetű étvágytalanság és leromlott állapot. Allergiás betegségek kezelése.

ELLENJAVALLATOK: Glaucoma, oedema-készség és vizelet-retentio esetén, továbbá terhességben ellenjavallt.

ADAGOLÁS: Tableta: szokásos kezdő adagja felnőtteknek naponta 3 × 1 tableta (12 mg). Ez az adag szükség szerint csökkenthető, illetve növelhető. Utóbbi esetben a napi adag nem haladhatja meg a 8 tablettát (32 mg). Chronikus urticaria kezelésére általában napi 3 × 1/2 tableta (6 mg) elegendő.

Acut migraine-es roham esetén 1 tableta. Amennyiben a fejfájás nem szűnik meg, 1/2 óra elteltével ismét adható 1 tableta.

A beteg 4–6 órán belül 8 mg-nál többet nem kaphat. A hatás fenntartásához naponta 3 × 1 tableta rendszerint elegendő.

Étvágytalanságban 3 × 1 tableta naponta. A kezelés kezdetekor jelentkező sedatív hatás miatt az első adagot ajánlatos az esti étkezés után bevenni.

Szirup: felnőtteknek a szokásos kezdő adag naponta 3 × 1 gyk. (12 mg). Ez a mennyiség szükség szerint csökkenthető, illetve növelhető. Utóbbi esetben a napi adag nem haladhatja meg a 32 mg-ot.

Chronikus urticaria kezelésére általában napi 3 × 1 kk. (6 mg) elegendő. Acut migraine-es roham esetén 1 gyk. Amennyiben a fejfájás nem szűnik meg, 1/2 óra elteltével ismét adható 1 gyk.-al. A beteg 4–6 órán belül 8 mg-nál többet nem kaphat. A hatás fenntartásához naponta 3 × 1 gyk. szirup rendszerint elegendő.

Étvágytalanságban 3 × 1 gyk. naponta. A kezelés kezdetekor jelentkező sedatív hatás miatt az első adagot ajánlatos az esti étkezés után bevenni.

MELLÉKHATÁSOK: Lásd PERITOL szirup a gyermekgyógyászatban.

FIGYELMEZTETÉS: Alkalmazása fokozott elővigyázatosságot igényel, ezért pl. járművezetők, magasban vagy veszélyes helyen dolgozók csak az orvos által, az egyéni érzékenységnek megfelelően előírt adagban szedhetik.

A Peritol a fájdalomcsillapítók és az altatók hatását potenciálja, azok Peritolal együtt csak csökkentett adagokban adhatók. Peritol-kúra alatt szeszes ital fogyasztása tilos!

MEGJEGYZÉS: A tableta társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

CSOMAGOLÁS: 20 tableta 12,30 Ft.

Egyt

Gyógyszervegyészeti Gyár, Budapest

DECARIS

Anthelminthicum

1 tabletta 150 mg, illetve 50 mg levamisol-ot tartalmaz.

Bénítja az orsóféreg, a fonalféreg garatizomzatát, ezáltal a paraziták képtelenek a bélnyálkahártyába kapaszkodni és erőtelenül, a természetes bélmozgással ki-sodródnak a bélcsatornából.

JAVALLATOK: Ascariasis, horogféregfertőzések.

ELLENJAVALLAT: Ez ideig nem ismeretes.

Egyetlen alkalommal
 felnőtteknek 150 mg,
 gyermekeknek 50 mg/20 kg-testsúly.

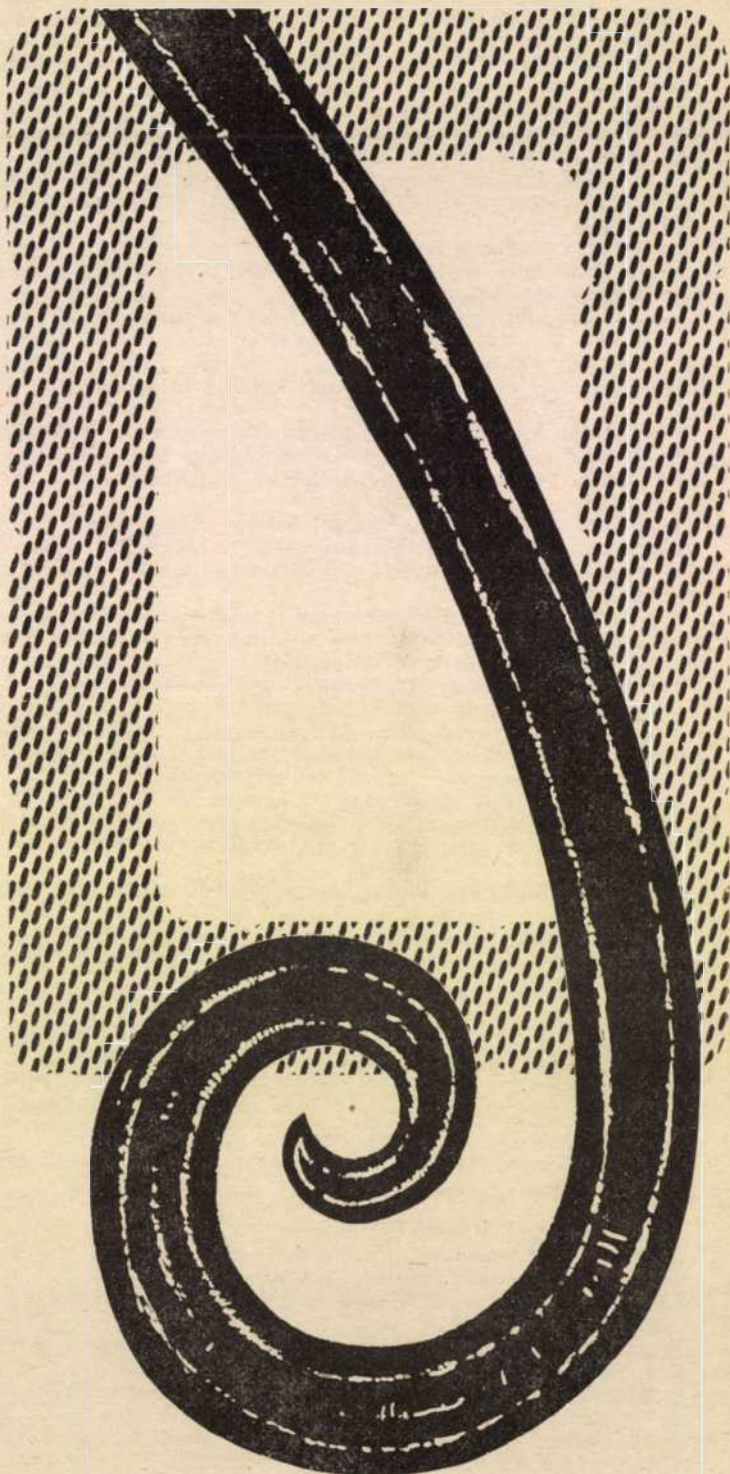
Javasolt a tablettát este bevenni.

FIGYELMEZTETÉS: Lipophil anyagoknak Decarissal együtt adása kerülendő. Alkalmazásakor és utána legalább 24 óráig szeszes ital nem fogyasztható.

CSOMAGOLÁS:

2 db 50 mg-os tabletta 6,- Ft
1 db 150 mg-os tabletta 6,70 Ft

MEGJEGYZÉS: Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.



Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.

PÁLYÁZAT 1975. ÉVI KUTATÁSI JUTALMAKRA

A Magyar Tudományos Akadémia pályázatot ír ki a távlati tudományos kutatási terv kutatási főirányaihoz elért jelentős eredmények jutalmazására.

A Magyar Tudományos Akadémia elnöke 1/1975. MTA—E sz. utasításának megfelelően pályázhatnak tudományos kutatók és egyetemi oktatók, ill. kollektívák, továbbá kutatással foglalkozó más szakemberek függetlenül attól, hogy milyen munkahelyen dolgoznak.

A pályázatban — két évnél általában nem régebbi — nyomtatásban megjelent tanulmánnyal vagy közlésre alkalmas kéziratral (kivételesen kutatási zárójelentéssel) lehet részt venni, függetlenül attól, hogy az adott kutatás a távlati terv keretében indult-e meg, vagy csak a munka folyamán kapcsolódott hozzá.

A kutatási jutalom az eredmény jelentőségétől függően egyéni pályázó esetében 5000—15 000 Ft, kutatói kollektívák esetében 6000—35 000 Ft.

Nem részesíthetők a fenti jutalomban:

— az Akadémia tagjai, a kutatóintézetek igazgatói, a tanszéki akadémiai kutatócsoportok vezetői;

— akik az adott kutatási tevékenységért a munkabéren és járu-lékain, illetve a már megjelent tanulmány szerzői díján kívül más ellenértékben (kutatási szerződési, szakértői, újítási, szabadalmi díjban, kutatási eredményért kapott külön jutalomban stb.) részesültek;

— kutatási jutalomban már részesített, vagy ezzel kapcsolatban már érdemben elbírált pályamunkák, kivéve ha az elbírálás óta elért számottevő új tudományos eredményt tartalmaznak.

A pályázatnak tartalmaznia kell:

1. A pontosan kitöltött pályázati űrlapot (beszerzhető: az MTA Tudományos Testületi Titkárságán Bp. V., Münnich F. u. 7. sz. alatt, az egyetemek rektori hivatalaiban, továbbá akadémiai és ipari kutatóintézetekben).

2. A kutatási eredményt tartalmazó tanulmányt (közlésre alkalmas kéziratot). Szükség esetén a kutatási főirányért felelős tárcák koordináló bizottságai adnak felvilágosítást arra nézve, hogy az adott pályamunka, tematikája alapján melyik főirányhoz tartozik.

A pályázatot (tanulmányt és pályázati űrlapot) 1975. május 30-ig kell a kutatóhely vezetőjéhez benyújtani, aki a pályázati űrlapra felvezeti szakvéleményét, és a pályázatot június 15-ig továbbítja az Akadémia Tudományos Testületi Titkárságának.

Az előírt határidő után, vagy hiányosan, továbbá nem kellően rendezett alakban benyújtott pályázatok nem vehetők figyelembe. A már benyújtott pályázati anyagot kiegészíteni, vagy módosítani nem lehet.

A kutatási jutalmak kiosztására december hó második felében kerül sor.

A kutatási jutalomban részesített pályamunkákat az MTA — főirányért felelős tárcavélemények figyelembevételével — szabadon hasznosíthatja.

A távlati terv kutatási főirányai:

Országos szintű kutatási főirányok

A Magyar Tudományos Akadémia gondozásában

1. Szilárdtestek kutatása.
2. Az életfolyamatok szabályozásának mechanizmusa.
3. A közigazgatás fejlesztésének komplex tudományos vizsgálata.
4. A szocialista vállalat.

Tárcaszintű kutatási főirányok

(amelyek nem azonosak az országos főiránnyal)

Az Egészségügyi Minisztérium gondozásában

1. Számítástechnika alkalmazása az orvostudományban és az egészségügyben.
2. A lakosság védelme a természetes és mesterséges környezet (bioszféra) káros hatásaitól (főleg orvosi vonatkozásban).
3. Perinatalis mortalitás csökkentésére irányuló kutatás.
4. Transzplantációs munkálatokat előkészítő kutatás.
5. Tömegesen elterjedt betegségek epidemiológiájának kutatása.
6. Daganatok ethiopathogenesise és terápiája.
7. Sérülések pathológiája és ellátása.
8. Radioizotópok orvosi alkalmazása.
9. Genetikai kutatások.

A többi minisztérium és intézmény tárcaszintű kutatási főirányait a Magyar Tudományos Akadémia elnöksége pályázati kiadványa tartalmazza.



A TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága 1975. április 21-én du. 2 órára tűzte ki *Draskovich Éva dr.*: „Adatok a chronicus otitis kímélő radikális műtéttel történő gyógyításához” c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA Kis-teremben.

Az értekezés opponensei: *Bauer Miklós dr.*, az orvostudományok kandidátusa, *Bodó György dr.*, az orvostudományok kandidátusa, *Jakabfi Imre dr.*, az orvostudományok kandidátusa.

A Magyar Radiológusok és Kardiológusok Társaságának Vezetősége 1975. április 18-án délután 16 órakor, a Semmelweis OTE Radiológiai Klinika tantermében (VIII. Üllői út 78, VIII. sz. kapu) külföldi előadók részvételével tudományos ülést rendez.

Program:

1. *Prof. Zsebők Zoltán*: Elnöki megnyitó.
2. *Prof. Dr. Heinz Hundeshagen* (Hannover): Radioaktív izotópok alkalmazása a kardiológiában (30 perc).
3. *Prof. Dr. Pekka Virtama* (Turku): Csontdaganatok számítógépes adatfeldolgozásával szerzett tapasztalatok (30 perc).
4. Hozzászólások.

A Magyar Angiológiai Társaság 1975. április 18-án péntek este 19 órakor, az Orvos-Egészségügyi Dolgozók Szakszervezete Weil-teremben (V., Münnich Ferenc u. 32.) tudományos ülést rendez.

Program:

1. *Szabó Imre dr.*, *Dzsinich Csaba dr.*, *Sulyok Zoltán dr.*: A traumás arteriovenosus fistulák és sebészi kezelésük (15 perc).
 2. *Tasnády Géza dr.*: Congenitalis arterio venosus sipolyok (15 perc).
 3. *Löblovics Iván dr.*, *Gaál Csaba dr.*, *Horváth Zoltán dr.*: Érprothesis ruptura következtében kialakult aneurysma operált esete (15 perc).
 4. *Löblovics Iván dr.*, *Illei György dr.*: Cavaplicatio érdekes indiciója (15 perc).
- Az előadásokat *Urai László dr.* főtájkár címére (1450 Bp., Pf. 88., tel.: 130-832) kérjük küldeni, bejelenteni.

A VIII. ker. *Tanács V. B. Kállai Éva Kórház Orvosi Kara* 1975. ápr. 23-án 10.30 órakor, a kórház kultúrtermében (VIII., Kun u. 4.) — hazánk felszabadulásának 30. évfordulójára — *ünnepi tudományos ülést* tart.

Üléselnök: *Vidéki István dr.*

Előadások:

Vidéki István dr.: Gondozási módszer az alapellátásban hipertóniánál és pyelonephritisnél.

Biró István dr.: Utókezelő osztályunk geriátriai rehabilitációs tevékenységéről.

Vetró Eszter dr.: Geriátriai rtg-diagnosztikai problémák.

Ménesi László dr., Szalay István dr.: A műtét szerepe az égett sérültek kezelésében.

Ülkei Eszter dr.: Laboratóriumunk fejlődése az utóbbi öt évben.

Somogyi Tamás dr.: A nemibetegségek klinikumának panoráma-változása az antibioticum aerában.

Vadász Erzsébet dr.: Belgyógyászati szemlélet a dermatológiában.

A Veszprémi Akadémiai Bizottság, az Országos Onkológiai Intézet és a Vas megyei Tanács Markuszovszky Kórháza 1975. április 25-én délután 14 órakor Szombathelyen, a Berzsenyi Dániel Könyvtár előadótermében (Petőfi S. u. 45.)

konferenciát rendez.

Tárgya: A rákbetegség komplex terapiája.

Program:

A konferenciát üdvözlő: István Lajos dr.

Moderator: Kocsis Sándor dr.

Póka László dr.: A sebész onkoterapiás szempontjai.

Kocsis Sándor dr.: A sugártherápia helye az onkoterapiában.

Eckhardt Sándor dr.: A rosszindulatú daganatok kemoterapiája.

Kettő Károly dr.: A rosszindulatú daganatok immuntherapiája.

Gyenes György dr.: 25 év a Hodgkin-kór sugárkezelésében.

István Lajos dr.: A haemoblastosisok komplex kezelése.

Löblovics Iván dr.: Májperfusio cytostaticummal.

Zsámbéki Pál dr.: Paraneoplasiaszindrómák.

Leza László dr.: A gondozás jelentősége a rák gyógyításában.

Vita

A Magyar Sebész Társaság Plasztikai Sebészeti Szakosztálya és a Katonai Kórház 1975. április 25-én, 9 órakor, a KKK Tanácsstermében (XIII., Róbert Károly krt. 44.) — az MNKKK Plasztikai Sebészeti Osztály 20 éves fennállása alkalmából

tudományos ülést rendez.

Munkahelyi beszámoló.

Üléselnök: prof. Szántó György.

1. Zoltán János: A plasztikai sebészet jelentősége és helye a magyar egészségügyi ellátásban.

2. Rítóók László: Plasztikai sebészeti osztályunk működésének rövid áttekintése.

3. Takács Mihály: A plasztikai sebészet szerepe a katonai egészségügyi ellátásban.

4. Ménesi László dr.: A bőrátültetés korszerű módszereinek kialakulása.

5. Czeti István: Új eljárásaink kritikai elemzése.

6. Donáth Antal: A kézsebészeti ellátás osztályunkon.

Szűnet

Kerekasztal-megbeszélés

Téma: A plasztikai sebészeti elvek és módszerek hatása a sebészeti gyakorlatra.

Moderátor: Prof. Manninger Jenő dr.

Résztvevők: Balogh Tibor, Darás Dezső, Ditrői Sándor, Farkas József, Horváth Nándor, Jakabffy Dezső, Kontor Elemér, Kovács Andrá, Pellet Sándor.

Szűnet

Előadások:

Téma: Plasztikai sebészeti újdonságok.

Üléselnök: Prof. Zoltán János.

1. Bertényi Camilló: Néhány új szerű lebonyolítási eljárás.

2. Novák János: Tangentialis excisio és rácsplasztika.

3. Szűcs János, Jakab Tamás: Nyeregorr korrekciója orrszárnyporccal.

4. Ditrői Sándor, Kispál Erzsébet: Periost-corticalis transplantatumok alkalmazása gyakorlatunkban.

5. Záborszki Zoltán: Külső csontfixatio alkalmazása a plasztikai sebészetben.

6. Pongrácz Endre, Gaál Dezső: A lógós has Krenár műtéti eljárásával szerzett tapasztalataink.

7. Forgon Mihály dr. prof., Biró Vilmos: Innhüvelyképzés vénából a kéz „senki földjén”. (Filmvetítés.)

8. Tary Gábor: Innhüvelypótlás vénával. (Filmvetítés.)

9. Pellet Sándor: A pollex bifurcatus újabb plasztikai megoldása.

Az Orvostovábbképző Intézet III. sz. Belgyógyászati Tanszéke és a Vas Megyei Tanács Markuszovszky Kórháza 1975. április 29–30-án Szombathelyen, a Vas Megyei Markuszovszky Kórház Vérellátó Alközpontjának előadótermében (Dimitrov krt. 42.)

kétnapos konferenciát rendez.

Orthogonalis elvezetések és a szív ritmzavarainak terapiája tárgykörből.

1975. április 29-én, 9.15 óra

Barcsák János dr.: Az EKG modern szemlélete (orthogonalis elvezetésekkel kapcsolatos tapasztalatok).

Kékes Ede dr.: A szív ritmzavarainak terapiája I. (kazuisztika).

A konferenciát vezeti: Prof. Strausz Imre.

1975. április 30-án, 9.30 óra

Bátorfi István dr., Kocsis Zsuzsanna dr., Koltay Erzsébet dr., Weigl Miklós dr., Zsolt Njura dr.: A szív ritmzavarainak terapiája II. (kazuisztika).

A Magyar Egészségügyi Szervezők Tudományos Egyesülete — Magyarország felszabadulásának 30. évfordulója alkalmából —

Fényképpályázatot

hirdet és országos fotókiállítást rendez.

A pályázat tematikája:

Az egészségügy 30 éves fejlődését, a jobb életkörülményeket tükröző témakörben intézetek, intézmények, egészségügyi munka vagy más tevékenységgel kapcsolatos felvétellel lehet pályázni.

Pályázati feltételek:

— Egy pályázó legfeljebb 10 db feket-fehér fényképpel, illetve maximum 6 felvételtől álló sorozattal pályázhat (max 5 sorozat).

— A képek mérete lehetőleg 30 × 40 cm-es, a hosszabbik oldala legalább 40 cm-es legyen.

— A képek hátoldalán feltüntetendő:

a) A nevezési lappal megegyező sorszám.

b) A szerző adatai.

— A képek elfogadásáról és díjazásáról a Magyar Egészségügyi Szervezők Tudományos Egyesülete által felkért zsüri dönt.

— Az elfogadott képekből a Magyar Egészségügyi Szervezők Tudományos Egyesületének Kongresszusán Kiállítást rendezünk.

— A szerzők megkapják a kiállítás katalógusát és minden kiállított kép után egy emlékjegyet.

— A rendezőségnek a kiállítás propagandája érdekében jogában áll az elfogadott képeket nyomtatásban közölni, ha a szerző ellenvéleményt nem jelent be a nevezési lapon.

— Nevezési lapok a Kongresszusi Szervező Bizottságtól kérhetők 6720 Szeged, Dóm tér 10.

— Díjazás

1 db	I. díj	3000,— Ft.
2 db	II. díj	1500,— Ft.
3 db	III. díj	1000,— Ft.

Beküldési határidő: 1975. július 20.

Zsürizés: 1975. augusztus 4.

Ertesítés: 1975. augusztus 16.

Kiállítás: 1975. augusztus 28—szeptember 5.

A képek visszaküldése 1975. szeptember 30.

— A képeket a legnagyobb gondossággal kezeljük, azonban az esetleges sérülésekért vagy hiányokért felelősséget nem vállalunk.

A Magyar Onkológusok Társasága — hazánk felszabadulásának 30. évfordulójára — pályázatot hirdet 35 éven aluli diplomások részére az alábbi témákban:

1. Experimentális daganatkutatás.

2. Daganatok diagnosztikája.

3. Daganatok terapiája.

4. Daganatok epidemiologiai



kérdései, onkológiai szervezés kérdései.

A pályázat feltételei:

A pályázaton részt vehetnek azok a 35 éven aluli diplomások, akiknek a fent megjelölt témák valamelyikében 1974. évben, vagy 1975. évben megjelent dolgozata, vagy munkahelye igazgatója által igazoltan megjelenés alatt álló közleménye van, melyet valamely szaklap elfogadott.

Pályázatuként beküldhetők a fenti követelményeknek megfelelő dolgozatok.

A pályázat beküldésének határideje: 1975. augusztus 31.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

(838/c)

Sárszentágotai Községi Tanács pályázatot hirdet az áthelyezés folytán megüresedő **körzeti orvosi** állás elnyerésére. Az állást elnyerő orvos részére alapbérként szolgálati időtől függően a 18/1971. EÜM-MÜM együttes rendelet alapján meghatározott alapbérrel kivül 400,- Ft ügyeleti díjátalanlyt, 930,- Ft utjátalanlyt tudunk biztosítani.

A körzeti orvos számára 3 szobás komfortos szolgálati lakás, garázs rendelkezésre áll. A rendelő és egészségügyi tanácsadó és az orvoslakás egy épületben van elhelyezve.

A kinevezésre kerülő orvosnak lehetősége van másod-, illetőleg mellékállás vállalására Sárbogárdi nagyközség területén. A pályázatokat a sárszentágotai Községi Tanács elnökéhez kell benyújtani.

Szabó Imre
tanácselnök

(854/b)

Váncsod Községi Tanács elnöke (Hajdú-Bihar megye, berettyóújfalui járás) pályázatot hirdet nyugdíjazás folytán megüresedett **körzeti orvosi** állásra.

A község létszáma 2300 fő, melyből Mezőpeterdű csatolt községre esik 687 fő. A csatolt község a székhely községtől 4 km távolságra van. A csatolt község ellátásához fuvarátalanlyt van megállapítva. 3 szobás, fürdőszobás, kertes, garázzsal ellátott orvosi lakás áll rendelkezésre. A lakás azonnal elfoglalható.

Kiss Gyula
tanácselnök

(863/a)

Felcsut Község Tanács elnöke (8088 Felcsut, Fő utca 75. Bicskei járás) pályázatot hirdet, áthelyezés folytán megüresedett **körzeti orvosi** állásra.

Bérezés: a 18/1971. EÜM-MÜM sz. együttes utasítás szerint. Alapbérrel kivül: 500,- Ft ügyeleti díj, fuvarátalanlyt biztosítva. Mellékállás vállalása lehetséges.

Orvosi szolgálati lakás komfort fokozatú, 3 szobás. A község Budapesttől 40 km-re fekszik.

(880/a)

A Budapesti Közlekedési Vállalat pályázatot hirdet **üzemorvosi** állásokra. Kinevezés a 18/1971. EÜM-MÜM sz. együttes utasításban megjelölt feltételek mellett lehetséges. Mellékállást a vállalat biztosít. A pályázatokat 1980. Budapest VII., Akácfa u. 15. Személyzeti Főosztály címére kéri megküldeni.

(881/a)

A Heves megyei Tanács Kórháza Hevesi Rendelőintézetének igazgató-főor-

A beküldött pályázatokat bíráló bizottság dönti el, hogy mely pályamunkák kerülnek díjazásra.

A díjak kiosztására 1975. október 28-án, a XI. Magyar Onkológus Kongresszus alkalmával kerül sor.

A pályadíjak a következők:

1. díj 5000,- Ft.

2. díj 3000,- Ft.

Kejtő 3. díj 1000-1000,- Ft.

A Magyar Gyermekegyorvosok Társasága Dél-magyarországi Decentruma 1975. május 9-10-én Kecsk-

vosa (Heves, Fő utca 13.) pályázatot hirdet:

Heves nagyközségben 1 fő belgyógyász csoportvezető (felülvizsgáló) főorvosi állásra. Bérezés szolgálati időtől függően, megegyezés szerint.

Heves nagyközségben 1 fő rendelőintézet labor. szakorvosi állásra. Bérezés és munkaköri pótlék szolgálati időtől függően, megegyezés szerint.

Heves nagyközségben 1 fő rendelőintézet röntgen szakorvosi állásra. Bérezés és munkaköri pótlék szolgálati időtől függően, megegyezés szerint.

Heves nagyközségben 1 fő rendelőintézet szemész szakorvosi állásra. Bérezés szolgálati időtől függően, megegyezés szerint.

Heves nagyközségben 1 fő rendelőintézet fogorvosi állásra. Bérezés szolgálati időtől függően.

Az álláshoz modern 2 szobás, komfortos lakások rendelkezésre állnak.

Letelepdesi hozzájárulás fizetése lehetséges a vonatkozó rendeletek szerint. **Jeney Zoltán dr.** igazgató-főorvos

(883)

A Budapest Főv. Tanácsa V. B. EÜ. Főosztály vezetője (1840 Budapest, Városház u. 9-11.) pályázatot hirdet a János Területi Vezető Kórháznál nyugdíjazás folytán megüresedő E 103/A ksz. **röntgen főorvosi** állásra. Képesítés és bérezés a 18/1971. EÜM-MÜM sz. együttes utasításban foglaltak szerint. A pályázati kérelmet a 6/1970. EÜM sz. utasításban meghatározott feltételekkel kérjük benyújtani.

Bartha Ferenc dr.
fővárosi vezető főorvos

(884)

Budapest Főv. Tanácsa V. B. Főosztály vezetője (1840 Budapest, Városház u. 9-11.) pályázatot hirdet az István Területi Vezető Kórháznál áthelyezés folytán megüresedő E 103/A ksz. **urologus főorvosi** állásra. Képesítés és bérezés a 18/1971. EÜM-MÜM sz. együttes utasításban foglaltak szerint. A pályázati kérelmet a 6/1970. EÜM sz. utasításban meghatározott feltételekkel kérjük benyújtani.

Bartha Ferenc dr.
fővárosi vezető főorvos

(885)

Budapest Főváros III. ker. Tanács V. B. Egészségügyi Osztályának vezetője (1033 Bp. III., Fő tér 3.) pályázatot hirdet a III. ker. Szakorvosi Rendelőintézetben betölthető 1 fő **sebész** szakorvosi állásra. Az állás azonnal betölthető. Illetmény megállapítás a 18/1971. EÜM-MÜM sz. együttes utasításnak megfelelően, szolgálati időtől függően.

A pályázati kérelmeket a szolgálati út betartásával a hirdetésnyilvános megjelenésétől számított 15 napon belül kérem benyújtani.

Ferenczi Erzsébet dr.
ker. főorvos ed. oszt. vezető

(886)

Budapest Főváros III. ker. Tanács V. B. Egészségügyi Osztályának vezetője (1033 Bp. III., Fő tér 3.) pályázatot hir-

méten, a Technika Házában (Szabadság tér) **tudományos ülést** rendez.

A részletes program a Hetilap április 20-án megjelenő 16. számában kerül közzé, de előzetes tájékoztatásul közöljük az alábbiakat.

Elhelyezés fizetővendég szobában, vagy szállodában biztosítható, korlátozott számban.

Május 9-én, pénteken 20 órakor társasvacsora az Aranyhomok Szálló éttermében.

Igények bejelentését Szarvas Dalma dr., Megyei Kórház, 6001 Kecskemét, Izsáki u. 5. sz. címre kérjük. Határidő: 1975. ápr. 21.

det 1 fő **gyermekszakorvosi** állásra. Az állás azonnal betölthető. Illetmény megállapítás a 18/1971. EÜM-MÜM sz. utasításnak megfelelően, szolgálati időtől függően.

Pályázati kérelmeket a szolgálati út betartásával a hirdetésnyilvános megjelenésétől számított 15 napon belül kérem benyújtani.

Ferenczi Erzsébet dr.
ker. főorvos ed. oszt. vezető

(887)

Országos Haematológiai és Vértranszfúziós Intézet igazgató-főorvosa (Budapest XI., Daróczi út 24.) pályázatot hirdet a donor osztályon megüresedett E 106 ksz. rendelőintézet **belgyógyász** szakorvosi állásra. A kinevezendő orvos feladata a donorok veradás előtti belgyógyászati kivizsgálása. A donorok vizsgálata részben intézetben kívüli elfoglaltsággal jár (üzemi kiszállások vérvételek). A kiszállásokkal kapcsolatban felmerült túlmunkáért külön díjazás jár. Illetmény ksz. szerint, valamint munkaköri pótlék. Az állás azonnal elfoglalható.

Hollán Zsuzsa dr.
egyetemi tanár
igazgató-főorvos

(888)

Békés megyei Tanács Kórházának igazgató-főorvosa (Gyula, Semmelweis u. 1.) pályázatot hirdet az alábbi **üres orvosi** állások betöltésére:

3 fő belgyógyász, 4 fő sebész, 2 fő szülész-nőgyógyász, 2 fő urológus, 1 fő szemész, 1 fő röntgen, 2 fő kórcboncnok, 1 fő bőrgyógyász, 2 fő intenzív, 4 fő ideg-elmé.

Az állásokhoz férőhelyes elhelyezést biztosítunk.

Továbbá pályázatot hirdet még a Békés megyei Tanács Kórháza Rendelőintézetében (Gyula, Semmelweis u. 1.) levő 1 fő **üres belgyógyász felülvizsgáló főorvosi** állás betöltésére.

Buda István dr.
igazgató-főorvos

(889)

A XIII. Tanács V. B. Róbert Károly krt.-i Kórházának igazgató-főorvosa (1134 Budapest XIII., Róbert Károly krt. 82-84.) pályázatot hirdet a most épülő szülészeti-nőgyógyászati osztály E 107 ksz. **alorvosi** állására. Csak budapesti lakással rendelkezők pályázhatnak. Illetmény a 18/1971. sz. EÜM-MÜM sz. együttes utasításban foglaltak szerint. Az állás az osztály megnyitásával egyidejűleg foglalható el, előreláthatóan f. év szeptemberében.

Selmec Imre dr.
igazgató-főorvos

(890)

A XIII. Tanács V. B. Róbert Károly krt.-i Kórházának igazgató-főorvosa (1134 Budapest XIII., Róbert Károly krt. 82-84.) pályázatot hirdet a most épülő szülészeti-nőgyógyászati osztály E 106 ksz. **adjunctus** állására. Tudományos munkával rendelkező előnyben részesülnek. Csak budapesti lakással rendelkezők pályázhatnak. Illetmény a 18/1971.

EÜM-MÜM sz. együttes utasításban foglaltak szerint. Az állás az osztály megnyitásával egyidejűleg foglalható el, előreláthatóan f. év szeptemberében.

Selmec Imre dr.
igazgató-főorvos

(891)

A XIII. Tanács V. B. Róbert Károly krt.-i Kórházának igazgató-főorvosa (1134 Budapest XIII., Róbert Károly krt. 82-84.) pályázatot hirdet a most épülő szülészeti-nőgyógyászati osztály E 103 ksz. osztályvezető főorvosi állására. Tudományos munkával rendelkezők előnyben részesülnek. Csak budapesti lakással rendelkezők pályázhatnak. Illetmény a 18/1971. sz. EÜM-MÜM sz. együttes utasításban foglaltak szerint. Az állás az osztály megnyitásával egyidejűleg foglalható el, előreláthatóan f. év szeptemberében.

Selmec Imre dr.
igazgató-főorvos

(892)

Kál Nagyközségi Közös Tanács elnöke (3350 Kál, Fő utca felső 2. sz. Heves megye) pályázatot hirdet **körzeti orvosi** állás betöltésére. Az állás 1975. március 15-ével tölthető be.

Az illetmény megállapítása a 18/1971. EÜM-MÜM sz. együttes utasítás alapján, a munkakörre megállapított ksz. szerint történik. Ezenkívül ügyeleti díj és fuvarátalány, valamint a rendeléssel egybeépült komfortos kétszobás szolgálati lakás garázzsal biztosítva. Csakotl község nincs.

Farkas Pál
tanácselnök

(893)

Budapest Főváros Tanácsa V. B. István Területvezető Kórház főigazgató-főorvosa (Bp. IX., Nagyvárad tér 1.) pályázatot hirdet a kórház I. Idegyógyászati Osztályán áthelyezés folytán megüresedett E 108 ksz. **segédorvosi** állásra. Gyakorlattal rendelkezők előnyben részesülnek. Illetmény ksz.-nak megfelelően. Az állás azonnal elfoglalható.

Katona István dr.
főigazgató-főorvos

(894)

Dunaújvárosi Tanács Kórház igazgató-főorvosa (Dunaújváros, Korányi S. u. 2.) pályázatot hirdet — áthelyezés folytán megüresedett — 1 fő **laboratóriumi segédorvosi** állásra. Az állásra 1974. évben végzetek is jelentkezhetnek. Illetmény ksz.-nak megfelelően.

Fenyőházi Jenő dr.
igazgató-főorvos

(895)

Colinaxos 80 kW-os röntgen trochoszkópos, felvételeire, átvilágításra alkalmas — olesón eladó.

Lax János dr.
1093 Bp. IX., Szamuely u. 24. II. 23.

(896)

A Gödöllői Városi Tanács V. B. Egészségügyi Osztályának vezetője (Gödöllő, Szabadság tér 6.) pályázatot hirdet a Városi Rendelőintézet E 101 kulcsszámú **igazgatói** állására, 1 fő szemesz szakorvosi állásra a Városi Rendelőintézetben. Illetmény a 18/1971. EÜM-MÜM sz. együttes utasítás szerint. Lakást megbeszélés szerint biztosítunk.

A pályázati kérelmeket a megjelenéstől számított 30 napon belül kérjük megküldeni.

Weindl József dr.
mb. városi-járásai főorvos

(897)

A Veszprém megyei Tanács Kórháza zirci kihelyezett intézetének igazgató-főorvosa (Zirc, József A. u. 17. sz.) pályázatot hirdet a kórház szülészeti-nőgyógyászati osztályán 1975. október 1-vel nyugdíjazás folytán megüresedett E 103/A ksz. **osztályvezető főorvosi** állás betöltésére. Bérézés a 18/1971. EÜM-MÜM sz. együttes utasítása alapján, az E 103/A ksz.-nak megfelelően.

Az állás betöltéséhez két és fél szobás komfortos szolgálati lakás rendelkezésre áll.

A pályázatot két hétben belül megjelentetésétől számított két hétben belül kérjük a Veszprém megyei Tanács V. B. Egészségügyi Osztályának vezető főorvosának címézve, azonban a zirci kórház igazgató-főorvosa címére megküldeni.

Monzpart László dr.
igazgató-főorvos

(898)
Kisvárdai Városi Tanács Kórháza igazgató-főorvosa pályázatot hirdet: 1 fő **felülvizsgáló főorvosi**, 2 fő **belgyógyász**, 1 fő **szülész-nőgyógyász**, 1 fő **sebész**, 1 fő **csecsemő- és gyermekgyógyász** szakorvosi állás betöltésére. Szakképesítéssel nem rendelkezők is pályázhatnak. Fizetés kulcsszámnak megfelelően. Kétszobás összkomfortos lakás biztosítva. Az állások azonnal elfoglalhatók.

Fekete Imre dr.
igazgató-főorvos

(899)

A Szerencsi Járási Hivatal Egészségügyi Osztályának vezetője (3901 Szerencs, Kossuth u. 19.) és a Szerencsi Nagyközségi Közös Tanács elnöke (3901 Szerencs, Rákóczi u. 63.) pályázatot hirdet az 1974. december 1-én, áthelyezés folytán megüresedett, Szerencs **II. körzeti orvosi** állásra. Az álláshoz háromszobás komfortos lakás garázzsal biztosított. Bérézés a 18/1971. EÜM-MÜM sz. együttes utasításnak megfelelően, szolgálati időtől függően, valamint 400 Ft ügyeleti díj és 250 Ft fuvarátalány.

Gyermekgyógyász házastárs részére állást biztosítunk.

Juhász István
vb-titkár

(900)

Városi Tanács Bugát Pál Kórháza Gyöngyös igazgató-főorvos pályázatot hirdet **rtg. szakorvosi** állásra a kórház rendelőintézetében. Illetmény kulcsszám szerint. Összkomfortos lakást biztosítunk.

Mátyus László dr.
igazgató-főorvos

(901)

Városi Tanács Bugát Pál Kórháza Gyöngyös igazgató-főorvosa pályázatot hirdet az alábbi orvosi állásokra: 1 fő **gyermekgyógyász**, 1 fő **sebész**, 1 fő **anesthesiológus**, 2 fő **orr-fül-gégész**, 2 fő **elmeorvos**, 1 fő **kórbölcshoz**, 1 fő **röntgen-orvos**. Illetmény kulcsszám szerint. Orvos házaspár jelentkezés esetén lakást biztosítunk.

Mátyus László dr.
igazgató-főorvos

(902)

Gyula Város Tanácsa V. B. Egészségügyi Osztályának vezetője (Gyula, Petőfi tér 3.) pályázatot hirdet egy fő **gyermekkörzeti** állásra.

Az állás azonnal elfoglalható. Besorolás, illetmény az eltöltött szolgálati évek alapján.

Horváth Éva dr.
városi főorvos

(903)

A Fővárosi László Kórház igazgató-főorvosa (1092 Budapest IX., Gyáli u. 5-7) pályázatot hirdet a III. sz. Gyermekosztályon áthelyezés folytán megüresedett 1 fő **segédorvosi** állásra. Az állás azonnal betölthető. Illetmény szolgálati időtől függően, kulcsszám szerint + 30% veszélyességi pótlék.

Kátay Aladár dr.
igazgató-főorvos

(904)

A Fővárosi László Kórház igazgató-főorvosa (1092 Bp. IX., Gyáli u. 5-7) pályázatot hirdet 1 fő **adjunktusi** állásra, a kórház Szervezési és Módszertani Osztályán. Illetmény szolgálati időtől függően, kulcsszám szerint + munkaköri pótlék + 30% veszélyességi pótlék.

Kátay Aladár dr.
igazgató-főorvos

(905)

A Pest megyei Tanács Tüdőgondozó Intézete igazgató-főorvosa (1431 Budapest, Postafőút: 155. VIII., Trefort u. 3.) pályázatot hirdet a Pest megyei Tanács Tüdőgyógyintézetében működő (Török-bélint, Munkácsy Mihály u. 70.) tenyésztési centrum E 107 kulcsszámú **laboratóriumi szakorvosi** állás betöltésére. Laboratóriumi szakképesítés szükséges. Illetmény a 18/1971. EÜM-MÜM sz. együttes utasítás szerint a kulcsszámnak megfelelően, továbbá 30% veszélyességi és 1000 Ft munkahelyi pótlék.

Az állás Budapestről is ellátható, autóbussz közlekedéssel. Lakást biztosítani nem tudunk.

Illés Iona dr.
mb. igazgató-főorvos

(906)
Dunaújvárosi Tanács Rendelőintézetének igazgató-főorvosa (Dunaújváros, Vasmű u. 10.) pályázatot hirdet a város területén megüresedett **gyermekkörzeti orvosi** állásra. Illetmény kulcsszámnak megfelelően. Lakást a városi tanács biztosítja.

Év végén 5—10 000 Ft-ig terjedő jutalom adható.

Fenyőházi Jenő dr.
igazgató-főorvos

(907)

A VIII. ker. Tanács V. B. Ganz-MÁVAG Üzemi Szakrendelő Intézet pályázatot hirdet áthelyezés miatt megüresedett **üzemorvosi** állásra. Illetmény szolgálati idő és szakképesítés szerint.

Pályázat beküldésének határideje 1975. május 15.

(908)

A VIII. ker. Tanács V. B. Ganz-MÁVAG Szakrendelő Intézet pályázatot hirdet nyugdíjazás miatt megüresedett **rtg szakorvosi** állásra. Illetmény szolgálati idő és szakképesítés szerint, 3 óras mellettkállás lehetséges.

Pályázat beküldésének határideje 1975. május 31.

(909)

Budapest Fővárosi XIV. ker. Tanács V. B. Szakorvosi Rendelőintézet igazgató-főorvosa (Budapest, XIV., Május 1. u. 7.) pályázatot hirdet: 1 fő **orr-fül-gége szakorvos** állásra. Illetmény a 18/1971. EÜM-MÜM sz. együttes utasításban foglaltak szerint.

(910)

Cegléd Városi Tanács Kórháza igazgató-főorvosa pályázatot hirdet: 1 fő E 107/2 ksz. **gégész szakorvosi** állásra. Egyedülálló részére férőhelyes elhelyezést biztosítunk.

(911)

Karcag Városi Tanács Kórház—Rendelőintézet igazgató-főorvosa pályázatot hirdet Karcag Város területéhez tartozó — ahhoz 8 km-re levő — gyógyfürdővé nyilvánított Berekfürdő területén megüresedett **körzeti orvosi** állás betöltésére.

A körzeti orvosnak fürdő-orvosi feladatokat is el kell látnia. Az álláshoz 3 szobás összkomfortos, központi fűtéses, szolgálati lakást biztosítunk.

Bérézés a 18/1971. EÜM-MÜM utasítás alapján a szolgálati időnek, illetve esetleges szakképesítésnek megfelelően. Az állás betöltéséhez általános orvosi képzés és fürdő-orvosi gyakorlat szükséges. Rheumatológiai szakképesítéssel rendelkező orvosok előnyben részesülnek.

Az állás azonnal betölthető.

Mikola Zoltán dr.
igazgató-főorvos

(912)

Mosonmagyaróvári Városi Tanácsa pályázatot hirdet városi-járásai (területi) egészségügyi **osztályvezető főorvosi** állás betöltésére.

Az állásra pályázhatnak, akiknek orvostudományi egyetemi végzettségük van és szakmai gyakorlattal rendelkeznek.

Bérézés a 15/1973. (XII. 27.) MÜM sz. rendelet alapján, alkalmazás esetén lakást biztosítunk.

Jelentkezni lehet írásban önéletrajzzal vagy személyesen 1975. április 30-ig, a vb-titkárnál (9200 Mosonmagyaróvár, Lenin u. 95.).

Adorján József dr.
vb-titkár

(913)

A Karcag Városi Tanács Kórház—Rendelőintézet pályázatot hirdet Kisújszállás város területére 1 fő **gyermekgyógyász szakrendelői** állás betöltésére. Az állás betöltéséhez gyermekgyógyászati szakorvosi képesítés szükséges. Besorolás a 18/1971. EÜM-MÜM számú utasítás alapján, gyakorlati időtől függően.

A gyermekgyógyász szakorvosnak a gyermekgyógyászati szakrendelésen kívül tanácsadói és bőlesedő orvosi feladatokat is el kell látnia.

Az álláshoz Kisújszállás város kétszobás összkomfortos tanácsai kiutalású lakást tud biztosítani. Az állás azonnal betölthető.



FTOROCORT kenőcs



Összetétel: 0,1% triamcinolon acetamidot tartalmaz lemosható kenőcs alapanyagban. A triamcinolon acetamid fluorozott steroid származék, amely erőteljes localis gyulladásgátló, antiallergiás és viszketéscsökkentő hatású.

Javallatok. A chronikus és acut ekzema valamennyi megjelenési formája, localisatióra való tekintet nélkül. Pruritus ani, pruritus genitalis. Neurodermatitis. Vegyi anyagokkal szembeni túlérzékenység bőrtünetei. Kontakt dermatitis az aetiológiára való tekintet nélkül. Pemphigus vulgaris. Dermatitis herpetiformis Dühring. Erythema exsudativum multiforme. Erythematodes disseminatus és disciformis. Lichen ruber planus és verrucosus, Lichen chronicus Vidal. Psoriasis vulgaris. Herpes simplex. Pityriasis rosea. Acne vulgaris. Rosacea. Miliaria rubra. Fényérzékenység, napégés, fény-

urticaria. Rovarcspés. Ulcus cruris. Pityriasis rubra. Granuloma anulare. Erythrodermia exfoliativa. Leiner-betegség. Ritter-kór.

Ellenjavallat: A kenőcs szemészeti alkalmazása.

Alkalmazása: A kenőcsöt naponként 2-3-szor célszerű vékony rétegben a bőrelváltozásra kenni vagy occlusiv kötés formájában alkalmazni.

Megjegyzés: Társadalombiztosítás terhére csak abban az esetben rendelhető, ha a beteg gyógykezelését más – szabadon rendelhető – gyógyszer megfelelően nem biztosíthatja. Sugárdermatitis, dermatitis solaris kezelésére csak szakrendelés javaslatára rendelhető. Lejárati idő: 2 év.

Csomagolás: 1 tubus (15 g) 28,20 Ft.

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.

**Az Egészségügyi Minisztérium tájékoztatója
az 1974. október havi járványügyi helyzetről**

Október folyamán a fontosabb acut légúti fertőző betegségek gyakrabban, az enterális fertőzések — a has-tífusz kivételével — ritkábban fordultak elő, mint szeptemberben. A változások elsősorban a szezonál függtek össze.

Hastífusz. A Heves megyei Recskén fertőző kút-víz fogyasztása robbanásszerűen kialakuló járványhoz vezetett a cigány lakosság körében. A kútvizből, a betegek, valamint az érintett telepen lakó nyilvántartott baktériumhordozó székletéből azonos phag-típusú *S. typhi* tenyésztettek ki. A hónap folyamán a recski cigánytelepen 67, az eriben 1 megbetegedés történt (az utóbbi is Recskről származó fertőzés eredménye volt). Halálest nem fordult elő. A járvány, amelynek megfékezésére igen kiterjedt intézkedéseket tettek, novemberre is áthúzódott. Hajdúbosszörményben 2, azonos munkahelyen dolgozó személy betegedett meg hastífuszban.

Salmonellosis. A Fejér megyei Szabadhidvégen szeptember végétől *S. enteritidis* okozta járvány alakult ki, kényszervágot sertésből készített különféle hentesárukat fogyasztók között. A kórokozót a hentes-árukból is kitenyésztették. Ózdon egy óvodában zajlott le a járvány, *S. typhi* murium fertőzés következtében. A fertőzés feltehetően kontakt úton terjedt. A Fejér megyei Kálózson, ahol március óta fordultak elő *S. typhi* murium okozta megbetegedések, októberben újabb eseteket észleltek. A megyében *S. typhi* murium fertőzések következtében több helyen is megszorodtak a megbetegedések. A szórványos megbetegedések azonos aetiológiája (a különböző izolált kórokozó törzsek phag- és biotípusának egységessége) alapján megállapították, hogy az esetek összefüggtek, a fertőzés terjesztésében kacsatojás játszott szerepet.

Dysenteria. A szentesi kórház női elmeosztályán *Sh. flexneri* 3a okozta, kontakt úton terjedő járvány kezdődött, mely novemberre is áthúzódott. Más, kisebb intézeti járványok is kialakultak a hónap folyamán: Debrecenben az egészségügyi gyermekotthonban, Szentesen a gyógypedagógiai intézetben, Szegeden az egyik alsótagozatos gyermekotthonban és a siketnémák intézetében, Székesfehérváron a csecsemőotthonban. A két utóbbi járványban *Sh. sonnei*, a többiben *Sh. flexneri* volt a kórokozó. Szolnok megyében az előző hónapokban kezdődött területi Sonne-járványok Besenyszögön, Tiszatenyőn, Újszászon áthúzódtak októberre is. Tolna megyében Tamásiban zajlott le szeptember-október folyamán kisebb területi Sonne-járvány.

A szezonnak megfelelően több helységben alakult ki vagy folytatódott *hepatitis infectiosa* járvány, ill. halmozódás. Folytatódott a nyár eleje óta tartó ózdi és az augusztus végén a Nógrád megyei Karancslapujtő egy 400 lakosú telepén kezdődött járvány. A betegek többsége iskolás volt. A Tolna megyei Döbröközön, Váralján és Tamásiban az óvodában, ill. az iskolások között alakult ki halmozódás. Békés megyében a Magyarbánhegyesen júniusban kezdődött területi járvány, Tarhoson pedig a gyógypedagógiai intézetben és azzal összefüggésben a községben július óta tartó járvány októberre is áthúzódott. Esztergomban augusztus végén megszorodtak a megbetegedések, s elszórtan még októberben is jelentkeztek.

A **kanyaró** megbetegedések száma nagyobb volt, mint szeptemberben. A növekedést nagy részben egy Dunaföldváron lezajlott járvány okozta, melynek során 52 megbetegedés történt. Járvány vagy halmozódás máshol nem alakult ki a hónap folyamán. A betegek negyed része a már oltott 1—5 éves korosztályba tartozott.

A **rubeola** megbetegedések száma is nagyobb volt az előző havinál. Az esetek száma Szolnok megyében volt a legmagasabb, ahol a megbetegedések felét Török-szentmiklóson észlelték.

A **parotitis epidemica** megbetegedések száma — a szezonnak megfelelően — a szeptemberinek közel há-

romszorosa volt. Komárom megyéből jelentették be a legtöbb megbetegedést, elsősorban Tatabányáról.

A legtöbb **meningitis serosa** megbetegedés Veszprém megyében történt. Ezek az esetek összefüggtek az augusztus-szeptember folyamán jelentkezett, ECHO-9 vírusok okozta, elsősorban enteritisz megbetegedéseket eredményező járvánnyal.

Staphylococcosis. Az ózdi kórház szülészeti osztályán júniusban járvány kezdődött, melynek során október végéig a szülő nők között masztitiszes, az esetek felében emlő-abscessussal járó megbetegedések történtek. Az újszülöttek mintegy 60%-ában pemphigoid alakult ki.

*Bejelentett fertőző megbetegedések Magyarországon
1974. május-október hó +*

Betegség	Máj.	Jún.	Júl.	Aug.	Szept.	Okt.
Typhus abdominalis	3	3	7	12	6	78
Paratyphus	2	—	4	—	3	—
Salmonellosis	379	490	640	554	492	442
Dysenteria	587	417	528	874	1033	879
Dyspepsia coli	119	124	159	170	172	150
Hepatitis inf.	592	467	534	615	606	768
Poliomyelitis	—	—	—	—	—	—
Diphtheria	—	1	—	1	—	—
Scarlatina	1409	923	640	340	401	1024
Morbilli	4882	2611	713	119	69	136
Rubeola	28 521	14 299	5361	1390	694	802
Parotitis epid.	2302	1926	1381	660	785	2185
Pertussis	5	2	9	8	8	1
Meningitis epid.	1	4	4	11	7	9
Meningitis ser.	25	52	88	105	86	50
Encephalitis inf.	12	19	24	38	36	18
Mononuc. inf.	55	49	48	42	33	62
Keratoconj. epid.	—	2	4	6	5	7
Malaria	—	—	1*	—	1*	—
Typhus exanth.	—	—	—	—	—	—
Staphylococcosis	20	49	48	36	57	84
Tetanus	7	4	9	9	8	4
Anthrax	—	—	—	1	2	1
Brucellosis	10	15	10	11	12	8
Leptospirosis	4	1	8	9	11	7
Tularemia	10	6	4	4	2	4
Lyssa-fertőzésre gyanús sérülés	126	140	136	86	123	109

+ Előzetes, nagy részben tisztított adatok
* Importált eset

*Bejelentett fertőző megbetegedések Magyarországon
1974. október hónapban*

Betegség	Október hó			Január 1—október 31		
	1974+	1973	Medián 1968—72	1974+	1973	Medián 1968—72
Typhus abdominalis	78	7	9	136	102	190
Paratyphus	—	2	1	13	15	17
Salmonellosis	442	430	304	4038	4313	2468
Dysenteria	879	681	877	6136	6617	8438
Dyspepsia coli	150	100	138	1226	1202	1698
Hepatitis inf.	768	1072	886	6632	7877	7382
Poliomyelitis	—	—	—	—	—	2
Diphtheria	—	—	—	4	2	2
Scarlatina	1024	1368	808	11 781	9254	7672
Morbilli	136	2571	1068	45 654	43 332	6668
Rubeola	802	601	—	112945	601	—
Parotitis epid.	2185	1547	—	18 745	1547	—
Pertussis	1	4	11	49	152	140
Meningitis epid.	9	2	6	52	51	72
Meningitis ser.	60	25	36	485	246	384
Encephalitis inf.	18	7	14	159	140	143
Mononuc. inf.	62	46	39	482	365	29
Keratoconj. epid.	7	116	7	39	208	61
Malaria	—	2*	1*	3*	5*	4*
Typhus exanth.	—	—	—	—	—	—
Staphylococcosis	84	22	39	385	171	577
Tetanus	4	8	5	59	69	72
Anthrax	1	2	1	4	5	4
Brucellosis	8	8	7	103	117	91
Leptospirosis	7	8	6	50	49	99
Tularemia	4	2	1	32	22	29
Lyssa-fertőzésre gyanús sérülés	109	108	193	1311	1353	1785

+ Előzetes, nagy részben tisztított adatok
* Importált esetek



**Az Egészségügyi Minisztérium tájékoztatója
az 1974. novemberi járványügyi helyzetről**

Novemberben az enterális fertőző betegségek gyakorisága tovább csökkent, egyidejűleg a légútiaké nőtt. Két diphtheria és egy malária megbetegedést diagnosztizáltak.

Hastífusz. Folytatódott a Heves megyei Recsken októberben robbanásszerűen kezdődött, ivóvíz útján terjedt járvány, amely az elsődleges gócban, a recski cigánytelepen november első hetében befejeződött, másodlagos megbetegedései azonban még december közepéig jelentkeztek. 83 laboratóriumi vizsgálattal is igazolt megbetegedést történt. A járvány zömmel a recski cigány lakosságot érintette, de néhány eset előfordult — elsősorban kontakt fertőzés következtében — Recsken, a cigánytelepen kívül is, valamint Heves megyében az egri, gyöngyösi, hevesi, Nógrád megyében a kisterenyei és nádújfalui cigánytelepen, és a Heves megyei Pétervároson. A kiterjedt járványügyi intézkedések során, melyeket az október végére kialakult áradások nagymértékben nehezítettek, a hastífusz ellen védoltott személyek száma meghaladta a 14 ezret, a szűrővizsgálaton átesetteké a 2 ezret. A kórokozó, melyet a fertőzéseket tömegesen terjesztő ásványi kút vizéből is kimutattak, „A-degradált, xylose pozitív” phag-típusú *S. typhi* törzs volt. A kút vizének szennyeződése a közelében lakó nyilvántartott *S. typhi* kórokozó-hordozóval volt összefüggésbe hozható. Az ugyancsak Heves megyei Hevesaranyosban egy lakodalom mintegy 150 vendége közül 11 hastífuszban betegedett meg. A kórokozó phag-típusa itt E_{1a} volt. Feltehető, hogy a közelben lakó nyilvántartott bacilusgazda volt a fertőzések forrása.

Salmonellosis. A Békés megyei Mezőhegyesen — Pakson készült disznósajt fogyasztását követően — *S. panama* fertőzések következtében, a Szabolcs megyei Nyírmeggyesen egy lakodalom résztvevői között *S. typhi* muriummal fertőzött kacsatojás felhasználása következtében történtek megbetegedések. A Szolnok megyei Jászfákóhalmán *S. java* okozott megbetegedéseket, a fertőzést valószínűleg piaci árusoktól vásárolt tejtermékek terjesztették.

Dysenteria. A szentesi kórház női elmeosztályán októberben kezdődött, kontakt úton terjedő járvány novemberben ért véget. A fertőzések forrása feltehetően egy egészséges *Sh. flexneri* 3a ürítő volt. A Pest megyei Órbottyánban az egészségügyi gyermekotthon mozgásképtelen gyermekeket ápoló részlegében a *Sh. flexneri*nek ugyanez a típusa okozott kisebb járványt, melyben a fertőzés szintén kontakt úton terjedt. A miskolci megyei kórház I. gyermekosztályának egy kórtermében *Sh. flexneri* okozta házifertőzés következtében zajlott le kontakt járvány, melyben a fertőzések forrása egy hasmenéssel felvett gyermek volt. A Borsod megyei Gírcsén a gyógypedagógiai intézetben kontakt úton terjedő Sonne-járvány alakult ki. A Békés megyei Alsókamaráson az óvodában a gyermekek három negyedrésze *Sh. sonnei* okozta fertőzésben betegedett meg. A fertőzések feltehető forrása itt egy tünetmentesen ürítő dajka volt. A balatonkenesei nevelőotthonban október elején alakult ki Sonne-járvány, mely novemberben ért véget. A Vas megyei Táplánszentkereszten az óvodában, Egerben pedig a gyermekvárosban kisebb Sonne-járvány zajlott le. Zala megyében a fityeházi óvodában a gyermekek és dolgozók negyötöde betegedett meg, ugyancsak *Sh. sonnei* okozta dysenteriaiban. A járványt fertőzött kút víz terjesztette.

E. coli fertőzések. A kiskunhalasi kórház gyermekosztályáról 6 megbetegedést jelentettek be. A kecskeméti csecsemőotthon egyik részlegében *E. coli* 0124 okozta megbetegedések fordultak elő, melyekkel összefüggésben a szűrővizsgálatok során jelentős számú tünetmentes ürítő fedeztek fel.

A Komárom megyei Szönyben az Olajipari Vállalat lakótelepén enteritis járvány zajlott le. Az ivóvíz- és a szódavízminták fecalis coli szennyezettséget mutattak. Budapesten a Magyar Gyapjúfonó és Szövőgyár II. sz. gyáregységében tömegesen jelentkeztek

enteritis megbetegedések. A járványt az ivóvíz- és iparivíz-hálózat összekapcsolása idézte elő. Ebből a vízből készítették a szódavízet és ezzel működtek a klímaberendezések is. A kórokozót a két járványban a betegek székletéből nem sikerült kimutatni.

Hepatitis infectiosa. A Győr-Sopron megyei Csornán a kórház női elmeosztályán két hét alatt a betegek közel fele hepatitisben betegedett meg. A fertőzés feltehetően főként kontakt úton terjedt, az osztály jellegét tekintve azonban nem volt kizárható az étkezéssel összefüggő terjedés sem. A Szegedi OTE I. Sebészeti Klinikájának műve osztyán kezelést kapott 3 személy a hónap során hepatitisben betegedett meg. Novemberben is folytatódott az ózdi területi járvány.

*Bejelentett fertőző megbetegedések Magyarországon
1974. június—november hó*

Betegség	Jún.	Júl.	Aug.	Szept.	Okt.	Nov.
Typhus abdominalis	3	7	12	6	78	33
Paratyphus	—	4	—	3	—	1
Salmonellosis	490	640	654	492	442	333
Dysenteria	417	528	874	1033	879	633
Dyspepsia coli	124	159	170	172	150	104
Hepatitis inf.	467	534	615	606	768	757
Poliomyelitis	—	—	—	—	—	—
Diphtheria	1	—	1	—	—	2
Scarlatina	923	640	340	401	1024	1353
Morbilli	2611	713	119	69	136	118
Rubeola	14 299	5361	1390	694	802	1349
Parotitis epid.	1926	1381	660	785	2185	4100
Pertussis	2	9	8	8	1	3
Meningitis epid.	4	4	11	7	9	5
Meningitis ser.	52	88	105	86	60	34
Encephalitis inf.	19	24	38	36	18	7
Mononocl. inf.	49	48	42	33	62	36
Keratoconj. epid.	2	4	6	5	7	5
Malaria	—	1*	—	1*	—	1*
Typhus exanth.	—	—	—	—	—	—
Staphylococcus	49	48	36	57	84	76
Tetanus	4	9	9	8	4	6
Anthrax	—	—	1	2	1	—
Brucellosis	15	10	11	12	8	12
Leptospirosis	1	8	9	11	7	10
Tularemia	5	4	4	2	4	20
Lyssa-fertőzésre gyanús sérülés	140	136	86	123	109	106

+ Előzetes, nagy részben tisztított adatok
* Importált eset

*Bejelentett fertőző megbetegedések Magyarországon
1974. november hóban*

Betegség	November hó			Január 1—november 30		
	1974+	1973	Medián 1968—72	1974+	1973	Medián 1968—72
Typhus abdominalis	33	3	6	169	105	199
Paratyphus	1	—	2	14	15	31
Salmonellosis	333	333	185	4371	4546	2735
Dysenteria	633	708	566	6769	7325	9087
Dyspepsia coli	104	57	118	1330	1259	1806
Hepatitis inf.	757	1095	1022	7389	8972	8524
Poliomyelitis	—	1	—	1	—	2
Diphtheria	2	—	—	6	3	2
Scarlatina	1353	1785	954	13 134	11 039	8767
Morbilli	118	4958	1410	45 772	48 290	7078
Rubeola	1349	1821	—	114294	—	—
Parotitis epid.	4100	2148	—	22 845	—	—
Pertussis	3	2	8	52	154	148
Meningitis epid.	5	5	5	57	56	77
Meningitis ser.	34	30	21	519	276	401
Encephalitis	7	4	6	155	144	149
Mononucleosis inf.	36	55	27	518	421	405
Keratoconj. epid.	5	57	7	44	265	66
Malaria	1*	—	—	4*	5*	4*
Typhus exanth.	—	—	—	—	—	—
Staphylococcus	75	18	37	461	189	514
Tetanus	5	2	6	65	71	79
Anthrax	—	1	—	4	6	4
Brucellosis	12	11	5	115	128	106
Leptospirosis	10	4	6	60	53	103
Tularemia	20	—	1	52	22	30
Lyssa-fertőzésre gyanús sérülés	106	95	149	1417	1448	1966

+ Előzetes, nagy részben tisztított adatok
* Importált eset

Június óta 130 megbetegedés történt a városban, elszórtan. Több Zala és Bács-Kiskun megyei községben (Zalalövő, Zalaszentbalázs, Salomvár, Bácsborsod, Bácsalmás és Csávoly) történtek hepatitis megbetegedések az iskolások között. A Szabolcs megyei Nyírpazonyban ugyancsak főként az iskolások között történtek megbetegedések.

Poliomyelitis. A László Kórházban novemberben megerősítették egy olyan gyulai csecsemő megbetegedésének „poliomyelitis” diagnózisát, aki az év során ismételt állott kórházi kezelés alatt. A poliomyelitis gyanúját csak októberben vetették fel, amikor a beteget a Szegedi OTE gyermekklinikáján kezelték. Megbetegése január 30-án kezdődött. 1973 novemberében 1-es típusú, 1974. január 10-én 3-as típusú Sabin vakcinát kapott. A poliomyelitis késői felismerése miatt aetiológiai vizsgálatra már nem volt lehetőség.

Diphtheria. A Pest megyei pomázi átmeneti gyermekotthonban egy 10 éves és egy 6 éves fiú betegedett meg, toxint termelő *C. diphtheriae* okozta fertőzésben. A kiterjedt szűrővizsgálatok során összesen 24 tünet-

mentes, toxint termelő kórokozó törzset üritő személyt találtak. A betegek oltási állapota nem volt megállapítható.

Novemberben kevesebb *kanyaró* megbetegedést jelentettek be, mint októberben. A betegek száma az 1973. novemberinek csupán 2/0-a volt.

A *rubeola* megbetegedések száma nőtt, a legtöbb eset továbbra is Szolnok megyében fordult elő, elsősorban Törökszentmiklóson.

A *parotitis epidemica* megbetegedések gyakoriságának szezonális emelkedése folytatódott: kétszer annyi esetet jelentettek be, mint októberben. A legtöbb megbetegedés Komárom megyében történt, ahol Tatabányán tovább terjedt az októberben kialakult intenzív járvány.

Malária. Egy magyar állampolgár megbetegedését diagnosztizálták. Vegyes fertőzése (*Pl. vivax* és *Pl. falciparum*) importált volt.

Tularemia. Vas megyében olyan megbetegedések történtek, amelyek területi megoszlása arra utal, hogy a megye északi részeit magába foglaló természeti góccs déli irányba terjed.

ORAP tabletta



ÖSSZETÉTEL

1 tableta 1, ill. 4 mg pimosid-ot tartalmaz.

JAVALLATOK

Olyan tartós hatású neurolepticum, amely előzetes neurolepticus kezelés után a korábban téveseszmékkel, hallucinációval, beteges fantáziával küzdő betegek fenntartó kezelésére alkalmas, anélkül, hogy hipnosedatív hatást okozna.

ELLENJAVALLATOK

Extrapiramidális körképek, depressív állapotok minden formája.

ADAGOLÁS

Naponta egyszer, 1–8 mg, individuálisan, szakorvos utasítása szerint.

MEGJEGYZÉS

Társadalombiztosítás terhére idegbeteg-gondozó intézetek, ideggyógyászati szakrendelések szabadon rendelhetik, illetőleg csak a javaslatukra (fekvőbeteg-gyógyintézeti, elme-, idegosztály javaslatára) rendelhető. Elmebetegségekből, idegbetegségekből szakorvosi képiséssel rendelkező körzeti, üzemi stb. orvosok is szabadon rendelhetik az ellátásukba tartozó betegek részére.

CSOMAGOLÁS

50 tableta 1 mg 13,- Ft
20 tableta 4 mg 15,60 Ft

Kőbányai Gyógyszerárugyár
Budapest X.



PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

(914)

A CHINOIN Gyógyszer- és Vegyszeti Termékek Gyára pályázatot hirdet „Kísérletes atherosclerosis kutatás” címmel.

I. díj 25 000 Ft
II. díj 15 000 Ft
III. díj 10 000 Ft

A pályázaton részt vehetnek mindazon 35. életévüket be nem töltött magyar kutatók, akik nem tartoznak a CHINOIN Gyógyszer- és Vegyszeti Termékek Gyára állományába.

A pályázat eredményét a benyújtott pályaművek alapján az erre a célra kijelölt bíráló bizottság értékeli.

Pályázni lehet olyan eredeti kutatásokon alapuló munkákkal, amelyek az alábbi tárgykörök valamelyikébe tartoznak:

1. Kísérletes atherosclerosis létrehozásának modellje.
2. Az érfal szerepe az atherosclerosisban.

3. In vitro és (vagy in vivo) módszerek kidolgozása, vagy újszerű alkalmazása lipolytikus („antiatherogén”) gyógyszerek kutatásában.

A pályamunkák benyújtásának módja:

1. A terjedelemben nem korlátozott pályamunkákat 3 példányban az irodalmi közlemények általánosan elfogadott formájában kell benyújtani.

2. A benyújtás formája: jelíges.
3. A pályamunkák benyújtásának határideje: 1975. augusztus 31.

A pályamunkákat az alábbi címre kérjük benyújtani: CHINOIN Gyógyszer- és Vegyszeti Termékek Gyára, Gyógyszerhatástani Főosztály Virág Sándor dr. főosztályvezető 1045 Budapest, Tó u. 1-5.

CHINOIN
Gyógyszer- és Vegyszeti
Termékek Gyára

(915)

Hatvan Városi Tanács Kórházának igazgató-főorvosa (3001 Hatvan, Pf.: 19.) pályázatot hirdet

— Hatvan városban áthelyezés folytán megüresedett 1 fő körzeti gyermekszakorvosi állásra. Bérézés kulcsszám szerint, szolgálati időtől függően. Az állás azonnal elfoglalható. A körzeti gyermekszakorvosi álláshoz lakás biztosított.

— Pályázatot hirdet továbbá a kórház csecsemő és gyermekosztályára áthelyezés folytán megüresedett, 1 fő E 107/2 kulcsszámú alorvosi állásra. Illetmény a 18/1971. EÜM—MÜM sz. együttes utasítás szerint. Az állás azonnal elfoglalható. Férőhelyet a kórház biztosít.

Valentinyi Pál dr.
igazgató-főorvos

(716)

Iváncsa Községi Tanács elnöke (2454 Iváncsa, Fő u. 3. sz. Fejér megye), a járási főorvossal egyetértésben pályázatot

hirdet az üresen álló körzeti orvosi állásra.

A pályázat során esetleges üzemorvosi állás is megbeszélhető. A pályázók részére háromszobás komfortos lakást, garázzsal biztosítunk. Csatlólt község nincs. Községünk Budapesthez közel van, jó közlekedési lehetőséggel.

A pályázatot a községi tanács elnökéhez kérjük benyújtani. Illetmény a szolgálati időnek és szakképzétségnek megfelelően a 18/1971. EÜM sz. utasítás alapján.

Házaspár jelentkezése esetén a feleség részére orvosirnokai állást biztosítunk.
Horváth Józsefné
szakig. szerv. vezető

(917)

Nagykanizsa Városi Tanács V. B. Egészségügyi Osztály vezetője pályázatot hirdet 3 fő felnőtt körzeti orvosi és 1 fő körzeti gyermekorvosi állásra.

A felnőtt körzeti orvosi állások azonnal a körzeti gyermekorvosi állás május 1-től foglalható el. Illetmény ksz. szerint. Mellékállás vállalására lehetőség van.

Lakás megbeszélés szerint rendelkezésre áll.

Nemesváry Márta dr.
osztályvezető

(918)

Pályázatot hirdetek a Kállai Eva Kórház (Bp. VIII., Kun u. 4.) égés-sérülési osztályán 1 fő sebész szakorvosi állásra. Az állás azonnal elfoglalható.

Bíró István dr.
igazgató-főorvos
c. egyetemi docens

(919)

A Nógrád megyei Tanács Madzsar József Kórház—Rendelőintézete (3100 Salgótarján, Vöröshadsereg u. 64. sz.) igazgató-főorvosa pályázatot hirdet a gyermeksebészetben 1 fő E 109 ksz. állásra 2400,— Ft bérrel. Az állás betöltése esetén férőhelyet biztosítunk.

Fancsik János dr.
kórházigazgató-főorvos

(920)

Bélapátfalva Községi Közös Tanács elnöke (Bélapátfalva, egri járás) pályázatot hirdet az 1975. január 1-ig eljárnan szervezésre kerülő Bélapátfalva II. sz. körzeti orvosi állásra. A körzethez Bélapátfalva egy kijelölt része és a 3 km-re levő Monosbéli község fog tartozni. Az ellátandó lakosság száma: 1600—2000 fő között lesz. Az állás azonnal elfoglalható. Háromszobás komfortos lakás és a hozzátartozó garázs áll a körzeti orvos rendelkezésére.

Bérézés a 17/1971. EÜM—MÜM sz. együttes utasítás szerint a szolgálati időtől függően. Mellékállás vállalására lehetőség van. Jó munkavégzés esetén 6—10 000 Ft-ig bányászati körzeti orvosi jutalom adható.

Jelentkezés esetén letelepedési segélyt biztosítunk továbbá OTP berendezési kölcsön igényelhető.

Kovács Gábor
tanácselnök

(921)

Nagykanizsai Megyei Tanács II. Kórház—Rendelőintézet igazgató-főorvosa pályázatot hirdet az intézményben üresen levő:

1 fő kórházi rfg szakorvosi állásra,
1 fő kórházi fül-orr-gege szakorvosi állásra,
1 fő ideggyógyászati szakorvosi állásra,
1 fő kórházi urológiai szakorvosi állásra,
1 fő kórházi traumatológiai szakorvosi állásra,
1 fő rendelőintézeti gégeészeti szakorvosi állásra,
1 fő rendelőintézeti rheuma szakorvosi állásra,

1 fő rendelőintézeti orthopaedial szakorvosi állásra,
1 fő rendelőintézeti traumatológiai szakorvosi állásra,
1 fő rendelőintézeti urológiai szakorvosi állásra.

Bérézés a 18/1971. EÜM—MÜM sz. együttes utasításnak megfelelően. Elhelyezést azonnal, rövid időn belül lakást tudunk biztosítani. Pályázatokat a kórház igazgatójához kell címezni és benyújtani.

Düh András dr.
igazgató-főorvos

(922)

Az Állami Fodor József Gyógyintézet igazgató-főorvosa (Budapest, 1328 XII., Szanatórium u. 2.) pályázatot hirdet 1 fő szervező orvosi munkakörbe az intézet Szervezési és Módszertani Osztályára. Kulcsszám szakképzéstől és gyakorlatlól függően E/108—E/104-ig, + 30% vesz. pótlék.

A pályázatot a hirdetéstől számított 15 napon belül, a szolgálati út betartásával kérem benyújtani.

Borsay János dr.
igazgató-főorvos
az orvostudományok kandidátusa.

(923)

Veszprém Városi Tanács V. B. Egészségügyi Osztály vezetője (Veszprém, Szabadság tér 1. sz.) pályázatot hirdet áthelyezés folytán megüresedett általános körzeti orvosi állásra. Besorolás kulcsszám szerint, év végén 6—10 ezer Ft nehézipari jutalom.

A városban gyermekkörzeti hálózat és központi ügyelet működik. Az állás azonnal elfoglalható. Lakás megbeszélés szerint.

Paulik György dr.
városi főorvos

(924)

Veszprém Városi Tanács V. B. Egészségügyi Osztályának vezetője (Veszprém, Szabadság tér 1. sz.) pályázatot hirdet 1975. szeptember 1-vel főfoglalkozásúvá váló üzemorvosi állásra a 15. sz. VOLÁN veszprémi telephelyén. Besorolás kulcsszám szerint, év végén 6—10 ezer Ft-os nehézipari jutalom. Lakás megbeszélés szerint. Pályázati határidő a megjelenéstől számított 30 nap.

Paulik György dr.
városi főorvos

FELHÍVÁS SZERZŐ-MUNKATÁRSAINKHOZ!

Az utóbbi időben mind gyakrabban tapasztaljuk, hogy szerző-munkatársaink közül sokan a kefelevonatok javítását pontatlanul végzik el. A szerzők felületen korrektori munkája miatt az utóbbi időben mind több és több hiba került az imprimatúrába. Pedig a hasáblevonatok pontos és gondos korrekciója elsősorban a szerzők érdeke és feladata. **A szerkesztőség és a nyomda a leggondosabb korrektúrát kéri munkatársaitól.** A gondosság feltételezi a dolgozat fejlécének, címének, ábráinak, táblázatainak stb. legalaposabb ellenőrzését, továbbá, ez utóbbiak szöveg közötti elhelyezésének megjelölését. Nyomatékosan felhívjuk a figyelmet az ábrák számozásának gondos ellenőrzésére. Kérjük továbbá szerző-munkatársainkat, hogy a kijavított kefelevonatot szíveskedjenek aláírni és ugyanott keltezéssel is ellátni.

Szerkesztőség

MEGJELENT

MORPHOLOGIAI ÉS IGAZSÁGÜGYI ORVOSI SZEMLE 1975. 1. szám

- Tóth Károly dr., Somosy Zoltán, Bence Judit, Sugár János dr.: Swiss-egerek hepatomáiban talált globuláris testek vizsgálata.
- Kendrey Gábor dr., László Barnabás dr.: Elektronmikroszkópos májsejtváltozások ember heveny széntetraklorid mérgezésében.
- Kuthy Enikő dr., Csapó Zsolt dr.: Glutaraldehyd-osmiumtetroxid fixálást követő jellegzetes műtermékek.
- Varga Tibor dr., Somogyi Endre dr., Soós József dr., Békassy Szilárd dr., Arvay Attila dr.: Extracorporális keringés alkalmazásával kialakuló humán anoxiás szívizomkárosodások elektronmikroszkópos vizsgálata.
- Schaff Zsuzsa dr., Lapis Károly dr.: Alkoholos májkárosodásban észlelt citoplazmatikus kristályok elektronmikroszkópos vizsgálata.
- Degréll Péter dr., Sótónyi Gábor dr.: A szívizom korai ischaemiás laesiója különleges szívkorrosziósrendőseirendelenség és coronaria thrombosis esetében.
- Kóczé Antal dr., Dénes Róbert dr., Vitrág Sándor dr., Stützel Mária dr., Szónyi Eva dr.: Új módszerrel vizsgálható anyagbeáramlásának vizsgálata.
- Lusztig Gábor dr., Mák László: Az aorta-adventitia vastagságának, valamint a vér és aorta-fal cholesterolin és lipid tartalmának kapcsolata.
- Kendrey Gábor dr., Sziza Mario dr.: Morphológiai megfigyelések a Thüram-(tetramethyl-thüram-disulphid) hepatotoxikus hatásáról fehér patkányokban.
- Csapó Zsolt dr., Kuthy Enikő dr., Lantos Judit dr., Ormos Jenő dr.: Kísérletes malacoplakia vesében.
- Bara Dénes dr., Bóti Zsuzsanna dr., Sztrihá László dr.: Skaliczki József dr.: Oxydatív enzimek hisztokémiai kimutatásának jelentősége kísérletes agy-laesiók környéki és távoli hatásának megítélésében.

FOGORVOSI SZEMLE Stomatologia Hungarica 1974. 12. szám

- Huszár György dr.: Szabó József. Megemlékezés születésének 100. évfordulóján.
- Bánóczy Jolán dr.—Bruszt Pál dr.: Barázdázáró anyagok alkalmazása a fogszuvasodás megelőzésében.
- Madaras Katalin dr.—Örményi Imre dr.: Az időjárás frontok hatása a dentális eredetű periosztitisek kialakulására.
- Végh Tibor dr.: A fogak koronai invaginációjának röntgen vizsgálatához.
- Paphalmy Zsuzsanna dr.—Kállay Marietta dr.—Tomory István dr.: Scoliosis gyermekek kezelése közben fellépő fogserdeformitások megelőzése.
- Sipos Erzsébet dr.: A fogak mozgásának iránya, forgási tengelye és a hidak merevítése.

FOGORVOSI SZEMLE Stomatologia Hungarica 1975. 2. szám

- Bögi Imre dr.—Tamás Ferenc dr.: Funkcionális és esztétikai rendellenességgel járó nyitott harapás korrekciója.
- Tarján Ildikó dr.: Az alsó első maradómolaris szimmetrikus izolált aplasiája.
- Bakody Rezső dr.: Maradó szemfogak aplasiája.

IDEGGYÓGYÁSZATI SZEMLE 1975. 1. szám

- Trixler Máttyás dr., Kosztolányi György dr., Méhes Károly dr.: Nemi chromosoma rendellenességek szűrése férfi elmebetegség körében.
- Fenyvesi Tamás dr., Kuncz Elemér dr., Simek Zsófia dr.: Pszichiaterok között végzett attitűd-vizsgálatok az elektroconvulsiv kezeléssel kapcsolatban.
- Ambróczy György dr., Hasznos Tivadar dr.: A peripheriális idegrendszer károsodása Hodgkin-betegségben.
- Lipsey Attila dr., Fekete Istvánné: Összehasonlító biokémiai mérések fiatal patkányok, E-vitaminhiányos izomdystrophiás patkányok és felnőtt patkányok izomanyagcseréjében.
- Karlinger Kinga dr.: Intrasellaris „germinoma”.
- Gaszner Péter dr., Barta Ottó dr., Past Tibor dr., Keszthelyi Béla dr., Jávor

Tibor dr.: Huzamos ideig antiepilepticumot szedő epilepsziás betegek latens osteomaláciájának kezeléséről.

ORVOS ÉS TECHNIKA 1975. 1. szám

- Szekeres István dr.: Automatikus működésű digitális adatelőkészítő berendezés, elsősorban légzésfunkciós vizsgálatok analóg villamos jeleinket online rögzítésére, gépi adatfeldolgozás céljából.
- Soós László—Urbán Aladár dr.—Saly Sándor: A sugármentesítés néhány gyakorlati kérdése.
- Bertók Eva dr.—Endreffy Emőke: Mikromódszerrel szerzett tapasztalataink.
- Major János dr.—Makara Gábor dr.—Vince György: Négyecatornás elektrofiziológiai mikroiontoforézis készülék analóg integrált áramkörrel.
- Mészárosné, Pálóczy Erzsébet: Az új mértékrendszer az orvosi technikában.
- Nyíri Mihály dr.—Németh-Csóka Mihály dr.: Fénylukkártyás rendszer alkalmazása járóbeteg laboratóriumi adatlapjainak visszakeresésére.
- Seres Zoltán: Anyagcserevizsgáló készülék.

TUBERKULÓZIS ÉS TUDÓBETEGSÉGEK 1975. 2. szám

- Binder László, Berkovits László, Goda Csaba, Kossik Mária: Escherichia coli okozta pneumoniák felnőttkorban.
- Szűcs Sándor, Laczkovits Gabriella, Miczbán Izabella: Amoxycillin-(Amoxil-) kezeléssel szerzett tapasztalatok idült alsólégúti megbetegedések esetében.
- Várkonyi János, Pál Iván, Mihalik Péter: Alsólégúti gyulladásos betegségek Sumetrolim-kezelése.
- Fodor Tamás, Szűcs Sándor, Szabó István, Földi Mária: A szokásos eljárással nem tenyészthető Mycobacterium tuberculosis által okozott tüdőmegbetegedés.
- Prugberger Emil: A fémek korhadási folyamata a tüdőben.
- Szűk Béla: A Prednisolon szerepe az antibioticumok ototoxikus hatásának kivédésében.
- Juhász István, Kiss Sándor II., Halmaj László: Óriási tömlős mellkasi golyva.

1975. II. negyedéven kiadjuk a

„Laboratóriumi felszerelések

és üvegáruk katalógusát”-t

A kiadvány ismerteti az összes megrendelhető üvegárut, legújabb készülékeket, berendezéseket, stb.

ÁRA: kb. 300,— Ft

Előjegyezhető:

Orvosi Műszerkereskedelmi Vállalat

III. Kereskedelmi Osztály

Budapest V., Akadémia u. 7-9.

Telefon: 114-698.



ELŐADÁSOK—ÜLÉSEK

Dátum	Hely	Időpont	Rendező	T á r g y
1975. április 18. péntek	Szájsebészeti Klinika, VIII. Mária u. 52.	déli 12 óra	Magyar Fogorvosok Egyesülete	1. Grüsser Mária: Oronasalis communicatio helyreállító protetikai ellátása. 2. Sal Silverman (USA): Szájnyálkahártya elváltozások diagnosztikája és kezelése.
1975. április 18. péntek	Debrecen OTE Anatómia, Szövet- és Fejlődéstan Intézet	délután 4 óra	Debreceni Orvostudo- mányi Egyetem	Krompecher-émlékülés (debreceni tanszékvezetői megbízatásának 25 éves évfordulója alkalmából). 1. Karmaszin László: Cellularis immunreakciók jelentősége a gyermekgyógyászati diagnosztikában (10 perc). 2. Földes István, Kern Mária, Petkó Mihály: Ultrastrukturális vizsgálatok kezeletlen és D-vitaminnal kezelt patkány porcszöveteken. 3. Hadházy Csaba, Glant Tibor: Proteoglycan antigének vizsgálata regenerálódó ízfelszűnben (10 perc). 4. Tarsoly Emil: Calcitonin és a csontvárendszer kapcsolata (10 perc). 5. Lévai Géza, Luczkó Jenő, Gyarmati János: Pajzsmirigy hatása a csontnövekedésre (10 perc). 6. Oláh Éva, Hadházy Csaba: Pentózfoszfátciklus aktivitásának vizsgálata porcossodó szövetben (10 perc). 7. Kiss A. Ferenc: Ereződést előidéző faktorkok vizsgálata támasztószövetekben (10 perc). 8. Kostenszky Katalin, Oláh Éva: Adatok a porcadaptáció kérdéséhez (10 perc). 9. Módos László, Matesz Klára, Kern Mária: A kötőszöveti alapállomány ultrastrukturájának funkcionális változásai. 10. Mándi Barnabás, Gyarmati János, Glant Tibor: Támasztószöveti elváltozások kísérletes immundeficiens állapotokban (10 perc). 11. László Mária: Az aorta és artéria carotis szűkhidrányagyszerjének vizsgálata (10 perc).
1975. április 19. szombat	Fővárosi Pszicho- therápiás Módszertani Központ II. Palatinus u. 1.	délelőtt 10 óra	Fővárosi Pszicho- therápiás Módszertani Központ	Süle Ferenc: A psychotherapiás paradoxon és a pathológiás kommunikáció.
1975. április 21. hétfő	Sportkórház tanásterme XII. Alkotás u. 48.	délután 2 óra	Sportkórház Orvosi Kara	Rivó Inre: A szemfenéki értünetek progressiójának helygyógyászati értékelése.
1975. április 23. szerda	Marxizmus—Leninizmus Intézet IX. Hőgyes E. u. 5—7.	délután 1/4 óra	Semmelweis Orvostudo- mányi Egyetem Marxizmus—Leninizmus Intézet Speciális Kollégiuma	Farkas László: A magasabbrendű idegműködés pavlovi koncepciójának jelentősége a személyiségelmélet megalapozásában.
1975. április 24. csütörtök	Miskolc Szentpéteri kapu Megyei Vezető Kórház kulturterme	délután 2 óra	Borsod megyei Vezető Kórház Tudományos Bizottsága	1. Berentey Gy.: Újabb eljárások alkalmazása az állízületek kezelésében. 2. Bauer J., Blaskó V., Palyák V.: Az os noviculare állízület kezelése osztályunk 5 éves anyagában. 3. Csató P., Majoros L.: Defect állízületek megoldása conserv segmen beültetésével. 4. Deák F., Kérsz L.: a) Defect állízület megoldása spongiosa beültetéssel; b) Nagy lágyrész sérüléssel járó defect állapot ellátásának taktikája (esetismertetés). 5. Tolnai E.: Felkért hosszszóló.
1975. április 24. csütörtök	Győr Megyei Kórház	délután 2 óra	Megyei Kórház Tudományos Bizottsága	Kliniko-pathológiai konferencia.
1975. április 24. csütörtök	Fővárosi Tétényi úti Kórház ebédlője XI. Tétényi u. 14—16., „A” épület	délután 1/3 óra	Tétényi úti Kórház- Rendelőintézet Tudományos Köre	1. Győrvári Vilmos: Amniocopiás vizsgálataink értékelése. 2. Bauer Henriette, Németh Annamária, Mód Anna (OVSZ): Acut lymphoid leucemiák intrathecalis Methotrexan kezelése.
1975. április 24. csütörtök	Semmelweis OTE II. Belklinikai tanterme VIII. Szentkirályi u. 46.	délután 3 óra	Semmelweis Orvostudo- mányi Egyetem	Semmelweis Ignác emlékülés. 1. Prof. Antoni Ferenc: Elnöki megnyitó. 2. Prof. Kerpel-Fronius Ödön: Kórleletani elváltozások keletkezése és klinikai jelentősége sorvadásban.

Kiadja az Ifjúsági Lapkiadó Vállalat, 1374 Budapest VI., Révay u. 16. Megjelenik 15 000 példányban
A kiadásért felel Dr. Petrus György igazgató

Telefon: 116—660

MNB egyszámú szám: 69.915.272—46

Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető bármely postahivatalnál,
a Posta hírlapüzleteiben és a Posta Központi Hírlap Irodánál
(Budapest, V., József nádor tér 1., Postacím: 1900 Budapest)

közvetlenül, vagy átutalási postautalványon, valamint átutalással a PKH MNB 215-96162 pénzforgalmi jelzőszámra

Szerkesztőség: 1363 Budapest, V., Münnich Ferenc u. 32. I. Telefon: 121—804, ha nem felel: 122—765

Előfizetési díj egy évre 216,— Ft, negyedévre 54,— Ft, egyes szám ára 4.50 Ft



75.1081 Athenaeum Nyomda, Budapest — Ives magasnyomás — Felelős vezető: Soproni Béla vezérigazgató

INDEX: 25 674

INDOMETACINUM

kapszula és végbélkúp

kapszula 25 mg, végbélkúp 50 mg és 100 mg.

ANTIPHLOGISTICUM

Az Indometacinum hormonhatástól mentes, antiphlogistikus, analgetikus és antipyretikus tulajdonságú gyulladásgátló vegyület.

OSSZETÉTEL Kapszulánként 25 mg és végbélkúponként 50 mg, illetve 100 mg Indometacinum (acidum 1-/p-chlorbenzoyl/-5-methoxy-2-methylindolyl-3-aceticum) hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK Gyulladásos és nem gyulladásos eredetű ízületi, izom- és heveny lágyszövet megbetegedések, úgymint: polyarthritís chronica progressiva (primaer chronikus polyarthritís), arthrosis inflammata, arthrosis deformans, osteoarthrosis, spondylarthrosis, coxarthrosis, spondylarthritís ankylopoetica (morbus Bechterew), arthritís urica, valamint periarthritís humeroscapularis, bursitís, tendinitís, tendovaginitís, synovítís stb. esetében.

ELLENJAVALLATOK Ulcus ventriculí és duodení. Terhes, szoptató anyáknak és gyermekeknek nem adható. Olyan betegeknek, akik korábban a gyomor-bélhuzam súlyos megbetegedésében szenvedtek, továbbá epilepsia, Parkinson-kór, emotionalis és psychiátriai kórképekben az adagolás fokozott óvatossággal történjék.

ADAGOLÁS Egyéni megítélést igényel, a beteg tűrőképességének figyelembevételével. Átlagos kezdeti adagja felnőtteknek naponta 2-3-szor 1 kapszula, vagy 2-szer 1 kapszula (délben és este) étkezés közben, vagy közvetlenül az étkezések után, majd éjszakára 1 végbélkúp 50 mg, vagy szükség esetén 100 mg. Heveny köszvény esetében a kezdeti adag naponta 2-szer 2 kapszula (délben és este) étkezés közben, vagy közvetlenül az étkezések után, az akut rohamok megszűnéséig, valamely húgysavürítést fokozó készítménnyel együtt, majd éjszakára 1 végbélkúp 100 mg. Szükség esetén az adag fokozatosan, kapszulánként, 25 mg-os adagokkal növelhető. Általában 150-200 mg-os napi összadag megfelelő terápiás hatást eredményez.

MELLÉKHATÁSOK Az adag nagyságától függően, vagy egyéni érzékenység esetén nem kívánatos, illetve káros mellékhatások (fejfájás, szédülés, gyomor-bélpanaszok, étvágytalanság, hányinger, hányás, hasmenés, az epigastrium nyomásérzékenysége) allergiás jellegű bőrkiütés, fülzúgás, hallás zavarok, hyperglykaemia, ritkábban a központi idegrendszer elváltozásának kísérőjelenségei (aluszékonyság, zavartság, hallucinatio, convulsiók, depressiós állapotok, vagy más psychés zavarok előfordulhatnak. Az adag csökkentésére, vagy átmeneti megvonására a mellékhatások rendszerint elmúlnak.

FIGYELMEZTETÉS Az Indometacinum kezelés elfedheti az Intercurrens fertőző folyamatok jeleit és tüneteit, vagy aktiválhatja a latens bacterialis folyamatokat. Ezért, ha a kezelés alatt fertőzéses tünetek jelentkeznek, vagy ritka kivételenként leukopenia, thrombocytopenia, granulocytopenia, illetve gastrointestinalis vérzés előfordulásának veszélye áll fenn, a készítmény adagolását azonnal be kell szüntetni. Látási zavarok esetén csak fokozott óvatossággal adagolható.

CSOMAGOLÁS

30 db à 0,025 g kapszula	37,70 Ft
300 db à 0,025 g kapszula	348,- Ft
10 db à 0,05 g végbélkúp	24,40 Ft
5 db à 0,1 g végbélkúp	17,40 Ft

MEGJEGYZÉS Társadalombiztosítás terhére szakrendelések rendelhetik, körzeti, üzemi stb. orvosok csak szakrendelés vagy fekvőbeteg-gyógyintézet javaslatára rendelhetik, a javaslatban meghatározott időtartam, de legfeljebb a javaslat keltétől számított hónapon belül történő gyógykezelés céljából.



CHINOIN BUDAPEST

INTESTOPAN[®]

tabletta

enterodesinficiens

Antibacterialis, antiameobás és mycostatikus hatású kombináció.

A micronizált hatóanyagok a bél-tractusban fejtik ki hatásukat: behatolnak a nyálkahártya redőibe, nem szívódnak fel s a normálbélflórát nem károsítják.

ÖSSZETÉTEL

40 mg 5,7-dibróm-8-benzoyl-oxychinaldinumot és 200 mg broxyquinolinumot tartalmaz tablettánként.

JAVALLATOK

Fertőzések enteritis, enterocolitis, gastroenteritis bacterium és amoeba okozta dysenteria. Giardia lamblia-fertőzés, nem specifikus enterocolitisek. Csecsemőbélhurut. Bélfertőzések megelőzése.

ELLENJAVALLATOK

Máj- és veseelégtelenség.

ADAGOLÁS

Felnőtteknek napi 3×1 tabletta,

gyermeknek 2–12 hónapos korig napi $3 \times \frac{1}{4}$ tabletta, 1–6 éves korig $3 \times \frac{1}{2}$ tabletta, 7 éves kortól 3×1 tabletta, naponta, étkezés után.

MELLÉKHATÁSOK

Néha flatulentia vagy epigastrialis kellemetlen érzés jelentkezhet. Ritkán – az arra egyébként is hajlamos egyéneken – allergia is előfordulhat.

FIGYELMEZTETÉS

Orvosi ellenőrzés nélkül legfeljebb egy hétig, orvosi ellenőrzés mellett legfeljebb egy hónapig szedhető megszakítás nélkül. Egy hónapot meghaladó folyamatos alkalmazás után peripheriás neuropathia, myelopathia, atrophia nervi optici léphet fel.

Társadalombiztosítás terhére csak abban az esetben rendelhető, ha a beteg gyógykezelését más – szabadon rendelhető – gyógyszer megfelelően nem biztosítaná.

20 tabletta 34,- Ft,

200 tabletta 320,- Ft

SANDOZ AG.–BASEL licencia

Egyt GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST



AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS
FOLYÓIRATA

ORVOSI HETILAP

116. ÉVFOLYAM 16. SZÁM 901—960 OLDAL

BUDAPEST, 1975. ÁPRILIS 20.

ELŐFIZETÉSI ÁRA 1 ÉVRE 216,— FT

EGYES PÉLDÁNY ÁRA 4.50 FT

TRASICOR[®]

tabletta

A Trasicor specifikusan gátolja a sympathicus béta-receptorokat. Mivel a cardialis sympathicus béta-receptorok stimuláló hatást gyakorolnak a szívre, a Trasicor gátló hatása következtében gyengül a szívizom ingerlékenysége és csökken annak oxigénszükséglete, különösen angina pectoris esetében.

A szívfrekvencia csökkenésével a különféle (sinus- és paroxysmalis supraventricularis) tachycardiák, valamint extrasystolék jól befolyásolhatók, illetve kifejlődésük megakadályozható. Pitvarlebegés vagy remegés esetén kialakult abszolút arrythmiák frekvenciája ritkul, esetleg teljesen normalizálódik. A normalizálódás elsősorban paroxysmalis állapotokban, valamint pajzsmirigy-túlműködés következtében kialakult tachycardiákban és arrythmiákban figyelhető meg.

ÖSSZETÉTEL: Tablettánként 20 mg Oxprenololum hydrochloricum (1-(o-Allyloxyphenoxy)-3-isopropylamino-2-propanolum-hydrochloricum) hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK: Tachycardiák – az extracardiális eredetűek is (pl. thyreotoxicosis kapcsán) –, a paroxysmalis tachycardia minden fajtája, ventricularis és supraventricularis extrasystolék, a szív ritmusának zavara, valamint digitalis túladagolás és a sympathicus túlstimulálás által okozott szívpanaszok esetében (pl. szívdobogás, tachycardia, hyperkinetikus szív-szindróma). Angina pectoris.

ELLENJAVALLATOK: Asthma bronchiale, cor pulmonale, atrioventricularis block, kifejezett bradycardia, a szívelégtelenség bármilyen foka, de egészen könnyű esetekben megfelelő digitalis kezelés után megkísérelhető a csökkentett adagolás.

ADAGOLÁS: Egyéni megítélést igényel.

A szív ritmusának zavara esetében az átlagos kezdeti adag felnőtteknek naponta 2–3-szor 1–2 tablettára (40–120 mg), de szükség esetén ez az adag napi 4-szer 2 tablettára (160 mg) is növelhető.

Későbbiek során, ha a kívánt hatást elértük, elégséges, ha az adagolást az egyénenként megállapított csökkentett, ún. fenntartó adagokkal folytatjuk.

A sympathicus túlstimulálása által okozott szívpanaszok könnyebb eseteiben a naponta 1–2-szer 1–2 tablettára (20–40 mg) adagolása legtöbbször elegendőnek bizonyult.

Angina pectoris esetében az átlagos kezdeti adag felnőtteknek naponta 3-szor 1–2 tablettára (60–120 mg), szükség esetén ez az adag napi 3-szor 3 tablettára (180 mg) növelhető, de adott esetben még nagyobb adagok is adhatók.

MELLÉKHATÁSOK: Felléphet szívelégtelenség, bradycardia, bronchospasmus. Főleg a kezelés kezdetén nemkívánatos mellékhatások (fáradtság, szédülés, gyomor-bél panaszok, hasmenés, hányás) előfordulhatnak. Az utóbbiak általában átmenetiek és csak kivételesen okoznak olyan panaszokat, melyek az adag csökkentését vagy a kezelés abbahagyását szükségessé teszik.

FIGYELMEZTETÉS! A Trasicor csak gondos orvosi ellenőrzés mellett alkalmazható. A szívelégtelenség, vagy nagyfokú bradycardia tüneteinek megjelenésekor az adagolást azonnal be kell szüntetni! Cukorbeteg antidiabeticum adagját adott esetben csökkenteni kell.

CSOMAGOLÁS: 40 db à 0,02 g tablettára 72,- Ft
200 db à 0,02 g tablettára 354,- Ft

MEGJEGYZÉS: Társadalombiztosító terhére szakrendelések szabadon rendelhetik, körzeti, üzemi stb. orvosok csak szakrendelés (fekvőbeteg-gyógyintézet) javaslatára rendelhetik.

® = CIBA-GEIGY AG.-BASEL bejegyzett védjegye.



CHINOI—BUDAPEST

(CIBA—GEIGY
AG.—BASEL licencia)

ORVOSI HETILAP

AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:
MARKUSOVSKY LAJOS
1857-ben

*

Szerkesztő bizottság:
ALFÖLDY ZOLTÁN DR.
BRAUN PÁL DR.
DARABOS PÁL DR.
FISCHER ANTAL DR.
HIRSCHLER IMRE DR.
LENART GYÖRGY DR.
SZÁNTÓ GYÖRGY DR.

* *

Felelős szerkesztő:
TRENCSÉNI TIBOR DR.

*

Munkatársak:
PAPP MIKLÓS DR.
GIACINTO MIKLÓS DR.
BTAGE ZSUZSANNA DR.
WALSA RÓBERT DR.
BUDA BÉLA DR.
HONTI JÓZSEF DR.

*

116. ÉVFOLYAM

*

1975. ÁPRILIS 20.

*

16. SZÁM

TARTALOMJEGYZÉK

Hamar Matild dr. és Temesvári Erzsébet dr.:
A contact érzékenység szerepe
a perioralis dermatitis előidézésében 903

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Esztergályos János dr., Karlinger Kinga dr.
és Pulay Tamás dr.:
Carcinoembryonalis antigen meghatározása
radioimmunológiai módszerrel 907

Horváth Mária dr., Alföldy Pál,
Ónody Klára, Petrányi Győző dr.
és Sz. Braun Éva:
Emberi érfal-antigenekkel kiváltható
sejtközvetített és humoralis immunválasz
vizsgálata 910

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Kontor Elemér dr., Verebely Tibor dr.
és Görgényi Ákos dr.:
A vele született vékonybélkettőzetek
klinikai megjelenési formáiról 915

GENETIKAI TANULMÁNYOK

Balázs Csaba dr., Bobory Júlia dr.,
Nagy György dr. és Petrányi Gyula dr.:
Cytogenetikai vizsgálatok
chronicus myeloid leukaemiában 918

KAZUISZTIKA

Degrell István dr.:
Acut totalis emlő-necrosis 926

HORUS

Orvostudományi Dokumentációs Szolgálat

A laryngoscopia történetének
magyar vonatkozásai 929

Medawar és a szervátültetés 931

Josué de Castro 934

A közegészségtan és az igazságügyi
(törvényszéki) orvostan oktatásának
viszonya Magyarországon
az elmúlt két évszázadban 935

Folyóiratreferátumok 937

Levelek a szerkesztőhöz 953

Hírek 954

Előadások, ülések 960

CONTINUIN

tabletta



Összetétel: Tablettánként 0,5 mg etinodioldiacetátot tartalmaz.

Hatás: Folyamatos, megszakítás nélküli szedése az ovulációt általában nem gátolja. A fogamzásgátló hatás, amely a szedés megkezdése után 5-7 nap múlva áll be, főként azon alapul, hogy a cervicális nyák fiziko-kémiai tulajdonságainak megváltozása miatt a spermiumok átjutása a nyakcsatornán akadályozott. A készítmény oestrogen nem tartalmaz, így mentes azoktól a mellékhatásoktól, amelyek a kombinált és szekvenciális fogamzásgátlók adagolása esetén az oestrogen komponens jelenlétének tulajdoníthatók

(thromboemboliás szövődmény, mellfeszülés, émelygés, testsúlygyarapodás).

A Continuin szoptató nőknél nem csökkenti a tejválasztást, így laktatio alatt is adagolható.

Adagolás: Az első tablettát bevételenek időpontja a menstruációs ciklus első napja. A továbbiakban napi 1 tablettát kell szedni folyamatosan (menstruációk idején is), azonos napszakban mindaddig, amíg a fogamzásgátlás biztosítása kívánatos.

Mellékhatások: A nők többségénél a Continuin szedése panaszt nem okoz. Egyeseknél mellékhatásként köztüverzések következhetnek be.

Ezek többnyire csak átmeneti jellegűek és nem indokolják a kúra megszakítását.

Ellenjavallatok: Terhesség, pubertas, májműködési zavarok, Dubin-Johnson-syndroma, Rotor-syndroma, anamnesisben szereplő idiopathikus terhességi icterus.

Megjegyzés: Kizárólag orvosi utasításra és rendszeres orvosi ellenőrzés mellett alkalmazható.

Rendelhető a 23/1973. (Eü. K. 17.) Eü. M. számú utasítás szerint.

Csomagolás: 42 tablettát, 13 Ft.

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.

A contact érzékenység szerepe a perioralis dermatitis előidézésében

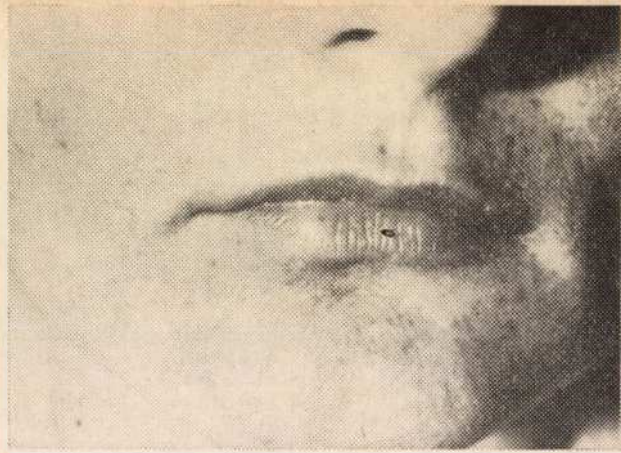
Hamar Matild dr. és Temesvári Erzsébet dr.

Néhány év óta a szakirodalomban egyre gyakrabban találkozunk az ez ideig kevésbé ismert kórfórmával, a *perioralis dermatitissel*. Az első eseteket Amerikában, Angliában, Dániában és Nyugat-Németországban észlelték (4, 8, 14, 15). Kialakulása feltehetőleg a bőr corticosteroid okozta bakteriológiai ökológiája megbomlásának következménye (19). Gyakoribb megjelenése összefügg a fluorozott corticosteroid tartalmú externák és kozmetikumok bevezetésével. Kezdetben fényérzékeny seborrhoidnak (6), rosaceaszerű dermatitisnek (15) tartották. A tünetek jellegzetes localisatiója alapján Mihan és Ayres (10) nevezte el 1964-ben perioralis dermatitisnek. Hazai jelentősége még nincs felmérve, előfordulására csupán egy eset közlése hívja fel a figyelmet (17). Értesüléseink és tapasztalatunk szerint jelenleg már gyakorlatunkban is egyre nagyobb számban fordul elő.

Elsősorban fiatal nők (25—35 év) betegsége. Hirtelen kezdet, subokban történő lefolyás jellemzi. A kezdeti eruptiók discretek, perioralisán, főként az állon a nasolabialis redőben helyezkednek el, az ajak körül egy 3—4 mm-es zónát szabadon hagyva. Később a folyamat továbbterjed az arc területén. Erythemás, többnyire csoportos, gombostüfejnnyi papulák, pseudopustulák jellemzik, később erythema és discret hámlás. Nem viszket, inkább ég, a recidivákat lángoló érzés kíséri (1, 12, 16). (1. és 2. ábra)

Szövettanában (9) az epidermis enyhe ekzematosis elváltozása, a dermisben perifollicularisan, illetve perivascularisan lymphocytás, histiocytás, plazmasejtes infiltráció látható.

Elkülönítése elsősorban a klinikailag hasonló kórképektől lényeges. Legjobban hasonlít a *rosacea*-ra, bár az inkább a későbbi életkorban kezdődik, jelenségei elsősorban nem perioralisán helyezkednek el. A *seborrhoeás dermatitis* lokalizációja is eltérő és zsiros, lemezes hámlás kíséri. Az *acne* a pubertáskorban kezdődik, comedo és hegeképződés jellemzi. *Rosaceaszerű tuberculoid* (Lewandowsky) esetén rendszerint az egész arc bőre vörbő, teleangiectasiás, vitropressióval sárgás beszűrődést mutató miliaris göbcsék láthatók. A *tuberculosis miliaris disseminata* — elsősorban fiatal férfiakon — az arc középső részén elhelyezkedő lág, kékesvörös, pikkelyes-pörkös, vitropres-

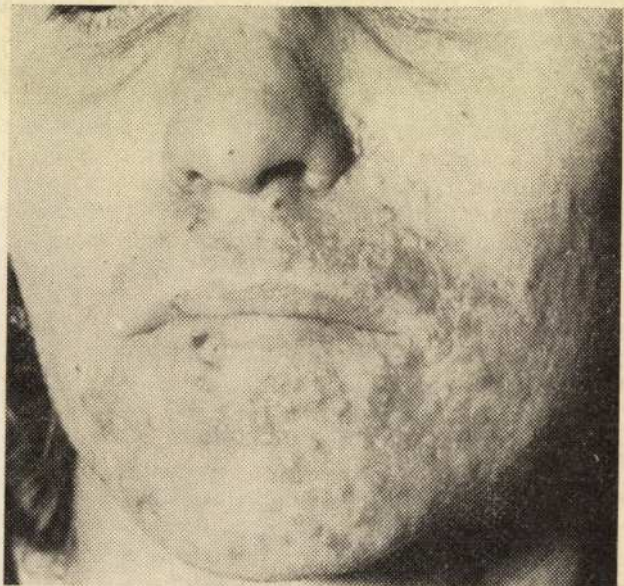


1. ábra.
Perioralis dermatitis kezdeti stádiumban

síóval jellegzetes lupoid jelleget, szövettanilag pedig tuberculoid felépítést mutató göbcsés elváltozás. Elkülönítendő a *sarcoïdosis* nagyobb területet beborító, gombostüfejnnyi barnásvörös papulái is.

Aetiologiája tulajdonképpen ismeretlen. Próbálták összefüggésbe hozni kontrceptív szerek szedésével (5, 7), fényérzékenységgel, candidiasissal (2), fusiformis baktériumokkal (3), kozmetikumok és testápolószerek használatával (15). Ez utóbbiakkal kapcsolatban szó lehet túlérzékenységről, valamint ezek bőringerlő hatásáról. Jelentős szerepet tulajdonítanak (19) a localis corticosteroid kezelésnek. Számos megfigyelés igazolja e készítmények hatására bekövetkező rosszabbodást, illetve recidivát. Az esetek gyakoribb megjelenése összefüggésben van a fluorozott corticosteroid tartalmú externák forgalomba kerülésével.

Kezelése (11, 13, 18) éppen az elmondottak miatt nagy körültekintést igényel. Legfontosabb a bőr gondos megtisztítása és mindennemű allergentartalmú externa és kozmetikum, testápolószerek kerülése. Fluorozott corticosteroid tartalmú készí-



2. ábra.
Perioralis dermatitis kifejezett papulosus tünetekkel

Sorszám	Életkor	Nem	Tünetek fennállásának ideje hónapban	Corticosteroid externa használata	Contact érzékenység
1.	18 év	♀	12	Ung. Flucinar	—
2.	22 év	♀	2	Ung. Flucinar	Paraben Hexachlorophen Pix phagi
3.	24 év	♀	12	kozmetikumok, Ung. Flucinar	—
4.	25 év	♀	6	Fabulon krém	Lanolin
5.	26 év	♀	12	Ung. Hydrocortison	Perubalzsam
6.	27 év	♀	12	Ung. Flucinar	Chrom
7.	31 év	♀	12	kozmetikumok, Ung. Ftrocort	—
8.	32 év	♀	10	Ung. Flucinar	P-phenylen-diamin
9.	33 év	♀	12	Ung. Hydrocortison	—
10.	37 év	♀	6	kozmetikumok, Ung. Ftrocort	—
11.	40 év	♀	6	Ung. Flucinar	Colophonium
12.	41 év	♀	24	Ung. Flucinar	—
13.	45 év	♀	17	Ung. Hydrocortison	—
14.	51 év	♀	6	Ung. Ftrocort	—
15.	74 év	♀	12	Ung. Flucinar	Higany

mény használata káros hatású, ezért feltétlenül kerülendő. Tünetmentesség *indifferens*, illetve enyhe desinficiáló hatású localis kezelés mellett — esetleg belsőleg tetracyclin adásával — érhető el.

Intézetünk allergológiai laboratóriumában 1974. évben felfigyeltünk a vizsgálatra jelentkezők között a perioralis dermatitises esetek gyakoribb előfordulására. Ezek között 15 olyan perioralis dermatitises beteg került esetleg contact érzékenység vonatkozásában vizsgálatra, akiken már hónapok óta fennállt a folyamat az alkalmazott terapia sikertelensége következtében. A betegek halmozottabb jelentkezése arra enged következtetni, hogy a perioralis dermatitises esetek száma a szakrendeléseken ennél jóval magasabb és ez a kórkép nálunk még nem kellőképpen ismert megbetegedés, ezért nem érdektelen előfordulására és az ez esetben alkalmazott fluorozott corticosteroidot tartalmazó helyi kezelés eredménytelenségére, sőt káros voltára ismételt felhívni a figyelmet.

Betegeink kivizsgálása során arra a kérdésre próbáltunk választ kapni, hogy a folyamat megindításában, illetve a későbbi recidivák előidézésében contact érzékenység játszik-e szerepet.

Eseteink legjellemzőbb adatait táblázatban tüntettük fel. Mind a 15 nőbeteg volt. Életkoruk 2 kivételével 18—45 év. Folyamatuk 6—17 hónap óta állt fenn. Discret tünetekkel kezdődött, minden esetben alkalmaztak corticosteroid helyi kezelést és megfigyelték az erre, illetve egy esetben corticosteroidot tartalmazó kozmetikum (Fabulon krém) tartós használatára bekövetkező rosszabbodást. Az időközben alkalmazott helytelen kezelés — többnyire fluorozott corticosteroid krém használata — következtében a folyamat többször recidivált is. A betegek egy része időközben orvosi tanács ellenére kozmetikai szereket használt. Ilyen esetben ismételt kiújulást észleltünk. Beszámoltak a betegek ezenkívül a bőr állapot napfény hatására bekövetkező rosszabbodásáról.

A helyi fluorozott corticosteroid kezelés kedvezőtlen hatása tehát betegeink esetében is bizonyított. Ezenkívül a kozmetikai szerekre bekövetkezett recidivák az irodalmi adatoknak megfelelően komolyan felvetették a contact érzékenység szerepét a betegség előidőzésében. Ezért betegeinket részletes allergológiai kivizsgálásban részesítettük. Az esetleges contact érzékenység kimutatása céljából epicutan próbákat végeztünk a nemzetközi epicutan standard allergen sorozattal — ami a leggyakoribb 20 allergent tartalmazza. Megvizsgáltuk a betegek által használt kozmetikumok és testápolószerek sensibilisatio szempontjából szoba jövő komponenseit is. A 15 beteg tesztelésekor 8 esetben — a vizsgáltaknak több mint felében — sikerült sensibilisatiót kimutatni. Perubalzsam, Colophonium, Pix phagi, PPD, Paraben, Hexachlorophen, Lanolin, chrom és Hg allergenekkel kapott pozitívítás magyarázható és összefüggésbe hozható a kozmetikai készítmények rendszeres használatával. Leggyakrabban sensibilisálnak a kozmetikumokban levő illatosító anyagok (Perubalzsam, Colophonium, Pix phagi) és konzerválószerek. Felelőssé tehető a túlérzékenységért a keñcs alapanyagban levő lanolin, valamint a detergens chrom-szennyezettsége. Egy esetben pedig (74 éves nőbeteg) gyógykezelés céljából használt merthiolattal konzervált szemcsepp indította meg a folyamatot a szem körül, helyi steroid kezelés után terjedt tovább és a recidivák már perioralis elrendeződést mutattak.

A kozmetikumok és az allergen tartalmú externák mellőzése és a bőr gondos megtisztítása után indifferens rázókeverék használatával kíséreltük meg a tünetmentesítést. Belsőleg elhúzódó, kis adagú (250 mg/die) tetracyclin kezelést vezettünk be. Két esetben a gyógyulási folyamatot megzavarta figyelmeztetésünk ellenére alkalomszerűen kozmetikum használata és helyi Flucinar kenőcsös kezelés. Ezek újabb fellángolást eredményeztek. A későbbiekben azonban — az előírások szigorú betartása mellett — bekövetkezett a tartós tünetmentesség.

Összefoglalás. A szerzők 15 perioralis dermatitises beteg bemutatásával hívják fel a figyelmet a kórkép gyakoribb hazai előfordulására; kezelésben helyileg alkalmazott fluorozott corticosteroid

tartalmú készítmények káros, a tünetek hónapokon át tartó fennállásához vezető hatására. Kivizsgálás során 8 esetben, az esetek több mint felében contact érzékenységet mutattak ki. A sensibilisatio kialakulása kozmetikumok tartós használatával magyarázható. Elsősorban sensibilisálnak az illatosító anyagok, a konzerválószer, a lanolin, a kozmetikumokban levő detergens chrom-szennyezettsége. Feltehető, hogy túlérzékeny betegeiken kozmetikumok használata, illetve higanyérzékeny betegen merthiolattal konzervált, szemcsepp alkalmazása után kialakult contact dermatitisből a helyi fluorozott corticosteroid kezelésre megváltozott ökológiai egyensúly következtében alakult ki a perioralis dermatitis.

IRODALOM: 1. Andrews, C. C., Domonkos, A. N.: Diseases of the skin. W. B. Saunders Co., Philadelphia—London—Toronto, 1971. 268. — 2. Brandford, L. G.,

Montes, L. F.: Hautarzt. 1970, 21, 150. — 3. Buck, A., Kalkoff, K. W.: Hautarzt. 1971, 22, 433. — 4. Dijk, E. és mtsai: Dermatologica. 1970, 140, 291. — 5. Ehlers, G.: Hautarzt. 1969, 20, 287. — 6. Frumess, G. M., Lewis, H. M.: Arch. Dermatol. 1957, 75, 245. — 7. Götz, H., Reichenberger, M.: Münch. med. Wschr. 1968, 110, 1913. — 8. Hjorth, N., Osmundsen, P., Rook, A., Wilkinson, D. S., Marks, R.: Brit. J. Derm. 1968, 80, 307. — 9. Marks, R., Black, M. M.: Brit. J. Derm. 1971, 84, 242. — 10. Mihan, R., Ayres, S.: Arch. Dermatol. 1964, 89, 803. — 11. Nasemann, Th.: Hautarzt. 1970, 21, 183. — 12. Rook, A.: Rosacea and rhynophyma, in Rook, A. and Wilkinson, D. S., Ebling, F. I.: Textbook of dermatology. Oxford—London—Edinburgh—Melbourne, 1972, II, 1294. — 13. Röckl, H., Schubert, E.: Hautarzt. 1971, 22, 527. — 14. Steigleder, G. K., Stempel, A.: Hautarzt. 1968, 19, 492. — 15. Steigleder, G. K.: Dtsch. med. Wschr. 1969, 94, 1393. — 16. Steigleder, G. K.: Perioralis dermatitis. Dermatologie und Venerologie. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1972, 489. — 17. Tamási P., Horkay I.: Orv. Hetil. 1972, 113, 86. — 18. Toyosi, J. O.: Hautarzt. 1972, 23, 79. — 19. Weber, G.: Brit. J. Derm. 1972, 86, 253.

CARL ZEISS, MLW, PACKARD, OLYMPUS és PZO gyártmányú

kórházi laboratóriumi műszerek esetenkénti és garancián túli javítása.

Rendszeres féléves karbantartásra szerződés köthető. SPEKOL, VSU-1, VSU-2, SPECORD UV-VIS fotométerek.

Régi és új típusú (FLAPHO 4) lángfotométerek.

Elektroforézis futtatókamrák és ERI-10, ERI-65 kiértékelők.

Mikroszkópok, polariméterek stb.

OLYMPUS gyártmányú gastroendoszkópiai vizsgáló műszerek garanciális és garancián túli javítása, karbantartása.

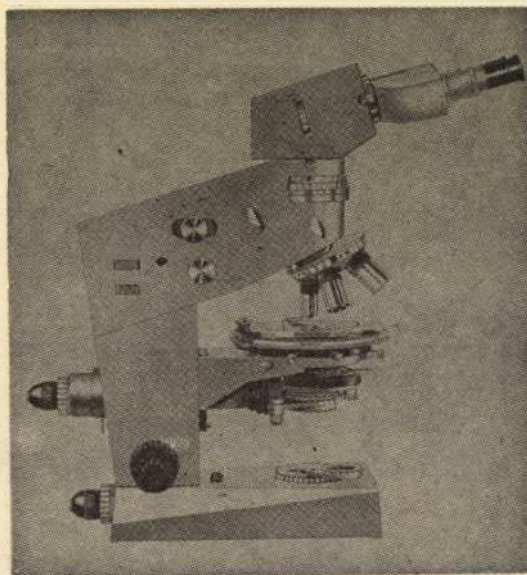
FOTO OPTIKA sz

Carl Zeiss szerviz

Megrendeléssel forduljon központunkhoz:

1053 Budapest, V., Kossuth Lajos u. 17.

Tel.: 186-942



PH

905

KÜLFÖLDI ÚTRA KÉSZÜL?

Kényelmes — közvetlen — olcsó



menetrendszerű autóbuszjáratok Budapest Engels térről



Egész éven át

AUSZTRIÁBA

Bécsbe

CSEHSZLOVAKIÁBA

a közeli szlovákiai városokba

LENGYELORSZAGBA

Zakopaneba

ROMANIÁBA

Nagyváradra, Kolozsvárra, Marosvásárhelyre

Tavasztól őszig
JUGOSZLÁVIÁBA
Opatijába, Splitbe, Dubrovnikba

az NDK-ba
Drezdába, Weimarba, Erfurtba

az NSZK-ba
Münchenbe

OLASZORSZAGBA
Velencébe



Jegyelővétel —
érvényes útlevelel —
egész szezonra előre

VOLÁNBUSZ UTAZÁSI IRODA

Budapest V., Engels téri autóbuszpályaudvar.
Telefon: 181-610, 180-978.

Jugoszláviába, Romániába, NDK-ba, Velencébe szálláshelyek ugyanitt előre lekötethetők

Reagens	Standard	Ismeretlen	Ag-at
Ismeretlen	—	0,1 ml	—
Standard	0,1 ml	—	—
NRS puffer.....	—	—	0,1 ml
Anti-CEA antitest..	0,1 ml	0,1 ml	0,1 ml
30 perc incubálás 45 C-on			
J-125 CEA	0,1 ml	0,1 ml	0,1 ml
30 perc incubálás 45 C-on			
+			
60 perc incubálás 4 C-on			
NRS puffer.....	2,2 ml	2,2 ml	2,2 ml
Telített (NH ₄ / ₂ SO ₄)	4,2 ml	4,2 ml	4,2 ml
Centrifugálás és mérés			

Semmelweis Orvostudományi Egyetem,
Radiológiai Klinika (igazgató: Zsebők Zoltán dr.),
I. Nőgyógyászati Klinika (igazgató: Csömör Sándor dr.)

Carcinoembryonális antigen meghatározása radioimmunológiai módszerrel

Esztergályos János dr., Karlinger Kinga dr.
és Pulay Tamás dr.

A daganatspecifikus antigen gondolata nem új. Már a századforduló táján sokatigérő adatok láttak napvilágot, amelyeket azonban csak az ötvenes évek elején sikerült megbízható kísérletekkel igazolni.

Gold és mtsai 1965-ben izoláltak olyan kettős természetű — rendszer- és daganatspecifikus — antigent, amely ugyanúgy megtalálható a gyomor-bél huzam minden entodermális eredetű adenocarcinomájában, mint a magzati bélben az első két gestációs trimeszterben (1, 2, 3, 4). Az antigen megjelenését depressív dedifferentiálódás eredményének tekintették és ezért carcinoembryonális antigennek (CEA) nevezték el. Azóta egy egész sor magzati fehérjéről derült ki, hogy felnőtt daganatos betegekben újra megjelenik (5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14). A carcinoembryonális antigen béta motilitású globulin, melynek molekulásúlya 200 000 (15).

Az első radioimmunológiai módszert a CEA mérésére Thomson (16) dolgozta ki. A tumorspecifikus glykoproteint colon tumoros beteg máj-metastasisából vonták ki a Krupey és mtsai (3, 17) által kidolgozott fizikokémiai eljárás segítségével. Később az ilyen módon izolált CEA-ban vércsoport-antigen jelenlétét írták le (18, 19), amely a vizsgálat értékelhetőségét nagymértékben gyengítette. Ennek elkerülése érdekében Smith és mtsai (20) az extractiós eljáráshoz 0 vércsoportú colon tumorban elhalt egyén máj-metastasisát használják, valamint az antigen jobb határfokú kinyerése céljából a Marchesi és Andrews (21) diodoszalicilátos eljárását alkalmazzák. A radioimmunológiai eljáráshoz vagy nativ (22, 23) vagy perchlorsavval extrahált (16, 24, 25) serumot használnak.

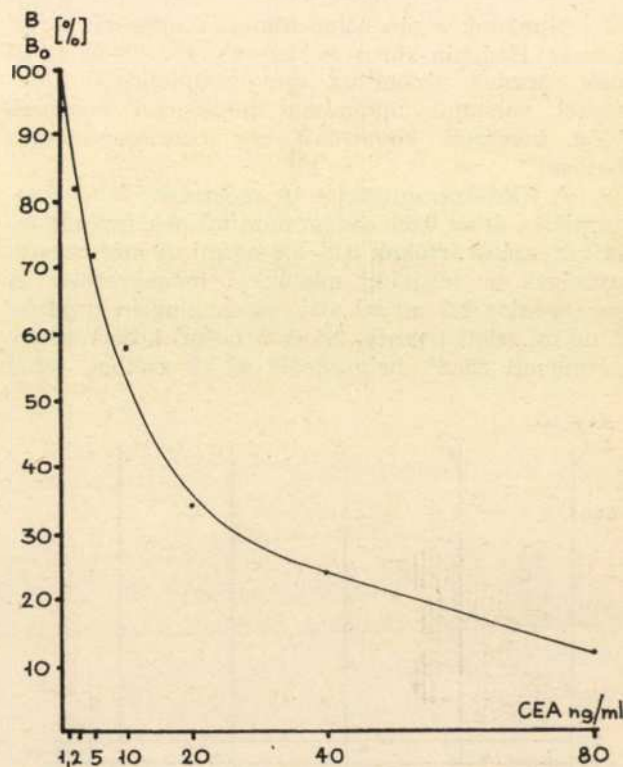
Orvosi Hetilap 1975. 116. évfolyam, 16. szám

2*

Az antitesthez kötött és szabad antigen szétválasztására — hasonlóan a többi radioimmun meghatározáshoz — többféle módszert dolgoztak ki. A két legelterjedtebb eljárás a Thomson-féle ammoniumsulphatos kicsapás és az Egan és mtsai (26) által erre az antigenre alkalmazott kettős antitest módszer.

Anyag és módszer

A vizsgálandó vér előkészítése: a levett vért lecentrifugáltuk és a serumot azonos mennyiségű 2 M perchlorsavval 30 percen keresztül extraháltuk. Centrifugálás után a felülúszót hideg folyó csapvízzel szemben 24 óráig dialysáltuk, majd újabb 24 órán ke-



1. ábra.
Carcinoembryonális antigen radioimmun vizsgálatához készített standard görbe. Vízszintes tengelyen a standard hígítások nanogram/ml-ben. Függőleges tengelyen az egyes hígítások aktivitása a lehetséges összes antigen-antitest kötés százalékában

resztül 0,1 M-os pH 8,4-es borát pufferrel szemben folytattuk a dialysist. Az így előkészített mintákat — a meghatározásig —20 °C-on tároltuk.

¹²⁵J-dal jelölt CEA-t, a nyúlban termelt antitestet és a standard carcinoembryonalis antigent H. J. Smith (Research and Education Division of Health Central, Inc. and Life Sciences Foundation, Minneapolis, Minnesota, USA) bocsátotta rendelkezésünkre.

A jelölt carcinoembryonalis antigent újratisztítottuk Sephadex G—200-as oszlopon.

NRS puffer: 0,1 M-os pH 8,4-es vegyhatású borát puffer, mely 1/0 normál nyúl-serumot tartalmaz.

Standard hígítási sor és görbe készítése: a 160 nanogramm CEA tartalmú, nagy tisztaságú liofilizált preparátumot 2 ml NRS pufferben feloldottuk, majd az így nyert 80 ng/ml koncentrációjú oldatból felező hígítási sort készítettünk: 80—40—20—10—5—2,5—1,25 ng/ml tartalmú standardokat nyertünk.

Az egyes hígításokból két-két párhuzamos csőbe 100—100 µl-t mértünk, majd ezeket összekevertük azonos mennyiségű (100 µl) alkalmasan hígított monospecifikus antitesttel. Az oldatokat 45 °C-on 30 percig incubáltuk, majd az elegyhez 100 µl ¹²⁵J CEA-t adtunk. Az incubálást az előbbi hőmérsékleten újabb 30 percig folytattuk. A csöveket 4 °C-ra hűtöttük és ezen a hőfokon tartottuk egy órán keresztül. Utolsó lépésként minden csőbe 2,2 ml NRS puffert, majd 4,2 ml telített ammoniumsulphatot pipettáztunk. A csapadék aktivitását centrifugálás után gamma számlálóban mértük.

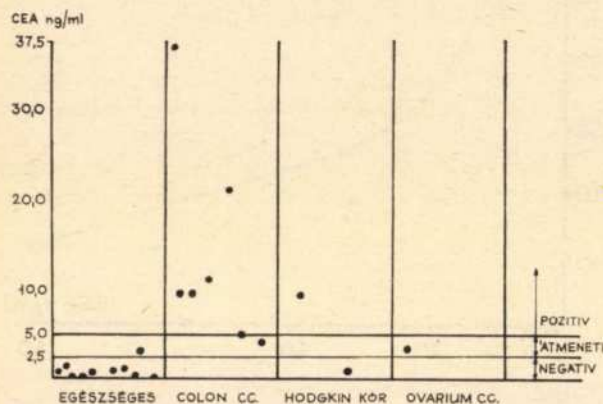
Az antitest antigenkötő kapacitása — a teljes aktivitás százalékában kifejezve — 31/0 volt. A felező hígítási sor értékeivel készített kalibrációs görbét az 1. ábra szemlélteti.

Ismeretlen serumok vizsgálata: a vizsgálatra előkészített — extrahált — serumokat a standard mintákkal azonos módon kezeltük. A vizsgálat menetét táblázatunkban mutatjuk be.

Eredmények és megbeszélés

Munkánk során colon tumoros, ovarium carcinomás, Hodgkin-kóros és egészséges kontroll egyének serumát vizsgáltuk radioimmunológiai módszerrel, valamint ugyanezen módszerrel hosszabb időn keresztül követtünk egy choriocarcinomás beteget.

A CEA-koncentrációt 10 egészséges felnőtt serumában átlag 0,66 nanogramm/ml-nek (ng/ml) találtuk, szélső értékek 0,0—2,8 ng/ml. A mért mennyiségek az irodalmi adatokkal megegyeznek. A serum-szint 2,5 ng/ml alatt egyértelműen negatív, 5 ng/ml felett pozitív, 2,5 és 5 ng/ml között az ún. „átmeneti zóna” helyezkedik el. 9 esetben tehát



2. ábra. Tíz egészséges, hét colon-carcinomás, két Hodgkin-kóros és egy ovarium carcinomás beteg serumában mért CEA mennyiség

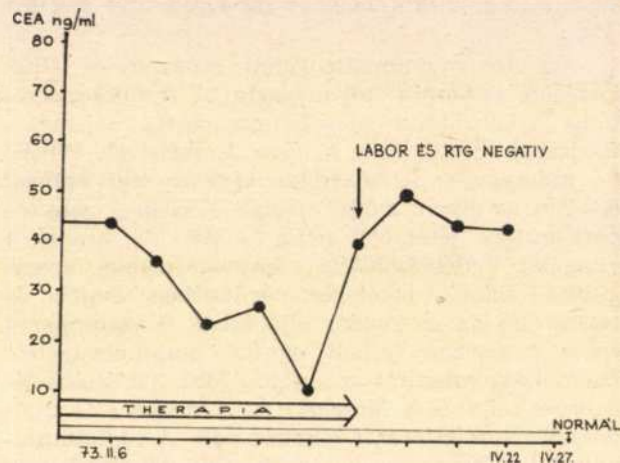
negatív eredményt kaptunk, egy egészséges felnőtt serumában pedig alacsony „átmeneti” értéket találtunk. A módszer érzékenységét rontja, hogy az egészséges egyének 10—16/0-ában — irodalmi adatok szerint — magas CEA-szint mérhető. Ezek egy része erősen dohányzik.

Stevens és mtsai (27) szerint az erősen dohányzók 13,6—51/0-ában a CEA-szint megemelkedik.

7 colon carcinomás betegünk (a tumor minden esetben a flexura lienalistól distalisán helyezkedett el, kezelésben egyikük sem részesült) serumában átlag 13,2 ng/ml CEA-koncentrációt mértünk, szélső értékek: 4,5—37 ng/ml. A tumor elhelyezkedése szerint: flexura lienalis 4,5 ng/ml; colon descendens 5,0 ng/ml; sigma 7,0—7,0—11,0—21,0 ng/ml; rectum 37,0 ng/ml. Egy ovarium carcinomás beteg serumában 3,0 ng/ml-es CEA-koncentrációt találtunk. Két kezeletlen Hodgkin-kóros betegünk egyikében 8 ng/ml-es eredményt kaptunk, a másik beteg serumá CEA tekintetében negatívnak bizonyult (2. ábra).

Egy choriocarcinomás beteg serumának CEA-tartalmát a cytostaticus kezelés során más rendelkezésre álló diagnosztikus eljárásokkal párhuzamosan — rtg, Galli—Mainini stb. — vizsgáltuk. (A kezeléssel egy időben még nem állt rendelkezésünkre megfelelő anyag, ezért a radioimmun vizsgálatot később végeztük el.)

A „konvencionális” diagnosztikai eszközökkel vizsgálva, a beteg tünetmentessé, illetve negatívvá vált. A kezelést ekkor beszüntettük, ezt követően — rövid idő múlva — klinikailag és az említett vizsgálóeljárásokkal is teljes visszaesés volt megfigyelhető. Radioimmun módszerrel vizsgálva a serum CEA-szint mindvégig pozitív maradt. A kezelés során kezdetben a CEA-koncentráció csökkent, a legalacsonyabb érték 10 ng/ml volt. Már a kezelés elhagyása előtt lassan emelkedő tendenciát mutatott és a szokványos laboratóriumi és klinikai módszerekkel felismerhető recidiva kialakulása előtt visszatért a kiindulási értékre (3. ábra). A serum CEA-szint nem feltétlenül mutat össz-



3. ábra. Choriocarcinomás beteg serumának carcinoembryonalis antigen-koncentrációja a kezelés alatt és után. Nyíl mutatja azt az időpontot, amikor a beteg a konvencionális vizsgálati eljárásokkal negatívnak mutatkozott

szefüggést a betegség súlyosságával (28), egyértelműen csak a negatívvá válás értékelhető (16). A későbbi gyors visszaesés azt bizonyítja, hogy a rendkívül érzékeny radioimmunológiai eljárás mutatta a valóságnak megfelelő állapotot. Feltételezhetően a daganatos sejteket nem sikerült elpusztítani, csak azok jelenléte a kevésbé érzékeny módszerekkel nem volt kimutatható.

Köszönetünket fejezzük ki *H. J. Smith*-nek (Research and Education Division of Health Central, Inc. and Life Sciences Foundation, Minneapolis, Minnesota, USA), hogy a standard és jelölt antigent, valamint az antitestet rendelkezésünkre bocsátotta.

Összefoglalás. Szerzők hazánkban elsőként számolnak be carcinoembryonalis antigen radioimmunológiai vizsgálattal szerzett tapasztalataikról. Röviden ismertetik a módszer kidolgozásának és továbbfejlesztésének történetét, majd részletesen foglalkoznak az általuk alkalmazott methodikával. Különböző daganatos betegségben szenvedő és egészséges kontrollok serumát vizsgálták. Megállapítják, hogy eredményeik az irodalmi adatokkal egybehangzóan azt mutatják, hogy az antigen jelenléte colon carcinomára jellemző és koncentrációja a topographiával szoros összefüggést mutat.

Egy choriocarcinomás eset kapcsán felhívják a figyelmet a carcinoembryonalis antigen radioimmunoassay nagy jelentőségére a terapia hatosságának ellenőrzésében.

IRODALOM: 1. *Gold, P. és Freedman, S. O.:* J. Exp. Med. 1965, 121, 439. — 2. *Gold, P. és Freedman, S. O.:* J. Exp. Med. 1965, 122, 467. — 3. *Krupey, J. és mtsai:* Nature. 1967, 215, 67. — 4. *Krupey, J. és mtsai:* J. Exp. Med. 1968, 128, 387. — 5. *Tee, D. E. és mtsai:* Eu. J. of Cancer. 1965, 1, 315. — 6. *Yashi, A. és mtsai:* J. Nat. Cancer Inst. 1968, 40, 663. — 7. *Haakinen, I. és Viikari, S.:* Ann. J. of Surgery. 1969, 169, 277. — 8. *Barnes, S. J.:* Protides of the Biological Fluids. Oxford. Pergamon Press, 1970. 281. — 9. *Buffe, D. és mtsai:* International J. of Cancer. 1970, 5, 75. — 10. *Edynak, E. M. és mtsai:* Proc. Am. Assoc. Cancer Res. 1970, 11, 22. — 11. *Abelev, G. I.:* Adv. Cancer. Res. 1971, 14, 295. — 12. *Klavins, J. V. és mtsai:* Nature. New Biology. 1971, 234, 153. — 13. *Trouillas, P.:* Lancet. 1971, 2, 552. — 14. *Purves, L. R. és Greddes, E.:* Lancet. 1972, 1, 47. — 15. *Von Kleist, S. és Burtin, P.:* Cancer Res. 1969, 29, 1961. — 16. *Thomson, D. M. P. és mtsai:* Proc. Nat. Acad. Sci. USA. 1969, 64, 161. — 17. *Krupey, J. és mtsai:* Immunochemistry. 1972, 9, 617. — 18. *Turner, M. D. és mtsai:* Immunology. 1972, 108, 1328. — 19. *Gold, J. M. és mtsai:* Nature. (New Biology) 1972, 239, 60. — 20. *Smith, H. J. és mtsai:* Res. Comm. Chem. Pathol. Pharmacol. 1973, 5, 573. — 21. *Marchesi, V. T. és mtsai:* Science. 1971, 174, 1247. — 22. *Moore, T. L. és mtsai:* Am. J. Dig. Dis. 1971, 16, 1. — 23. *LoGerfo, P. és mtsai:* New Exp. J. Med. 1971, 285, 138. — 24. *McSween, N. L. és mtsai:* Br. J. Cancer. 1972, 26, 356. — 25. *Laurence, D. J. R. és mtsai:* Br. Med. J. 1972, sept. 609. — 26. *Egan, M. L. és mtsai:* Immunochem. 1972, 9, 289. — 27. *Stevens és mtsai:* Lancet. 1973. dec. 1238. — 28. *Meecker és mtsai:* Arch. Surg. 1973, 107, 266.

Arthrofluor

kenőcs

Antirheumaticum



ÖSSZETÉTEL: 1 tubus (25 g) 0,025 g natrium fluoratumot tartalmaz hydrophyl kenőcs alanyagban.

JAVALLATOK: Degeneratív ízületi elváltozások, spondylosisok, arthrosishoz társuló arthritisek – gyulladásos ízületi kórformák, posztraumás arthritisek –, valamint myalgiaák esetében terapiás kiegészítésként.

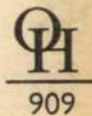
ADAGOLÁS: Naponta egy vagy több (2–3) alkalommal a fájdalmas testrészt (izület) és környékét vékonyan bekenni és a kenőcsöt bedörzsölni.
A kezelés legalább egy héten át folytatandó.

FIGYELMEZTETÉS: Kenőcsös kézzel a szemhez nyúlni nem szabad!

MEGJEGYZÉS: †† Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

CSOMAGOLÁS: 1 tubus (25 g) 6,70 Ft

Biogal



909

Emberi érfal-antigenekkel kiváltható sejtközvetített és humoralis immunválasz vizsgálata

Horváth Mária dr., Alföldy Pál,
Ónody Klára, Petrányi Győző dr.
és Sz. Braun Éva

Az allergiás és atheroscleroticus érfolyamatok közötti hasonlóságra számos klinikai (12, 13, 31, 45), kórbonctani (23, 26, 46) és experimentális (6, 34, 47) megfigyelés utal. Ezek hívták fel a figyelmet az immunfolyamatok jelentőségére az atherosclerosis pathogenesisében (54, 20).

Az intima károsodását — amely stereotyp módon, aspecificus mesenchymalis reakciót indít meg (25) és másodlagosan vezet proliferatív reparációhoz vagy hegesedéshez — sok egyéb tényező mellett (56, 33, 22, 19, 28) immunfolyamatok, azaz humoralis ellenanyagok (11, 17), agresszív mononuclearis sejtek (8) vagy antigen-antitest komplexek (15) is létrehozhatják.

Az érpályában keringő béta-lipoproteinek (30, 2, 3, 18, 53), valamint az érfal és annak különböző összetevői (54, 55, 48, 39, 35, 51, 1, 43, 53), mint antigenek elleni humoralis immunválaszt igen sokoldalúan bizonyították.

A megbetegedett arteria venával történő pótlásának elterjedésével a venafal antigenitálásának lehetősége is felmerült (50, 16). Thrombophlebitises érfolyamatokban ugyancsak sikerült venafal ellenes antitesteket kimutatni (21), amelyeknek kóroki szerepe azonban még nem tisztázott.

A sejtközvetített immunválasz vizsgálata csak az utóbbi évtizedben élénkült meg a transzplantációs immunologia elméletének és gyakorlatának gyors fejlődésével kapcsolatban. Különös érdeklődést váltottak ki azok a megfigyelések, hogy az experimentális és emberi szívtültetések után kialakuló késői átültetési reakciókban nemcsak a szövettani kép, hanem a lipoidanyagcsere- és a véralvadási zavarok is a spon-tán atherosclerosisra emlékeztetnek (57, 9, 29, 24).

E megfontolások alapján azt a célt tűztük magunk elé, hogy atheroscleroticus és thrombophlebitises érfolyamatokban megvizsgáljuk a sejtközvetített immunválasz jelentőségét és a humoralis immunválaszhoz való viszonyát.

Mivel az általunk használt antigen cellularis immunválaszra gyakorolt hatását illetően még nem

voltak adataink, olyan modellt választottunk — nevezetesen tengerimalacot —, amely alkalmas a sejtközvetített immunválasz tanulmányozására. Ezért első lépésként xenogen rendszerben vizsgáltuk meg az emberi eredetű érfal-antigenek hatását.

Anyag és módszer

Antigenként friss emberi hullából származó lipoid plaque-os aorta vagy ép vena cava fal CaCl_2 —Tris—Citrat pufferes kivonatát (a továbbiakban CTC *extractumát*) használtuk, amelyet Robert és mtsai (41, 42) az arteriafal és kötőszövet macromolecularis összetevőinek frakcionálására leírt módszerével állítottunk elő. Az aorta és venafal CTC frakciói vízben oldódó fehérjéket, glycoproteideket és proteoglycanokat tartalmaznak. Bár azonos komponensek — pl. plasma eredetű fehérjék — mindkét érfeleség CTC kivonatában megtalálhatók, összetevőikben és immunológiai-lag is különböznek egymástól (7). A megfelelő koncentrációjú antigen oldatokat használat előtt 0,45 μ pórusnagyságú Swinnex szűrőn (Millipore Filter GmbH) sterilre szűrtük. Az érfal CTC kivonatok fehérjetartalmát biuret módszerrel határoztuk meg.

Kísérleti állatok. Kísérleteinkhez 300—500 g súlyú, mindkét nembeli tengerimalacokat használtunk. Az állatokat három csoportba osztottuk. Hat állatot aorta-CTC-vel, hat állatot vena-CTC-vel immunizáltunk. A kontroll csoportba három állat tartozott.

Az immunizálás módja és az immunizálásra használt antigenek dózisa. Az érfal-antigeneket komplett Freund-adjuvánszal (Difco) 1:1 arányban keverve, 1 ml-es összetérfogatban subcutan adtuk be az állatok négy talpába szétosztva, egy alkalommal. A kontroll csoport állatai csak komplett Freund-adjuvánszt kaptak 1 ml-es mennyiségben. Mind az aorta-CTC-vel, mind a vena-CTC-vel immunizált csoportban 4—4 állatnak 500 $\mu\text{g/ml}$, 2—2 állatnak 10 $\mu\text{g/ml}$ fehérjét tartalmazó érfalkivonatot adtunk. A 10 μg vena-CTC-vel kezelt állatokat az első antigen alkalmazása utáni negyedik héttől kezdve öt héten át hetente egyszer 10 μg vena-CTC-vel intraperitonealisán újraoltottuk. Ezen csoport állatai összesen 60 μg vena-CTC kivonatot kaptak. Az 500 μg érfal-antigenrel immunizált állatok feldolgozása az immunizálást követő második és ötödik, a 10 μg aorta-CTC-vel immunizált állatoké a hetedik héten történt. A 10 μg vena-CTC-vel kezelt és hyperimmunizált állatokat a kilencedik héten dolgoztuk fel.

Az immunizálás után a fent jelzett időpontokban mindkét fajta érfal-antigenrel in vivo intracutan bőrpróba, in vitro migratio-gátlás és DNS-synthesis vizsgálatára került sor. Egyidejűleg a humoralis ellenanyagok mennyiségét is meghatároztuk.

A *bőrpróbát* két nappal az állatok feldolgozása előtt végeztük. A leborotvált hasfal bal oldalára az immunizálásra használt antigen, jobb oldalára a másik fajta érfalkivonat 5 μg fehérjét tartalmazó dózisát adtuk be intracutan 0,05 ml-es térfogatban. Az antigen hígítása 15% magzati borjú-serumot (fetal calf serum = FCS) tartalmazó minimal essential medium (MEM—Gibco) tápfolyadékkal történt. Kontrollként a has alsó két felére azonos mennyiségben 0,9%-os NaCl-ot, illetve FCS-ot tartalmazó MEM tápfolyadékot alkalmaztunk. 48 óra múlva olvastuk le az eredményeket. Pozitívként értékeltük az 5 mm-nél nagyobb átmérőjű bőrpírt és a kifejezett indurációt.

A *migratio-gátlás* módszerével végzett kísérleteinkben részben kapillaris technikával (14), peritonealis exsudatum-sejtek, részben *Svejcar* módszerével (52) lépfragmentum sejteinek direkt migrációját határoztuk meg az *immunizálásra használt* és a másik fajta érfal-antigen jelenlétében, illetve antigen nem tartalmazó tápfolyadékban.

A peritonealis exsudatum-sejteket 20 ml steril paraffinolaj intraperitonealis befecskendezése után három nappal steril Hank's oldatban vettük ki. Kétszeri mosás (10 percig, 1500 rpm-nél, hűtőcentrifugában

Hank's oldattal) és trypankék festéssel történt sejt-számolás után a sejtszámot $0,5-1,0 \cdot 10^8$ /ml-re állítottuk be. A sejt-szuspensziót kapillárisokba szívtuk fel. Ezek egyik végét lezártuk, majd a kapillárisokat 6 percig 800 rpm-mel centrifugáltuk -4°C -on. Ezután a sejt-folyadék határon elvágtuk a kapillárisokat és szilikon zsírral rögzítettük a migrációs kamra fenekére. Egy kamrába két vagy három kapillárist tettünk.

A steril Hank's oldatba helyezett lépeket borotvapengével kb. egyenlő nagyságú fragmentumokra daraboltuk és migrációs kamrákba helyeztük.

Fedőlemezzel történő lezárás után a kamrákat megtöltöttük az antigen-oldattal, illetve antigen-mentes MEM tápfolyadékkal. $10 \mu\text{g}/\text{ml}$ -es koncentrációban alkalmaztuk mindkét fajta érfal-antigént, mert előkísérletben ez bizonyult a legnagyobb nem toxicus dózisnak. Az antigen hígítása MEM tápfolyadékkal történt, amelyhez kapilláris technikánál 10% , lépfragmentum módszernél 20% arányban FCS-t és antibioticumokat ($100 \mu\text{g}/\text{ml}$ penicillint és $10 \mu\text{g}/\text{ml}$ Streptomycint) adtunk. A migrációs kamrákat 18–24 óráig Assab-termosztátban 5% CO_2 -ot és 70% relatív páratartalmat biztosító környezetben incubáltuk.

Az értékelést projekciós mikroszkóppal történt kivétel után planimetriásan végeztük. Lépfragmentumok esetén a migrációs gyűrű sugarát a Švejar-féle képlet (52) alapján számítottuk ki: $D = 0,564(\sqrt{P_2} - \sqrt{P_1})$ — D: migrációs gyűrű sugara, P_2 : lépfragmentum körüli migrációs mező planimetriás értéke, P_1 : lépfragmentum planimetriás értéke.

Minden vizsgálat során legalább öt párhuzamos mintát készítettünk.

A migratio-gátlás mértékét migrációs indexben (MI) fejeztük ki.

$$MI = \frac{\text{migrációs mezők átlaga antigen jelenlétében}}{\text{migrációs mezők átlaga antigen nélkül}}$$

A 0,8-nél kisebb migrációs indexet értékeltük pozitívként.

A DNS-synthesis vizsgálatához immunizált állatok axillaris nyirokcsomóiból preparáltuk a lymphocytákat steril körülmények között. A kultúrák sejtszámát 10^6 /ml-re állítottuk be 10% bovin serumot tartalmazó MEM tápfolyadékkal. Falcon tenyésztőeszközökben (Technomara A. G.) 1 ml-es kultúrákat készítettünk, amelyekhez 0,1 ml-es térfogatban adtuk az érfal-antigenek hígításait. Legalább három párhuzamos mintát készítettünk minden antigen-koncentrációból. A kontroll tenyészetekhez érfal-antigént nem adtunk. Phytohaemagglutininnel (PHA-M: Difco) stimulált kultúrák szolgálták pozitív kontrollként az előkísérlet alapján meghatározott dózisban ($0,003 \text{ ml}/10^6 \text{ ly}$).

A keresztreaktivitás vizsgálata céljából néhány esetben az ellentétes érfalkivonat azonos dózisainak stimulációs hatását is meghatároztuk.

Egyidejűleg kontroll állatból származó lymphocyták érfal-antigenekkel szembeni érzékenységét is megvizsgáltuk. Legalább három párhuzamos mintát készítettünk minden antigen-koncentrációból.

A DNS-synthesis ^3H -thymidin 12 órás beépülésének vizsgálatával mértük. $1 \mu\text{Ci}$ ^3H -thymidint adtunk 0,1 ml mennyiségben minden kultúrához (specificus aktivitás: $10 \text{ mCi}/\text{mMol}$ —Amersham). Négy napos Assab-termosztátban (5% CO_2 , 70% relatív páratartalom) történő tenyésztés és preparálás után, amely Onody és mtsai által közölt módon történt (36), automata Packard-készülékben mértük a beépült ^3H -thymidin aktivitást.

A stimulációs mértéket thymidin incorporációs indexben (TII) fejeztük ki.

$$TII = \frac{\text{átlagos cpm antigen jelenlétében}}{\text{átlagos cpm antigen nélkül}}$$

Az 1,5-nél nagyobb TII indexet vettük pozitívnak.

A humoralis ellenanyagokat szívpunkcióval nyert vérmintákból linearis (Oudin) és radialis (Mancini) immundiffúziós módszerrel és passiv haemagglutinációval (Boyden) határoztuk meg. A radialis immundiffúzióval a lemezre az antigént vittük fel agaroseval ke-

verve és a lyukakba mértük a vizsgálandó savót. Linearis immundiffúzióval $2 \text{ mg}/\text{ml}$, radialis immundiffúzióval $0,1 \text{ mg}/\text{ml}$ koncentrációban alkalmaztuk az érfal-antigeneket. Oudin módszerével a „h” értéket, Mancini módszerével a praecipitációs gyűrű átmérőjét határoztuk meg. Passiv haemagglutinatio során $2,5$ százalékos glutaraldehiddel sensitizált „0” Rh pozitív human vörösvérsejtekhez kötöttük az aorta- és vena-fal CTC kivonatát oly módon, hogy 20 ml 20% -os vörösvérsejt-szuspenszióhoz adtunk 10 ml 25 g proteint tartalmazó érfal-antigént.

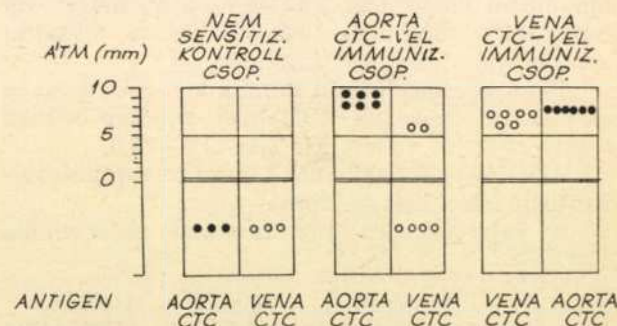
Eredmények

Intracutan bőrpróba. A kontroll csoportban egyik fajta érfalkivonat sem okozott pozitív bőrpróbát.

Mindkét immunizált csoportban a sensitizálásra használt antigen pozitív bőrreakciót váltott ki. A bőrpír átmérője és az induratio mértéke körülbelül azonos volt akár $500 \mu\text{g}$, akár $10 \mu\text{g}$ érfal-antigennel történt az immunizálás. Ugyancsak nem változott a bőrpróba erőssége az immunizálást követően a 2. és 9. hét között.

Az aorta-CTC minden esetben nagyobb átmérőjű és kifejezettebb induratióval járó reakciót váltott ki, mint a vena-CTC.

A kétfajta érfalkivonat között keresztaktivitást észleltünk. Az aorta-CTC-vel immunizált csoportban a vena-CTC csak az immunizálást követő 2. héten okozott $5-7 \text{ mm}$ átmérőjű bőrpírt enyhe induratióval, a későbbi időpontokban már nem, viszont a vena-CTC-vel immunizált csoportban az aorta-CTC minden időpontban $8-10 \text{ mm}$ átmérőjű, kifejezett induratióval járó bőrreakciót váltott ki (1. ábra).



1. ábra. Érfal-antigenekkel kiváltható intracutan bőrpróba

Migratio-gátlás. A kontroll csoportban sem az aorta-, sem a vena-CTC-kivonat nem csökkentette a sejtek migrációját. Migrációs index: $0,8-1,0$ között.

Mindkét immunizált csoportban a sensitizálásra használt antigen egy-egy eset kivételével kifejezetten gátolta a sejtek migrációját. Az aorta-CTC-vel immunizált csoportban $0,08-0,36$ közötti, a vena-CTC-vel immunizált csoportban $0,1-0,55$ közötti migrációs indexeket észleltünk.

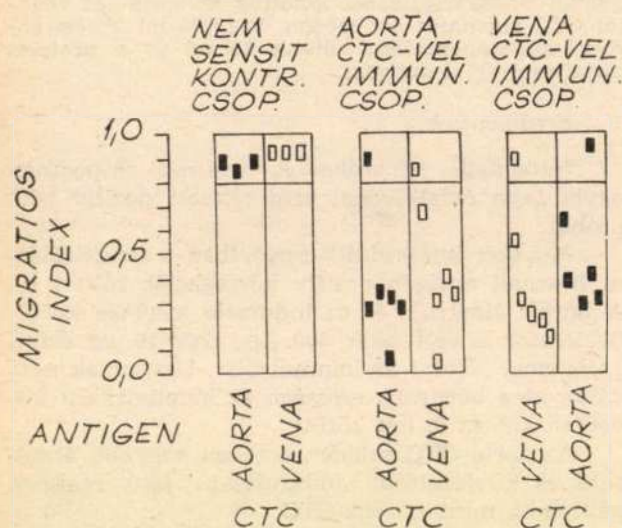
Az aorta- és vena-CTC-kivonat között migratio-gátlás módszerével is keresztreaktivitást találtunk. MI: $0,1-0,6$ között.

Mivel a kapilláris és lépfragmentum módszerrel azonos eredményt kaptunk, nem tüntettük fel külön az alkalmazott technikát.

A migratio-gátlásra vonatkozó vizsgálataink eredményeit szemlélteti a 2. ábra.

DNS-synthesis. A kontroll csoportban egyik érfalkivonat sem fokozta a ³H-thymidin incorporációt. TII: 0,9—1,3.

Az immunizált állatok csoportjában a sensitizálásra használt antigen fokozott DNS-synthesisist



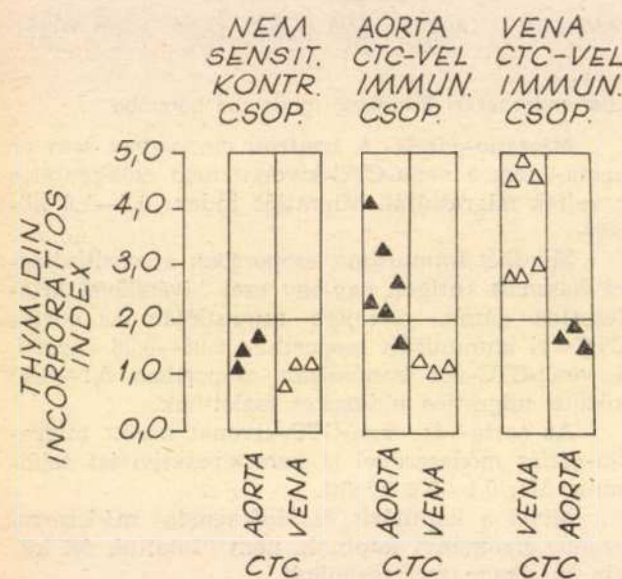
2. ábra. Érfal-antigenekkel kiváltható migratio-gátlás

indukált. Az aorta-CTC-kivonat lényegesen kisebb dózisban (3,0—0,3 µg) fokozta a lymphocyták in vitro ³H-thymidin incorporációját, mint a vena-CTC-extractum (25,0—3,0 µg). Az aorta-CTC-vel immunizált csoportban 1,57—3,05, a vena-CTC-vel immunizált csoportban 1,88—3,9 közötti thymidin incorporációs indexeket kaptunk.

Phytohaemagglutinin mind a kontroll, mind az immunizált csoportok állataiban minden esetben pozitív reakciót váltott ki. TII: 11,0—15,0.

A kétfajta érfalkivonat között keresztreaktivitást nem észleltünk (3. ábra).

A sejtközvetített immunválaszt reprezentáló

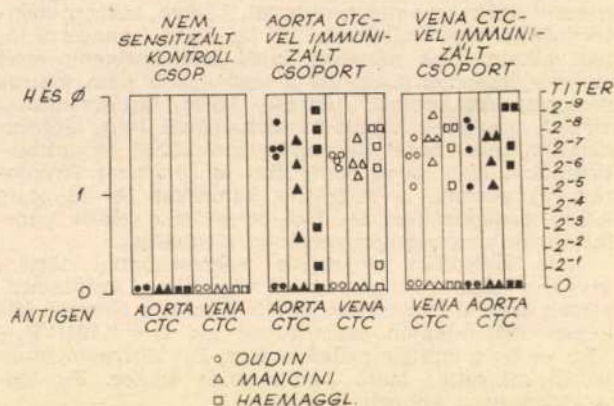


3. ábra. Érfal-antigenekkel kiváltható DNS-synthesis

három vizsgálómódszer eredményeit is összehasonlítottuk.

A kontroll csoportban egyik fajta érfalkivonat sem váltott ki sejtközvetített immunválaszt egyik módszerrel sem.

Az immunizált csoportokban a sensitizálásra használt antigen mind a három vizsgálat alapján jól mérhető sejtközvetített immunválaszt provokált.



4. ábra. Humoralis immunválasz vizsgálata érfal-antigénekkal

A bőrpróba és a migratio-gátlás alapján a két-fajta érfalkivonat között keresztreaktivitást észleltünk, a DNS-synthesis indukciója viszont specifikusnak bizonyult, mert csak a sensitizálásra használt antigennel volt kiváltható.

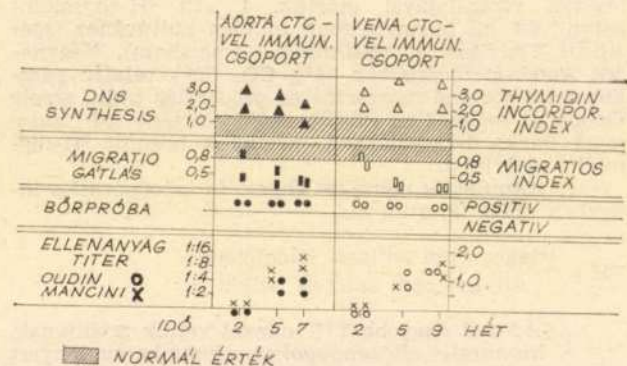
Humoralis immunválasz. A kontroll csoportban egyik módszerrel sem tudunk érfalkivonattal reagáló ellenanyagokat kimutatni.

Az immunizált állatok csoportjában az immunizálást követő 5. héttől kezdve mindhárom módszerrel jelentős humoralis immunválaszt észleltünk. Az ellenanyagok mennyisége az 5—9. hét között fokozódott.

Az alkalmazott módszerekkel az aorta és vena antigenek keresztreakcióit adtak (4. ábra).

A celluláris és humoralis immunválasz időkinetikáját és egymáshoz való viszonyát is megvizsgáltuk.

Az ellenanyagok megjelenésével és fokozott termelődésével egyidejűleg az intracutan bőrpróba és a migratio-gátlás mértéke nem csökkent, sőt a



5. ábra. Érfal-antigénekkal kiváltható celluláris és humoralis immunválasz kapcsolata és időbeli lefutása

vena-CTC-vel hyperimmunizált csoportban a migratio-gátlás mértéke még fokozódott. A DNS-synthesis az aorta-CTC-vel immunizált csoportban csökkent, míg a vena-CTC-vel immunizált csoportban nem változott jelentősen a 9. hétig (5. ábra).

Megbeszélés

A kontroll (nem immunizált) tengerimalacban emberi aorta- és venafal CTC-kivonatával sem celluláris, sem humoralis immunválasz nem váltható ki. Mivel a fenti extractumok a fiziológiás NaCl-oldattal és a MEM tápfolyadékkal azonos módon viselkednek, nem tekinthetők toxicusnak és valószínűleg antigen rokonság sem áll fenn a human aorta- és venafal CTC-extractuma és a tengerimalac aorta és vena szövetei között.

Az emberi aorta- és vena-CTC-kivonattal immunizált tengerimalacban viszont in vivo és in vitro módszerekkel egyaránt jól detectálható sejt-közvetített és humoralis immunválasz fejlődik ki.

Mindkét immunizált csoportban a celluláris immunválasz különböző fázisait képviselő intracutan bőrpróba, migratio-gátlás és DNS-synthesis egymással szoros korrelációt mutat, amint ezt számos szerző a sejt-közvetített immunreakció késői fázisában megfigyelte (49, 58, 59, 60, 4, 38, 40, 5).

A celluláris immunválasz időbeli lefutását elemezve megállapíthatjuk, hogy egyik immunizált csoportban sem csökken az intracutan bőrpróba és a migratio-gátlás mértéke, sőt az utóbbi a vena-CTC-vel hyperimmunizált csoportban fokozódik is, míg a DNS-synthesis mértéke az aorta-CTC-vel immunizált csoportban csökken, a vena-CTC-vel hyperimmunizált csoportban viszont nem változik jelentősen a 9. hétig.

A kétfajta érfal-antigen között az ellenanyag-termelésben, az intracutan bőrpróbában és migratio-gátlásban észlelt keresztreaktivitás aspecificus humoralis mediator tényezők jelenlétével (5, 10, 37) vagy a vena- és aortafal közös antigen componenseivel (7) lehet kapcsolatban.

A DNS-synthesis inductiója viszont az irodalmi adatokkal megegyezően (27, 49, 37) szigorúan specificusnak tekinthető a mi vizsgálataink alapján is.

A celluláris és humoralis immunválasz egymással összefüggő, komplex folyamat. Vizsgálataink szerint az ellenanyagok megjelenése és fokozott termelődése hyperimmunizálás esetén nem jár együtt a sejt-közvetített immunválasz csökkenésével a 9. hétig. Ezen utóbbi adatok azért látszanak érdekesnek, mert feltételezhetően human vonatkozásban is, ahol a sensitizálódás ideje nem ismert, a celluláris és humoralis immunválasz egyidejűleg zajlik, azaz a humoralis ellenanyagok megjelenésével a celluláris immunválasz nem szűnik meg.

További munkánkban emberi beteganyagon kívánjuk megvizsgálni, hogy bizonyos érbetegségekben a fenti érfal-antigenekkel kiváltható-e sejt-közvetített immunválasz.

Mivel az ép és atheroscleroticus érfal antigenitása a humoralis immunválasz vonatkozásában egymástól eltér (1, 35, 51), összehasonlítani kívánjuk az egészséges és lipoid plaque-os emberi aorta-CTC-kivonatának a hatását a celluláris immunreakciókra és az érfalkárosodásra.

Összefoglalás. A szerzők emberi eredetű érfal-antigenek sejt-közvetített és humoralis immunválaszra gyakorolt hatását vizsgálták meg tengerimalacban. Aorta- és vena-fal pufferes kivonatával immunizált állatokon jól mérhető sejt-közvetített és humoralis immunválasz kialakulását figyelték meg. A kétfajta érfalkivonat között a bőrpróba, a migratio-gátlás és az ellenanyag-termelés során kereszt-reaktivitást észleltek, míg a desoxyribonucleinsav-synthesis inductiója specificusnak bizonyult. A kontroll állatokban az érfalkivonatok alkalmazásakor sem celluláris, sem humoralis immunreakciót kimutatni nem tudtak. A sejt-közvetített és humoralis immunválasz időbeli lefutását elemezve megfigyelték, hogy az ellenanyagok fokozott termelésével egyidejűleg a celluláris immunválasz nem szűnt meg a kilencedik hétig.

IRODALOM: 1. *Apostolakis, M. és mtsai: J. Atheroscler. Res.* 1968, 8, 847. — 2. *Baker, S. P., Markovitz, A. S.: Circulation.* 1959, 20, 978. — 3. *Beaumont, J. L., Beaumont, V.: Circulation.* 1967, 36, Suppl. II. 4. — 4. *Benezra, D. és mtsai: Clin. Exp. Immunol.* 1969, 5, 155. — 5. *Bennet, B., Bloom, Br.: Proc. Nat. Acad. Sci. USA.* 1968, 59, 756. — 6. *Beregi E.: Előadás. Magyar Atherosclerosis Konferencia. Esztergom, 1969.* — 7. *Braun E., Jobbágy A.: Előadás. Magyar Immunológiai Társaság vándorgyűlése. Pécs, 1973.* — 8. *Burch, P. R. J.: Lancet.* 1969, II, 1358. — 9. *Cardiac transplantation, coronary atheroma and ischaemic heart disease. Szerkesztőségi közlemény. Lancet.* 1969, II, 1409. — 10. *Cochran, A. J. és mtsai: Transplantation.* 1971, 12, 523. — 11. *O'Connell, T. X., Mowbray, J. F.: Transplantation.* 1973, 15, 262. — 12. *Cziczeli, H.: Klin. Med.* 1950, 5, 364. — 13. *Czirner J., Besznyák Gy.: Orv. Hetil.* 1967, 108, 2423. — 14. *David, J. R. és mtsai: J. Immunol.* 1964, 93, 264. — 15. *Davies, D. F.: J. Atheroscler. Res.* 1969, 10, 253. — 16. *Fievez, M.: Lancet.* 1972, I, 594. — 17. *Floersheim, G. L.: Transplantation.* 1973, 15, 195. — 18. *Gergely J. és mtsai: Orv. Hetil.* 1961, 102, 1450. — 19. *Gerő S. és mtsai: Orv. Hetil.* 1961, 102, 1165. — 20. *Gerő S., Székely J.: Magy. Belorv. Arch. Suppl.* 1973, 6, 179. — 21. *Gerő S. és mtsai: Orv. Hetil.* 1973, 114, 1108. — 22. *Getz, G. S. és mtsai: Amer. J. Med.* 1969, 46, 657. — 23. *Gould, R. G.: Amer. J. Med.* 1951, 11, 209. — 24. *Griep, R. B. és mtsai: Transplant. Proc.* 1973, 5, 835. — 25. *Hauss, W. H. és mtsai: Le rôle de la paroi artérielle dans l'athérogenèse. Éd. C. N. R. S., Paris, 1968, 745.* — 26. *Holman, R. L.: Amer. Heart J.* 1949, 38, 469. — 27. *Housley, J., Gell, P. G.: Immunology.* 1969, 17, 571. — 28. *Jellinek, H.: A különböző eredetű nem arterioscleroticus érelváltozások morfológiai hasonlóságáról. Doktori értekezés. Budapest, 1964.* — 29. *Kosek, J. C. és mtsai: Transplant. Proc.* 1971, 3, 512. — 30. *Kunkel, H. C.: J. Exp. Med.* 1955, 102, 105. — 31. *Kunos I.: Orv. Lapja.* 1947, 3, 820. — 32. *Lindsay, S. és mtsai: Circ. Res.* 1962, X, 51. — 33. *Murray, M. és mtsai: Arch. Pathol.* 1965, 79, 144. — 34. *Minick, C. R. és mtsai: J. Exp. Med.* 1966, 124, 635. — 35. *Nasarenko, N. A. és mtsai: Bjull. Exp. Biol. Med.* 1964, 57, 33. — 36. *Ónody K. és mtsai: Orv. Hetil.* 1973, 114, 1537. — 37. *Petrányi Gy. és mtsai: Cellular Immunol.* 1973, 9, 157. — 38. *Phillips, S. M., Zweiman, B.: J. Immunol.* 1970, 105, 204. — 39. *Renais, J. és mtsai: Le rôle de la paroi artérielle dans l'athérogenèse. Éd. C. N. R. S. Paris, 1968, 325.* — 40. *Ricci, M. és mtsai: Clin. Exp. Immunol.* 1969, 5, 659. — 41. *Robert, L. és mtsai: Le rôle de la paroi artérielle dans l'athérogenèse. Éd. C. N. R. S. Paris, 1968, 395.* — 42. *Robert, L. és mtsai: Structure and function of connective and skeletal tissue. Butterworth, London, 1965, 406.* — 43. *Robert, L. és mtsai: Arch. Mal. Coeur.* 1967, 60, Suppl. I, 223. — 44. *Rothbard, S., Wabon, R. F.: J. Exp. Med.* 1965, 122, 441. — 45. *Roussak, N. J.: Brit. Heart J.* 1954, 16, 218. — 46. *Saphir, C. és mtsai: Arch. Pathol.* 1956, 62,

159. — 47. *Saphir, C. és mtsai*: Lab. Invest. 1958, 7, 43. — 48. *Scebat, L. és mtsai*: Le rôle de la paroi artérielle dans l'athérogenèse. Éd. C. N. R. S. Paris, 1968, 425. — 49. *Schlossmann, S. F. és mtsai*: J. Exp. Med. 1969, 130, 1031. — 50. *Scott, H. W. jr.*: Arch. Surg. 1970, 101, 677. — 51. *Svarc, L. S. és mtsai*: Kardiologija. 1965, 5, 56. — 52. *Svejcar, J., Johanovsky, J.*: Z. Immun. Forsch. 1961, 122, 398., 420. és 437. — 53. *Székely J.*: Az atherosclerosis pathogenesisével és diagnosztikájával kapcsolatos klinikai és kísérletes vizsgálatok. Kandidátusi értekezés. Budapest, 1970. — 54. *Szigeti I.*: Immunisatio és autoimmunisatio az

atherosclerosis pathogenesisében. Kandidátusi értekezés. Budapest, 1964. — 55. *Szigeti I. és mtsai*: Le rôle de la paroi artérielle dans l'athérogenèse. Éd. C. N. R. S. Paris, 1968, 493. — 56. *Taylor, C. B.*: In: „Symposium on atherosclerosis”. Pub. National Academy of Sciences — National Research Council, Washington D.C., 338. p. — 57. *Thomson, J. G.*: Lancet. 1969, II, 1088. és 1297. — 58. *Zoschke, D. C., Bach, F. V.*: Science. 1970, 170, 1404. — 59. *Zweiman, B.*: Immunology. 1967, 13, 315. — 60. *Zweiman, B. és mtsai*: J. Immunol. 1969, 102, 1284.

DECARIS

Anthelminthicum

1 tableta 150 mg, illetve 50 mg levamisol-ot tartalmaz. Bénítja az orsóféreg, a fonálféreg garatizomatát, ezáltal a paraziták képtelenek a bényálkahártyába kapaszkodni és erőtelenül, a természetes bélmozgással kisodródni a bélcatornából.

JAVALLATOK: Ascariasis horogféreg-fertőzések.

ELLENJAVALLAT: Ez ideig nem ismeretes.

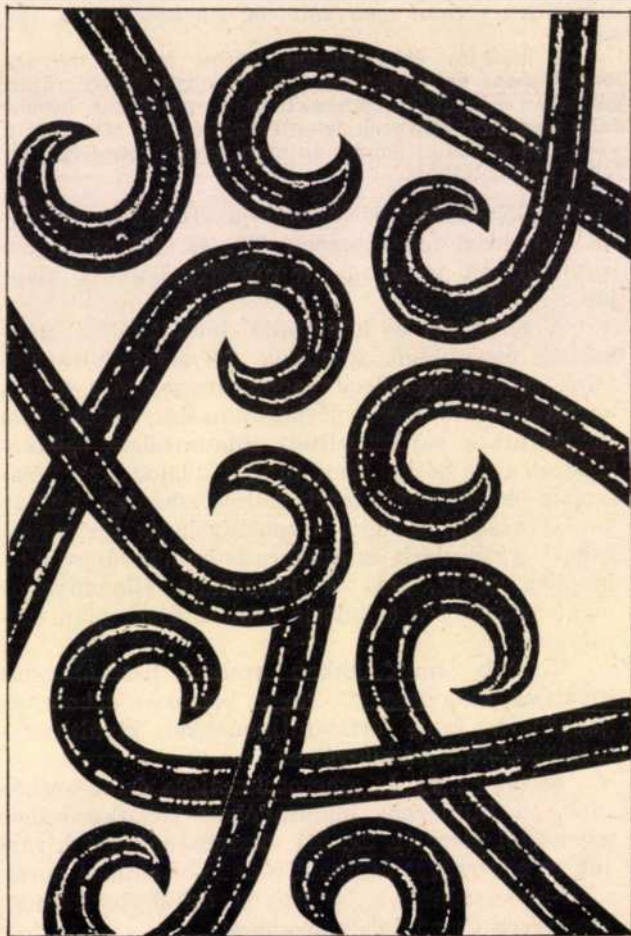
Egyetlen alkalommal felnőtteknek 150 mg, gyermekeknek 50 mg/20 kg-testsúly.

Javasolt a tablettát este bevenni.

FIGYELMEZTETES: Lipophil anyagoknak Decarisal együtt adása kerülendő. Alkalmazásakor és utána legalább 24 óráig szeszes ital nem fogyasztható.

CSOMAGOLÁS: 2 db 50 mg-os tableta 6,- Ft
1 db 150 mg-os tableta 6,70 Ft

MEGJEGYZÉS: Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.



Semmelweis Orvostudományi Egyetem,
II. Gyermekklinika (igazgató: Kerpel-Fronius Ödön dr.)

A vele született vékonybélkettőzetek klinikai megjelenési formáiról

Kontor Elemér dr., Verebély Tibor dr.
és Görgényi Ákos dr.

A tápcsatorna vele született kettőzeteit az orvosi szóhasználatban többféleképpen nevezték. Ez a vékonybélkettőzetek esetében leggyakrabban a bél-cysta, bélfal-cysta, bélduplikatura elnevezések használatát jelentette. Alakjuk valóban gyakran tömlőszerű, de mind fejlődésileg, mind kórbonctanilag pontosabb meghatározást jelent a Ladd (6) szerinti „kettőzet” kifejezés. Ez egyúttal elkülöníti a kórképet a tápcsatorna mentén előforduló egyéb tömlős elváltozásoktól.

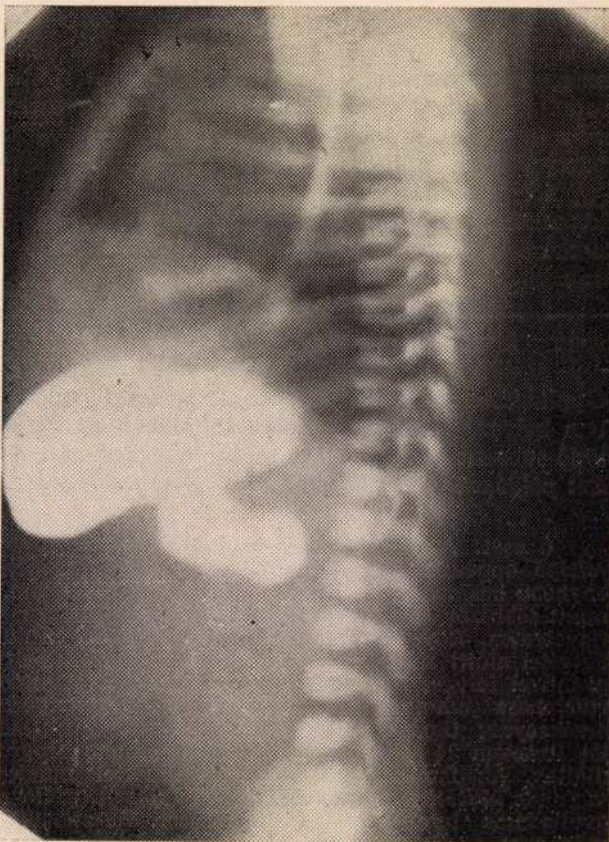
A tápcsatorna egész hosszában előforduló kettőzetekről közölnek részletes beszámolót Dénes és mtsai (1) és tankönyvszerű beszámoló található Benson és Mustard (8), valamint Swenson (9) könyvében is.

Magunk tápcsatorna-kettőzetes eseteink elemzése során azt találtuk, hogy a tápcsatorna diagnosztikailag egyébként is legnehezebben hozzáférhető szakaszán a vékonybeleben előforduló kettőzetek pontos kórismézése volt számunkra a legnehezebb. Ezért tartottuk érdemesnek kórismézésük kapcsán szerzett tapasztalataink ismertetését.

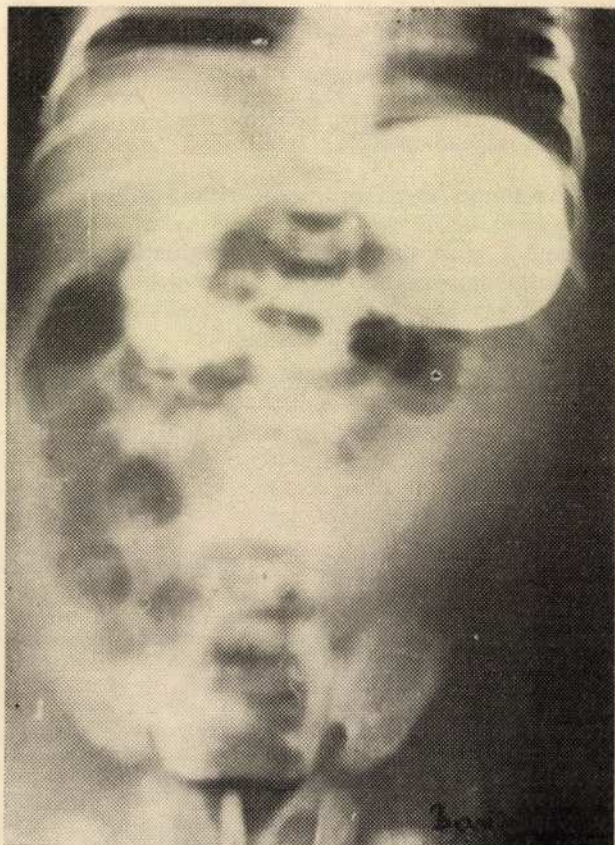
Jelen dolgozatunkban a gyógyulás szempontjából igen fontos korai diagnosist elősegítő klinikai megjelenési formák ismertetésével kívánunk foglalkozni.

Ezek a klinikai megjelenési formák mindig az anatómiai-pathológiai forma és a vékonybélhuzam mentén való elhelyezkedés következményei.

A vele született vékonybélkettőzeteknek anatómiailag három fő fajtája van: 1. A kis bélfal-cystaszerű kettőzetek; 2. a nagy tömlőszerű kettőzetek; 3. a hosszú csőszerű kettőzetek. Mindig szo-



1. ábra.
Jejunum kezdetén teljes elzáródás



2. ábra.
Változás a 1. ábrán látott betegnél, elforgatás, mozgítás után

Prágában 1974. május 22-én a Csehszlovák-NDK gyermeksebész társaságok közös ülésén elhangzott előadás alapján.

rosan a bél mentén, azzal közös serosa borításban található. A cystosus formák nem közlekednek az ép bél lumenével, a hosszú csőszerűek majdnem mindig. Faluk a fedő serosán kívül mindig tartalmaz elemeket a többi bélfal rétegből. A nyálkahártya, főleg a hosszú csőszerű formákban lehet gyomornyálkahártya is. Az anatómiai adottságok következményeként a három fő csoportban a következő klinikai megjelenési formák alakulhatnak ki.

1. A kis bélfal-cystaszerű kettőzetek általában vastag falúak. Nincs összeköttetésük az ép bélel, így nyálkahártyatermékeiknek sincs lefolyásuk. Gyulladásra hajlamosak. Ha az ileum terminaleban helyezkednek el, tüneteik általában az ismétlődő subacut appendicitis tüneteivel egyeznek meg. Ezt példázza egyik esetünk.

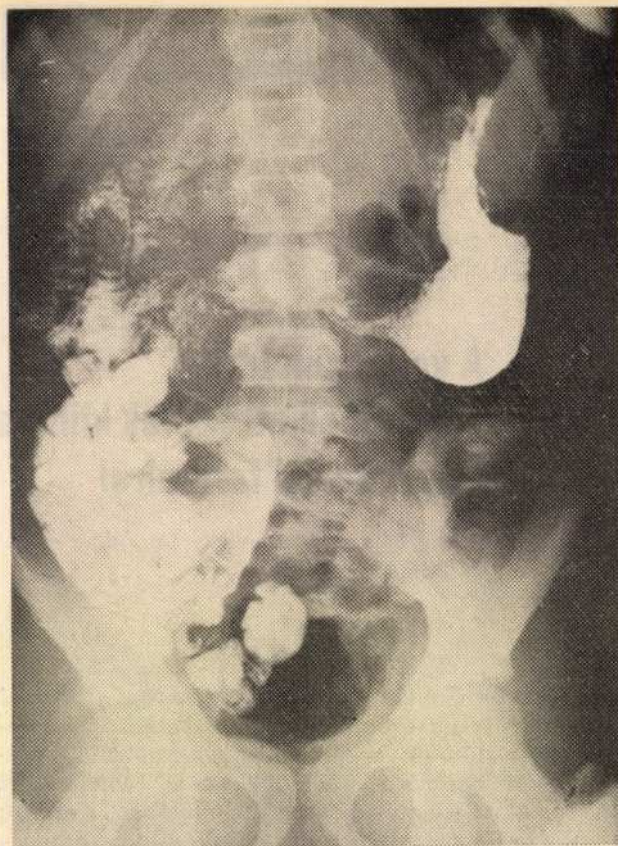
1. eset: A. M., 10 éves leánygyermek. Időnként fellépő appendix táji fájdalmak, subfebrilitás, néha enyhébb hasmenéssel kísérve voltak a panaszok, amik miatt többször állt orvosi kezelés alatt, intézeti megfigyelésben. Egy alkalommal osztályunkon is feküdt. Felvétel előtti napon panaszai kiújultak, appendicitis gyanúval felvesszük osztályunkra. Felvételkor subfebrilis, hasa puha, coecum tájon bizonytalan nyomásérzékenység tapasztalható. Vérképe, vizelete normális. Panaszai 24 óra múlva változatlanok, nem progresszíváltak. Az ismétlődésekre való tekintettel műtétet végzünk. Műtétkor ép appendixet találunk és az ileum gyulladással letapadását a hasfalhoz. Felszabadítás után ezen a szakaszon kb. 10 cm-rel az ileo-coecalis szájadék előtt, kismányi tumoros-cystosus képletet találunk, amely a vékonybél-mesenterium szögletében helyezkedik el. Az érintett szakaszt resecáljuk, appendectomiát végzünk és a valvula ileo-coecalis közelsége miatt az anastomosist az appendix csomkján át draináljuk. Szövettanilag hengerhámú bélelt és izomfallal bíró enterocystát állapítanak meg. Továbbiakban eseménytelen gyógyulás. Három évvel a műtét után végzett röntgen kontroll vizsgálat a műtéti területen szabad passage-t talál.

Az ileum duplikaturának ritka szövődményéről számol be Köteles és Bukovinszky (4). Betegükben a cystosus kettőzet invaginációt okozott. A röntgenkontrasztanyag desinvaginatio alkalmával nyert képek alapján műtét előtt már a helyes diagnosishoz is eljutottak!

Bármely vékonybélszakasz kettőzete az ismétlődő gyulladások okozta összenövés által bélezáródáshoz is vezethet. Így a klinikai képet az ismétlődő, fokozatosan erősödő gyulladás, majd bélezáródás tünete uralják: hasfájás, hőemelkedés, puffadás, később hányás, szél- és székrekedés.

2. eset: T. G., 1 éves fiúcssecsemő. Kétoldali lágyéksérvvel gyermekorvosának ellenőrzése alatt áll. Időnként puffad, székrekedése van. Szülők elmondása szerint sérvműtétre előjegyezték, mert fenti panaszait a lágyéksérvnek tulajdonították. Felvétel előtt egy nappal ezek a panaszok újrakezdődtek, de a szokásos otthoni konzervatív kezelésre nem szűntek meg. Hányása is kezdődött, torka is erősen piros volt. Angina és exsiccatio diagnosissal utalják be klinikánk csecsemőosztályára. Felvételkor megállapítható mindkét oldali lágyéksérve, de kizáródás nincs. A bevezetett belgyógyászati kezelés a beteg általános állapotát javítja ugyan, de az alappanaszokat nem szünteti meg.

24 óra múlva röntgenvizsgálat, majd az ezt követő sebészi konzilium ileust talál; műtétet végzünk. Műtétkor a jejunum-ileum határán gyulladt vékony-



3. ábra.

Passage-vizsgálat képe. A duodenumból a kontrasztanyag jobbra ürül, a vékonybél a has jobb oldalán helyezkednek el. A gázos vastagbél bal oldalt található

bél-konglomeratumot találunk, amelynél szűkebb és tágabb bélkacsok találkoznak. Szétféjtés után a szűkületnél egy kis cystosus képletet észlelünk, amelynek a bél lumenével nincs összeköttetése. Az elváltozást a környező, kb. 20 cm-es bélszakasszal együtt resecáljuk. Szövettanilag megállapítható, hogy a cystosus képlet általában vékonybél-nyálkahártyával bélelt, de helyenként gyomornyálkahártya szigetek is található, ugyancsak megállapítható a súlyos gyulladás is. Továbbiakban eseménytelen gyógyulás.

2. A nagy tömlőszerű képletek fala igen vékony, ezért jól tágulnak. Így a gyulladással hajlam kisebb, nagyságuk miatt inkább nyomják és lassan elzárják a mellettük levő ép bélben a passage-t. A tünetek kifejlődése itt is fokozatos. Az anamnesisben ismétlődő-fokozódó hányásokról, puffadásokról hallunk, átmeneti javulással. Ezek a javulások „spontán” vagy újszülöttek esetén a testhelyzet változtatásával, átfektetésével érhetők el. A tömlő által okozott resistencia általában tapintatható.

3. eset: B. B., 5 hetes leánycssecsemő, 10 napos kora óta nehezen van széklété, gyakran hányt. Ezek miatt kétszer feküdt már intézetben. Ma újra hányni kezdett, ezért klinikánkra utalják. Felvételekor az epigastriumban puha, mobilis resistenciát tapintunk. Röntgen passage-vizsgálatkor teljes elzáródás képét találjuk az első jejunum-kacsnál (1. ábra). A cssecsemő átfektetése után néhány perc múlva gyengén induló passage (2. ábra). Műtétkor kb. 8 cm átmérőjű, vékony falú tömlőt találunk, amelyről azt hittük, hogy mesenterialis cysta. A hasmetszés nyílásán át csak

jelentős hosszabbítás után fért volna ki, ezért punctiót végeztünk. Ekkor vált észlelhetővé, hogy szorosan az első jejunumkacshoz tartozó, izomfallal is rendelkező cystosus bélkettőzetről van szó. Resectio után síma gyógyulás. *Szövettanilag*: enterocysta jejuni, amelynek nyálkahártyabéleése helyenként elpusztult.

A nagy tömlőszerű kettőzetek differenciáldiagnosisa nagyon nehéz. Beteganyagunkban két ilyen cystát észleltünk és azt találtuk, hogy tüneteik csaknem azonosak (5, 7).

3. A hosszú csőszerű kettőzetek közlekednek az ép bélsatornával. Így a gyulladásos, ill. nyálkahártyatermékeknek lefolyásuk lehet. A kórkép vezető tünete ezért a vérzés. A vérzés oka itt is a gyulladás vagy némely esetben az ectopiás gyomornyálkahártya fekélyesedése. Az esetek egy részében társfejlődési rendellenességként malrotatio fordul elő.

4. eset: T. V., 15 éves leánygyermek. Csecsemőkora óta áll kezelés alatt ismeretlen eredetű bélvérzéssel. Haematológiai eltérése nem volt. Allergiás eredetre gondolva szinte minden fehérjetartalmú ételtől eltiltották. Ismételten végeztek nála gyomor-bél röntgenvizsgálatot, melyeknek eredményét akkor normálisnak tartották. Kb. egy évvel jelen felvétele előtt végzett röntgenvizsgálatkor malrotatiót tudtunk megállapítani (3. ábra). A vérzés és malrotatio alapján az ileum-kettőzetet valószínűsítjük. Szülők az akkor megajánlott műtéthez nem adták hozzájárulásukat. Felvétele reggelén újra véres széklete volt és most már a szülők hozzájárultak a műtét elvégzéséhez. Műtétkor azt látjuk, hogy a röntgen által jelzett malrotatio mellett az ileum középső szakaszán hosszú csőszerű kettőzet van. Ezt a szakaszt resecáljuk. A malrotatióra való tekintettel appendectomiát is végzünk. Műtét után felvágva az eltávolított bélszakasz ép részét, azt látjuk, hogy a kóros rész distalisán közlekedik vele. Nyálkahártyája makroszkópos vizsgálattal gyomornyálkahártyának látszik. *Szövettanilag* a két bélsőnek közös izomzata van. A kóros bélszakasznak is bélnyálkahártyája van; gyomornyálkahártya nincs, azonban vaskos, erősen gyulladt és számos helyen erosio észlelhető.

Továbbiakban a beteg zavartalanul gyógyult, a műtét óta eltelt öt év alatt vérzése nem ismétlődött.

Eseteinket elemezve legfontosabb következtetésünk az, hogy négy esetünkben kettőnél nagyon későn került sor műtétre. Az elvégzett műtétek után retrospective úgy tűnik, hogy az anamnesis és az előző röntgenvizsgálatok adatait aktívabban értékelve, 1. sz. esetünkben 5–6 éves korban, 4. sz. esetünkben pedig már csecsemőkorból fel lehetett volna állítani az exploratív laparotomia javaslatát.

Ha anyagunkat összehasonlítjuk Grosfeld (3) 1970-ben közölt anyagával azt találjuk, hogy minden ileum-kettőzet műtétre került újszülött vagy legkésőbb 3 hónapos korban. Öt ilyen esete volt. A pontos diagnosist egy esetben sem sikerült felállítani. A műtėti javallatot a visszatérő hányások és obstructióra utaló indirekt röntgenjelek adták.

Eseteink is alátámasztják a röntgenjelek helyes értelmezésének fontosságát. A világirodalomban kialakultak már azok az elvek, amelyek a csecsemő- és kisgyermekkorú hasi röntgendiagnosztikában nagy segítséget adnak egy eset megítélésében és a műtėti indikációban.

Összefoglalás. Szerzők ismertetik a vele született vékonybélkettőzetek három fő anatómiai-pathológiai formáját és az ezeken alapuló klinikai megjelenési képeket. A tünetek helyes értékelésével a diagnosis egyre inkább megközelíthető. Ma már megvannak a lehetőségeink, hogy korán állítsuk fel az expl. laparotomia javallatát. Így az ilyen betegek már a korai csecsemőkorból teljes gyógyuláshoz juthatnak.

IRODALOM: 1. Dénes J., Lukács V. F., Thür A., Léb J.: Acta Paed. Ac. Sc. Hung. 1967, 8, 63. — 2. Duhamel, B.: Morphogenese pathologique. Mason et Cie, Paris, 1966. pp. 27. — 3. Grosfeld, L. J., O'Neil, J. A., Clathworthy, W. H. jr.: Ann. Surg. 1970, 172, 83. — 4. Köteles Gy., Bukovinszky J.: Z. Kinderchir. 1973, 13, 466. — 5. Kontor E., Kartal J., Schulek N.: Gyermekgyógyászat. 1968, 19, 127. — 6. Ladd, W. E.: Southern. M. J. 1937, 30, 163. — 7. Pilaszanovich I., Kustos Gy., Pintér A., Schäfer J., Nagy J.: Orv. Hetil. 1974, 115, 1811. — 8. Ravitch, M. im Benson-Mustarde: Pediatric Surgery. Year Book Med. Publ. Chicago. 1962. p. 692. — 9. Swenson, O.: Pediatric Surgery. Ed. III. Appleton Century Croft N. Y. 1969. p. 692.

„A legtöbb ember nem azért beszél, hogy kifejezze gondolatait, hanem azért, hogy gondolatai támadjanak.”

Rey

Debreceni Orvostudományi Egyetem,
I. Belgyógyászati Klinika (igazgató: Petrányi Gyula dr.)

Cytogenetikai vizsgálatok chronicus myeloid leukaemiában

Balázs Csaba dr., Bobory Júlia dr.,
Nagy György dr. és Petrányi Gyula dr.

Nowell és Hungerford 1960-ban írták le chronicus myeloid leukaemiában (CML) az ún. „minute” chromosomát (1, 2). Az 1966-ban Chicagóban rendezett konferencia nevezte el ezt a chromosomát a felfedezés helyéről Philadelphia chromosomának (Ph_1).

Ennek a morfológiai aberrationának a lényege: az egyik autosomális kis acrocentricus chromosoma hosszú karjának a deletiója (1. ábra).

Korábban úgy vélték, hogy a G21-es megrövidülése eredményezi e „marker” chromosomát. Az autoradiographiás és fluorescens vizsgálatok azonban eldöntötték, hogy a Ph_1 chromosoma a G22-es aberrációjának a következménye (3, 4). A Ph_1 a myeloid elemekben, erythrocyta és megakaryocyt praecursorokban, s valószínűleg a myeloid őssejtben is megtalálható (41, 42, 43, 44). A Ph_1 chromosoma diagnosztikus értékű, mert a CML-es betegek többségében kimutatható. Az egyes szerzőknél a kimutathatóság mértéke különböző. Néhány szerző erre vonatkozó adatát az 1. táblázatban foglaltuk össze. Ismeretessé váltak olyan CML-es esetek is, amelyekben 1-nél több Ph_1 chromosomát találtak (5, 6). A Ph_1 pozitív clon diagnosztikus jelentőségét mutatják a cytogenetikai szűrővizsgálatok eredményei is. Fitzgerald és Canellos közölte olyan klinikailag és haematológiailag egészségesnek tartott eseteket, akiknek Ph_1 chromosomája volt és a cytogenetikai abnormalitás fennállása után néhány évvel később jelentkeztek a CML tünetei (8, 9).

A Ph_1 chromosoma eredete nem tisztázott. Elfogadott, hogy szerzett abnormalitás; ugyanis egy-

Jelenlegi munkahely: Bobory Júlia dr. (Simmelweis OTE, II. Belgyógyászati Klinika), Nagy György dr. (Magyar Néphadsereg Egészségügyi Szolgálat), Petrányi Gyula dr. (Simmelweis OTE, II. Belgyógyászati Klinika).



1. ábra.

petéjű ikreknek csak az egyikében párosult a Ph_1 pozitivitás a CML tüneteivel. A myeloid sejtek tenyésztéssel végzett kísérletek megmutatták, hogy e már megszerzett sajátossága a myeloid sejteknek tovább öröklődik az oszlások során (12). A fluorescens módszer segítségével sikerült kimutatni, hogy a Ph_1 a G22-ről a C9-re történő translocáció következménye (14, 15, 16, 70). Az is kiderült, hogy a C9-nek nincs ebben a vonatkozásban kitüntetett szerepe, mert néha az A2-re translocálódik a G22 distalis része (17).

A fentiekből látható, hogy a CML korszerű diagnosztikája, terapiája, ill. pathogenesisének kérdése elválaszthatatlan a cytogenetikai vizsgálatoktól. Erre rámutattak azok az összefoglaló referátumok, amelyek hazai lapokban is megjelentek (27, 28, 29, 30).

Klinikánkon régóta foglalkozunk a CML-ás betegek gondozásával, újabban a chromosomavizsgálatokat is rutinszerűen végezzük. A következőkben eddigi eredményeinkről kívánunk beszámolni.

Módszer

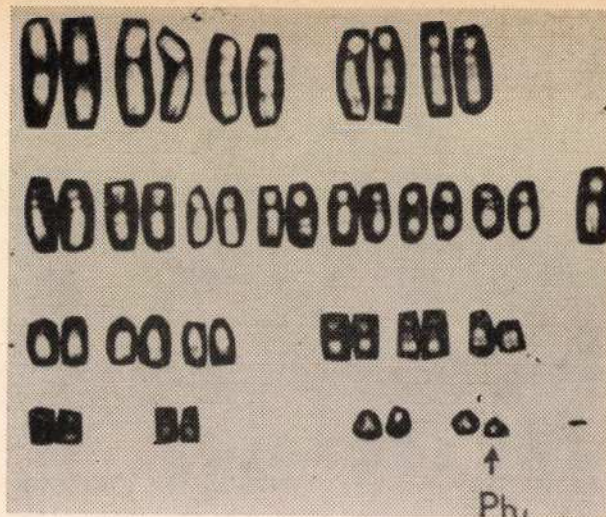
38 malignus haematológiai megbetegedésre gyanús esetben végeztünk chromosoma-analízist. 19 beteg bizonyult klinikailag és haematológiailag CML-nak. 12 esetben ismételt is végeztünk chromosoma-vizsgálatot: a terapia megkezdése előtt és remissióban. A

1. táblázat

Szerzők	Időpont	A vizsgált betegek száma	Ph ₁ + betegek száma
Nowell.....	1960	7	7
Touch.....	1963	27	25
Speed.....	1964	24	22
Kiossoglou....	1966	25	24
Tjio.....	1966	73	60
Elves.....	1967	11	11
Woodliff.....	1969	36	36
Chervenik.....	1971	7	7
Lobb.....	1972	64	62

betegek egy része korábban már cytostatikus kezelésben részesült. Ezen betegeken a remissióban a terapia befejezése után is 6–8 héttel végeztük a vizsgálatot.

A vizsgálatokat rutinszerűen peripheriás vér tenyészetéből Moorhead ismert módszerével végeztük (18, 19, 20). Általában 50, problematikus esetben 100 modalis oszlást értékeltünk. A sternumpunctióval egy időben — az esetek egy részében — direkt chromosoma-vizsgálat is történt (21, 22, 23, 24). Tekintettel az Y chromosoma nagyfokú polymorphizmusára és a malignus betegségekben újabban felvetett szerepére, a fluorescens módszert is alkalmaztuk (25, 26). A granulocyták alkalikus phosphatase (GAP) aktivitását Kaplow módszere szerint mértük (32).



2. ábra.

Eredmények

A vizsgált 19 CML-s beteg közül 10 férfi és 9 nő. Az átlagos életkoruk 42 év, a legfiatalabb 15 éves, a legidősebb 78 éves. 5 beteg meghalt blastos crisisben, adataikat a 2. táblázaton tüntetjük fel. Látható, hogy a Ph₁ chromosomát 18 betegből tudtuk kimutatni. A Ph₁ kimutathatóságának mértéke különbözött a betegség remissió és

2. táblázat

Sorszám	Név	Kor (év)	Nem	Exacerbatiók	Remissiók ideje (hó)			Alk. phosphatase	Therápia	Ph ₁ %-ban		Egyéb chromosoma aberratio
					átlag	legrövidebb	leghosszabb			Remissióban	Exacerbatióban	
1.	F. I.	39	ffi	4	7	5	9	CS.	DBM.	20	60	Y-C-
2.	A. J.	24	nő	4	6	2,5	10	CS.	DBM.	5	90	t (Ph ₁ /G)
3.	M. F.	49	nő	5	3,3	1	6	CS.	PR. DBM. Leupurin	—	25	Ep-C-
4.	B. J.	51	ffi.	4	8,2	6	14	CS.	DBM.	10	70	Y-C-
5.	H. B.	78	ffi.	5	7,2	2	14	CS.	DBM.	20	90	Ph ₁ Ph ₁
6.	D. K.	15	ffi.	1	—	—	6	CS.	DBM.	10	90	C-A-
7.	P. I.	23	ffi.	1	—	—	7	CS.	DBM.	—	90	C-
8.	C. S.	63	nő	5	8,4	1	14	CS.	DBM. 5HU. MYI. Zito.	—	90	C-
9.	C. A.	55	nő	6	2	1	3	CS.	DBM. MYI. Zito.	—	90	C-
10.	L.M.	39	nő	8	6,6	3	14	CS.	DBM.	10	50	C-B-
11.	Sz. J.	61	nő	1	—	—	5	CS.	DBM.	10	66	B-
12.	A. J.	41	nő	3	4,7	3	6	CS.	DBM.	—	90	E-
13.	N. J.	34	ffi.	8	4,5	1,5	8,5	CS.	DBM. MYL.	5	58	C-
14.	K. J.	53	ffi.	2	9	8	10	FOK	DBM.	10	60	End.
15.	Sz. J.	55	nő	4	6	3	11	CS.	DBM.	10	80	C-
16.	P. S.	66	ffi.	4	4,7	3	7	CS.	DBM. MYL.	5	58	C-
17.	T. E.	38	ffi.	1	—	—	4	CS.	MYL.	—	80	A-
18.	Ny. G.	39	ffi.	3	3	1,5	4,5	N.	DBM.	Neg.	Neg.	C-A-
19.	K. A.	22	nő	1	—	—	6	CS.	DBM.	—	66	C-

JELMAGYARÁZAT:

CS. = csökkent FOK. = fokozott N. = normál Neg. = negatív DBM. = Myelobromol
MYL. = Myleran ZITO. = Zitostop PR. = prednisonon 5HU. = 5 hydroxy-urea

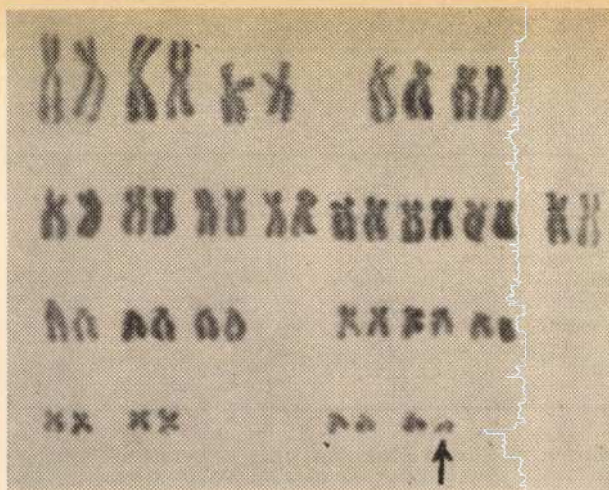


3. ábra.

exacerbatiós stádiumában. Remissióban átlagosan 10,5%-ban, exacerbatióban 72%-ban lehetett verifikálni.

A 2. sz. betegben a Ph₁-et a G chromosomával centricus fusióban észleltük a mitosisok 20 százalékában.

Az 5. sz. betegben kettős Ph₁ chromosomát találtunk nagyfokú aneuploiditással. A betegben a chromosoma-analízis időpontjában még klinikai és haematológiai remissio volt. 2 hónappal később a Ph₁ kimutathatósága 20%-ról 90%-ra emelkedett és blastos crisisben meghalt. 2 betegben (1. sz., 4. sz.) az átlagnál magasabb százalékban volt kimutatható az Y chromosoma hiánya (20–40%) (2. ábra). Ez a 2 eset kitűnik az alapbetegség viszonylagos jóindulatú lefolyásával. Feltűnő volt a nagyfokú aneuploiditas, elsősorban a C csoport chromosomáinak hiánya. Egy betegben (14. sz.) endoreduplicatio fordult elő nagy gyakorisággal, a Ph₁ endoreduplicatióban is kimutatható volt (3. ábra). A granulocita alkalikus phosphatase (GAP) értékei általában csökkentek voltak. Normális GAP értéket kaptunk a 18. sz. betegben, aki Ph₁ negatív volt. Ebben a vonatkozásban is érdekesnek bizonyult a 14. sz. beteg, akinek a kórképe kezdetben myelofibrosisnak tűnt. A sternumpunctio ismételt eredménytelen volt. A hepatosplenomegalia emelkedett GAP értékekkel, 23 000-es fehérvérsejtszámmal és balra tolt vérképpel társult. A Ph₁ pozitív clon aránya 60%-os volt a peripheriás vérben. Néhány hét múlva a fehérvérsejtszám tovább emelkedett és a csont-biopsia szövettani lelete is valószínűsítette a CML diagnózisát. Megjegyzendő,



4/a. ábra.

a) M. F.-né, 47 éves. Dg.: SLE. CML 46,XX Ph₁ neg.

hogy a fél év múlva végzett GAP értékei már alacsonyok voltak.

A 3. sz. beteg éveken át részesült SLE miatt kezelésben (steroid, Leupurin). Az autoimmun kórkép fennállása után 6 év múlva jelentkeztek a CML klinikai és haematológiai tünetei. A cytogenetikai vizsgálat időpontjában a CML exacerbatióban volt, de az autoimmun betegség aktivitására utaló jel nem volt észlelhető. A Ph₁-et 25%-ban, az E csoport (18-as) rövid karjának deletióját 20%-ban találtuk. A mitosisok felében normális clon volt jelen. A terminalis blastos crisis közvetlenül megelőzően a Ph₁ pozitív clon százalékos aránya 90%-ra emelkedett (4. ábra).

Egy betegünknek nem voltak CML tünetei, mégis 50%-ban észleltünk Ph₁-et kifejezett aneuploiditas kíséretében. A beteg legfontosabb adatai a következők: Z. B., 52 éves férfi. Anamnesis: hetek óta fennálló bizonytalan hasi fájdalmak, gyengeség, étvágytalanság. Felvételkor a nyálkahártyák kp. vérteltek, a lép elérhető, nyirokcsomók nem tapinthatók, vörösvérsejtszám: 3,8 millió, fehérvérsejtszám: 16 000, kvalitatív vérkép: j.: 16, st.: 20, se.: 50, eo.: 2, ly.: 12%. Csontvelő sejtdús, myeloid túlsúly, norm. myeloblast-szám, mérsékelt eosinophilia. GAP: norm. A megfigyelési idő 1½ éve



4/b. ábra.

b) M. F.-né, 47 éves. Dg.: SLE. CML 46,XX Ep- Ph₁ neg.

Robébi



gyógytápszer

500g

A ROBÉBI „A” tápszer az anyatej teljes hiánya esetén annak pótlására, illetve csökkent tejelválasztás esetén az anyatej kiegészítésére adható az első 3 élet-hónapban, illetve a 4,5 kg (maximum 5 kg) testsúly elérésig.

A tápszer jellemzője a fiatal csecsemő fehérjeszükségletének megfelelő fehérjekoncentráció, amely — 150 ml/kg ROBÉBI „A” tápszeroldat-fogyasztást feltételezve — 3 g/kg fehérjeellátást biztosít.

Kalóriaértéke lényegileg azonos az anyatejével. (71 kalória/100 ml).

Társadalombiztosítás terhére történő rendelhetősége tekintetében a gyógytápszerekre vonatkozó általános rendelkezések az irányadók.

ÁRA: 30,90 FT

Egyt

**GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR
BUDAPEST**



**E
GY
T**

Robébi

gyógytápszer



500g

A ROBÉBI „B” tápszer a mesterségesen táplált, 4,5–5 kilogrammnál nagyobb testsúlyú csecsemők tartós táplálására alkalmas tejporkészítmény. Fehérjetartalma (100 ml tápszeroldat 1,70 g-ot tartalmaz) kisebb, mint a ROBÉBI „A”-nak, mivel az idősebb csecsemő fehérjeszüksége már csekélyebb, ezzel szemben a ROBÉBI „B” nagyobb zsírtartalma megfelel az idősebb csecsemők zsírigényének (kalóriaértéke 74,6/100 ml).

Társadalombiztosítás terhére történő rendelhetősége tekintetében a gyógytápszerekre vonatkozó általános rendelkezések az irányadók.

ÁRA: 33,— FT,

Egyt

**GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR
BUDAPEST**



alatt a beteg cytostatikus terapiát nem kapott, a fehérvérsejtszáma 6000 és 14 000 között ingadozott, a kvalitatív vérképe normális volt. Mint feltehetően praeleukaemiás stádiumban levőt rendszeresen ellenőrizzük.

Megbeszélés

A Ph_1 chromosoma eredetét és diagnosztikus jelentőségét értékelő irodalmi adatok tükrében valószínű, hogy a G22-es deletiója nem azonos a leukaemiás folyamattal, hanem a leukaemogen agens (vírus?) következménye, s mintegy megjelzi a beteg clont (10). A leukaemiás sejtek ez a szerzett tulajdonsága állandó. Remissióban a CML-s betegek granulocytáinak funkcionális sajátosságai (phagocytá-aktivitás, alacsony alkalikus phosphatase értékek, a granulocyták kiáramlása a csontvelőből a bacteriumok toxinjainak hatására stb.) lényegében normalizálódnak. Jelen ismereteink szerint egyedül a Ph_1 az a jellegzetesség, amely arra utal, hogy a leukaemiás clon remissióban is jelen van. Az a megfigyelésünk, hogy a Ph_1 pozitív clon arányának emelkedése hetekkel megelőzheti az exacerbatiót, prognosztikus jelentőségű és összhangban van az irodalmi adatokkal (13).

A non-disjunctio fokozódásával magyarázható a multiplex Ph_1 chromosomák keletkezése és az alapbetegség rossz prognózisa (45, 46, 47, 69). Esetünkben a kettős Ph_1 jelentkezése a közelgő blastos crisis hírnöke volt.

Az irodalmi adatok alapján a Ph_1 pozitív CML általában jobb prognózisú. *Baserga* szerint a Ph_1 negatív esetek többsége gyorsabb lefolyású (7, 67). Mi egy esetből következtetést levonni **nem tudunk**. Megjegyzendő azonban, hogy a Ph_1 pozitív betegek átlagos remissiók idői hosszabbak voltak, mint a Ph_1 negatív betegé.

Az utóbbi időben kapcsolat merült fel a CML relative jóindulatú lefolyása és az Y chromosoma hiánya között. *Sandberg és mtsai* szerint az Y hiánya a betegség benignus voltát jelzi, mert ezekben az esetekben nem észleltek blastos crisisbe való átmenetet (48, 49, 50, 51, 52). *Vass és Sellyei* 44 leukaemiást (5 chronicus myeloid, 13 acut myeloid és 26 chronicus lymphoid leukaemiást) vizsgált és Y chromatin pozitivitást talált. Mi 2 (60 évnél fiatalabb) beteg Y chromosoma hiányát észleltük. Mind a két eset kitént az alapbetegség viszonylagos jóindulatú voltaival. A blastos crisisbe való átmenet kérdésében nyilatkozni még nem tudunk.

A granulocytá alkalikus phosphatase (GAP) a CML diagnosztikájában az évek során jól használható módszernek bizonyult (67). E módszer a granulocyták ún. specifikus granulumaiban található alkalikus phosphatase aktivitását méri. Ezek kb. 500 m μ nagyságú vacuolumok, amelyek főként a myelocytá stádiumban képződnek, s a Golgi-apparatus külső felszínéről származnak (39). A myeloid sejtek korai érési fázisában elsődlegesen azurofil granulomok láthatók, amelyek alkalikus phosphataset nem tartalmaznak. Így érthető, hogy minél fiatalabb a myeloid populatio, annál alacsonyabb az alkalikus phosphatase tartalma is. Ki-

derült a leukaemiás sejtek vizsgálata során, hogy az alacsony GAP érték a sejt tökéletlenségének, éretlenségének csak egyik tünete. A leukaemiás sejtek a csökkent GAP értékekkel párhuzamosan abnormis a phagocytáló képessége, csökken az adhaesivitása, nő az intravascularis élettartama, csökken a bactericid képessége stb. (34, 35, 36, 37, 38, 40). A therapia hatására a GAP értékei általában emelkednek (34, 35). Paradox módon azonban blastos crisisben és a CML egyes eseteiben a GAP értékei nem csökkennek, sőt néha emelkedést mutatnak. Egy betegben mi is emelkedett, egy betegben pedig normális értékeket kaptunk. Ez a jelenség úgy magyarázható, hogy a granulocytá-raktárból érett sejtek lökődnek ki a peripheriára, s elfedik a sejtek egy részének a GAP hiányát.

A Ph_1 chromosoma mellett számos cytogenetikai elváltozást írtak le haematológiai betegségekben. A lymphoproliferatív megbetegedések egy részében (54, 55, 57, 58) és SLE-ben (56) az E18-as rövid karjának hiányát találták. Bár az irodalom ezen elváltozás állandóságának kérdésében nem egységes, mégis érdekesnek véljük 3. sz. betegünket ebből a szempontból. A betegben a 3 clon (normális: Ph_1 pozitív és a Ph_1 negatív Ep-) egy időben perzisztált. A beteg blastos crisis tünete között halt meg; az SLE-re utaló klinikai és laboratóriumi jel már nem volt kimutatható.

A praeleukaemiás fázis tisztázása szempontjából a cytogenetikai szűrővizsgálatok sok értékes adatot szolgáltatottak. Kiderült, hogy a Ph_1 pozitív clon jelenléte előbb-utóbb a CML tüneteinek jelentkezéséhez vezet. Egyetlen esetet kivéve (59) napjainkban még nincsenek adatok arra vonatkozóan, hogy a már felbukkant Ph_1 pozitív clon spon-tán eltűnt volna. Ebből a szempontból is érdekes ismertettet betegünk, akinek a Ph_1 pozitív clonja konzekvensen kimutatható, s így a beteg praeleukaemiásnak tekinthető. Meglepő, de az irodalomban nem egyedülálló, hogy a Ph_1 pozitív s később CML-s beteg praeleukaemiás stádiumában az emelkedett fehérvérsejtszám cytostaticus kezelés nélkül is átmenetileg normalizálódott (8).

Az éveken át perzisztáló Ph_1 clonnal kapcsolatban joggal vetődik fel, hogy lennie kell valamilyen cofaktornak, amelynek hatására a stigmatizált clon tumoros burjánzásba kezd. Ez a járulékos tényező az egészséges érett granulocytákból a tápfolyadékba jutó, a sejtoszlást gátló, ún. granulocytá „chalone” hiányával lehet azonos (60, 61). A leukaemiás sejt extractuma az egészségesekéhez hasonlóan gátolja az ép granulocytá DNA szintézisét. Ha azonban a leukaemiás sejt membránját előzőleg nem roncsolták, akkor ez a gátló hatás elmaradt. Így az látszik valószínűnek, hogy nem a „chalone” termelése sérül, hanem a sejtől való kiáramlása válik akadályozottá (10, 62). Bonyolítja a kérdést azok az eredmények, amelyek az ún. kolonia-stimuláló faktorról (CSF) kapcsolatosak (63, 64, 65). Kiderült, hogy ez kémiaiilag glycoprotein, s szükséges a granulocytá képzéséhez és a leukaemiás betegek szérumában fokozott koncentrációban van jelen. Ezen faktorok szerepének tisztázása a jövő feladata.

Köszönetnyilvánítás: Ezúton mondunk köszönetet Szívós Erzsébet asszisztensnőnek áldozatkész munkájáért.

Összefoglalás. Szerzők 19 chronicus myeloid leukaemiás beteg cytogenetikai vizsgálatával a Ph₁ chromosomát 18 esetben tudták kimutatni. Exacerbatióban a Ph₁ pozitív clon százalékos arányának emelkedését észlelték. Egy betegben kettős Ph₁-et találtak. Két — viszonylag jóindulatú lefolyást mutató — esetben az Y chromosoma hiányát mutatták ki. Egy nem leukaemiás — feltehetően praeleukaemiás stádiumban levő — esetben Ph₁-et találtak. Elemezték a cytogenetikai vizsgálat diagnosztikus, pathogenetikai és prognosztikus jelentőségét CML-ban.

IRODALOM: 1. Nowell, P. C., Hungerford, D. A.: J. Nat. Cancer Institute. 1960, 25, 85. — 2. Nowell, P. C., Hungerford, D. A.: Science. 1960, 132, 1497. — 3. Haines, P. P.: Nature. 1965, 207, 552. — 4. Sofuni, T., Kikuchi, Y., Sandberg, A. A.: J. Nat. Canc. Inst. 1967, 38, 141. — 5. Kiossoglou, K. A., Mitus, W. J., Dameshek, W.: Lancet. 1966, 2, 665. — 6. Tjio, J. H., Carbone, P. P., Whang, J., Frei, F.: J. Nat. Canc. Inst. 1966, 36, 567. — 7. Baserga, A., Castoldi, G. L.: Biomedicine. 1973, 18, 90. — 8. Canellos, G. P.: Lancet. 1972, 2, 1227. — 9. Fitzgerald, P. M.: Brit. J. Haemat. 1971, 21, 473. — 10. Pedersen, B.: Human Genetics. 1971. 166. (Proceeding of the Fourth International Congress of Human Genetics) — 11. Fialkow, P. J., Thomas, E. D., Bryant, J. I., Neiman, P. E.: Lancet. 1971, 6, 215. — 12. Chervenik, P. A.: Science. 1972, 174, 1134. — 13. Speed, D. E., Lawler, S. D.: Lancet. 1964, 1, 403. — 14. Rowley, J. D.: Nature. 1973, 243, 290. — 15. Rowley, J. D.: New Engl. J. Med. 1973, 289, 220. — 16. Dinuer, M. C.: Lancet. 1973, 1, 971. — 17. Hayata, I., Kakati, S., Sandberg, A. A.: Lancet. 1973, 1, 1385. — 18. Moorhead, P. S., Nowel, P. C., Mellmann, W. J.: Exp. Cell. Res. 1960, 619, 20. — 19. Sellyei M.: MTA Biol. Tud. Oszt. Közl. 1970, 13, 1. — 20. Sellyei M.: Orv. Hetil. 1971, 112, 2962. — 21. Schuller D.: Orv. Hetil. 1965, 106, 2366. — 22. Sandberg, A. A.: Cancer. Res. 1961, 21, 678. — 23. Tjio, J. H., Whang, J.: Stain Technology. 1962, 37, 17. — 24. Tjio, J. H., Whang, J.: Human Chromosome Methodology. New York Acad. Press. 1965. — 25. Schendl, W.: Wien. Klin. Wschr. 1972, 84, 389. — 26. László J., Gaál M.: Orv. Hetil. 1972, 113, 806. — 27. Fleischmann, T.: Orv. Hetil. 1968, 109, 2866. — 28. Fleischmann T.: Orv. Hetil. 1971, 112, 1623. — 29. Fekete Gy., Dobos M., Schuller D., Fischer J.: Orv. Hetil. 1973, 114, 2359. —

30. Nagy S.: Haemat. Hung. 1963, 3, 247. — 31. Hayata, I., Kakati, S., Sandberg, A. A.: Lancet. 1973, 1, 1385. — 32. Kaplow, L. S.: Amer. J. Clin. Path. 1963, 39, 439. — 33. Alter, A., Dobkin, G., Pourter, M., Rosner, F., Lee, S. L.: Lancet 1963, 1, 506. — 34. Bainton, D. F., Farquhar, M. G.: J. Cell. Biol. 1966, 31, 8. — 35. Bessis, M.: Proceeding of the International Conference on Laukaemia-Lymphoma. 1968. p. 281. — 36. Brandt, L.: Scand. J. Haemat. Suppl. 1967, 2, 44. — 37. Brandt, L.: Scand. J. Haemat. 1965, 2, 126. — 38. Brandt, L., Schnell, L.: Scand. J. Haemat. 1969, 6, 65. — 39. Phagocytic Mechanism in Health and Diseases. Ed. R. C. Williams jr. and H. H. Fudenberg. Stuttgart, 1972. — 40. Pedersen, B.: British J. Haemat. 1971, 21, 251. — 41. Baikie, A. G.: Acta Haemat. 1966, 36, 157. — 42. Rastrick, J. K., Fitzgerald, P. M., Cunz, F.: Brit. Med. J. 1968, 1, 96. — 43. Reisman, L. E., Mitani, M., Zuesler, W. E.: New Engl. J. Med. 1964, 270, 591. — 44. Clein, G. O., Flemans, R. J.: Brit. J. Haemat. 1966, 12, 754. — 45. Woodliff, H. J., Dougou, L.: Lancet. 1966, 1, 771. — 46. Dewall, C. P., Carbone, P. P., Bell, W. R., Whang, J., Tjio, J. H., Perry, S.: Blood. 1967, 29, 652. — 47. Knospe, W. H., Klatt, R. W., Bergin, J. W., Jacobson, C. B., Conrad, M. E.: Amer. J. med. Sci. 1967, 254, 816. — 48. Sandberg, A. A., Sakurai, M.: Lancet. 1973, 1, 375. — 49. O'Riordan, M. L., Berry, E. W., Tough, M.: Brit. J. Haemat. 1970, 19, 83. — 50. Sakurai, M.: Acta Haemat. Jap. 1970, 33, 127. — 51. Pierre, R. V., Hoagland, H. C.: Cancer. 1972, 30, 889. — 52. Grozdea, J.: Lancet. 1973, 1, 506. — 53. Vass L., Sellyei M.: Lancet. 1973, 1, 550. — 54. Funderberg, H. H.: Med. Clin. Amer. 1965, 49, 1533. — 55. Fialkow, P. J.: Amer. J. Hum. Genet. 1966, 18, 93. — 56. Hoshino, T., Kawasaki, S.: The Role of Lymphocyte and Macrophages in the Immunobiological Response. 1971. — 57. Spiers, A. S., Baikie, A. G.: Lancet. 1966, 1, 506. — 58. Spiers, A. S., Baikie, A. G.: Cancer. 1968, 22, 193. — 59. Verhest, A., Schoubroeck, F.: Lancet. 1973, 1, 1386. — 60. Rytomaa, T., Kiviniemi, K.: Cell. Tiss. Kinet. 1968, 1, 329. — 61. Bolding, W. H., Lawrence, E. B.: European J. Biochem. 1968, 5, 191. — 62. Pedersen, B.: The Cytological Basis of Progression in Chronic Myeloid Leukaemia. Chapter 7. 153. University of Cambridge. — 63. Golde, D. W., Chive, M. J.: J. Clin. Invest. 1972, 51, 2981. — 64. Chervenick, P. A., Lobuglio, A. F.: Science. 1972, 178, 164. — 65. Stanley, E. R.: Symposium on in vitro culture of hemopoietic cells. 1971. Rijswijk. — 66. Wintrobe, M. M.: Clinical Hematology. Lea and Febiger. Philadelphia. 1971. 988. — 67. Pedersen, B., Hayhoe, F. G.: Brit. J. Haemat. 1971, 21, 251. — 68. De Grouchy, J., De Nova, C., Feingold, J., Bilski-Pasquier, C., Bousser, J.: Europ. J. Cancer. 1968, 4, 481. — 69. Jurgutis, R. P.: Gematologia i perelivanyije krovi. 1968. no. 779. — 70. Raposa T., Natavajan, A. T.: Orv. Hetil. 1974, 115, 1575.

„Az emberek mindig nagyobbnak látszanak olyankor, amikor a körülmények emelik fel őket, mint amikor mindent a maguk tehetségének köszönhetnek”.

Rey

SOMBREVIN

ÖSSZETÉTEL: 1 ampulla (10 ml) 0,5 g propanididumot és 2 g polyoxaethenum ricinoleicumot tartalmaz vizes oldatban.

HATÁS: Barbituratmentes, intravénásan alkalmazható, rövid hatástartamú narcoticum.

JAVALLATOK: Rövid ideig tartó fájdalmas eszközös, diagnosztikus vagy therapiás beavatkozások, ambulans sebészeti műtétek során alkalmazható, 4–15 perces időtartamra biztosít kielégítő mélységű narcosist. Hosszabb időt, tartósabb narcosist igénylő műtétek esetén a Sombrevin a narcosis bevezetésére, más narcoticumok potenciálására alkalmas.

injekció

FIGYELMEZTETÉS: 4 éven aluli életkorban a Sombrevin injekció alkalmazása különös körültekintést igényel.

Szakrendelések a biztosítottak ellátására, nem a társadalombiztosítás terhére, hanem a pro ambulancia szerekre meghatározott módon szerezhetik be.

FORGALOMBA KERÜL: 5 × 10 ml ampulla 132,- Ft
50 × 10 ml ampulla 1300,- Ft



Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.

I. sz. Megyei Kórház, Zalaegerszeg,
Általános Sebészeti Osztály
(osztályvezető főorvos: Degrell István dr.)

Acut totalis emlő-necrosis

Degrell István dr.

Az emlő necrosis (továbbiakban: e. n.) megjelenését tekintve lehet körülírt, subtotalis és totalis, lefolyása alapján acut, subacut vagy chronikus, nagysága szerint mogyorónyi, diónyi, ritkán gyermekfejnyi. A lipogranulomatosis, a lipophag granuloma, az oleogranuloma is megjelenhet klinikailag e. n. képében, sok szerző ezeket az idegentest-tuberculumok fejezetében tárgyalja. Aetiológiájában különböző tényezők, mint pl. trauma, gyulladás, terhesség, vascularis okok, fertőző betegségek, anticoagulansok, allergiás állapotok, gyógyszerek stb. szerepelnek.

Elhalhat a bimbó, ill. a bimbóudvar — vagy mindkettő —, a mirigyállomány egyes szektorai, fibroadenomák, terhességi adenomák, de ismertek a mirigyállomány többszörös elhalásai is. A bőrhez közel fekvő e. n.-ok hegesedésük folytán létrehozhatják a retractiós bőrtüneteket és nem ritkán utánozhatják a korai emlőrákot.

Az aetiológiai tényezők közül gyakran olvashatunk a *terhesség* alatt és a *postpartalis* szakban fellépő elhalásokról. *Katz* (13) fiatal primiparán symmetricus bimbóelhalást észlelt; a betegen fokozott vérzékenység miatt Adrenalint, Pituitrint és Ergotamint alkalmaztak. A bimbók spontán leledését ér-spasmussal magyarázzák. *Tonnelé* (26) kétoldali bimbóelhalást észlelt puerperalis sepsisben. Ér-spasmus hatására vezethető vissza *Wallart* (27) esete is, amelyben alkoholos bimbóecsetelés következtében elhalt és leledött mindkét bimbó. *Hasson* és *Pope* (11) 3 terhes nőbetegben körülírt e. n.-ról számolnak be. *Wilkinson* és *Green* (28) 10 terhes, ill. postpartalis szakban levő nőbeteg partialis e. n.-át ismertetik; a necrosisok hyperplasticus emlőszövetben, vagy terhességi adenomákban és fibroadenomákban keletkeztek. *Consiglio* és *mtsai* (5) 22 éves terhes nő „emlődagánát” távolított el, mely necrosisnak bizonyult. *Pambakian* és *Tighe* (20) 3 esetet ismertetnek: 59 éves betegen fibroadenomában, egy 23 évesen postpartalis szakban terhességi adenomában, és egy 27 évesen szintén a postpartalis szakban hyperplasiás laktáló

emlőben észleltek elhalást. *Rickert* és *Rajan* (22) 17 és 19 éves terhes nő esetét ismertetik: emlőjükben „daganat” keletkezett, amit eltávolítottak a szülés után és mindkettő coagulatiós necrosisnak bizonyult.

Az e. n. kóroktanában fontos szerepet játszó *vascularis* okok ismertetése előtt röviden tárgyalom az emlő vérellátását: az emlő *medialis* részét az a. mamma interna, rami perforantesei révén, a *lateralis* részét az a. thoracalis lateralis, a *lateralis* és a *medialis* részét az aa. intercostalesek (III—VII), rami mammarii laterales et mediani ágaival látják el. A vénás elfolyás a vv. intercostaleseken, a subcutan vénákon, továbbá az előbb felsorolt arteriákat kísérő vénákon keresztül történik a v. axillarisba és a v. jugularisba (16, 17, 18).

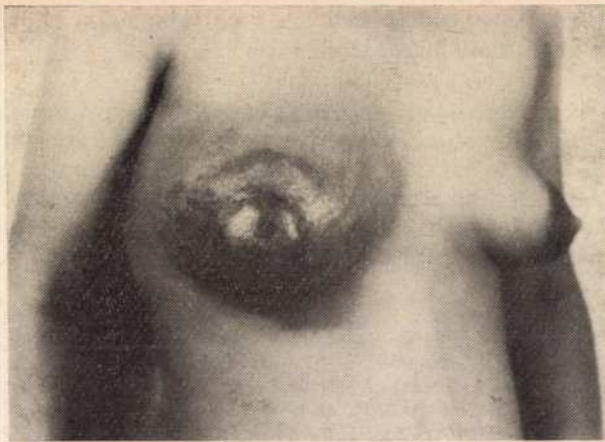
Annak ellenére, hogy az említett erek egymással bőven anastomosálnak, előfordulhat, hogy sebészi beavatkozás következtében elhalnak az emlő egyes részei. Hasonló szövődményt észleltem egy 48 éves betegen: a lateralis segmentumban levő almányi — fibroadenoma phylloides-nek bizonyult — daganat eltávolítását követő 5—6. napon, minden valószínűség szerint az a. thoracalis lateralis leledése miatt elhalt és leledött a bimbó a bimbóudvarral együtt. Hasonló *Cutler* (7) megállapítása is, aki könyvében az egyes arteriák ellátási területének megfelelő elhalások lehetőségeiről ír. *E. Cutler* (6) 55 éves, hypertonia betegségben szenvedő nő emlőjében galambtojásnyi, kékesen elszíneződött göböt észlelt: szövettanilag zsír-necrosisnak bizonyult, és ezt a folyamatot *Cutler* „apoplexy of the breast”-nek nevezte, keletkezését ér-rupturával magyarázta. *M. Cutler* (7) 30 év alatt 3 hypertoniás nőbeteg emlőjében észlelt *E. Cutler* esetéhez hasonló jelenséget. *Gruber* (10) 42 éves, tricuspidalis és mitralis vitiumos beteg emlőjében rákos csomót utánzó elhalásról számol be; a v. jugularis és a v. subclavia kiterjedt thrombosisa következményes rögösödést okozott a v. mammaia externában, ami létrehozta az elhalást. *Boersma* és *Engler* (3) e. n.-t észlelt egy betegében, akinek az alsó végtagon acut thrombophlebitise volt. *Canniggia* (4) szintén észlelt e. n.-t egy vitiumos betegében.

Allergiás reakciót követő e. n.-t okozhat a penicillin, amint azt *Still*, *Phelan* és *Loftus* (23, 21, 15) közleményeiben is olvashatjuk.

Abrikossoff (1) multiplex e. n.-t közül kiütéses typhusszal kapcsolatban: szerinte toxicus hatás vasospasmust okoz, következményes elhalásokkal.

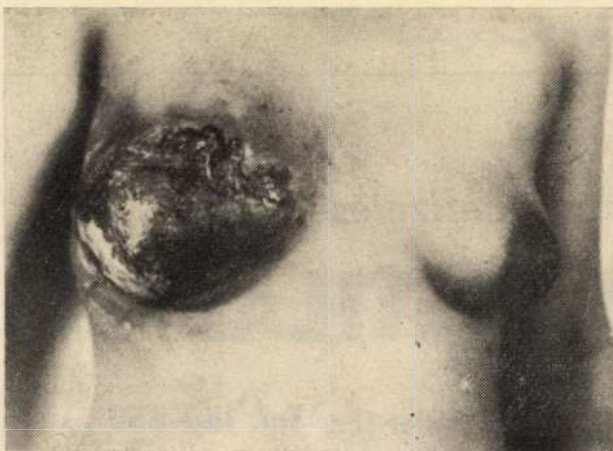
Az *anticoagulansok* gyakran okoznak e. n.-t; miután a szervezetben másutt is létrehozhatnak necrosisokat, tárgyalásuktól eltekintünk.

Irodalmi ritkaságnak tekinthető az *emlő subtotalis* vagy *totalis elhalása*. Az esetek többségében a folyamat acut lefolyású: az emlő megduzzad, láz, fájdalom és hidegrázás kíséretében és könnyen összetéveszthető a heveny emlőgyulladásal. Néhány napon belül a tünetek fokozódnak, az egész emlő kékeslilásan elszíneződik, demarkálódik és sokszor minden beavatkozás nélkül leledik. Subtotalis e. n. lefolyása idült is lehet. Teljes e. n. esetét ismerteti *Bamberger* (2) puerperalis sepsis-



1. ábra

ben. *Susteršič* (25) kétoldali e. n.-ról számol be egy 70 éves vitiumos betegen, akin tonsillitis miatt sulfamid—penicillin terapiát alkalmaztak: a kezelés 6. napján infarcerálódott az egész jobb, 3 nap múlva a bal emlő. Mindkét emlő spontán lelekedött és másodlagosan gyógyult. *Napieralski* (19) 60 éves grippés betegen elhalt és lelekedött az egész jobb emlő; a szerző szerint az e. n. fertőzéses, toxicus alapon keletkezett. *Dogru* (9) teljes emlőelhalást észlelt egy 60 éves pyelonephritisben szenvedő betegen, akiben tüdő-embolisatio lépett fel. Anticoagulans és penicillin kezelést követő 6. napon az egész jobb emlőben multiplex necrosisok keletkeztek. 10 hét múlva amputálták az egész emlőt: benne számos elhalást találtak oleogranulomák, lipophagok és idült gyulladási elemek kíséretében. A szerző a rapid lefolyású emlőelhalást toxicus-allergiás alapon létrejött ér-spasmussal magyarázza. *Lax* (14) esetében mastitis puerperalis-ban elhalt és néhány napon belül spontán lelekedött — a bimbóudvar kivételével — az egész emlő bőre. Hazai viszonylatban nemrég ismertették *Szelezky és mtsai* (24) 54 éves subtotalis e. n.-t. A betegen adenomyosis miatt méheltávolítást végeztek, majd lázas állapot miatt penicillint alkalmaztak. 15. postoperatív napon bal emlő bőre kékesen elszíneződött, majd elhalt az egész mirigyállomány, a medialis felső negyed kivételével. A szerzők szerint az e. n. létrejöttében toxicus hatás



2. ábra.

révén endothel károsodás, szöveti hypoxia és az antibiotikumok okozta allergiás tényezők játszottak szerepet.

Esetismertetés

H. J.-né, 23 éves. 1973. augusztus 7-én szült egy vidéki szülőotthonban egészséges fiúgyermeket. Anamnesisében említésre méltó betegség nem szerepel; 13 éves korában tonsillectomia, első menses 14 éves korában volt, rendszeresen jelentkezett. A postpartialis szakban nem indult meg a tejelválasztás a jobb emlőből: ezért több napon át, kézi massage-zsal, naponta többször fejték jobb emlőjét, azonban így sem sikerült tejet nyerni. Néhány nap múlva jobb emlője megduzzadt, élénkpiros lett, fájdalom és láz kíséretében. Polybé és Chlorocid tablettá szedése mellett borogatást alkalmaztak, eredmény nélkül. 1973. augusztus 21-én mastitis puerperalis kórismével osztályunkra szállították.

Status: jobb emlő kb. kétszeresére megnagyobbodott, feszes, bőre hyperaemiás. A bimbóudvar és a bimbó szederjesfekete, fénylő és 4—5 cm-es sávval, zegzugos vonallal határolódik el a vérbő emlőállománytól (1. ábra). A bal emlőből bőséges tejelválasztás.

Laboratóriumi eredmények: fvs.: 9800, vvt.: 4.2 M. Vizelet: negatív. Vvt.-süllyedés: 24 mm/óra, 40 mm/2 óra. Vézési, alvadási idő normális. Thrombocytaszám: 240 000. Vérnyomás: 120/90 Hgmm. T.: 38,8 °C.

Az anamnesis és a localis status alapján emlőelhalást kórisméztünk: az emlőt felpolcoltuk, sulfamid porral beszórtuk, iv. Tetran injectio adása mellett. A folyamat napról napra progrediált: az elhalás kiterjedt az egész mirigyállományra, mely augusztus 27-én demarkálódott (2. ábra), majd a következő napon spontán levált. 2 hét múlva felfrissítettük a sebalapot és a sebszéleket elsődlegesen egyesítettük. A beteg szeptember 20-án panaszmentesen távozott. Utoljára 1974. szeptemberben jelentkezett ellenőrző vizsgálaton, a seb per primam gyógyult.

Kórszöveti vizsgálat: férfitenyényi eltávolított egyoldali emlő. A jellegzetes bőrreteg hiányzik, egész külső felszíne zöldesfekete, matt fényű; metszlapon szederjesfeketés egyenmő, szerkezet nélküli elhalt állomány látszik. Mikroszkóposan a tágult mirigyek üregében helyenként lactatio jelei láthatók. Az emlő más részleteiben elhalás képe észlelhető, az alapszövet teljes elvesztésével. Az oedemás interstitiumban, de a mély zsírszövetben is bevérzések vannak, a széli részeken demarcatiós övezettel. Számos helyen kisebb erek és nyirokerek üregében kiterjedt bakteriumembolusok és thrombusok figyelhetők meg (3. ábra). Dg.: gangraena mammae (*Ferenczy dr.*).



3. ábra

Megbeszélés

A spontán teljes emlő-necrosis leggyakrabban a terhesség alatt vagy a puerperiumban fejlődik ki fiatal nőknél, rapid, drámai lefolyású irreverzibilis folyamat. A tünetek szinte szemmel láthatóan, óráról órára, napról napra lépnek fel, septicus kép kíséretében. Esetünkben az ismert aetiológiai tényező közül feltehetően több faktor játszott szerepet. Kiváltó oknak tarthatjuk a mechanikai hatáson kívül (ismételt, erélyes emlő-massage-ok) a tejutak fertőzését, mely septicus-toxicus hatása révén maga után vonta a diffus endothel-károsodást, következményes thrombosissal és elhalással. Az utóbbi feltevést alátámasztják a szövettani leletben ismertetett thrombusok, septicus embolusok és a nagyfokú interstitialis oedema.

Az emlő körülírt necrosisának kórismézésében és kezelésében döntően fontos a pontos anamnesis és műtét esetén az intraoperatív kórszövet-tani vizsgálat elvégzése. A bevezetésben már ismerttettem azt a megállapítást, hogy az e. n. ösztetéveszthető a korai emlő-carcinomával. Delarue és Redon (8) 4 fiatal, nem terhes nő emlőeltávolítását hajtották végre, malignitás alapos gyanúja miatt: a szövettani vizsgálat mind a 4 esetben fibroadenomában keletkezett elhalásnak bizonyult. Karlinggerrel (12) ismertettük egy idősebb nő esetét, aki szintén, intraoperatív fagyasztásos szövettani vizsgálat mellőzéseivel, emlő-amputációt végeztünk carcinoma gyanúja miatt, a szövettani vizsgálat oleogranulomát jelzett. Hasonló irodalmi adatok birtokában leszögezhetjük, hogy az e. n.-on kívül számos kórfolyamat utánozhatja a rákos burjánzást; ezért emlő-amputációt ne végezzünk intraoperatív fagyasztásos szövettani vizsgálat mellő-

zésével még akkor sem, ha a folyamat klinikailag malignusnak imponál!

Összefoglalás. A szerző egy 23 éves primipara egyoldali, teljes, spontán emlő-necrosisát ismerteti elsőként a hazai irodalomban. Áttekintést nyújt az emlő-necrosis irodalmáról, kliniko-pathológiájáról és felhívja a figyelmet az elkülönítő kórismézésnek jelentőségére a korai rákkal szemben.

IRODALOM: 1. *Abrikossoff, A.*: Zbl. allg. Path. 1926, 38, 542. — 2. *Bamberger és mtsai*: Münch. med. Wschr. 1912, 49, 2680. — 3. *Boersma, D., Engler, J.*: Surgery (St. Louis). 1963, 54, 876. — 4. *Caniggia, A.*: Folia cardiol. (Milano) 1953, 12, 1. — 5. *Consiglio, V. és mtsai*: Arch. Ital. Chir. 1967, 93, 580. — 6. *Cutler, E. C.*: JAMA. 1924, 22, 1763. — 7. *Cutler, M.*: Tumors of the Breast. Pitman—Lippincott Co., London—Philadelphia. 1961. 196. — 8. *Delaure, J., Redon, H.*: Sem. Hôp. Paris. 1949, 25, 2991. — 9. *Dogru, M. A.*: Zbl. Chir. 1964, 1, 32. — 10. *Gruber, G. B.*: Münch. med. Wschr. 1911, 44, 2328. — 11. *Hasson, J., Pope, C. H.*: Surgery (St. Louis). 1961, 49, 313. — 12. *Karlinger Gy., Degrell I.*: V. Magyar Onkol. Kongr. anyagából. Akad. Kiadó, 1962. — 13. *Katz, H.*: Zbl. Gynäk. 1924, 5, 175. — 14. *Lax, H.*: Geburtsh. u. Frauenhk. 1959, 19, 715. — 15. *Loftus, J. R.*: JAMA. 1960, 174, 302. — 16. *Marcus, G. H.*: Arch. klin. Chir. 1934, 179, 361. — 17. *Maliniac, J. W.*: Arch. Surg. 1943, 47, 329. — 18. *Massopoust, L. C., Gardner, W. D.*: Surg. Gynec. Obst. 1950, 91, 717. — 19. *Napieralski, K.*: Zbl. Chir. 1962, 21, 906. — 20. *Pambakian, H., Tighe, J. R.*: Brit. J. Surg. 1971, 58, 601. — 21. *Phelan, J. T.*: Surgery. 1961, 49, 317. — 22. *Rickert, R. R., Rajan, S.*: Arch. Path. 1974, Vol. 97, 3, 159. — 23. *Still, W. J. S.*: Brit. med. J. — 1954, II, 1032. — 24. *Szelezky Gy. és mtsai*: Magy. Seb. 1973, 26, 117. — 25. *Susteršič, Z.*: Der Chirurg. 1962, 11, 485. — 26. *Tonnelé és mtsai*: cit. Schultz, A.: Path. Anatomie der Brustdrüse. Springer Verl., 1933, Berlin. VII/2. 128. — 27. *Wallart és mtsai*: cit. mint fent, 129. — 28. *Wilkinson, L., Green, W. O.*: Cancer. 1964, Vol. 17. 12, 1567.

MEGRENDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett

az ORVOSI HETILAP-ot

Posta Központi Hírlapiroda, Budapest, V., József nádor tér. Tel. 180-850



HORUS

ORVOSTUDOMÁNYI
DOKUMENTÁCIÓS
SZOLGÁLAT

Szerkeszti
az Országos Orvostudományi
Könyvtár igazgatója

8. szám

A laryngoscopia történetének magyar vonatkozásai

A gégetükrözés gondolata már régen felmerült az orvosi elképzelések között. *Helmholtz*, a szemtükrő feltalálója tulajdonképpen az összes endoszkóp atyjának tekinthető (1851), így neki tulajdoníthatjuk az első komoly impulzust a gégetükrözésre is. A szemtükrözéstől azonban hosszú, akadályokkal kövezett út vezetett a gégetükrözés megvalósításáig. Legnehezebb volt a technikai problémák megoldása, bár tekintélytiszteltetből adódó előítéleteket és szemléleti akadályokat is el kellett hárítani az útból. Így a berlini orvosi fakultás álláspontja, amely szerint élőben a gégetükrözés lehetetlen, igen nagy akadályt jelentett. Ennek ellenére 1840-ben *Liston* angol orvos fogtükröt ajánlott gégetükrözés céljára. Ötlete azonban hamarosan feledésbe merült. Érdekes, hogy éppen egy spanyol énektárnárnak: *Manuel Garcíanak* jutott eszébe 1854-ben, hogy tükrő és napfény segítségével hangszalagjait éneklés közben megfigyelje. Őt nem orvosi, hanem énektechnikai szempont vezette; a kíváncsiság azonban a dolgok előbbrevívője.

A bécsi *Türk* 1857-ben — nem tudva *Garcia* kísérletéről — először hullákon, majd élőkon végzett sikeres gégetükrözést oly módon, hogy a nap sugarait vetítette be a gégebe tükrő segítségével.

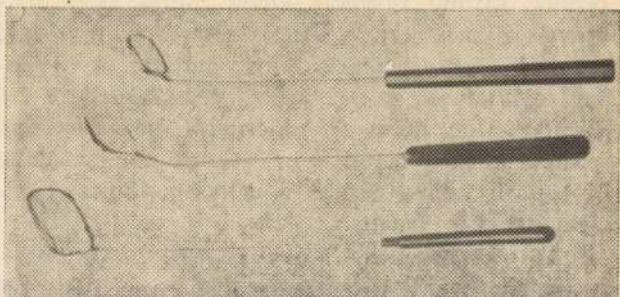
A Bach-korszakban, amikor a pesti egyetemen a magyar szabadságharcban kompromittált magyar professzorok helyébe az elnyomó rendszer igyekezett németajkú tanárokat elhelyezni, ekkor került a pesti egyetem orvosi fakultására, a fiziológiai tanszékre *Purkinje* tanítványa: *Czermak János*. *Czermak* cseh származású volt, azonban gondolkozásában aulikus, a német nyelvet tartotta a tudomány nyelvének. Emiatt különbözött össze prágai kollégáival, majd később *Krakkóba* kerülve, a lengyel professzorokkal is, akik anyanyelvüket akarták az orvostudomány és a tudomány nyelvének a német helyett elismertetni. *Czermak* Pestre kerülve, természetesen itt a magyar nyelv pártfogói-



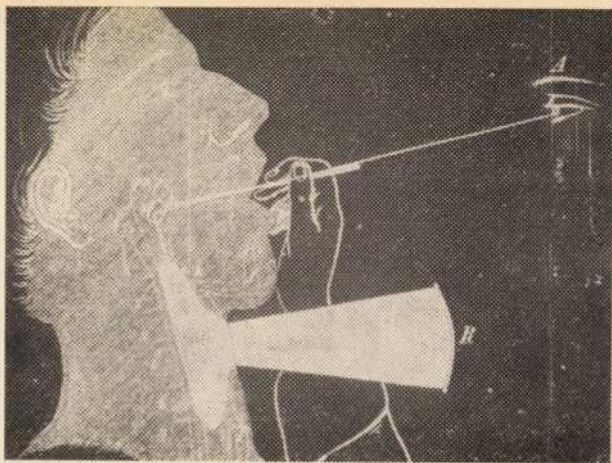
Czermak gégetükrözést végez

val került szembe, azonban a magyar professzorok megértő gondolkozása folytán nem került itteni kollégáival komoly ellentétbe: fölismerték tudósi és emberi kvalitásait és meleg barátsággal fogadták körükbe. Így a pesti kar — megbecsülése jeléül — az akkori viszonyok között a legmodernebb fiziológiai intézetet állította föl számára.

Czermak, értesülve *Türk* gégetükrözéséről, ennek fontosságát azonnal fölismerve mind fiziológiai mind klinikai szempontból. Elkért *Türk*től egy gégetükröt, amellyel nem napsugarat, hanem mesterséges fényforrást: a gázlámpa fényét vetítette a gégebe egy olyan tükrő segítségével, amely lyuk volt a vizsgáló szeme számára. Ezáltal két előnyhöz jutott: függetleníttette a vizsgálatot attól, hogy süt-e a nap vagy sem; a beteg megfelelő elhelyezésével elhárította a fénynyaláb útjából az akadályt, nevezetesen a vizsgáló orvos fejét. Gégetükrözési eljárását 1858-tól kezdve részben német, részben magyar nyelven több közleményben ismertette: így magyar nyelven 4 dolgozata jelent meg 1858 és 1862 között. Ezenkívül valóságos propagandahadjáratra indult: Európa metropolisait végigjárva, bemutatta gégetükrözési eljárását.



Czermak eredeti gégetükrői



A diaphanoskopia laryngis sémája

rását, minek eredményeként valóságos zarándoklat indult meg Pestre a gégetükrözés elsajátítása céljából. Így Mackenzie — a később világhírűvé vált angol professzor — egy évet tölt el Czermak intézetében.

Időközben hatalmas prioritási vita robbant ki Türk és Czermak, illetőleg a német és a magyar orvostársadalom között. E prioritási vita végül is Czermak javára dőlt el azáltal, hogy Czermak 1863-ban kiadott könyvében félreérthetetlenül leszögezi: az ő elvitathatatlan érdeme az, hogy először használt mesterséges fényt és átlukasztott tükröt a gége megvilágítására. Ezt a szemtükörszerű műszert később úgy módosítják, hogy nem kézben tartják, hanem — hogy a kéz fölszabaduljon — a fogsorok között rögzítik a nyelét. Majd a tükrő feljebb vándorol a homlokra, ahol eleinte csatos vászonszalag, majd később fém, ebonit vagy műanyag pánt rögzíti.

Czermak 1858-ban erős fényforrás segítségével átvilágítja a gége előtt elhelyezkedő szöveteket (diaphanoskopia laryngis). Az így megvilágított géget pedig a torokba helyezett gégetükörrel veszi szemügyre, sőt a gégetükör képét le is fotografálja.

Ennek az eljárásnak az eredetiségét senki sem vitatta.

Czermak azonban a gégetükrözést nemcsak fiziológiai síkon hasznosítja, hanem kóros esetekben is. Így gégepolipot, gégetuberkulózist, gégelest, sőt rákot is megfigyel, és észleléseiről sajátkezüleg kitűnő rajzokat készít. Majd együttműködve jó barátjával: Balassa sebészprofesszorral, bizonyos gégebetegségeket már műtéttel gyógyítanak, így Balassa, ez a sebészvirtuóz végezte az első laryngofissiót. Együttműködésükről hét pontosan vezetett kórlap maradt fenn az utókor számára. Így indult hódító útjára nemcsak nálunk, de világszerte is a modern gégeészet.

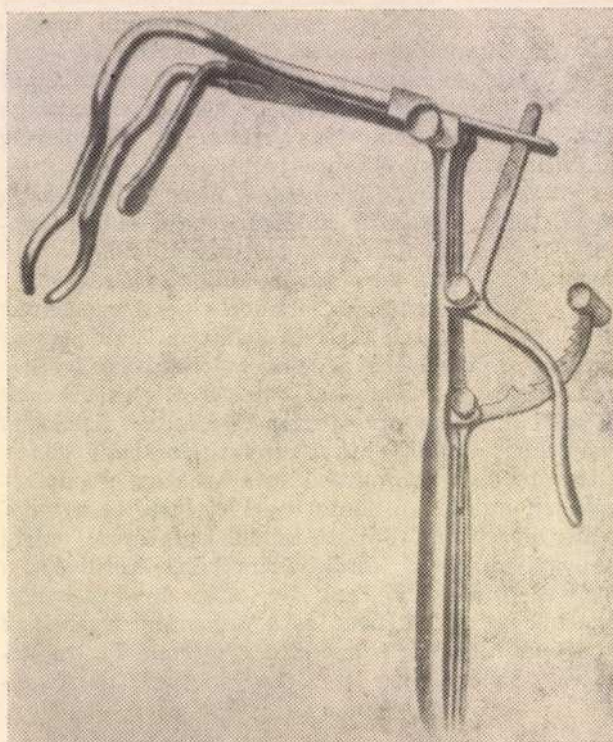
Az első orrtükröt Markusovszky Lajos konstruálta és használta — Czermak szerint még 1860 előtt. (J. Lajda: Markusovszky jelentősége az oto-

laryngológiában, Orv. Hetil. 1965, 106, 1665.) Czermak a laryngoskopia elvét alkalmazta az orrüreg megvilágításos vizsgálatára is: az ő nevéhez fűződik a rhinoscopia anterior és posterior elterjesztése. Mindez lehetővé teszi, hogy a modern rhinológia elindulhasson. Voltolini 1867-ben, Zaufall pedig 1877-ben az orrpolyp és kagylótúltengés szem ellenőrzése mellett való eltávolítását ajánlja.

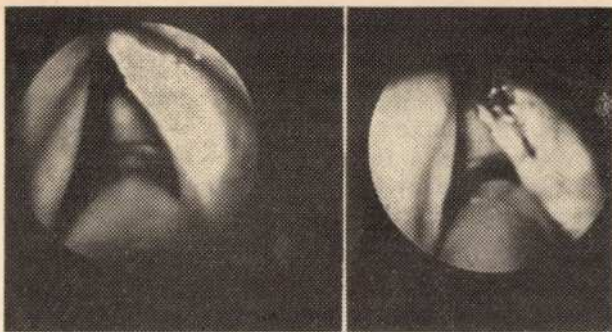
Czermak dokumentációjához nemcsak sajátkezü művészi rajzokat készített, de először készített a gégetükörben látható képről fényképfelvételeket is. Erről 1860-ban közleménye jelenik meg az Orvosi Hetilapban. Fényképei mai szemmel nézve is tökéletesek; sztereoszkópos képei a bécsi Akadémia tulajdonában vannak, téglalakú gégetükrei pedig a Budapesti Orvostörténelmi Múzeum megbecsült kincsei.

Czermak magyar tanítványai közül megemlíthük Navratil Imrét és Balogh Kálmánt, akik első sorban a laryngológia iránt mutatnak érdeklődést. Legkiválóbb tanítványa Navratil Imre volt, aki a Rókus Kórház sebészfőorvosaként működött, de hamar felismerte a gégeészet fontosságát és jövőjét, ezért osztályából egy 12 ágyból álló önálló gégeosztályt alakított ki. A pesti orvosi kar méltányolta Navratilnak a gégeészet iránti nagy érdeklődését s szakmájában tudományos és gyakorlati síkon egyaránt kiváló munkásságát, ezért 1865-ben magántanárrá habilitálja. Az ő előadásaival indul meg a gégeészet szakoktatása hazánkban, a Rókus Kórházban.

Miután Navratil eredetileg jól képzett sebész volt, alkalmasnak bizonyult arra, hogy a gégeészetet képviselje hazánkban. Németül megjelent könyve a laryngoskopiáról (Berlin, 1914) egyúttal



A Réthi-féle distractor laryngis



Balra: lugol festéskor festetlenül maradt pachydermia laryngis; jobbra: az endolaryngealis eltávolítás utáni kép

orvosi munkásságának összefoglalását jelenti 1858—1913-ig. E könyvben igen értékes levél található facsimileként *Czermak* kezeirásával, amelyet *Navratil*hoz írt; figyelemre méltó a levél meleg, baráti hangja.

Amint már említettük, *Navratil* igen nagy gyógyító és irodalmi munkásságot fejtett ki: 1000 tracheotómiát végzett; az utolsó alkalmából nagy ünnepséget rendeztek. A gégeészetből 8 monográfiát, 5 történeti megemlékezést és 137 dolgozatot írt. A már említetten kívül jelentős műve: „A gégebajok helybeli kezelése gégetükrök mellett” (Pest, 1865). Másik igen értékes műve: „Gégesebészeti adatok” (Pest, 1869).

A gégetükrözés magyar irodalmát 1866-ban *Hermann Adolf* „A gégetükrészlet” című könyvével gazdagította.

Meg kell emlékeznünk a laryngoskopia magyar vonatkozásainak tárgyalásakor a magyar származású *Stoerk Károly*ról (1832—1890), aki Budán született és 1858-ban Bécsben szerzett oklevelet, majd ugyancsak ott habilitált 1856-ban, éppen gégetükrözés témából. Kitűnik mint kiváló endolaryngealis operatőr, s ezt a képességét akkor kamatoztatja igazán, amikor a kokain fölfedezésével a gége érzéstelenítése lehetővé válik. Számtalan endolaryngeális műszert konstruált, és ő a megalapítója a bécsi Laryngológiai Társaságnak.

Réthy Aurél, *Ónodi* tanítványa az *Ónodi*-klinikáról ismerteti „distractio laryngis” eljárását. Előzetes helyi érzéstelenítés után a distractor az epiglottist hátra és az ary-porcokat oldalra tolja. Ugyanakkor a nyelvet is lenyomja, miáltal a glottist kitágítja és a gégeész mindkét keze felszabadul manipulációk céljára.

A pécsi Gégeklínika 1963-ban bevezette a chordascopia elnevezésű eljárását mint új diagnosztikai módszert. Az eljárás lényege az, hogy a kolposkopia elvét igyekszik a gégeészetben alkalmazni: supravitalis lugol festéssel (*Schiller*-próba) megkülönbözteti a kóros szövetet az éptől azáltal, hogy a csökkent glikogen tartalmú kóros sejtek (*pachydermia*, cc *laryngis*) nem festődnek barnára, hanem festetlenek maradnak. Természetesen a szerzőknek az volt a törekvésük, hogy az így adódó képet nagyításban és színes felvételen rögzíthessék. Miután a klinikának akkor csak keletnémet *Zeiss* operációs mikroszkópja volt, 20 cm fókusztávolsággal, ezzel a géget nem lehetett felvételre beállítani, mivel a fókusztávolság ahhoz rövid volt.

*Kleinsasser*nek és a magyar származású *Jakó Gézának* 1961-ben sikerült e technikai problémát megoldania a tökéletesebb technikai lehetőségek birtokában. Ezzel kezdetét vette a gégeészetben egy új tükrözési irányzat, az ún. mikro-laryngoskopia, majd a mikro-laryngo-chirurgia. Így *Czermak* álma valóra vált, sőt a gégeről nemcsak színes nagyított felvételek, de mozgófénykép készítése is megvalósítható lett.

A *Czermak* által feltalált gégetükrözés a foraminológiai szakmák számára megnyitotta a fejlődés útját, s így a csötükrözés legkülönbözőbb fajtái követték azt: a laryngoskopia directa, amelynek műszere, a laryngoskop ma az anaesthesiológus mindennapi fegyvere. A bronchoskopia területén a magyar *Kassay Dezső* fénycső megvilágítású bronchoskopja újszerű, *Jakó Gézának* pedig a fényszál optikás megoldása említendő. A kolozsvári *Gyergyay* professzor nevéhez fűződik az epipharyngoskopia kidolgozása, ill. az e célt szolgáló műszer.

Minden nemzeti vagy szakmai sovinizmus nélkül elmondhatjuk, hogy a magyarság a gégetükrözés terén is hozzájárult az egyetemes orvostudomány fejlődéséhez, amire mi magyar gégeészek méltán büszkék vagyunk.

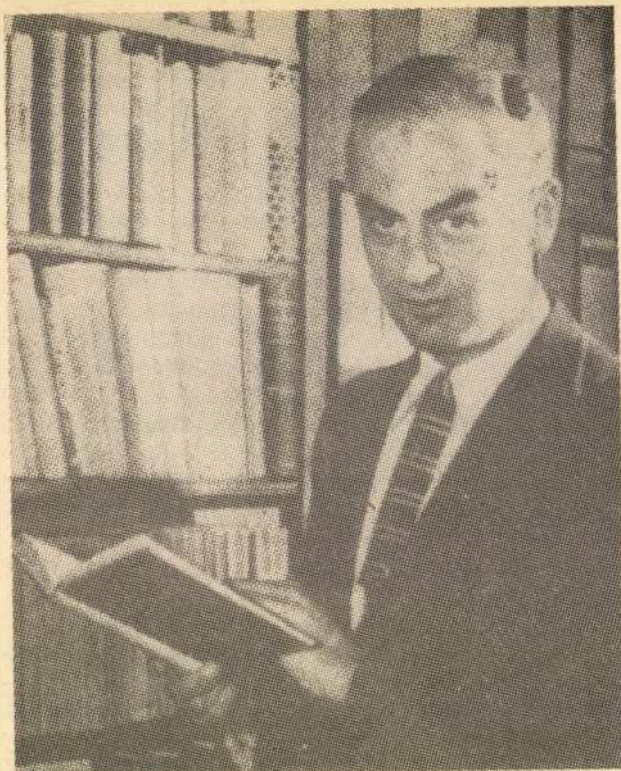
Alföldy Jenő dr.

Medawar és a szervátültetés

A szervátültetés gondolata már több száz évvel ezelőtt foglalkoztatta az emberiséget. Bizonyíték erre a két orvosszent, *Kozma* és *Damján* köré fonódó legenda, amely szerint egy etióp lábát egy fehér emberbe ültették át. (Bemutatjuk egy XV. századbeli katalán festő elképzelését a műtétről.) Experimentálisan azonban csak e században kezdődött a szervátültetés megközelítése állatkísérletekkel. Meglepetéssel tapasztalták, hogy a látszólag begyógyult implantált szövetek egy bizonyos idő múlva elhalnak és lelökődnek. Általában azt észlelték, hogy a 100 napos határt csak kivételesen élik túl az implantált szövetrészek.

Végül is rájöttek arra, amit az indusok már állítólag évezredekkel ezelőtt megállapítottak: a bőr csak akkor tapad meg véglegesen, ha az átültetés saját bőrrel történik. A húszas években már tudták, hogy a kilökődésnek genetikai alapjai vannak. *Seinfeld* és *Brendel* nevéhez fűződik annak a felismerése, hogy a főtális élet kezdetén eltávolított borjúembrió bőre átültethető patkányra. Ezzel beigazolódott, hogy vannak biológiai lehetőségek az idegen speciesből nyert szövet átültetésére is.

Az elhúzódó jellegű immunreakció első leírójaként *Jennert* tartja számon az orvostörténelem. Abban a bizonyos vékonyka füzetben (*An enquiry into the causes and effects of variolae vaccinae*), amelyvel egy évszázados folyamatot indított el és amelynek befejező szakaszát, a himlőjárványok végleges kiiktatását az elkövetkező években várják, már



P. B. Medawar

megírta azt a megfigyelését, amelyet ma immunreakcióként tartunk számon. A bőrön ugyanis papulózus eritéma keletkezik, amely a csúcspontját a vakcinálás után 24–72 óra múlva éri el és pusztulak és hegek hátrahagyása nélkül gyógyul.

A századforduló jelenti az immunológiai kutatás egyik fénykorát. Ekkor kap Nobel-díjat Ehrlich és Mecsnyikov a humorális és celluláris immunitással kapcsolatos kutatásaiért, ekkor írja le Richet és Portier az anafilaxia jelenségét. Ezután írja le Arthus a róla elnevezett bőrjelenséget. Az Arthus-jelenséget a későbbi kutatások folyamán mint azonnali reakciót, a később jelentkezőt pedig késői tuberkulinreakciós típusú reakcióként tartják számon.

Nem lennének azonban igazságosak, ha nem említenénk meg Magendie-t, aki 1839-ben leírta, hogy házinyúl-kísérletei során az ismételt lószérum beadásakor az állatok furcsa tünetek között kimúlnak.

Robert Koch 1890-ben állította elő a tuberkulint, amitől a tbc gyógyítását immunológiai úton remélte és várta. A drámai kiábrándulásról a Horusban már beszámolt e sorok írója. Ebben az összefüggésben azonban említésre méltó, hogy a kiváló prágai gyermekgyógyász, A. Epstein 1891-ben használta és ajánlotta elsőként diagnosztikus alkalmazását. A tuberkulin reakció technikája évtizedekig Mantoux nevével fonódott össze. Az immunológia arany évtizedét Clement Pirquet és Schick kísérletei zárják le, amelyek az allergia fogalmának kialakításához vezettek. Ezek azonban csak előfutárok.

Az előzmények között nem hanyagolhatók el a Nobel-díjas A. Carrel kísérletei sem. Ő kimutatta, hogy ha egy kutyanak eltávolítja az egyik veséjét

és az ereit a nyaki erekkel köti össze, akkor a vese tovább működik. Ha azonban egy idegen kutya veséjét ültette át, akkor az csakhamar beszüntette a működését, bár vérellátása kifogástalan volt. A szövettani vizsgálatkor kiderült, hogy a nem működő szerv át volt szöve fehérvérsejtekkel. Ezenfelül még más elváltozásokat is leírt, amelyeket azonban akkoriban még nem tudott megmagyarázni, és amelyeket ma kilökődési reakció néven ismer a patológus.

Amikor Medawar felfedezésének és általában a szövetátültetésnek a történetét igyekszünk felvázolni, talán nincs „prioritás keresgélés” mellékszövege annak, ha megemlítjük, hogy az első kísérletes veseátültetést a magyar származású Emmerich Ullmann dr. végezte a bécsi Exner élettani intézetben.* Carrel azonban sokkal elmélyültebb kísérleteket folytatott és azt is megfigyelte, hogy mi történik az átültetett szervvel.

Tulajdonképpen a szövetátültetés korai szakaszának tekinthetők Jensen egérkísérletei. Neki sikerült ugyanis a spontán egértumorokat belterjes tenyésztésű egerekre áttolni. A nem azonos beltenyésztésű egerek ezzel szemben kitaszították az átültetett szövetet. Jensen azt is megfigyelte, hogy ha az említett kilökés után az átültetést ugyanabból az egérből megismételte, akkor igen heves reakció jelentkezett.

Emberen először bőrátültetéssel kísérleteztek. Lexer fejezte ki elsőként azt, hogy idegen egyénről nem lehet sikeresen bőrt átültetni. Egy amerikai sebész azt is megfigyelte, hogy a bőrátültetés megismétlése ugyanazon donorról ugyanarra a recipiensre azzal az eredménnyel jár, hogy a kilökődés gyorsabban következik be. K. H. Bauernek sikerült először az egyik egypetéjű ikerről a másikra bőrt átültetnie. Medawar 1943-ban, 28 éves korában kezdett ezzel a témával foglalkozni.

Medawar írta le elsőként az immuntoleranciát. Ezen olyan állapotot ért, mikor a szervezetben antigén jellegű anyagok antitest termelést nem váltanak ki. A jelenséget először állatban észlelték olyan



Jaime Huguet katalán művész 1460-ban készült festménye Kozma és Damján mütétéről

* A magyar származású, pécsi születésű Ullmann Imre életpályáját részletesen az Orvosi Hetilapban (1974, 115, 2069.) Török Béla dr. ismertette (szerk.).

fejlődési anomáliában, amelyben több petéjű, különböző vércsoportú ikerterhesség esetén a két placéntaris keringés között anasztomózis alakult ki. Az ilyen egyedek az ikerterestvérüktől — még ha vércsoportjuk különböző is — befogadják a vértranszfúziót, sőt a szövet transzplantátumot is. (Az ilyen ikrek a kimérák; *Burnet*-ről szóló cikkünkben is megemlékeztünk erről.)

Az embrionális immuntolerancia annak a következménye, hogy az embrionális, éretlen RES nem tud a testazonos és a testidegen antigének között különbséget tenni. A RES megkülönböztető képessége a születés után fejlődik ki. *Burnet* és *Medawar* jutott arra a következtetésre, hogy a szervezet testazonosnak tekinti azokat az anyagokat, amelyekkel már az embrionális életben találkozott; testidegennek, nem sajátjának pedig azokat, amelyekkel a méhen kívüli életben találkozott először. Ezeknek a jelenségeknek az értelmezését *Burnet* klonszelekciós elmélete tette lehetővé. A *Burnet*-féle elmélet az immunitástani jelenségeket célszerű alkalmazkodási reakciónak tekinti, amely megfelel a darwinizmus elméletének.

A szerzett immuntolerancia fogalmát *Medawar* és *munkatársai* vezették be. Alapvető kísérletükben állatokat az intrauterin életben, némelyeket közvetlenül a születés után valamilyen antigénnel is ható, fajidegen fehérje hatásának tettek ki, mire az állatok ezt a bizonyos antigént vagy antigéncsoportot sajátként tolerálták.

Ugyancsak *Medawar* és *munkatársai* egy sajátos kórképet figyeltek meg. Ha újszülött egereket, patkányokat, csirkéket, nyulakat azonos fajú felnőtt állatok limfoid szövetével vagy csontvelő-sejtjeivel kezelnek intraperitoneálisan, akkor egy héten belül súlyos kórkép alakul ki: alacsony hőmérséklet, a növekedésben való visszamaradás, hemolitikus anémia és hepatosplenomegália. Ezt a tünetcsoportot a szerzők runt betegségnek nevezték el. Ez az immunreakció jól elhatárolható az ellenanyagképzésen és antigén-antitest reakción alapuló humorális immunitástól. A transzplantációs immunreakciókban főleg a regionális, kisebb mértékben a transzplantátumtól távol eső nyirokcsomókban levő limfociták vesznek részt.

Korábban már ismeretes volt, hogy az átültetett bőr eleinte normálisan viselkedik és funkcionál, azonban kb. 2 hét után sajátos és mindig bekövetkező reakció alakul ki. Az átültetett bőr demarkálódik, majd degenerálódik és leöklődik. Ha a kísérletet ugyanazon donor bőrével megismétlik, kiderül, hogy a recipiens szenzibilizálódott a donor szövetével szemben, mert a kilöklődés ezúttal már csak napokat vesz igénybe. *Medawar* alapvető megállapítása, hogy ez a kilöklődési reakció tulajdonképpen immunitásos jelenség és a természete hasonló a tuberkulin reakcióéhoz. A kilöklődött szövetek hisztológiai feldolgozása azt mutatta, hogy a szövetekben nincsenek granulociták. Azt is ezekben az években igazolta, hogy a limfociták nagy szerepet játszanak az immunológiai történésekben.

Medawar és az immunszuppresszió

Burnet zseniális ötlete volt az, hogy a magzat kezdetben immunológiailag éretlen és csak a magzati élet folyamán érik meg. Ennek a hipotézisnek a helyességét *Medawar* és *munkatársai* igazolták. Idegen szöveteket implantáltak beltenyészett egerek méhbe. A magzatok teljesen normálisan fejlődtek és a rendes időben születtek meg. Később, a felnőtt állatokra bőrt implantáltak abból a fajtából, amelyikkel a méhben megismertették őket. A bőr megtapadt, vagyis megszűnt az immunológiai leöklődés. Ezzel szemben ezek az egerek másik állatból származó idegen szövetrel szemben ugyanolyan hevességgel reagáltak, mint a normális állatok. A magzati életben tehát specifikus immuntolerancia szerezhető.

A legutóbbi évek nagy érdeklődést kiváltó immundepresszív próbálkozása *Leves* és *Medawar* által ismertett antilimfocita kezelés (1966). Ezzel — a kezelés időtartamára — fel lehet függeszteni (még erős H-inkompatibilitási viszonyok között is) a transzplantációs immunreakciót. A kezelés után a szervezet úgy reagál a másodszori antigén adásra, mintha először találkozott volna vele. A toleráns állapot egyik bizonyítéka, hogy a bőrtranszplantátumok 100 nap után is élnek. A kezelés önmagában nem jobb, mint más eljárás, de más eljárással kombinálva kiváló hatású.

Az orvostörténészek meg kell említenie, hogy *Mecsnyikov* már 1899-ben bevezette ezt a fogalmat a biológiába, az ő fogalmazása szerint is immunszuppresszióról van tulajdonképpen szó. *Mecsnyikov* azt vizsgálta, hogyan lehetne a mikrobák ellen az immunitás fő tényezőjének tekintett makrofágok működését befolyásolni.

Az elmúlt 60 év során is mindig akadtak kutatók, akik az antilimfocita szérumot (ALS) vizsgálták. A nagy érdeklődés azonban akkor fordult az ALS felé, amikor *Woodruff* és *munkatársai* 1963-ban kimutatták, hogy patkánykísérletben az átültetett bőr élettartamát lényegesen meg lehet növelni vele.

Hogyan látja az immunológia az ALS jelentőségét napjainkban?

Az ALS-mal állatkísérletben mind az azonnali, mind a késői túlérzékenységi reakciók megakadályozhatók. Az allotranszplantátumok nem löklődnek ki még abban az esetben sem, ha a recipiens előzetesen már érintkezésbe került az antigénnel.

Mint immunszuppresszivum az ALS más (kémiái) szerekekkel szemben fölényben van, mert kizárólag a T sejtekre irányul. Ezenfelül az antitesteket produkáló sejteket nem károsítja, így alkalmazása során nem lép fel védtelenség a fertőzésekkel szemben. Az ALS-mal kezelt, transzplantáción átesett beteg meg tud birkózni bakteriális vagy vírusos fertőzéssel.

Az ALS adagolás hatása leginkább a thymectomiának felel meg. *Medawar* egy cikkében ezeknek az anyagoknak a hatását csodálatosnak nevezte. Egész kis adagokkal egérben olyan eredmények érhetők el, mint igen nagy adag röntgenbesugárzással. *Medawar* szerint az ALS olyan szerephez juthat a jövőben, mint a szérum terápia a bakteriális fer-

tözések ellen. Azt reméli, hogy sikerül ezeknek az anyagoknak a kémiai szerkezetét felderíteni és aztán szintetikusán előállítani.

Medawar pályafutása

Peter Brian Medawar 1915. február 28-án született Rio de Janeiróban. Édesapja libanoni származású angol állampolgár, a fia születésekor üzleti okokból élt Braziliában. A fiatal Medawar Angliában végezte a középiskolát, majd 1932-ben Oxfordban állattannal kezdett foglalkozni J. Z. Young professzor mellett. Innen Sir Howard Florey (a közműltban hunyt el, a Nobel-díjas penicillin hármas tagja volt) patológiai osztályára került. Itt kapott kedvet orvosbiológiai problémák kutatásához. Első munkái a növekedéssel és ezzel kapcsolatban az embrió növekedésével foglalkoztak. 1935-ben — húsz éves korában — már demonstrátor, 1938-ban vizsgázató docens. 1947-ben nevezték ki professzornak, 1962 óta a National Institute for Medical Research vezetője.

A II. világháborúban az angol tudományos tanácstól azt a megbízást kapta, hogy vizsgálja meg: miért nem gyógyul a bőrtranszplantátum, illetve miért nem ültethető át bőr az egyik emberről a másikra. Ezek a vizsgálatok vezették el a transzplantációs immunitás kérdéseire.

A kísérleteket Birminghamben végezte R. Billingham segítségével és azt is vizsgálták, hogy a bőrátültetés hogyan végezhető el egytetűjű, valamint kéttetűjű ikreken. R. D. Owen vizsgálataiból kiindulva ők is kimutatták, hogy az aktív szerzett tolerancia a hasonló specierek szerveinek átültetésekor experimentálisan reprodukálható. Ezekért a korai transzplantációs munkáiért a londoni Royal Society a tagjává választotta. Ezután Londonban folytatta a munkát Billinghammal és Brenttel, az eredmény azonban csak hosszú évek múlva jelentkezett.

Amikor 1960-ban elnyerte a Nobel-díjat, több akadémia és tudományos társaság választotta tagjává. 1966-ban lorddái neveztek ki.

1937-ben nősült, a felesége egy cambridge-i orvos leánya. Két fiuk és két lányuk van. A most 60 éves Medawar további tevékenységétől az orvostudomány még sok eredményt vár.

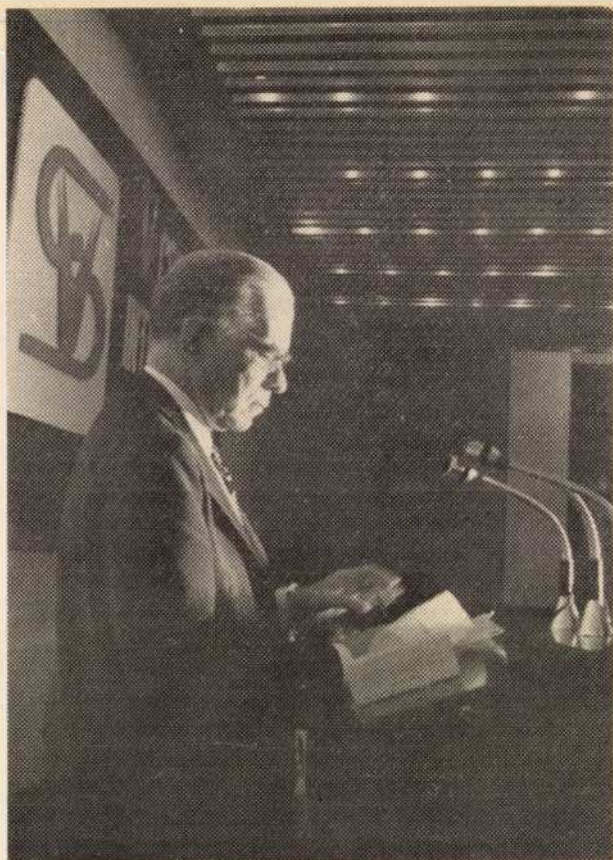
Kenéz János dr.

Josué de Castro

A brazíliai Recifében született 1908. szeptember 5-én. Életrajzi ihletésű könyvéből, az „Emberek és rákok”-ból megtudjuk, hogy már gyermekkorában megragadta figyelmét a nyomor és annak legszembetűnőbb megnyilvánulása: az éhezés. Erre a problémára tette fel életét.

Először orvosi tanulmányokat végzett, majd kiegészítette emberföldrajzzal, gazdaságtannal, filozófiával. A Rio de Janeiró-i egyetemnek — ahol tanult is — 1939-től professzora, az emberföldrajzi tanszék vezetője.

Az éhezés kérdésével világtárlatban, tudomá-



nyos megalapozottsággal, az orvos, a közigazdász és a politikus szemével ő foglalkozott először. „Az éhező Brazília” c. első nagyobb munkájában hazája népének kedvezőtlen táplálkozási viszonyait írja le. A kérdést kiterjeszti azután az egész emberiségre. Sok országot jár be — köztük Kínát is —, a helyszínen folytat tanulmányokat. Hazánkban a II. világháború előtt járt. Éles szemmel fedezte fel az „aranykalászos rónán” éhező magyar parasztot.

Világszerte szerzett tapasztalatai és adatai alapján megírt könyve, „Az éhség földrajza” világsiker lett, 30 nyelvre fordítják. Az új „földrajz-könyv” sötét foltokat fest a földgömb tarka, ember csinálta határokkal szabdaltsá felületére: Brazília nem a lágy tangó hazája, India nem aranyozott mesevilág — éhező milliók várnak segítséget a Föld minden táján. Munkája nemcsak a tudományos fórumok, hanem az egész emberi társadalom elé tárta az éhezés problémájának összetevőit és mélyebb gyökereit. Nemcsak mennyiségi, hanem minőségi éhezés is van, és rámutat a kérdés nagy politikai horderejére. Feltárja az éhezés olyan jellemzőit, mint például az akkori gyarmati afrikai munkások fehérjeszegény étrendjét, mennyiségi-leg elégnék látszó adagok mellett is.

Az éhség kiváló szakértőjeként a FAO, az éhség elleni küzdelem világszövetségének elnökeként működik 1952—56-ig. 1960-tól pedig az ENSZ éhség elleni küzdelem bizottságának elnöke.

Tudományos munkássága mindig politikai

alapokra épül, a haladás elkötelezett, tántoríthatatlan híve volt.

1955—1963 közt tagja a brazil parlamentnek, alelnöke a Parlamenti Világszövetségnek. 1963-tól az ICEM, az európai migrációval foglalkozó kormányközi bizottság elnöke.

1964-ben a diktatúra hazája elhagyására kényszeríti. Párizsban talál otthonra. Tudományos munkásságát itt is megbecsülik, a párizsi Nemzetközi Fejlesztési Központ elnökévé választják, elnyeri Párizs város Nagyjermét, majd a Béke-világtanács Nemzetközi Békédíját.

1961-től az Életkörülmények és az Egészség Vizsgálatára alakult Nemzetközi Orvostudományi Társaság — AMIEV — elnöke lesz és vezeti a társaságot haláláig. A társaság célkitűzése — hogy orvosi, szociológus és politikus szemmel vizsgálja korunk nagy problémáit, az emberek életkörülményeit, a munka és az egészség összefüggését — megfelel eddigi munkásságának, egyéni célkitűzéseinek, így munkája összeforrt az AMIEV működésével. Igen agilis, harcos-politikus szellemű elnök volt. Nem engedte, hogy az AMIEV kongresszusai valami steril tudományosság jegyében folyanak le. A kongresszusok a fő témán kívül foglalkoztak az aktuális politikai helyzet orvosi-egészségügyi vonatkozásaival, kiterjesztve az általános humanitás elveire: így 1969-ben Karlovy Varyban a koreai, 1973-ban Várnában a vietnami háborúval annak a szemléletnek megfelelően, amelyet egy elnöki beszédében mondott: „Életünk bolygónkon nem sportverseny, ahol egyesek a nézők, mások pedig csinálják...”.

Az utóbbi években ismét az emberiség létfontosságú kérdéseivel foglalkozott. Egy nyilatkozatában a túlnépesedés problémájának megoldását nem a mindenáron való születéscsökkentésben, hanem a kultúra emelésében, a javak igazságos megosztásában találja. Szenvedélyesen érdekli Amazónia átalakítása. Mivel Brazíliába nem mehetett, munkacsoportja Venezuelában dolgozott. Tanulmányában kifejtette aggályait, hogy Amazónia ökoszisztémájának megbontása nemcsak a hatalmas, de körülírt területre lehet végzetes, hanem komoly veszteséget jelent az, ha nem termel többé oxigént „Földünk tüdeje”. E kérdésben nemzetközi összefogást kíván, amely a túlzó nacionalista elveket háttérbe szorítja az emberiség egyetemes érdekeivel szemben. E munkáját szakította meg halála. Talán éppen az itt végzett megfeszített és sokféle akadályba ütköző munka — amellyel menteni akarta szeretett Amazónia földjét — okozta korai halálát. 1973. szeptember 24-én Párizsban hunyt el.

Nagy energiája, kiváló szónoki képessége és problémalátása olyan munkásságot produkált, amely messze túlmutat egy ember rövidre szabott életénél.

Konkoly Thege Aladár dr.

A közegészségtan és az igazságügyi (törvényszéki) orvostan oktatásának viszonya Magyarországon az elmúlt két évszázadban*

Az egészségügyi ellátáshoz való jognak mint alkotmányos állampolgári jognak törvénybe iktatását több alkalommal és több országban megkísérelték, de gyakorlati megvalósítására egyedül a Szovjetunióban, később a szocialista országokban, így hazánkban került sor. Néhány évvel ezelőtt felmerült a kérdés: mennyiben tükrözi az orvosegyetemeken folyó orvosképzés az egészségügynek ezt a nagy vívmányát? Orvosi egyetemeink tanrendjében lényegében három olyan orvosi tantárgy található, amelyek az orvos és a társadalom viszonyával, az orvostudomány, pontosabban az egészségügy „társadalmi” vetületeivel foglalkoznak, mégpedig: a közegészségtan és járványtan, az egészségügyi szervezés és az igazságügyi orvostan. A tanrendekben általában nem szerepelt külön tantárgyként az orvosi (professzionális) etika, az orvosi szociológia, a társadalombiztosítás kérdései, az orvosi jog stb.

Ellentmondásosnak tűnik egy olyan országban, amely magas színvonalú, az egész lakosságra kiterjedő ingyenes egészségügyi ellátással rendelkezik, hogy az orvostudomány társadalmi vonatkozásait, a társadalom-egészségügy kérdéseit a leendő orvosok számára nem oktatják megfelelő óraszámmal és súllyal. Amikor 1972-ben a Pécsi Orvostudományi Egyetem reformterve készült, e vonatkozásban is alapvetően új megoldás született és ennek alapját a magyarországi orvosi oktatás történetének vizsgálatából, hagyományaiából vezettük le. Az ennek kapcsán összegyűjtött orvostörténeti adatokat azzal a céllal ismertetjük, hogy az orvostörténelem tanulmányozásának szükségességét húzzuk alá, mert a történelmi analógiák tanulságai itt is jól értékesíthetők.

Az 1770-ben Nagyszombatban felállított első magyar Orvosi Karban a törvényszéki orvostan sem tanszékekkel, sem külön előadóval nem volt képviselve. A szükséges tudnivalókat az egyetem Budára, illetve Pestre helyezéskéig a sebészet és a szülészet „appendix”-ében adták elő, utóbbit *Plenck József*. Az egyetem Pestre kerülése után az 1793/94. tanévben az I. félévben heti 7 órával „Politia medica” (orvosi rendészet), a második félévben heti 7 órában „Medicina forensis” (törvényszéki orvostan) került előadásra és a tantárgy most már „államorvostan” néven szerepel a tanrendben. 1816-ban az államorvostan önálló tanszéket kap, első professzora *Böhm Károly*.

* A XXIV. Nemzetközi Orvostörténelmi Kongresszuson elhangzott előadás alapján.

A mai igazságügyi orvostan elődje tehát az „államorvostan” volt, amelyen belül egyfelől a klasszikus igazságügyi orvostani ismereteket, másfelől a mai értelemben vett közegészségtani, egészségügyi közigazgatási (orvosi rendészeti), mondhatnánk úgy is: egészségügyi szervezési ismereteket tanítottak. A felsorolt ismeretek rohamos fejlődésével erősödtek a közegészségtan és a törvényszéki orvostan elkülönülésének törekvései. Ezt döntő módon a magyar közegészségügy atyja, Fodor József szorgalmazta, aki szerint — saját szavaival élve — a közegészségtan és az egészségügyi közigazgatási, orvosi rendészeti ismeretek „csak mostoha ikertestvére volt a törvényszéki orvostannak, mellyel együtt államorvostannak nevezte-tett”. Fodor Józsefnek sikerült is kivívnia, hogy a budapesti egyetem Orvosi Karán 1874-ben felállították az első Közegészségtani Tanszéket, amelynek vezetője Fodor József lett, aki emellett rendkívüli tanárként az „orvosi rendészetet” is előadta. Végeredményben már ekkor kettévált a két stúdium, de tanrendileg csak az 1880/81. tanévtől válik rendszeressé a „törvényszéki orvostan” kollégiuma, amelyet akkor Belky János adott elő.

A közegészségtan, az orvosi rendészet és az igazságügyi orvostan viszonyát, oktatási anyagát Kováts Mihály 1828-ban Pesten megjelent, a korabeli viszonyokat tükröző könyve írja le („Medicina forensis, vagy: Orvosi törvénytudomány”). Történeti visszatekintésében utal arra, hogy egészen a 18. századig nem különböztették meg az „Orvosi Törvénytudományt” (Medicina forensis) az „Orvosi Szertartástudománytól” (politia medica). „... az orvosi törvénytudományt azt tanítja, hogy a természet tudományainak és az orvostudománynak állításait miként kell a kétséges törvényes kérdéseknek megvilágosításokra alkalmaztatni, ... ellenben az orvosi szertartástudományt azt adja elő,

hogy kell az orvosi állításokat a közegészséget fel-tartani igyekező törvényeknek felállítatásokra és gyakoroltatásokra fordítani.”

Ez az elhatárolás lényegében a mai viszonyokat is tükrözi akkor, ha az „Orvosi Szertartástudományt” egészségügyi szervezésnek nevezzük és mint önálló diszciplínát mind az igazságügyi orvostantól, mind pedig a közegészségtantól elhatároljuk, legalábbis az orvosképzés tantárgyainak viszonylatában. Az említett tantárgyak oktatásának fejlődéstörténete azt a törvényszerűséget tükrözi, amelyet az orvostudomány fejlődése során általában észlelünk, vagyis, hogy kezdetben az empirikus adatok tantárggyá vagy szakágazattá szintetizálódnak, később az ismeretek bővülése szakosodási tendenciákat indít meg és amikor emiatt az anyag egyre kisebb ágazatokra aprózódik szét, szükségképpen új fázis következik be és ez az integráció. Ezt a dialektikus fejlődést követve kézenfekvő volt, hogy az orvostudomány társadalmi vonatkozásait, az ezekkel foglalkozó, történelmileg kialakult szakágazatokat, tantárgyakat az újonnan fejlődő kisebb ágazatokkal együtt integráltan, egyetlen tantárgy keretében kell előadni, amelynek elnevezésül leginkább a

„Társadalomorvostan”

kinálkozik. Így a Pécsi Orvostudományi Egyetem reform tantervében 1973—74 óta

a közegészségtan és járványtan,
az egészségügyi szervezés,
igazságügyi orvostan,
orvosi etika, orvosi jog
és az orvosi szociológia

ilyen integrált formában kerül előadásra. Lényegében az orvostörténeti, oktatástörténeti tapasztalatok jelölték ki az ehhez vezető utat. A történeti adatok közreadása másoknak is támpontul szolgálhat.

Budvári Róbert dr.

Rövid határidővel, olcsón, szakszerűen vállaljuk

a ROVAROK és RÁGCSÁLÓK irtását

Szerződés esetén árengedmény!

„AGROTAP” Önálló Közös Vállalkozás. (Rovarirtó részleg)

Budapest XIV., Lumumba u. 209.

Telefon: 630-985.



Egészségügyi szervezőtudomány

A nemzeti egészségügyi biztosítás kérdése az USA-ban. S. Jonas (Department of Community Medicine, Health Sciences Center, State University of New York): Lancet, 1974, II. 143.

Az USA az egyetlen fejlett kapitalista ország, ahol nincs nemzeti egészségügyi (eü.) biztosítás. Jelenleg azonban úgy tűnik, hogy még az 1976. évi elnökválasztás előtt törvényes formában megvalósul. A cikk az erre vonatkozó törvényjavaslatokat analizálja.

Tekintve a magán eü. biztosító ipar nagy jelentőségét, a sok javaslatot 2 csoportba lehet osztani. Az elsőbe azok tartoznak, amelyek szerint az eü. biztosítók gondoskodnak munkaadók és/vagy állami ügynökségek révén a biztosítások megkötéséről. A másik viszont nagyon megrövidítené a magánbiztosítókat. Köztük olyan javaslat is van (Kennedy szenátoré és Griffith képviselőé: Health Security Program), amely ezt az ipart ki is küszöbölne. Van egy tervezet, amely első pillantásra egyik csoportba sem illik. Ez Long és Ribicoff szenátorok terve: a Catastrophic Health Insurance (CHI), amely limitált védelmet nyújtana a betegség esetén bekövetkező potenciális pauperizálás ellen. Pénzügyi alapját a befizetett járulékok és a co-insurance fedezné. (A co-insurance az a rész, amit a biztosított a neki járó juttatásból vállal. Rendszerint 20%). E tervezet az eddig is működő Medicaid szervezetet is államosítaná. Utóbbi a szegények állami eü. gondozása. Ez a terv is nagy szerepet juttatna a biztosító iparnak.

E pillanatban 2 terv áll a mezőny élén: a Nixon-féle CHIP (Comprehensive Insurance Plan, 1974.) és a Kennedy—Mills-féle CNHI (Comprehensive National Health Insurance, 1974.). A CHIP egy a kormány által támogatott magán-biztosítást tervez. A CNHI alapján a költségeket az ún. Social Security System fedezi, megtartva a biztosítókat pénzkézelőül. Az adminisztráció mindkét tervben nagyrészt a biztosítók kezében marad, ha bizonyos korlátozásokkal is. A CNHI-ban az említett rendszeren belül az általános adózás és a szociális biztosítási adó nyújtana a finansziális alapot. A CHIP szerint a költségeket a munkaadók és a munkavállalók direkt közreműködésével vásárolt biztosítás ára fedezné. Ezenkívül a nem-alkalmazottak részére állami ügynökségek útján vásárolnák meg a biztosítást az általános adókból. A biztosítottak mindkét terv szerint egy levonható összeget

és co-insurancet (vállalt részt) fizetnek. Mindkét terv védelmet nyújt katasztrófális és költséges betegség esetén. A juttatások széles körűek kórházi fekvőbetegek kezelésére, orvosi és egyéb költségek fedezésére. (Ref.: a szerző a részleteket nem ismerteti.) A CNHI szélesebb körű ellátást és speciális hosszú lejáratú programot ad idősök és munkaképtelenek részére. A két terv között lényeges különbség csak az adminisztrációban és a finansziális megoldásban van. Mindkettő erősen támaszkodik a biztosító iparra: a CHIP egyenesen a centrumba helyezi, a CNHI pedig pénzügyi közti szervként szerepelteti.

A CHIP tervezettel már 1973-ban csaknem azonos tervezetet készített a Gazdasági Fejlődés Bizottsága (CED). Szembetűnő, hogy e bizottság elnökségében ülnek a legnagyobb amerikai vállalatok képviselői (American Telephone and Telegraph, IBM, General Electric, United Air Lines stb.) Az is érdekes, hogy a magán biztosítóipar 2 legnagyobb profitképző társasága, a Prudential és a Metropolitan mindegyike a 30 milliárdos aktívájával még a General Motorst és a New Jersey-i Standard Oilt is túlszárnyalja. A nagy biztosítók és a nagy bankok egymást fedő igazgatóságai, tőzsdei manővereik útján mélyen belenyúlnak az ország gazdasági életébe.

Az eü. biztosító ipar 2 formája működik. Az egyik a profitot hozó ún. komerciális szektor. Ennek profitjáról csak elkövetések vannak, mert részleteket nem hoznak nyilvánosságra. 1972-ben mintegy 11 milliárdot vehettek be biztosítási díjakból. Közölték, hogy 6%-kal több volt a kiadásuk, mint a bevételeik. Viszont törvényadta jogok, hogy a biztosítási díjakból származó bevételt építkezésekbe, tőzsdei akciókba és iparba fektessék be. Mivel a díjak bevétele és a juttatások aktuális kifizetése között mindig van egy időköz, e befektetésekre van lehetőség. A szerző, számításba véve az ottani viszonyokat, a profitot kb. 15%-ra becsüli, ami kerekén 1 milliárd dollár.

A magánbiztosítás másik formája a Blue Cross és a Blue Shield. Ezek profitot nem képző vállalkozások, amelyek adataikat nyilvánosságra is hozzák.

A teljes biztosító ipart tekintetbe véve 1972-ben a biztosítási díjakból 22,3 milliárdot vettek be és 19,5 milliárdot adtak ki szolgáltatásokra.

A kongresszusban a CHIP mögött nagy erők állnak, mert ez a terv nagy szerepet szán a biztosítóknak. A CNHI a profit szerzésének hatá-

rokat szab, rendszabályozza a biztosítókat és eü. téren félig-meddig közhasznú intézményekké teszi őket. A CHIP alapján a biztosítóknak mintegy 45 milliárdra emelkedne a bevétele a biztosítási díjakból, azaz a régi jövedelem négyeszeresére, ami a profit ugyanilyen arányú növelésével járna.

Ha a legtöbb vagy minden orvost és fogászt alkalmazottá lehetne tenni, akkor a profit még nagyobb lenne. Nem kell ahhoz nagy fantázia, hogy elképzeljük, mi lenne ez esetben a magánpraxis sorsa — írja a szerző. Az orvosok és a fogások a jelenlegi kispolgári, magánvállalkozói, kistermelői módról a produkció nagyipari, kapitalista rendszerű formájára térnének át. Vagyis önálló vállalkozókból fizetett dolgozókká válnának. Ha ehhez hozzávesszük a nagy tőkebefektetéseket, az olcsó „orvos-kínálatot”, továbbá ennek a produktumnak tipikus amerikai részvényes-módra történő agresszív piacra dobását, akkor a profit-potenciál valóban igen magas lenne. Különösképpen, ha mindezt törvény támogatná és adókból szubvencionálnák. Ez a rendszer tehát azt jelentené, hogy az eü. biztosításban a magánbiztosítók vennék át a parancsnokságot és új lehetőségek nyílnának profit szerzésre.

A szerző érdeklődéssel várja a küzdelmet, ami a részvényprofitot csinálók és a köz hasznát tekintők közt fog kifejlődni az USA kongresszusában.

[Ref.: A közlemény azért figyelemre méltó, mert azt bizonyítja, hogy már az USA sem tud kitérni egy mindinkább időszerűvé váló átfogó eü. biztosítási törvény elfogadása előtt. A megoldást minden jel szerint a maguk módján fogják megtalálni, azaz úgy, hogy a magánbiztosító ipar profitja ne csökkenjen. Egyébként az „ipar” szót a szerző használja a magánbiztosítók vonatkozásában.]

A cikk megjelenése óta 1975 januárban Ford elnök rádió- és tv-nyilatkozatban bejelentette, hogy a törvényhozástól új, szociális célzatú előirányzatokra 1 éves moratóriumot kér, és hogy elhalasztják a döntést a társadalombiztosítási reformra vonatkozólag. Így ha a tervek tárgyalására sor is kerül, a megvalósítás a közeljövőben alig várható.

A szerzővel történt levélváltásomból (1975 jan.) kiderül, hogy a favorit még mindig a Nixon-féle CHIP. A Kennedy—Mills-féle CNHI veszített jelentőségéből. Mills képviselő ugyanis, aki egyéb pozíciója révén nagyhatalom volt, beteg lett és hatalmát veszítette. Kennedy szenátor pedig visszatért eredeti tervezetéhez, a Health Security Programhoz, amely teljesen ki akarja küszöbölni a magánbiztosítókat minden fajtáját és szoros ellenőrzés alá helyezné a magánorvosokat. Ezt a tervet az amerikai munkásmozgalom erőteljesen támogatja.]

Farkas Andor dr.

Az ápolónői praxis randomizált vizsgálata Burlingtonban. W. O. Spitzer és mtsai.: New England Journal of Medicine 1974, 290, 251—256.

Az egészségügyi alapellátásba gyakorló nővéreket vontak be az orvos munkájának könnyítésére, illetve helyettesítésére Kanadában az Ontarióbéli Burlingtonban. A kísérlet eredményét tudományos pontossággal vizsgálta, elemezte a több mint 15 tagú szerzői kollektíva. Az összehasonlítást két mintában a kísérlet előtt és után is vizsgálták a lakosság egészségi állapotát, munkaképességét, a halálozást, az ágyban töltött napok számát, a betegek véleményét stb. A vizsgálat 1971 júliustól 1972 júliusig tartott. A cikk részletezi az előzményeket, a módszert, beleértve a mintaválasztás módját, ismerteti a területet, az ellátás adatait stb.

A nővérek által ellátott lakosság-csoport egészségi állapota azonos maradt az orvosok által ellátott lakosokéval, nem találtak szignifikáns eltérést semmiféle vonatkozásban. A gyakorló nővér az esetek 67%-ában el tudott járni egyedül, a többihez orvost hívott. A megoldás hatékonynak és biztonságosnak bizonyult.

A nővérek fokozott bevonása az egészségügyi alapellátásba a ritkán lakott, szétszórta településeknél jelentős elsősorban. Ontarióban jó az orvosi ellátás. Az összes orvos 48%-a alapellátásban dolgozó gyakorló orvos. 1723 lakosra jut egy gyakorló orvos átlagban. Egyes területeken a szétszórta települési viszonyok között azonban az átlagnál több lakos is jut az orvosra és itt van szerepe a nővérek fokozott, önálló tevékenységének, a jól szervezett team munka keretében. Miután az orvosok idejüket a tényleges orvosi munkára fordíthatják, addig ellátatlan lakosokat vettek fel listájukra egy év után. *Mányi Géza dr.*

Ápolónő nyújtotta alapellátás. A. S. Baker: New England Journal of Medicine 1974, 290, 282—283.

Sok területen elégtelen az egészségügyi ellátás, ugyanakkor a nővérek kapacitását nem használják ki eléggé a járóbeteg-ellátásban Amerikában.

Többen foglalkoznak újabban a nővérek fokozottabb bevonásának kérdésével a gyermek-ellátásban, a krónikus betegek ellátásában, de más területeken is. Tapasztalatok szerint a nővérek rövid továbbképzés után jól bekapcsolódnak a betegellátó munkába és tehermentesítik az orvost, különösen a ritkán lakott területeken. Az USA jelentős tartalékokkal rendelkezik e téren, mert az 1 127 657 nyilvántartott ápolónőből 1972-ben csak 778 470 azaz 70% volt állásban fő vagy részfoglalkozásban, az is főleg fekvőbetegintézetekben.

A közlemény elemzi a kialakult

helyzet okait és javaslatot tesz a nővér-képzés és továbbképzés fejlesztésére is.

Mányi Géza dr.

A felnőtt városi lakosság gondozásának problémái és megoldatlan feladatai. Frejdlin, Sz. Ja.: Szovjetszkoje zdravoochranenije 1974, 2, 12—17.

A SzU-ban a gondozást főleg a poliklinikai orvosok végzik; rájuk jut a gondozottak 60%-a. A poliklinikán a középponti helyet a körzeti belgyógyászok foglalják el, s azon kívül a többi szakterületen történő gondozási tevékenység koordinálása is feladatukörükbe tartozik.

A szerző, aki a gondozási módszer legkiválóbb ismerői közé tartozik, azon kesereg, hogy elég sokat írtak már erről a módszerről, de alkalmazásában az előrehaladás a mai napig sem tartható kielégítőnek. Még a legjobb leningrádi poliklinikákon is a lakoságnak csak a 7,4%-ára terjed ki a gondozás. Attól, hogy — a preventív szemlélettel összhangban — az egész lakosságot gondozás alá vegyék, igen messze vannak.

Úgy véli, meg kellene gyorsítani a gondozás kiterjesztését. Való igaz, hogy a gondozás alkalmazásának legfontosabb előfeltétele az intézményekkel és az egészségügyi dolgozókkal való jó ellátottság, de ez a feltétel legalábbis a városokban már megvan. A szemléleten kell változtatni. A gondozási tevékenység nem jár annyit többletmunkával, mint ahogyan azt egyesek vélik és hangoztatják; inkább új munkamódszert jelent, ami bizonyos rendszert visz a betegellátásba. Ha valaki időtlen beteg, s nem gondozzák, nem kapja meg az orvos részéről a szükséges irányítást, és ha a spontaneitás irrvényesül a betegforgalomban, akkor ez a beteg esetleg saját maga kezdeményezéséből többször fordul orvoshoz a kellenél, olyanhoz is, akinek profiljába nem tartozik.

Nagy hiba, hogy a gondozási módszer alkalmazásában is vannak komoly problémák. Valahogy úgy fogják fel, hogy a gondozás a járóbetegellátás módszere, s talán ezzel magyarázható, hogy a gondozottaknak viszonylag csak kis hányada jut kórházba, ezek is többnyire előrehaladott állapotban. Vannak, akik ezt a körülményt a kórházi ágyak hiányával magyarázzák. A valóságban olyan circulus vitiosusról van szó, amiből éppen a gondozás adhatna kivezető utat: a gondozásnak ugyanis éppen az lenne a célja, hogy rövidebb ápolási időt igénylő kórházi kezeléssel előzzék meg a súlyos állapot kialakulását.

A szerző helyesnek tartja, hogy minden beteg gondozását a poliklinika körzeti belgyógyásza koordinálja, de véleménye szerint a koordináció csak akkor tekinthető teljesnek, ha ez a poliklinikai orvosok team-munkájával párosul.

Végezetül a dokumentáció, a

nyilvántartás egységesítését és korszerűsítését (peremlyukártyák alkalmazását) szorgalmazza.

Varga János dr.

A betegek laboratóriumi vizsgálatának gyakorisága és időtartama a kórház betegosztályain. R. E. Gluscsenko: Szovjetszkoje Zdravoochranenije 1974, 3, 32—35.

2369 kórházból kiírt beteg adatait dolgozták fel Minszk—32 elektronikus számítógépen, s ismertetik főbb megállapításait.

A 4 belgyógyászati osztályról elbocsátott betegeknek 212 diagnózis (nosológiai egység) fordult elő, közülük a leggyakoribbak: a légzőszervi megbetegedések (22,8%), a szív ischaemiás betegsége (14,9%), az emésztőszervek károsodása (13,6%), a hypertonia-betegség (8,9%) és a máj és epeutak zavarai (8,7%). A betegek 2,7%-a diagnózis nélkül távozott az osztályról. 46,3% előjegyzés, a többi beteg sürgősségi alapon került intézetbe.

Noha a laboratóriumi és biokémiai vizsgálatok zöme két napon belül elvégezhető, a vizsgálatoknak csak 40%-a jut erre az időszakra, s 19,2%-át hét napnál hosszabb idő elteltével végzik el. Az előjegyzés alapján kórházba került betegeknek inkább késlekedtek a vizsgálatokkal, mint a sürgősen beszállítottakkal; az első napon az előbbieknél 1,1-ször több vizsgálatot végeztek laboratóriumi vizsgálatot. A vizsgálatok elvégzésének időtartamát az is befolyásolta, hogy a hét melyik napján vették fel a beteget: a pénteki napon felvett betegek esetében voltak legtovább tartottabbak a vizsgálatok. Egyébként egy betegre előjegyzés alapon történő felvétel esetén 6,7-ször, a sürgősen felvetteknél 8,6-ször laboratóriumi vizsgálat jutott, biokémiai vizsgálat viszont egyaránt 2,8—2,8-ször. A betegek 1,9%-án semmiféle laboratóriumi, biokémiai vizsgálat nem történt.

A laboratóriumi vizsgálatok fontos szerepet játszanak a diagnózis felállításában, a betegellátás szempontjából tehát nem lehet közömbös azok elvégzésének időpontja. A közleményben megállapított fogyatékoságokat a belgyógyászati osztályok és a laboratórium közötti munkakapcsolatok tökéletlenségeivel magyarázza. *Varga János dr.*

A városi poliklinika munkatervezése és mutatóinak elemzése. Ju. N. Gordon, T. G. Dolinszkaja: Szovjetszkoje Zdravoochranenije 1974, 3, 13—17.

A közlemény szerzői az odesszai egyesített kórház—poliklinika munkaszervezésének 18 éves tapasztalatairól számolnak be. A poliklinikai és belosztályi tevékenység az ellátás két szakaszát jelenti, a beteget mindkét helyen ugyanaz az orvoscsoport látja el. A körzeti belgyógyászok évente 6 hónapot a poliklinikán, 6 hónapot a betegosztályon

Robolact

gyógytápszer

500g

A ROBOLACT a koraszülöttek, illetve a 3 kilogrammnál kisebb testsúlyú, egykét élethónapos csecsemők mesterséges, illetve kevert táplálására alkalmas tejporkészítmény.

Használható átmeneti táplálékként dyspepsia, illetve enteritis diétás kezelésére is.

Nagy fehérje- (100 ml tápszeroldatban 2,60 g) és csekély zsírtartalma a koraszülöttek sajátos tápanyagszükségletének felel meg. Kalóriaértéke 63,9/100 ml.

Társadalombiztosítás terhére történő rendelhetősége tekintetében a gyógytápszerekre vonatkozó általános rendelkezések az irányadók.

ÁRA: 30,50 FT

Egyt

**GYÓGYSZERVEGYSZETI GYÁR
BUDAPEST**



**E
GY
T**

Linolac[®] gyógytápszer 500g

A LINOLAC humanizált tejporkészítmény, vagyis a kazein és a tejsavófehérje aránya is ugyanolyan, mint az anyatejé.

Az anyatej összetételével lényegileg megegyező szénhidrát-, zsír- és ásványianyag-tartalma mellett vasat és némi D₂-vitamint (100 ml tápszeroldatban 52 NE-t) is tartalmaz.

Indikációja azonos a ROBÉBI „A” tápszerével.

Társadalombiztosítás terhére 6 hónapos korig szabadon rendelhető.

ÁRA: 38,60 FT

LIDANO (Dánia, Kalundborg) licenc

Egyt

**GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR
BUDAPEST**



E
G
Y
T

dolgoznak. A többi szakon más szervezési megoldásokkal is lehet találkozni, az említett lényeg (a kórházi és poliklinikai ellátás egy-ége) azonban itt is ugyanaz. Évente az orvosoknak legalább 10%-a vesz részt továbbképzésen. Nagy gondot fordítanak a kliniko-pathológiai konferenciákra és a kóriszmék közötti eltérések elemzésére. Központi kartonozójuk van. A létszámot sikerült úgy fejleszteni, hogy jelenleg egy belgyógyász-státusra 2000 lakos jut, s ennek megfelelően megterhelésük is csökkent: egy-egy belgyógyász egy óra alatt két beteg-látogatást végez és öt fős forgalmat bonyolít le (tehát a percátlag 12 perc). A belgyógyászok szigorúan betartják a körzeti elvet.

Az orvosok tevékenysége munkagrafikonokra épül. Ennek segítségével sikerült fokozatosan kiiktatni a munkából a nem ésszerű elemeket, s az orvosi ténykedés hatékonysága és színvonala lényegesen javult. A létszámfejlesztés mellett a munkaszervezés is szerepet játszott abban, hogy az egy lakosra jutó betegforgalom az 1955. évi 6,5-ről 1972-ben 8,6-re növekedett. 1955-ben a lakosság 5, 1972-ben 25,6%-át vetették alá szűrővizsgálatnak. Ennek köszönhető például, hogy az említett időszakban a 10 000 lakosra jutó cukorbeteg szám 5-ről 27,6-ra, a rheumásoké 9-ről 17-re, a fekélybetegeké 4,2-ről 9,4-re emelkedett. 1955-ben 1000 lakos közül 36,7, 1972-ben 193,8 (közel 20%) állott gondozás alatt.

A járóbetegek ellen végzett vizsgálatok és gyógyító beavatkozások száma jelentősen megnövekedett. 1955-ben 100 fős forgalomra 18, 1972-ben 41,8 laboratóriumi, ugyancsak az említett években 9,1, illetve 20,1 biokémiai vizsgálat jutott. A 100 fős forgalomra jutó rtg vizsgálatok száma 4,3-ről 8-ra, az EKG-vizsgálatoké 2,8-ről 6,6-ra, a fizikoterápiás kezeléseik száma 15,3-ről 28-ra, a gyógytornáé és masszázsaé 4,2-ről 10,4-re emelkedett. Figyelemre méltó, hogy a vizsgálatokat és kezeléseket a beteg otthonában is alkalmazzák.

Az eltelt időszakban a specializáció fokozódott, de a betegforgalom $\frac{2}{3}$ része jelenleg is az alapszakokra jut.

A cikk jól példázza, hogy helyes munkaszervezéssel, a korszerű koncepciók érvényesítésével a poliklinikai ellátásnak nemcsak a volumene és színvonala emelhető, hanem mód van arra is, hogy a szakellátást kivigyék a beteg otthonába.

Varga János dr.

Endocrinologia

A férfi változó kora az urológus szemszögéből. Gaca, A.: Med. Welt, 1974, 25, 207.

A climacterium virile elnevezést ma már nemcsak használjuk, hanem az igaz is. Ezalatt a férfi változó korát, a női climacteriumhoz

sokban hasonló (de nem analog) tünetegyüttest értjük. Férfiaknál a 4–5. évtizedben — a potencia és nemzőképesség megmaradásával — lassan csökken az androgen produkció.

A partialis androgen hiány alvászavarokhoz, nervositashoz, fáradékonysághoz, anginákhoz, szédüléshez, fejfájáshoz, paraesthesiákhoz és potentia zavarokhoz vezethet. A here Leydig-féle interstitialis sejtjei csökkentik a testoszteron produkciót, és ezzel együtt csökken a sperma fructose tartalma is. Kisebbség lesz a vizelet androgen kiválasztása, a plasma testoszteron tartalma azonban (a fehérjékhez kötött, biológiailag inaktív hormonszint növekedése miatt) emelkedik. A különbséget az okozza, hogy a fiatal szervezet sokkal több biológiailag aktív 5- α -dihydrotestoszteront (és nem 5- β -dihydrotestoszteront) képez. Kérdés, hogy a panaszokat a here regressív elváltozásai okozzák-e? Az 5- β -dihydrotestoszteronról még keveset tudunk. A hypothalamikus faktorok azonban kétségtelenek. Sokkal több gonadotropin releasing faktor szintetizálódik és bizonyára a mellékvesekéregnek is szerepe van.

Gonad-mellékvesekéreg vizsgálattal azt tapasztalták, hogy a climacterialis panaszokban szenvedő férfiak gonadjai exogen gonadotropinra csökkentett formában reagálnak, ACTH-ra viszont a mellékvesekéreg reakciója normális marad. Androgen szubsztitúcióra a szubjektív panaszok javultak.

A Leydig-féle interstitialis sejtek masculinizáló androgen, a here Sertoli sejtjei pedig feminizáló oestrogen anyagot produkálnak. Az életkortól függő elváltozások tehát nagymértékben függenek az oestrogen-androgen quocienstől.

Az oestrogenek túlsúlya a prostatikus húgycső sejtformatióinak bürjanzásához és ezáltal a hólyag nyak fibro-myomatosis kiképződéséhez vezet, a prostata stromája pedig megnövekszik. Androgen hatására a prostata mirigyének kivezető csövei bürjanzanak (prostata hypertrophia) oedema-képződés formájában. E bürjanzás az ivarmirigyek involúciójának somatikus következménye. A prostatikus húgycső morfológiai, strukturális és szöveti elváltozásai, valamint az ezekből származó vasomotoros és pszichés panaszok a férfi climacteriummal vannak összefüggésben.

A férfi climacteriummal kapcsolatosan gyakran felmerül a potentia problémája is. A potentia kérdése azonban nemcsak a virilis climacterium központi vitatémája, hanem libido és potentia zavarok más életkorban, a sexualis kicsapongás következményeként is felléphetnek. Az összefüggéseket meg az orvosok is gyakran hamisan értékelik és tabuként kezelik. A magasabb életkorban megcsodált superpotens férfiak gyakran a mese birodalmába tartoznak, klinikailag pedig gyakran betegek. Sohasem hazud-

nak annyit és olyan töményen, mint a potentia kérdésében.

A biológiai lefolyás és a szervezet pathophysiológiai összefüggései a therápia kulcsát is megadják. Androgen hiány esetén substitúciós therápiát kell alkalmazni, előtte azonban rectalis vizsgálattal a malignus tumor lehetőségét ki kell zárni. Tisztázni kell a beteggel, hogy az „örök fiatalság” gyógyszerét még nem találták fel.

Angeli István dr.

A férfi és női climacterium endocrin anyagcsere elváltozásai. Knick, B.: Med. Welt, 1974, 25, 210.

A változó korban az alábbi anyagcsere elváltozások kerülnek előtérbe: 1. Megváltoznak az éhgyomri vércukor átlagértékei; 2. A glucose-tolerantia az abnormis értékek felé tolódik el; 3. Gyakran lép fel hyperlipoproteinaemia. Az izomzat csökkent peripheriás insulin érzékenysége mellett emelkedik a plasma insulin szintje.

A civilizált országokban — a genetikai tényezőktől függően — a megváltozott táplálkozás és környezeti tényezők miatt a climacteriumba érkezett férfiak és nők általában elhíznak. A test zsíradékának emelkedését a nagyobb zsírsejtek és az emelkedett zsírraktározás okozzák.

Asszonyok között idősebb korban az insulin hatására létrejött zsírraktározás miatt könnyebben jön létre hypertrophiás elhízás, mint a férfiak között. Az anyagcsere-aktív zsírsejteknek mindig több insulinra van szükségük, bár a zsírsejtek száma a hypertrophiás elhízásban nem változik.

A zsírraktározás helye a mellékvesekéreg anabolikus és katabolikus hormonjainak, valamint az insulinnak az együttes hatásától függ. A felső testrészt elzsírosodás az ún. Vague-féle android típusú elhízáshoz vezet. A cortisol a pancreas insulinait stimulálja. Az elhízásnak ezt a formáját a nagyobb atherogenezis hajlam egyik okaként is említik.

Az android típusú elhízásban elsősorban a váll- és deréktájéakra rakódik le a zsír. Az elhízás gynoid-formája vastag combokban és különösen erős alsó végtagokban nyilvánul meg.

A climacterialis anyagcsereelváltozásokra a nagyobb zsírsejtek és plasma insulin szint, a glucose-tolerantia csökkenése, valamint a plasma triglycerid szintjének az emelkedése és az ezek közötti összefüggés a jellemző. Ebben a mellékvesekéreg androgen és cortisol produkciója, nőknél pedig a viszonylag gyakran látott gestagen insufficiencia és androgen dominantia, valamint az oestrogen és növekedési hormon aktivitásának a csökkenése és a csökkent peripheriás insulinérzékenység játszik szerepet.

50–70 éves elhízott egyének kö-

zött nagyobb a serum insulin aktivitása, és idősebb korban magasabbak az 50 g-os glucose terhelés 1 órás vércukor értékei. A fiatalabb korban látott alacsonyabb értékek alig fordulnak elő. A gyakorlatban azonban e korrigált vércukorértékeket alig lehet felhasználni és értékelni. A tartós megfigyelések szerint a pathológiás eredmények latens, illetve manifeszt diabetesbe mennek át.

A szerző véleménye szerint a climacteriumban elhízással, csökkent béta-sejt érzékenységgel, emelkedett vércukorértékekkel és insulin-elválasztással, valamint insulinresistentiával kell számolni.

Praktikus következtetésként: többet kell mozogni, fehérjékben és telítetlen zsírsavakban gazdagabb étrendet kell fogyasztani, a cukrokat pedig el kell hagyni.

Angeli István dr.

Sexualhormonok és atherosclerosis. Wollenweber, J.: Med. Welt. 1974, 25, 214.

A degeneratív szív- és érrendszeri betegségek száma állandóan nő. A gyakoriság férfiak között a nőkének két, két és félszerese, de 1951 és 1967 között a koszorúér-megbetegedések halálozása a nők között is duplájára emelkedett.

Mi a két nem közötti különbség oka, és milyen más faktorok játszanak ebben még szerepet? A ma ismert rizikófaktorok közül az életkor, a nem és a konstitúció a legerősebbek és legállandóbbak, nem befolyásolhatók, a diabetes nehezen, a hypertonia, a dohányzás, a hyperlipaemia a helytelen táplálkozás és elhízás befolyásolhatók.

Az életkor előrehaladásával a nemek közötti különbség csökken. A fiatalabb kori különbségek azon a feltételezésen alapszanak, hogy a női hormonoknak különösen pedig az oestrogeneknek védő hatásuk van. Ezt azonban még nem sikerült bizonyítani. Az atherosclerosis kérdésén 1960 és 1965 között 14-es sorozatban vizsgáltak. A coronaria megbetegedések és azok száma jelentős mértékben variálódott. Így az USA néger lakossága között, Afrikában és Japánban alig láttak a nemek között különbséget.

A cerebrális erek sclerosisa általában 5–10 évvel később lép fel, mint a coronariáké és itt az egyes populációkban az egyes nemek közötti különbség igen kicsiny, sőt nemegyszer a férfiak között gyakrabban lép fel.

Terhességben az oestrogen szint igen magas és talán ez véd a szívinfarctustól. A statisztikák mindenestre e felfogásnak ellentmondanak.

A talált epidemiológiai vizsgálatok ellenére egyes retrospektív megfigyelések amellel szólnak, hogy az oestrogenek a coronariasclerosis ellen védenek. Vannak olyan tapasztalatok, amelyek szerint mindkét ovarium eltávolítása korai coronariasclerosisoz vezet. Más

megfigyelések viszont ezt nem igazolták.

Már régóta tudjuk, hogy az oestrogenek és az androgenek a vér lipid és lipoprotein szintjét megváltoztatni képesek. A legnagyobb különbség a férfiak és nők között a triglycerid szintben van, mégpedig az 50. életév után a női értékek átlagosan 20 mg¹⁰⁰-kal alacsonyabbak. Oestrogenek hatására megnövekedhet a triglyceridekben gazdag praebetá-lipoprotein fractio, míg a serum cholesterolin szintje nem változik. A menstruációs ciklus alatt általában csökken a vér zsírszintje és a serum cholesterolin értékek többnyire a ciklus közepén érik el a mélypontot. Fogamzásgátlóktól az oestrogen tartalomtól függően enyhe triglycerid emelkedést vagy semmi elváltozást nem láttak.

Az androgeneknek a serum lipidekre az oestrogenekkel ellentétes hatásuk lehet. Összefoglalóan elmondhatjuk, hogy a sexualhormonok a serum lipidekre különbözőbb változást nem gyakorolnak.

Az oestrogenekkel szerzett megfigyelések ellentmondóak. Így protektív effectust, valamint az oestrogennel kezelt férfiak között magasabb ischaemiás szívbetegség halálozást is észleltek.

A férfiak és nők közötti atherosclerosis különbség okát valószínűleg másutt kell keresni. Az atherosclerosis genesis multifaktoriális és ebben bizonyára a külső környezeti tényezőknek, a táplálkozásnak, a testi aktivitásnak, a dohányzásnak és más magatartás formáknak is szerepe van. Nők postmenopausalis szívinfarctusa mögött gyakran találunk hypertoniát, diabéteszt és hypercholesterinaemiát, sőt nikotinabusust is.

A mi feladatunk egyelőre csak a kockázati tényezők kikapcsolása és gyógykezelése lehet.

Angeli István dr.

A mellékpajzsmirigy-körtán újraértékelése hyperparathyreoidismusban. Esselstyn, C. B. és mtsai (Cleveland Clinic Foundation, Cleveland, Ohio): Surgical Clinics of North America 1974, 54, 443–447.

A hyperparathyreoidismus sokkal gyakoribb betegség, mint azt korábban vélték. A vizsgálati eljárások automatizálódása az esetek özönét szolgáltatja, amiért is a betegség iránt megújult az érdeklődés, kérdések merültek fel a korábbi pathológiai értékeléssel és a sebészeti kezeléssel kapcsolatban. A szerzőket két tény tette elégedetlenné a szokásban levő eljárásokkal szemben, vagyis az egyetlen megnagyobbított mirigy eltávolításával szemben akkor, ha a többi mirigy normálisnak látszott. (1) Sok betegen figyeltek meg műtét után persistáló hypercalcaemiát, és (2) olykor sikeres műtét után egy-két évtizeddel is visszatért a hyperparathyreoidismus.

E tények és megfigyelések birto-

kában kidolgoztak és alkalmaztak egy módszert, amely **valamennyi** parathyreoida biopsziájából és fagyasztott metszet készítéséből áll. Közleményükben 111 esetet értékelnek, melyekben legalább 4 parathyreoidaát vizsgáltak meg intraoperatív. Valamennyi műtétet és valamennyi szövettani vizsgálatot azonos személyek végezték. Az anyagból kizártak 7 másodlagos hyperparathyreoidismusos és 4 nem hyperparathyreoidismusos eredetű hypercalcaemiás esetet. Így a tanulmányhoz 100 primer hyperparathyreoidismusos eset állt rendelkezésükre. Közülük 51 bizonyult adenomának, 49 primer hyperplasiának.

Terminológia. Az adenoma kifejezés diszkrét, rendszerint diffúz elváltozást jelent, mely egy parathyreoidaárat vonatkozik. Ide értik, de nem tartják a fogalom feltételének egy definitív, határozott adenoma szöveti képét normál tok esetén. Adenoma esetén a nem-adenomás mirigyek nem mutatták a hyperfunctio jeleit. Ha két- vagy több mirigy szöveti képében voltak láthatók a hyperfunctio morfológiai jelei, az adenoma kórismét elvetették.

A hyperplasia rendszerint polyglandularis, ritkán monoglandularis érintettségére utal. Az adenomától való szövettani elkülönítése valamennyi parathyreoida értékelése nélkül nem lehetséges.

Meglepő volt szerzők számára a kóros lokalizációjú parathyreoidaék nagy száma, ami a sebész számára a legnagyobb problémát jelentette.

Eredményeik nem egyeztek a tradicionális módszerrel nyert eredményekkel. A késői 60-as, korai 70-es évek szériái a primer hyperparathyreoidismus-eseteken belül a primer hyperplasia gyakoriságát 20% körülinek mondták. A szerzők 49%-os gyakorisága inkább egyezik az újabb tanulmányok eredményeivel. Az adenoma és a primer hyperplasia előfordulásának különbözősége módszertani-szemléleti okokra vezethető vissza. A 80–85%-os adenoma-előfordulás arra utal, hogy a legtöbb esetben csupán egy mirigyét távolítanak el teljesen, és rendszerint, de nem mindig egy másodikat biopsziáznak. A szerzők nézete szerint kórszövettani értékelés valamennyi mirigy vizsgálata nélkül nem lehetséges. A 100 értékelte beteg közül 98-nak négy, — 2-nek öt mellékpajzsmirigyt vizsgáltak meg szövettanilag és állapították meg azok státusát.

Úgy vélik, hogy még a járatos sebész is hibázhat a parathyreoidaék felismerésében. Szövettani vizsgálat nélkül képtelen felismerni a hyperplasiát, ami normálnak látszó mirigyben is jelen lehet. A látszólag normál mirigynek kb. 20–30%-át kell vizsgálat céljára kimetszeni. A hyperplasia gyakran göcos, így még a biopsiás anyag is tévedhet. Mind a négy mirigy vizsgálata és biopsziája azonban a kórismét valószínűbbé teszi. Valamennyi parathyreoida szövettani képének ismerete (1) pre-

cízeben határozza meg a betegség kiterjedését, így a sebész a túlműködő szövetből úgy és annyit tud eltávolítani, ahogy és amennyit indikált, (2) minimálisra csökkenteni a nyaki tájék újra feltárásának szükségességét, ami még a tapasztalt sebész számára is nehéz feladat, növeli a tetania és a n. recurrens-laevis valószínűségét, (3) felkészíti a team-et a mellékpajzsmirigyek különböző konfigurációira, színeire, méreteire és lokalizációira, (4) ez a valamennyi mirigyre kiterjedő módszer valószínűbb képet nyújt a megközelíthetetlenül aberrans helyen fekvő mirigy állapotáról.

Amíg túlműködő mirigy eltávolítása után átmeneti hypocalcaemia nem ritka, ebben a csoportban a szerzők ilyen nem észleltek.

Aetiologia. A primer hyperparathyroidismus aetiologiai tényezői nem ismeretesek. Talán valamennyi hyperparathyroidismus egy ismeretlen stimuláló okkal szemben másodlagos jelenség. Ha az ösztönzésre egy mirigy válaszol, autonómia jön létre és elnyomja a többi mirigyet, amit azután mint klasszikus adenómát azonosítunk. Valószínűleg a több mirigy hyperplasiássá válása a gyakoribb válasz. A szerzők a négy mirigy hyperplasiáját sokkal gyakoribbnak találtak, mint azt korábban feltételezték, és úgy vélik, hogy a kezelést a betegség kiterjedéséhez kell méretezni. Elvileg ők is előnyben részesítik az érintett mirigy eltávolítását, de nagy gondot fordítanak elegendő mirigyállomány visszahagyására. Ha valamennyi mirigy hyperplasiás volt, azoknak egy normál mirigy-méretű részét hagyták vissza. E mirigyet gondosan megjelölik egy esetleges későbbi reexploratio esetére. Némelyik hyperplasiát csak beágyazott metszetben ismerték fel, ezért a gyakorlatban nem mindig távolítják el a hyperplasiás mirigyet. Ezek nagyon fontos esetek, mivel kontrollként szolgálnak a subtotalis parathyroidectomiákkal szemben. Csak a gondos és hosszú utóvizsgálat fogja meghatározni a helyes eljárást.

Kovács Bertalan dr.

Primer hyperparathyroidismus mediastinalis adenoma lokalizációval. Kümmerle, F. és mtsai (Sebészeti Klinika és Klinikai Sugártani Intézet, Mainz): Dtsch. med. Wschr. 1974, 99, 983—988.

A számos diagnosztikai eljárás és a sebészi behatolások sémás volta ellenére a parathyreoideák felkeresése primer hyperparathyroidismusban nem csekély probléma. A nehézségek akkor adódnak, ha a nyak feltárása nem járt eredménnyel, és a parathyreoideá(k) dystopiás, mediastinalis elhelyezkedésével kell számolnunk.

A parathyreoideák mediastinalis elhelyezkedése az egyedi fejlődés követésével kézenfekvő. Az egyes szerzők a mediastinalis elhelyezkedést 5—20%-ra becsülik. Kurtay és

Crile 120 primer hyperparathyroidismus miatt vagy immunsuppressív célból thymectomizált beteg közül 23-ban (19%) talált dystopiás parathyreoideát az elülső mediastinumban, közülük 18 esetben a thymusban vagy avval szoros összefüggésben. Wang boncolási anyagában a mediastinalis elhelyezkedés gyakorisága 20% volt.

A szerzők 38-ból 7 esetben észleltek műtéti anyagukban mediastinalis dystopiát, 5 esetben az elülső, 2 esetben a hátsó mediastinumban. Utóbbiak közül az egyik beteg korábban már két ízben, a másikat háromszor műtötték. A közléseket értékelve megállapítják, hogy az 5—20%-os széles előfordulási értékek a terminológia nem egységes értelmezéséből adódtak. A jugulum sternit tekintve a mediastinum felső határának a dystopiás elhelyezkedés valamennyi szerző anyagában 20% körül. Egyesek azonban mediastinalisnak azt az adenómet tekintették, melynek eltávolításához sternotomiára vagy thoracotomiára volt szükség (helytelenül: Ref.) Nathaniels és mtsai 400 parathyreoidea-tumor közül 19-et (5%) távolítottak el sternotomiás behatolásból.

A szerzők 1965—73 között 38 beteget kezeltek primer hyperparathyroidismus miatt, 37-et műtöttek. Utóbbiaknál 42 parathyreoidea tumort találtak. 22 tumor — valamennyi adenoma — típusosan helyezkedett el a pajzsmirigy felső vagy alsó pólusa közelében. Ezek közül nyolcat subtotalis pajzsmirigyresectio után a pajzsmirigy állományon belül találtak meg. Ötöt a nyaki behatolásból retrosternalis helyzetük ellenére el tudtak távolítani. Hét esetben az elülső vagy a hátsó mediastinum feltárására és revíziójára volt szükség.

Mivel a parathyreoidea tumorai tapintással csak kivételesen észlelhetők, a műtét előtti lokalizáció igen nagy fontossággal bír. Ez idő szerint egyik módszerrel sem lehetünk elégedettek, bár némelyikük impresszionáló eredményt ad.

Scintigraphia. A ⁷⁵Szelén-methioninnal leírt jó eredményt kevesen erősítették meg. Még a fotocintigraphia bevezetése után sem lett magasabb a pozitív eredmények száma. A szerzők 17 eset közül háromban tudtak ily módon parathyreoidea-tumort lokalizálni. A módszer éppen a nehezen kórimézhető, azaz kevésbé hormonaktív és a kicsiny, nehezen fellelhető tumorok esetében mond csődöt. Elképzelhető, hogy a tumorok glukagonnal való stimulációja után kedvezőbb eredményeket lehetne nyerni.

Arteriographia. Born és Werner kontrasztanyagának a truncus thyreocervicalisba, ill. az art. thyreoidea inferiorba fecskendezésével 17 betegben 13 adenoma helyzetét megtudta állapítani. Seldinger módszerrel az art. cubitalisokon keresztül szimultán mk. art. subclaviába fecskendezve, és a kapott képet a scintigraphiás képpel egymásra vetítve Kuntz és Goldsmith 15 soliter ade-

nomából 12-t lokalizált. A szerzők a truncus thyreocervicalist az art. femoralison keresztül érték el és töltötték fel. 17-ből 7 esetben lokalizálták az adenómet, amint azt a későbbi műtétek igazolták. A módszer nem ritkán jár cerebrális keringési zavarral, ezért szerzők megajlanak a veszélytelenebbnek tartott art. cubitalis-módszer előtt.

Pneumomediastinum. CO₂-gázt transtrachealis punctióval juttatnak be, majd rétegfelvételeket készítenek. A szerzők 8 esete közül háromban ez a módszer sikeresnek bizonyult, kettő a hátsó-felső mediastinumban, egy 12 gramm súlyú elől a szegycsont teste mögött helyezkedett el. Silinkova-Malkova 40 betegben 44 tumor közül 33-at tudott így kimutatni. A minimális nagyságnak 10 mm átm. körűlinek kell lenni. A módszer bizonytalan a pajzsmirigy felső pólusa körül elhelyezkedő tumorok kimutatásában.

Vitális festés toluidinkékkel. Kísérletes vizsgálatok ígéretes volta ellenére (kutyán a festék a pajzsmirigyállománnyal és a nyakizmokkal szemben 30:1—42:1-es koncentrációt ért el a mellékpajzsmirigy-állományban) a szerzők egyetlen esetben sem érték el eredményt, és mással egyetértésben a módszert klinikai jelentőségűnek tartják.

Célzott vénás vérvétel és radioimmunológiai parathormon-meghatározás. A legeredményesebbnek tűnő eljárás. Reitz módszerével: mk. oldalon a v. femoralisba bevezetett katheterrel a v. thyreoidea inf.-ból, a v. jugularisból, v. anonyimából és a v. cava superiorból nyert vérből O'Riordan és mtsai 29 esetből 24-ben végeztek pontos parathyreoidea-tumorlokalizációt. 3 esetben az eredmény kétes volt, két ízben hamis. A v. jugularis vérében 140-szer magasabb parathormon-koncentrációt találtak, mint a perifériás vérében. Mások a v. thyreoidea inf. szelektív katezézisével eredményesebbnek találták. Soliter adenoma esetén a kétoldali v. thyreoidea inf. között 3—5-szörös hormonkoncentráció különbséget mértek. Mk. oldalon megnövekedett koncentráció többszörös adenomára vagy hyperplasiára utal. Mediastinalis tumorok esetén nem a v. thyreoidea inferior, hanem a v. anonyim vérében található magasabb hormonkoncentráció.

Venographia. A már bevezetett katheteren keresztül a kontrasztanyag bejuttatható. A szerzőknek e módszerrel nincs értékelhető tapasztalatuk. Shimkin és mtsai 16 esetben alkalmazták, 10 esetben sikerrel.

Műtéti terv és módszer. A kórisme klinikai-kémiai megerősítése egyenlő a műtéti javallattal. Az eredményes műtét a pathologussal való szoros együttműködés elengedhetetlen.

Annak valószínűsége, hogy az elülső mediastinumban tumort lehet találni, nagy. Csupán a tumorok 1—2%-a fekszik a hátsó mediastinumban és szorul thoracotomiás el-

távolításra. A mediastinumban előszór a thymust és a körülöttes kötőszövetet veszik szemügyre. Ha tumort nem találnak, a thymust és a környező kötőszövetet eltávolítják és feldolgozzák. A szerzők 3 esetben végezték el együlésben a nyak és a mediastinum feltárását. A 38 betegből egyet sem vesztek el. A változó módon 42 parahyreoida-tumort sikerült találniuk.

Kovács Bertalan dr.

Autoantitestek előfordulása és azok jelentősége hypothyreosisban. H. Uthgenannt, D. Schütte (Röntgen- und Radioisotopen-Abt., I. Med. Klinik, Lübeck.): Dtsche med. Wschr. 1974, 99, 12.

A szerzők tanulmányukat 2369 pajzsmirigy-beteg vizsgálati adatai alapján készítették el. Eseteik között 143 idiopathiás hypothyreosis, 743 hyperthyreosis és 1483 euthyreoid struma szerepel. Elsősorban a hypothyreotikus betegek leleteinek elemzésére térnek ki. A vizsgálatok során csak a primer hypothyreosist vették tekintetbe, a struma-resectio vagy a radiojód-kezelés után kialakult hypothyreosis, továbbá a Hashimoto-struma vagy erre gyanús esetek kizárásával. A dg felállításkor a radiojód-vizsgálatok, a serum összthyroxin meghatározása, a T_3 -teszt és a PBI mellett immunológiai vizsgálatokat is végeztek: meghatározták a thyreoglobulin-antitest titer (Boyden-teszt), valamint a mikrosomális antigénnel szembeni antitest-képződést (komplement kötési reakció). Az előbbi alacsony, 1:5—1:250 titerét csak akkor értékelték, ha egyidejűleg a komplement kötési reakció is pozitív volt.

Mind a Boyden-teszt, mind a komplement kötési reakció legtöbbször hypothyreosisban bizonyult pozitívnak, 39,2 ill. 63,3%-ban, mutatva azt, hogy az autoimmun folyamat előfordulása ebben a betegségben gyakori. A hosszabb ideje fennálló hypothyreotikus esetekben a thyreoglobulin-antitest titer aránylag gyakran találták alacsonynak, amiből a szerzők arra következtettek, hogy az autoimmun folyamatok idővel visszafejlődnek.

Autopsiás vizsgálatok és a thyreoidektomizáltak histológiai leletei azt mutatták, hogy az említett serológiai vizsgálatok pozitivitása és a thyreoiditis szövettani képe mindig egybeesik egymással. Ez az összefüggés ma általánosan elismert. Az autoimmun folyamatoknak hypothyreosisban is megvan a klinikai jelentőségük, és szerzők szerint — de mások is vannak hasonló véleményen — az idiopathiás hypothyreosis az immunthyreoiditis késői stádiumaként fogható fel. A hypothyreosis eddigi felosztása tehát revizióra szorulhat; különösen az idiopathiás és a gyulladásos eredetű myxoedema különválasztása jelent problémát.

Katona András dr.

Thyreotoxikus krízis: tünettan és kezelés. I—II. Kallee, E. és mtsai (Medizinische Universitätsklinik Tübingen): Med. Klin. 1973, 68, 1689—1696 és 1733—1738.

Nehéz a súlyos hyperthyreosist, a „thyreotoxicosist” és a thyreotoxikus krízist (ha coma nem áll fenn) egymástól elkülöníteni. Comával fenyegető eseteket mint krízis eseteket könyvelték el; közülük egyesek kezelés ellenére comába kerültek.

35 thyreotoxikus krízisben szenvedő betegük volt, életkor 10—90 év között. Nő:férfi arány 6:1. Coma 18 betegben jött létre, közülük 10 meghalt, további 3 beteg tüdőembóliában halt meg. Betegeik közt coma 40 éves kor alatt nem fordult elő. 50 éves kor alatti beteget nem vesztek el. Szöveges és grafikus elemzését adják betegek anamnesztikus, fizikális és egyes laboratóriumi vizsgálati adatainak. A szerzők szerint is csökkentti főleg az anamnesztikus adatok számát és értékét a beteganyag súlyossága.

Ismert adatokat erősítenek meg azzal, hogy 40—50%-os a letalitás azon thyreotoxikus betegeken, akik fakultatíve fennáll: coma, hányás-étvágytalanság, hasi panasz, láz, anaemia. Obligát a tachycardia, hőemelkedés, viszont gyakran hiányzik a szemtünet (19 beteg, közülük 9 meghalt), a struma, a hypertonia. Kilenc betegnek a bőre száraz volt (4 haláleset). Gyakori a psychés és motoros nyugtalanság, a finomhullámú tremor durvába megy át. Kevésbé ismert a gyorsult vvt. süllyedés, hypoproteinaemia (csökken a hormonkötő kapacitás), anaemia (tovább rontja a szövetek oxygen ellátását), alacsony a serum vas, emelkedett a serum húgysav szintje.

Elismerik, hogy még klinikai észlelés alatt is órák, akár napok telhetnek el, míg felállítják a — különösen az idős betegeknél gyakran oligosymptomás — hyperthyreosis diagnózisát. A *diagnosis klinikai*. Az injectiósi terapia előtti vérvételből a következő vizsgálatok szolgálják a diagnózist: magas PBI, magas T_3 (Hamolsky) teszt, magas ^{127}I , alacsony serum cholesterin, magas thyroxin szint. Gyakran nincs vagy rövid az idő a pajzsmirigy radiojód felvételi görbéhez, amely néhány óra alatt magasra emelkedik, rendszerint a korábban jód-kontaminált betegeknél is.

A kezelésben 10 pontba foglalt ún. sürgős program szerint járnak el: 1. infúziós folyadék- (laevulose), elektrolyt-, pH-, correctiós- ($NaHCO_3$ illetve lactat) bevitel, oxygen; 2. methimazol iv. 200—300 mg/die; 3. glycorticoid iv. 200—500 mg/die; 4. euthermia fizikális eszközökkel; 5. sedálás (phenobarbital, resperin, promethazin, diphenylhydantoin); 6. 500—1000 mg szervesetlen jód iv. (pl. 10%-os NaJ inj.); 7. vitaminok: B komplex, C, B_{12} ; 8. digitalis, másfelől beta-re-

ceptor gátlók; 9. antibiotikum; 10. a pajzsmirigy palpációjára káros.

A krízis kezelésében a szervesetlen jód sokkal hatásosabb, mint az ugyancsak halogen hatású perchlorat. A lithium nem káros, de a krízis kezelésére nem alkalmas. — Ha a kezdeti jódtherápia alatt nő a pajzsmirigy, az nem TSH túlproductio eredménye, hanem a nyugalmi kerülő pajzsmirigy acinusok több colloidot tárolnak. Ezért tehát pajzsmirigy hormon adása nem szükséges, sőt krízisben veszélyes. — A digitalis glykosidák és a sympathicoliticumok együttes adásakor tekintetbe veendő: a resperin kezdetben fokozza a catecholaminok kiáramlását, csökkenti a digitalis igényt, fokozza a beta-receptor bénító hatását. A szövetek fokozott vér- és oxygenigénye miatt a vérnyomás és a szívfrekvencia bizonyos mértékű emelkedése szükséges. Csak az efeletti „luxus”-tachycardia csökkentendő (110 alá nem). A propranolol vérnyomást csökkenti, relatív bradycardiát okozhat és ezzel ischaemiát válthat ki. — A pajzsmirigy thromboplastinban gazdag; ez, valamint a gyakori pitvarfibrillatio anticoagulans kezelés inditációját képezheti.

A szerzőknek nincs tapasztalatuk a krízis plasmapheresis, peritonealis, ill. extracorporalis dialysis kezelésével; hatásukat kérdésesnek ítélik.

A thyreotoxikus krízist kiváltható tényezők csak feltételezhetők. 9 esetben korábban jódkontrasztos vizsgálat történt (5 beteg meghalt), 6 beteg szedett jódtartalmú bélferőtlenítőt (2 haláleset), 2 további beteg egyéb jódtartalmú gyógyszert. A hyperthyreotikus dispositiójú vagy kézenfekvően fokozott pajzsmirigy működésű beteg anyagcseréje jó hatására dekompensálódhat („Kitzel-dosen”). Ezek a betegek jódkontraszt vizsgálat után 2 hónapig szorosan ellenőrizendők (T_3 , T_3 test). Bélpanasz jódtartalmú gyógyszerrel csak akkor kezelhető, ha *latens vagy manifeszt hyperthyreosis kizárható*. — Egy halálos krízist T_3 suppressiósi teszt kapcsán észlelték.

Fiala Ervin dr.

A pajzsmirigyműködés különböző paramétereinek jelentősége és megbízhatósága az orvosi gyakorlatban. Emrich, D. és mtsai (Nuclearmediz. Abt. d. Med. und Radiolog. Klinik, Endokrinologische Arbeitsgruppe und Abteilung für klinische Chemie der Medizinischen Klinik der Universität, Göttingen): Deutsche medizinische Wochenschrift 1973, 98, 2169—2174.

A pajzsmirigybetegségek „in vitro” laboratóriumi diagnosztikája az utóbbi években sokban fejlődött. A szerzők 739 betegükön tanulmányoznak és értékelnek egyes módszereket. Betegeik megoszlása: euthyreoid struma 51,8%, hyperthyreosis 26,2%, toxikus adenoma 10,2%, hypothyreosis 7,3%, thyreoiditis és endocrin euthyreoid oph-

thalmopathia 4,5%. A vizsgált paraméterek: 1. fehérjéhez kötött jód (PBI), 2. T₃teszt, 3. összthyroxin-T₄-meghatározás, 4. szabad T₄ index (T₄:T₃-teszt), 5. kétfázisú radiojód funkció próba-plasma konverziós rata: 4^h. Egyes esetekben TRH vagy TSH stimulációs, ill. T₃ suppressió próbat is végeztek. Eredményeiket statisztikailag értékelik. Vizsgálati módszereik igen korszerűek.

Véleményük szerint PBI és T₃-teszt vizsgálatok mérési szórása csekélyebb, mint a T₄ meghatározásé; a plasma radioaktivitásának mérése — különösen alacsony impulzusok esetén — jelentősen szorhat. Hangsúlyozottan hívják fel a figyelmet a zavaró extrathyreoidális faktorokra. Ezek a betegek 10%-ában zavarták a vizsgálatokat. Különösen az östrogenek (antikoncipiens) szerepét emelik ki. Az egyes paraméterek megbízhatósága eltérő a különböző pajzsmirigybetegségekből. *Euthyroid struma* esetén az összes vizsgált paraméter megbízható, bár kissé alacsonyabb a PBI. Az östrogen kezelés természetesen zavar. *Hyperthyreosis*. A szabad T₄ index és a ¹³¹I a legmegbízhatóbb. A T₃-teszt a legkisebb értékű. PBI a „T₃ hyperthyreosis”-ban alig használható, viszont a „T₄ hyperthyreosis”-ban megbízható. Kezelt, de még aktív esetben értéke jelentősen csökken. Autonom adenománál a scintigraphia a leginkább használható. *Hypothyreosis*. A T₃-teszt megbízhatósága kétes. A secundær hypothyreosis diagnosizására a TRH terheléshez kapcsolt TSH meghatározásokat ajánlja. *Endocrin ophthalmopathia és thyroiditis*. A szerzők által használt paraméterek specifikus eredményt nem adnak.

Fehér László dr.

Szemészet

A szem hátsó falában levő idegentestek ultrahangos vizsgálata. Larsen, J. S. (University Eye Department, Rikshospitalet, Oslo, Norway): Acta Ophthalmologica 1973, 51, 861—868.

Az ultrahang vizsgálat értékes segítséget nyújt az intraocularis idegentestek lokalizálásában, ha pedig a töröközégek zavarosak és az idegentest rtg-sugár áteresztő, akkor az egyetlen módszer jelenlétének és helyének megállapítására. A szerző vizsgálatait 11 abszolút glaukoma vagy i. ocularis tumor miatt eltávolításra kerülő szemmen végezte. 17 vasdarabkát helyezett el a kötőhártya felpreparálása után az equator mögött a sclerán ejtett kis sebrésen át az ér, illetve az inthártyában. A legkisebb idegentest súlya 0,081 milligramm (0,5 × mm; a chorioideában), a legnagyobb pedig 1,456 mg (retroscleralisan) volt. Kretztechniks ultrasonographot használtak; a transducert a cornea felszínén mozgatták, amíg

az idegentestet az echogrammon egy magas kiugrás nem jelezte. Az idegentest felderítéséhez 30 db, a sclera falhoz való viszonyának tisztázásához pedig 40—50 db volt a legalkalmasabb. Az összes idegentestet sikerült lokalizálni. Legnehezebb a retroscleralis idegentestek kimutatása, mert a sclera és orbitalis szövet közti réteg magas — tévesen idegentest — visszhangot adhat, ezért ennek diagnózisát számos irányból való lokalizációval meg kell erősíteni. Az ér- és inthártya visszhangja jól felismerhető.

Vogt Ferenc dr.

Intraorbitalis idegentestek ultrahanggal való felderítésének lehetőségéről. Larsen, J. S. (University Eye Department, Rikshospitalet, Oslo, Norway): Acta Ophthalmologica 1973, 51, 869—877.

A szerző ultrahang echo orbitalis zsírszövet által okozott gyengülését vizsgálta. Kísérleteihez human orbitalis zsírszövetet használt 1 nappal a halál után. Üvegengerbe helyezett zsírszövetre tette az idegentestet és azt 1—10 mm vastag orbitalis szövettel fedte, egy fémgűrűvel leszorította és fölé sós vizet öntött. A transducer 25 mm-re volt az idegentest, illetve az orbitalis zsírszövet felett. Egy 0,35 × 0,35 mm-es vaslemez echóját csak 1 mm-nél, egy 1,0 × 1,0 mm-es idegentest visszhangját pedig csak 3 mm-nél nem vastagabb orbitalis zsírszövet mögött lehet identifikálni. Az orbitalis zsírszövet ultrasonographiában nem homogen, ön-maga is ad magas visszhangokat. Fentiek miatt az ultrahangvizsgálat csak az orbitalis zsírszövet felszínes rétegeiben levő idegentest felderítésére látszik alkalmaznani.

Vogt Ferenc dr.

Mikrohullámú sugárzás-okozta lense és retina elváltozások. Aurell, E., Tengroth, B. (Dept. of Ophth., University of Gothenburg, Sahlgrenska Sjukhuset, Göteborg, Sweden): Acta Ophthalmologica 1973, 51, 764—771.

A szerzők röviden áttekintik a kérdés fizikáját és irodalmát. Megállapítják, hogy a nyugati világban megengedhető maximális expositionának tekintett 10 mW/cm² értéknek mindössze 1 ezrelékét fogadják el a Szovjetunióban. Vizsgálataikat egy radarkészülékeket gyártó vállalatnál végezték 98 egyénen, akik közül 68 volt kitéve a mikrohullámok károsító hatásának, a többi kontrollként szerepelt. Csak a 0,5 mm-nél nagyobb opacitásokat vagy ennél kisebb, de tömött lensehomályokat vették figyelembe. A sugárzásnak kitétt egyéneken sokkal gyakoribb volt a lensehomály és — amiről eddig még nem számoltak be — a retinális elváltozás. A paramacularis és macularis régióban gyulladás utáni chorioretinalis hegekhez hasonló el-

változásokat találtak, melyek 2 esetben a látásélességet is csökkentették. Még nem tisztázott, hogy az elváltozásokat a sugárzás termikus vagy nem termikus hatása okozza-e. Feltehető, hogy hasonló elváltozások létrejönnek más idegszövetben is mikrohullámok hatására.

Vogt Ferenc dr.

Laser-perimetria: diagnosztikus alkalmazása 6 hypophysis chromophob adenomás betegen. Bartoli, F., Liuzzi, L. (F. Bartoli Via San Quintino 4 bis, Torino, Italia): Acta Ophthalmologica 1973, 51, 841—852.

A színes látótér vizsgálatot sokan bírálták, ezért megkísérelték olyan készülék létrehozását, amellyel nyert színes fény nem kifogásolható. A standard monochromatikus fényt helium-neon laserrel állították elő (6328 Å), melynek hullámhossza 0,1 Å, maximális energiája 0,5 mW, a fénysugár szélessége 0,8 mm, terjedelme 1 milliradian volt. Szűrősorozattal 40 világossági fokozatot értek el. A látótér meghatározást Goldmann periméterrel végezték. A látótér defectus fehér fénnel vizsgálva progressiv chromophob adenoma esetében 40—50 nappal később következett be, mint laserrel való vizsgálatnál. A laser-perimetria tehát korábbi és pontosabb körismézelést tesz lehetővé.

Vogt Ferenc dr.

Peroxidase diffúzió nyulak sugártestében kísérletes uveitisben. Fénymikroszkópos tanulmány. Pedersen, O. Q. (University Eye Department, Rikshospitalet, Oslo 1., Norway): Acta Ophthalmologica 1973, 51, 878—888.

Experimentális uveitist hoztak létre albino nyulak egyik szemében human serum albuminnal az üvegtestbe való befecskendezéssel. A másik szembe azonos mennyiségű (0,1 ml) steril Ringer-oldatot adtak. Az uveitis kezdete után 1—6 nappal iv. 250—500 mg torma peroxidaset adtak és ezt követően 1—30 perccel az állatot decapitálták, mindkét szemet azonnal enucleálták és szövettani vizsgálatra feldolgozták. A nem uveitises szemekben a nyomjelzőként adott peroxidase diffúzió megállt a felületen hámsejtek körülvevő záro — vér-csarnokvíz gát — zónában. Az antigénnel kezelt szemekben oedemat, sejtes infiltrációt és a hátsó csarnokban már 1 perccel az iv. inj. után nyomjelzőt találtak. Helyenként a peroxidase reactio folyamatosan követhető volt a stromából a hátsó csarnokba. Itt súlyos mononuclearis sejtes infiltráció és a folyamatos epithelialis vonal megszakadását lehetett észlelni. Másutt a peroxidase diffúzió gátja intact volt. Fenti helyeken

tudnak a serum fehérjék is átszivárogni uveitisben a csarnokvízbe. A szerző felhívja a figyelmet arra, hogy anaestheticumok és egyéb gyógyszerek ciliaris oedemát és hám ultrastructura változásokat okoznak. (Decapitatio és légembolia után ez nem jön létre.)

Vogt Ferenc dr.

Ultraszagos összehasonlító vizsgálatok pilocarpin és aceclidin szemcseppek hatásáról. Francois, J., Goes, F. (Ophthalmological Clinic of the University of Ghent, De Pintelaan 135, B-9000 Ghent, Belgium): *Ophthalmologica* 1974, 168, 299—307.

2%-os pilocarpin és 2%-os aceclidin (Glaucostat) cseppentés előtt és utána 50 perccel megmérték az elülső csarnok mélységét, a lencse vastagságát és az üvegtest hosszát Haag—Streit réslámpával és ultrahanggal. Meghatározták a refractiót is; subjectív vizsgálattal. A két szer pupilla-szűkítő és szemfeszülés csökkentő hatása kb. azonos, azonban a pilocarpin csarnokmélység csökkentő (átlag 0,265 mm), lencsevastagság növelő (átlag 0,241 mm) hatása több mint a duplája az aceclidinénak. Pilocarpin átlag —3,0 D-nyi accomodatív görcsöt okozott. Glaucostat a fénytörést gyakorlatilag nem változtatta, becseppentése után enyhe fájdalom is alig fordult elő, ellentétben a pilocarpinnál gyakoribb panasszal. A gyógyszerek hatása közti különbség csökkentő (átlag 0,265 mm), szerzők sekély csarnokzuga és vastag lencséjű egyéneken biztonságosabbnak tartják az aceclidin kezelést.

Vogt Ferenc dr.

Szemfeszülés endokrin exophthalmusos betegekben. Manor, R. S., Kurz, O., Lewitus, Z. (Dept. of Ophthalmology, Beilinson Medical Center, Tel Aviv University Medical School, Petah Tikva, Israel): *Ophthalmologica* 1973, 168, 241—252.

Nyílt zugú glaukoma viszonylag gyakori előfordulását endokrin betegekben számosan leírták. A thyreoidea dysfunctio és glaukoma kapcsolatát illetően az irodalom elmentmondásos. A szerzők 74 exophthalmusos beteget — akik közt egyetlen egyoldali volt — vizsgáltak, legalább háromszor mindenkét. 4 nyitott zugú glaukomát és 2 hibásan glaukomásnak kórimézett beteget találtak. Utóbbiakon csak felfelé tekintéskor volt magasabb a szem-belnyomás, melyet a fibrotikus m. rectus inf.-nak a szemgolyóba való bemélyedése okozott. Előrehaladt myopathiás, csaknem teljesen felfelé fixált szemeken az applanációs tonometriánál alkalmosabbnak tartják a Schiözt tonometert a valóságos tensio meghatározására a sclera rigiditás figyelembevételével. Az 5%-os glauko-

ma előfordulás szignifikánsan magasabb a normál lakosságénál. Betegeik 25%-a 40 év alatti volt. A glaukomások közül 2 beteg hyperthyreosisos volt, egyen korábbi, kezelt thyreotoxicosis után lépett fel a glaukoma, végül 1 betegnek normofunciós pajzsmirigy volt. Valamennyin 4—8 hónappal az exophthalmus kialakulása után lépett fel a glaukoma; látóterükben íves scotoma volt. Excavatio nem fordult elő. A thyreoidea funkcionális állapota és az intraocularis nyomás közt nem, viszont az exophthalmus mértéke és a szemfeszülés közt egyenes arányú összefüggést találtak mind vizitálás előtt, mind vizitálás után. A szerzők véleménye szerint egy — valószínűleg genetikailag determinált — hajlamosító tényező is szükségessé a glaukoma létrejöttéhez exophthalmusban.

Vogt Ferenc dr.

Endogen szem aspergillosis.

Friedman, A. H. és mtsai (Department of Ophthalmology, Albert Einstein College of Medicine/Montefiore Hospital and Medical Center, New York, NY 10467.): *Ophthalmologica* 1974, 168, 197—205.

Aspergillus gomba jelen lehet ártalmatlan saprofitaként a bőrön és nyálkahártyákon vagy granulomatosus necrotizáló laesiók oka lehet valamely szervben. Az aspergillosis fatalisan végződhet; gyakrabban fordul elő legyengítő betegségben vagy besugárzás, illetve corticosteroid vagy antimetabolitok alkalmazása esetén. A szerzők összefoglalják az eddig közölt 13 endogen szem-aspergillosis főbb adatait és ismertetik saját esetüket. A 61 éves férfin 1 évvel korábban milaris tbc miatt INH, PAS és streptomycin therapiát kezdtek, majd toxikus jelenségek miatt ethambutol kezelést végeztek. Időközben orális candidiasis lépett fel, mely nystatin kezelésre gyógyult. Később a bal art. femoralis elzáródott, embolectomiát végeztek és az embolusban Aspergillus találtak. Néhány nappal később egyik szemén uveitises jelenségek léptek fel, melyek corticosteroidok és mydriaticumok gyakori alkalmazása ellenére a látást kézmozgás-látásig csökkentették. Ezután az aorta bifurcatio rögös elzáródása miatt embolectomiát végeztek. 4 nappal később a másik szem fundusán fehér foltok, majd vérzések jelentek meg és néhány nappal később a beteg meghalt. A szívben, az agyi erekben és agyhártyákban valamint a szemekben gombás tályogokat és embolusokat találtak.

Vogt Ferenc dr.

Gastroenterologia

A savsecretio gátlása egy H₂-receptor histamin antagonistával, a metiamiddal. Grossman, M. I., Konturek, S. J. (The Veterans Ad-

ministration Wadsworth Hospital Center and the UCLA School of Medicine, Los Angeles): *Gastroenterology* 1974, 66, 517—521.

A szerzők vizsgálataiban a metiamid kutyában gátolta a histamin, pentagastrin, 2-deoxyglucose és az étel által előidézett savvelválasztást. Az atropin a histaminos secretiót nem befolyásolta, de a pentagastrin, 2 deoxyglucose és az étel adásával kiváltott savsecretiót nagyobb mértékben és hosszabb időn át csökkentette, mint a metiamid.

Ha abból indulunk ki, hogy a metiamid azért gátolja a histaminos, pentagastrinos, 2-deoxyglucoseval és étellel kiváltott savsecretiót, mert a végső közös mediátort a histamint blokkolja, és e stimulálók mind histamint szabadítanak fel, akkor azt is fel kell tételezni, hogy az atropin azért gátolja a pentagastrinos secretiót, mert a pentagastrin acetylcholin szabadít fel. Ez azonban nem fogadható el, mivel nem képzelhető el, hogy a pentagastrin hatása kifejtéséhez histamint is és acetylcholin is szabadítson fel, ezért a szerzők a következő új hipotézist állították fel: a parietalis sejtek külön receptorokkal rendelkeznek a histamin, a gastrin és az acetylcholin részére. Az egyik receptor blokkádja megváltoztatja a többi receptor tulajdonságait, pl. a metiamid blokkolja a histamin-receptort, erre megváltozik a gastrin-receptor is és a pentagastrinnal történő stimulálás kevéssé lesz hatásos. A szerzők szerint ilyenkor változik a receptor affinitása az agonistájával szemben, vagy megváltozik az agonista-receptor kombinációk hatásossága, vagy mindkettő egyszerre is létrejöhét.

Kisfalvi István dr.

Metiamidnak, egy histamin H₂-receptor antagonistá szernek a hatása a gyomor nyálkahártya véráramlására és a serum gastrin szintre. Konturek, S. J. és mtsai (Institute of Physiology, Krakow, Department of Clinical Chemistry, Bispebjerg Hospital, Copenhagen): *Gastroenterology* 1974, 66, 982—986.

A metiamid erősen gátolta gyomorizisztulást és Heidenhain-kisgyomor kutyákban a histamin-, pentagastrin-, Urecholin-infúzióval és 10⁰-os pepton-oddattal előidézett közl maximális savsecretiót. E gátló hatásban a vagus hatása kizárható volt. A savválasz csökkenését paralel kísérte az aminopyrin-clearance csökkenése anélkül, hogy a gyomorredvben és a plasmában az aminopyrin-koncentráció aránya szignifikánsan megváltozott volna a metiamiddal való gátlás ideje alatt. Ez arra utalt, hogy a szer primeren a gyomorsavsecretiót csökkentette és ugyanakkor nem korlátozta elsődlegesen a gyomor mucosa microcirculációját, ez utóbbi esése csak másodlagos következmény volt.

Atropin még hatásosabban gátolta a pentagastrinnal, Urecholin-nal és pepton oldattal kiváltott savsecretiót, de ugyanakkor nem befolyásolta a histaminos savválaszt.

Peptonnak a gyomorba való bevitele után (az antrális pH-t intragastrikus titrálással pH 5-ön tartották, hogy a gastrin-felszabadulását ne gátolják és a gyomor distentiót barostat technikával 10 víz cm-es nyomásra állították be) a serum gastrin-koncentráció gyorsan emelkedett, csúcspontját kb. 90 percre érte el, majd esett, de az egész kísérlet alatt emelkedett maradt. A metiamid nem befolyásolta a pepton utáni gastrinszintet, tehát hatása nem a gastrin-felszabadulás csökkentésével függött össze. Az atropin csak kissé csökkentette, de nem akadályozta meg a peptonra bekövetkező gastrin-felszabadulást. Ez utóbbi megerősíti azt a nézetet, hogy a gyomorban ételre létrejövő gastrin-release nem cholinerg úton alakul ki és az atropin az étellel kiváltott gyomorsecretiót főleg a parietalis sejtekre kifejtett direkt hatása révén gátolja.

(Ref.: Az antihistaminok, az ún. H_1 -receptor antagonisták nem gátolják a histaminok a gyomorsavsecretióra kifejtett hatását, a histamin antagonisták új csoportja, az ún. H_2 -receptor antagonisták viszont a histaminok ezt a hatását blokkolják.) Kisfalvi István dr.

Insulinra létrejövő gastrinválasz selectiv, selectiv proximalis és truncalis vagotomia után. Stadil, F., Rehfeld, J. F. (Dept. of Gastroenterology, C, Rigshospitalet, and Dept. of Clinical Chemistry and of Gastroenterology A, Bispebjerg Hospital, Copenhagen, Denmark): Gastroenterology 1974, 66, 7—15.

A vagus ingerlésére (insulinos hypoglycaemia, vagy áletetés) gastrin szabadul fel az antrumból, ha az antralis mucosa nem érintkezik savval. Felmerült azonban az a lehetőség, hogy emberben az insulin okozta hypoglycaemia nem teljes egészében a vagus útján szabadítja fel a gastrint.

A szerzők ezt a kérdést tanulmányozták olyan betegeken, akik nyombélfekély miatt drainage nélküli selectiv proximalis (highly selective) ún. parietalis sejt vagotomián (17 beteg), valamint bilaterális selectiv vagotomia + pyloroplastica (17 beteg) és truncalis abdominalis vagotomia + pyloroplastica (18 beteg) műtéten estek át. A serum gastrin-koncentrációk selectiv, selectiv proximalis és truncalis vagotomia után a gyomor-nyomórésztől aspirálás megkezdése előtt $1\frac{1}{2}$ —2-szer magasabbak voltak, mint műtét előtt. Az állandó gyomornedv-leszívás alatt mindhárom vagotomizált csoportban a serum gastrin-koncentrációk szignifikánsan csökkentek, ezt a jelenséget műtét előtt nem tudták megfigyelni. Ennek oka nem világos, nem

függethet össze a gyomor distentiójával, hiszen az aspirálás miatt az nem alakulhatott ki. A serum gastrin-koncentrációk 0,2 E/kg iv. insulin inj. után vagotomia műtét előtt és után is szignifikánsan emelkedtek, de postoperative a gastrinszintek növekedése még magasabb és elhúzódóbb volt, mint műtét előtt.

Elméletileg elképzelhető lenne, hogy komplett vagotomia után csökkenjen a serum gastrinszint a gastrin-felszabadulást stimuláló vagus innervatio megszűnése miatt. Másrésztől azonban az is elképzelhető, hogy a vagotomia miatti csökkent gyomoraciditás, fokozódó gyomordistentio és duodenalis reflux következtében fokozódik a gastrin-felszabadulás. Nyilvánvalóan az utóbbi hatások dominálnak, hiszen az aspirálás előtti éhgyomri serum gastrinszint mindhárom vagotomizált csoportban a műtét előttihez viszonyítva emelkedett volt.

A szerzők vizsgálatait szerint az immunreaktív gastrin-felszabadulás az insulinnal előidézett hypoglycaemia alatt nem egyedül a vagus útján jön létre, ebben talán az adrenalin is szerepet játszhat, mivel mások kimutatták, hogy a hypoglycaemia adrenalin-felszabadulást okoz, ez pedig emberben és kutyában emeli a gastrinszinteket.

(Ref.: Hansky és mtsai (Gastroenterology 1972, 63, 387.) vizsgálati szerint komplett truncalis vagotomia + pyloroplastica műtét után 16 betegben a basalis serum gastrin-koncentráció szignifikánsan magasabb volt, mint nyombélfekélyes és inkomplett vagotomián átesett betegeken és — ez ellentétes megfigyelés — a komplett vagotomiás csoportban insulinos hypoglycaemiára már nem következett be semmiféle serum gastrinszint emelkedés. Ez utóbbi észlelés ellenében áll a referált közlemény megállapításával, ennek okát nehéz megmagyarázni. A vagus szerepe tehát insulinos hypoglycaemiában a gastrin felszabadításával kapcsolatban még nem tekinthető véglegesen tisztázottnak.)

Kisfalvi István dr.

Insulin és 2-deoxy-D-glucose-val előidézett savsecretio és serum gastrinszint nyombélfekélyes betegeken. Emas, S. és mtsai (University of Lund and Allmänna Sjukhuset Malmö etc.): Scand. J. Gastroent. 1974, 9, 629—637.

A szerzők 30 férfi nyombélfekélyes betegben hasonlították össze insulin (0,2 E/kg iv.) és 2-deoxy-D-glucose (2 DG) (50 mg/kg iv.) adása után a gyomorsav-secretiót és az immunoassay útján mért serum gastrinszinteket. Ugyanazon betegeken a basalis gastrinszintek reprodukálhatóságuk voltak, de különböző betegeken eltérést mutattak. A basalis gastrinszintek nagysága és a basalis savürítés és a basalis gyomorsecretum pH-ja között nem volt korreláció kimutatható. A szerzők

szerint ez arra utal, hogy a keringő gastrin csak kisebb jelentőségű lehet a basalis savsecretio előidézésében.

2 DG inj. után a savürítés görbéje korábban és magasabbra emelkedett és a gastrinszintek is szignifikánsan magasabbak voltak, mint insulin adására. Ez azt mutatta, hogy a 2 DG a savsecretio és a gastrin felszabadítás szempontjából erősebb inger képvisel, mint az insulin. Az insulinra és a 2 DG-ra kapott savválasz (savürítés és maximális savkoncentráció) nem korrelált sem a gastrinszint nagyságával, sem pedig a gastrin-koncentráció maximális emelkedésével. Nem volt semmiféle szignifikáns kapcsolat kimutatható a 2 órás savválasz és a 2 órás integrált gastrinválasz nagysága között sem.

Az insulin 30 közül 3 betegben, a 2 DG pedig 1 betegben nem emelte meg a gastrinszintet, noha mindkét stimuláló minden betegben jól mérhető savválaszt eredményezett.

A szerzők szerint a serum gastrinszint és a savsecretio nagysága között a kimutatható kapcsolat hiánya azt jelzi, hogy nyombélfekélyes betegeken insulin és 2 DG adása utáni savsecretio főleg a vagusnak a parietalis sejtekre kifejtett hatása révén jön létre, miközben a gastrin csak permissiv szerepet játszik ebben.

Kisfalvi István dr.

Pyloro-oxintikus reflex létezésének a bizonyítéka a gyomorsav-secretio stimulálásában. Debas, H. T. és mtsai (Veterans Administration Wadsworth Hospital Center, and UCLA School of Medicine, Los Angeles, California): Gastroenterology 1974, 66, 526—532.

A szerzők az antrumból készített vagussal beidézett kisgyomor (AP) savi és lúgos folyadékkal barostat technikával előidézett feszítésére kapott sav- és gastrinválaszokat vizsgálták kutyákban. Azt találták, hogy 0,1 M NaHCO_3 -al (pH 8,3) végzett feszítéskor az antrumból gastrin szabadult fel és a gyomor-fisztulából (GF) és a Heidenhain-féle vagus denervált fundus kisgyomorból (HP) összegyűjthető savmennyiség jelentősen fokozódott. Az atropin-előkezelés teljesen megszüntette e modellben a gastrin felszabadulását és a savsecretio fokozódását.

Amikor 0,1 M HCl-oldattal (pH 1,1) feszítették az AP-t, akkor gastrin nem szabadult fel az antrumból és a HP-ban sem történt savelváltság, de a GF-ből igen. Ez utóbbit az antralis denerválás teljesen megszüntette.

Ezen megfigyelések azt bizonyítják, hogy az antrum feszítéskor létrejövő savelváltság fokozódásában még egy olyan non-gastrin dependens mechanizmusnak is szerepet kell játszania, amely cholinerg módon mediált, ezt a szerzők pyloro-oxintikus reflexnek nevezik.

Az antrum feszítése kétfajta ref-

lexet indít be: az egyik gastrin szabadít fel, a másik pedig a savsecretio direkt stimulálását váltja ki. Az antrumnak savval való öblítése megszünteti az első fajta reflexet, így a gastrin felszabadulását, de ugyanakkor nem gátolja a másik fajta hatását.

A szerzők szerint a gyomorsecretio gastrikus fázisára vonatkozó eddigi elképzeléseket módosítani kell és ebben legalább a következő mechanizmusok, komponensek vesznek részt: 1. *gastrin-felszabadulás*, melyet az antrum distentiója, kémiai ingerlése vált ki, ez a helyi és talán a hosszú pylorikus reflexek útján jön létre, 2. *oxyntikus reflexek*, helyi és hosszú (vago-vagalis) reflexek, melyek révén az oxyntikus mirigyterület feszítése a parietalis sejteket savelválasztásra serkenti, 3. *pyloro-oxyntikus reflex*, mely útján az antrum feszítése a parietalis sejteket savsecretióra stimulálja.

Kisfalvi István dr.

A gyomorsav psychés befolyásolása: válasz a kilátásba helyezett étkezésre és biofeedback hatása emberben. Moore, J. G., Schenkenberg, T. (Dept. of Medicine and Psychology, Veterans Administration Hospital, Salk Lake City, Utah): *Gastroenterology* 1974, 66, 954—959.

A szerzők egy egészséges férfin vizsgálták az étvágygerjesztő ételekkel kapcsolatos psychés hatások befolyását a gyomorsav-secretióra. 12 órás éhezés után rtg-kontroll mellett levezetett szondán át 30 Hgmm-es intermittáló szívással gyűjtötték össze a gyomornedvet és a folyadékvesztés pótlására 125 ml/óra 0,45%-os sóoldatot infundáltak. A vizsgált egyén saját étkezési ideje előtt 1 órával számos étvágygerjesztő étel közül választhatta ki menüjét. 3—5 meghívott vendég szintén kiválasztotta saját étrendjét és lakoma légkörét teremtve a vizsgált egyén étkezési ideje előtt 1 órával kezdte el az étkezést.

A szerzők randomizálva, különböző napokon 3 kísérleti feltétel szerint végezték a vizsgálatokat: 1. a vizsgált egyénnek azt mondták, hogy az étkezési ideje előtti 1 óra folyamán a vizsgáló szobában előkészülnek az étkezésre és abból majd ő is ehét (lakoma, ehét); 2. abból ő nem ehét (lakoma, nem ehét); 3. abból ő is ehét, de a lakoma nem az ő jelenlétében fog végbemenni (nincs lakoma, ehét).

Mindhárom feltétel esetében a vizsgált egyénben a gyomorsav-secretio magasabb volt, mint a megfelelő kontroll basalis secretiók átlaga. Különösen jelentős volt az emelkedés az 1. és 3. feltétel esetében, amikor az étkezési ideje közeledett és ő is ehett. A 2. feltétel esetében ugyan magasabb volt a savelválasztás, mint a basalis kontroll, de az étkezési idő előtti fokozatos secretio emelkedés elmaradt. Egy másik kísérletben azt vizs-

gálták a szerzők, hogy a vizsgálandó egyén képes-e saját savelválasztását felszólításra befolyásolni. A következő utasításokat adták részére: 1. „fokozza a savat, ha nem teszi meg, nem ehét” (fenyegetés), 2. „csökkentse a savat, ha nem teszi meg, nem ehét” (fenyegetés), 3. „fokozza a savat, ehét, függetlenül attól, hogy sikeresen teljesítette-e a felszólítást, vagy nem” (semmi fenyegetés), 4. „csökkentse a savat, ehét, függetlenül a kivitelezés sikerétől” (nincs fenyegetés).

A „fokozza a savat” utasítást a vizsgált férfi nem tudta kivitelezni, a szerzők szerint ennek valószínű magyarázata az, hogy a cephalikus fázisra már közel maximális vagalis eredetű savelválasztás jött létre, noha rövidebb időtartamra, mint insulinos teszt esetében. „Csökkentse a savat” és fenyegetéssel összekapcsolt utasításra a vizsgált egyén képes volt szignifikánsan csökkenteni saját savürítését, a szerzők szerint valószínűleg a stimulálás gátlása, vagy az autonóm idegrendszer gátló hatásának fokozásán keresztül. A vizsgált személy technikája különben az volt, hogy a savelválasztás fokozásakor étvágygerjesztő ételekre, csökkentésekor pedig ehetetlen dolgokra gondolt.

A harmadik kísérlet sorozatban azt vizsgálták, hogy a vizsgált személy képes-e étellel kapcsolatos ingerek hiányában befolyásolni saját savelválasztását. Egy adott pillanatban felszólították, hogy fokozza, vagy csökkentse a savelválasztását, közben állandóan tájékoztatták egy folytonosan vezetett grafikon segítségével saját savelválasztása alakulásáról, ez képezte a biofeedback-et. 44 kísérletből 38-ban a vizsgált férfi az utasításokat helyesen kivitelezte. Egy esetben, ahol biofeedback-et nem alkalmaztak, képtelen volt a helyes irányban befolyásolni savelválasztását, tehát úgy tűnik, hogy a biofeedback-technika alkalmazása elősegítette az utasítások végrehajtását.

E vizsgálatok megerősítették, hogy egészséges ember éber állapotban az étvágygerjesztő étel meglatására, szagára, gondolatára a gyomorsav-secretio szignifikáns növelésével válaszol.

(Ref.: Ezen érdekes közlemény sajnos csak 1 egészséges egyénen végzett vizsgálatokról számol be, azonban még számos megfigyelés szükséges ahhoz, hogy általános érvényű megállapításokat lehessen tenni egészségeseken és betegeken az itt felvetett összes kérdésben.)

Kisfalvi István dr.

Glucagon és hatása a gastrointestinalis traktusra. Ratzmann, K. P., Knoke, M. (Med. Klinik und Poliklinik der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald): *Zschr. inn. Med.* 1974, 29, 94—97.

Az utóbbi években számos kutatómunka tárgyát képezte a glucagon hatásának a vizsgálata. A

pancreas Langerhans-szigeteinek A-sejtjei által termelt pancreas glucagonhoz nagyon hasonló a béltraktus bizonyos szakaszaiból kivonható enteroglucagon; ma még nem eldöntött kérdés, vajon a kettő azonos-e. A pancreas glucagon kémiai szerkezete a secretinéhoz is közel áll és a hatásspectrumuk tekintetében is vannak közöttük hasonlóságok.

A glucagon a gyomor-béltractus motilitását és vérátáramlását gátolja, a basalis, valamint a theophyllin, gastrin, pentagastrin és akut hypercalcaemia által kiváltott savsecretiót szignifikánsan csökkenti. A glucagon egyes szerzők szerint a histammal előidézett gyomorsecretiót is gátolja, más szerzők szerint erre hatástalan. A pepsinogen elválasztásra is egyesek gátló hatást, mások hatástalanságot észleltek.

A glucagon által előidézett hyperglycaemia és a secretiogátlás között oki kapcsolatot nem lehetett kimutatni. A glucagon viszont az éhségérzést csökkenti. A glucagon a serum calciumszintet leszállítja. Akut és krónikus hypercalcaemia fokozza emberben a gyomorsecretiót, az EDTA által kiváltott hypocalcaemia viszont gátolja a basalis és a pentagastrinnal létrehozott volumen- és savsecretiót. Hypercalcaemia esetén a gastrinaktivitás fokozódik. A glucagon által létrehozott serum calcium süllyedés és a gyomorsecretio csökkenése közötti párhuzam egyik magyarázat lehetne a glucagon hatásmechanizmusára vonatkozóan azonban kísérletileg kimutatták, hogy a serum calciumszint glucagon okozta süllyedése a gyomorsecretióra semmiféle gátló hatást sem vált ki. További oki kapcsolatot lehetne feltételezni a glucagonnak a gyomor vérkeringésére kifejtett hatása és a gyomorsecretio között is, azonban állatkísérletekben kimutatták, hogy a glucagon okozta mucosa vérátáramlás csökkenés nincs semmiféle kapcsolatban a pentagastrin savsecretióban bekövetkező gátlással.

A glucagon lehetséges egyik támadáspontjának a cyclikus adenosinmonophosphat (3' 5'-cAMP) tekinthető. A 3' 5'-cAMP stimulálja a gyomorsecretiót és e secretiófokozó hatást histammal és gastrinnal fokozni lehet. Az ATP-ből keletkező intracelluláris 3' 5'-cAMP szintjét egyrészt növelni lehet az adenylcyclase aktivitás fokozása útján, így hat pl. a gastrin és a histamin, másrészt emelni lehet a 3' 5'-cAMP-phosphodiesterase gátlása révén is, mely enzim a cAMP-t partialis hydrolysisal 3-, illetve 5-mono-phosphattá alakítja át, illetve inaktiválja. A theophyllin és a coffein a phosphodiesterase gátlása révén idezi elő a cAMP intracelluláris akkumulációját és így a gyomorsecretio fokozódását. A prostaglandinok a cAMP koncentráció változtatásán át gátolják a stimulált volumen- és savsecretiót.

A glucagon gátló hatása a basalis és stimulált gyomorsecretióra elméletileg különböző támadásponton történhet: a) gastrin szembeni nemkompetitív antagonizmus és az adenylcyclase aktivitás következményes csökkentése; b) gastrin kiszorítása a hatáskifejtés helyéről; c) 3' 5'-cAMP intracellularis blockírozása még eddig ismeretlen mechanizmus szerint.

A glucagonnak a savsecretióra vonatkozó pontos támadáspontja ma még mindig csak hypothetikus.

A glucagon gátló hatást fejt ki a secretin és pancreozymin által kiváltott pancreas-secretióra is. Adására csökken a pancreasnedv volumene, bicarbonat- és enzimatartalma. In vivo a glucagon az epehólyag simaizomzatára is hatást gyakorol.

Elméletileg a glucagon hasznosnak látszik a hyperaciditás és fekélybetegség kezelésében, de eddig még hiányoznak az erre vonatkozó nagy beteganyag és tartós adása mellett szerzett egzakt klinikai bizonyítékok. Krónikus pancreatitis esetén glucagon terápiával kedvező eredményeket közöltek emberben, egyes szerzők szerint akut pancreatitisben a megzavart glucagon-secretio is szerepet játszik az aetiopathogenesisben, azonban erre vonatkozóan is kevés még a nagy beteganyag szerzett tapasztalat, főleg a hosszú glucagon kezelés mellékhatásaira vonatkozóan.

A szerzők elképzelhetőnek tartják, hogy a glucagon más eddig használatos gyógyszerekkel kombinálva a jövőben szerephez jut a gastrointestinalis és pancreas betegségek kezelésében, ha ezt a nagyipari előállítás is lehetővé fogja majd tenni.

Kisfalvi István dr.

Sürgős fiberoscopia cirrhosis emésztőszervi vérzéseiben. Chaput, J. C. és mtsai (Paris): Nouv. Presse méd., 1974, 3, 1227—1230.

A szerzők 94 cirrhosisban szenvedő (23 nő és 71 férfi) betegen 100 emésztőszervi vérzés esetében végzett sürgős fiberoscopia vizsgálatról számolnak be. A vérzés okát az esetek 77%-ában tudták felderíteni, 64%-ban teljes biztonsággal, 13%-ban pedig nagy valószínűséggel. A vérzések okai a következők voltak: gastritis és acut fekély 35 esetben, vérző oesophagus laesio 33 esetben, gasroduodenalis chronikus fekély 7 esetben, malignus tumor 2 esetben. A vérzés pontos okát 23%-ban nem lehetett megállapítani. A szerzők sugárban vérző oesophagus varixot nem láttak, de gyakran észleltek szivárgó vérzést mutató varixot, mely inkább oesophagitis haemorrhagica képét mutatta, mint egy valódi rupturált varixot.

A szerzők cirrhosisos vérzés esetében a fiberoscopia vizsgálatot olyan korán alkalmazzák, ahogyan csak lehet, előzetes kimosás, vagy gyomor-aspirálás nélkül. Az oesophagus vizsgálatokor felülről lefelé

haladva apránként kimosják a vért, hogy az oesophagusból származó vérzést a gyomorból eredő véres refluxtól el tudják különíteni. Azután tüzetesen megvizsgálják a gyomrot, majd a duodenumot. A vizsgálat időtartama 2—3-szor hosszabb, mint a szokásos fiberoscopia és tovább tart, mint egy nem cirrhosisos eredetű emésztőrendszeri vérzés fiberoscopia vizsgálat. Amennyiben az első endoscopia vizsgálat nem eredményez diagnózist, mert pl. sok vér van a gyomorban, akkor a gyomornak jeges vízzel való átmosása után rögtön, vagy 12—24 óra múlva megismétlik a vizsgálatot.

Kisfalvi István dr.

Enterocolitis regionalis Crohn. Fahrlander, H., Shalev, E. (Medizinische Department der Universität Basel, Abteilung für Gastroenterologie): Dtsch. med. Wschr. 1974, 99, 2207—2214.

A szerzők Baselben 1960 és 1973 között 182 Crohn-betegségben szenvedő beteget vizsgáltak és kezeltek, közülük 162 beteg körlefolysását tudták átlagban 9,1 éven át figyelemmel kísérni. A 182 beteg közül 89 férfi, 93 nő volt. 162 beteg esetében az enterocolitis regionalis Crohn lokalizációja a következő volt: 46 esetben ileitis, 67-ben ileocolitis, 42-ben colitis, 7-ben pedig egyéb elhelyezkedés. Jellegzetes komplikációja az enterocolitis regionalisnak a torpid fistula-képződés, mely nem ritkán még abscessussal is társul. Néha a fistula létrejött az első, vagy egyetlen tünet. A szerzők anyagában a megfigyelési időszakban 30%-ban fordult elő fistula, 32 esetben anális fistulát, 6-ban belső fistulát (bélcaecok között, bél vagy a szomszédos szervek, így a húgyhólyag, vagy a vagina között) és 10 esetben belső és külső fistula együttes létrejöttét diagnosztizálták.

Kísérő betegségeként 6 esetben erythema nodosum, 33 esetben monarthrit, vagy polyarthrit, 5-ben szemtűnet (episkleritis, uveitis) és 11-ben spondylarthrit ankylopoetica Bechterew fordult elő, ezenkívül 2 colon-carcinomát észleltek, de ezek nem a gyulladással szakszokon helyezkedtek el.

Anyagukban 1960—1973 között 27 halálestet (14,8%) fordult elő, ebből 10-et (5,5%) lehetett a Crohn-betegségre visszavezetni.

A betegség kezdeti stádiumában igen jellemzőek a heves hasi görcsökkel járó hasmenések. Jelentősebb véres székürítés csak ritkán, kiterjedt granulomatosis colitis esetében fordul elő.

A szerzők összeállítása szerint a **kezdeti gyakori hasi tünetek a következők:** a) krónikus hasmenés, mely lehet véres, vagy vérnélküli, járhat lázzal, vagy anélkül; b) anális fistula-képződés; c) akut alhasi, jobb oldali fájdalmak („pseudopendicitis”); d) recidiváló felső hasi fájdalmak („pseudoulcus”).

Ritkább intestinalis kezdeti tünetek: a) vékony-, vagy vastagbél-ileus; b) gyulladással conglomeratum-tumor.

Extraintestinalis kezdeti tünetek: a) malabsorptió jelek (hypoproteinaemiás oedema, anaemia, electrolytzavar); b) monarthrit, polyarthrit; c) bőrtűnetek (erythema nodosum); d) szemtűnetek (uveitis, episkleritis); e) status febrilis; f) hydronephrosis, az ureter érintettsége miatt.

Az atypikus tünetek miatt a Crohn-betegséget gyakran csak relatíve későn ismerik fel és sokáig helytelenül kórimézik. Még a recidivák felismerése is gyakran problematikus. A röntgenvizsgálat mellett a colonoscopia adott újabb diagnosztikai lehetőséget, de nagy colonoscopia vizsgálati anyag erre vonatkozóan még nincs.

A szerzők a 162 ellenőrzött betegük közül 91-et (56,2%) operáltattak meg, műtét után azonban magas százalékban észleltek recidivát, megoperált ileitis terminalis után 43%-ban, operált ileocolitis után 49%-ban, operált colitis granulomatosa után pedig 50%-ban. A recidivák többnyire már a primer resectio után 2—3 éven belül jelentkeztek. Fiatalok és idősebbek esetében egyforma volt a recidiva gyakoriság. A postoperatív recidivák megakadályozására a szerzők praoperative steroid + Salazopyrin terápiával kísérleteztek nem kielégítő eredménnyel. A gyakori recidivák ellenére is műtéttel — véleményük szerint — többnyire a betegek állapotának lényeges javulását lehet elérni.

Gyógyszeres kezelésként aktív időszakban 20—40 mg corticoidot és 3 g Salazopyrint adtak, az intervallum szakában pedig 2—3 g Salazopyrint. Néhány esetben az intervallum-kezelés megszakítása után röviddel ileitis, illetve colitis granulomatosa esetén recidivákat észleltek. A tartós azathioprin kezeléssel 1970 óta jelentek meg közlések. A szerzők által idézett 12 közlémből 9 alapján azt lehet megállapítani, hogy ez utóbbi kezelés esetében 73%-ban lehetett remissiót, vagy javulást elérni, míg a másik 3 idézett utánvizsgálat az azathioprin hatását nem találta meggyőzőnek. Ezen irodalmi adatok alapján azt a következtetést vonják le, hogy Crohn-betegség esetében az azathioprin terápiás értékéről jelenleg még nem lehet végérvényes véleményt mondani.

Kisfalvi István dr.

Colitis ulcerosa. Fahrlander, H., Shalev, E. (Abteilung für Gastroenterologie, Medizinisches Department der Universität, Basel): Dtsch. med. Wschr. 1974, 99, 2141—2147.

A szerzők 1960 óta a betegség első fellépésétől kezdve 160 colitis ulcerosus beteget (70 férfi és 90 nő) kísérték figyelemmel átlagosan 10,5

éven át. Az akut szakok idején még enyhe esetekben is betegeiket orálisan és lokálisan adott corticosteroidokkal kezelték. Izolált proctitisben a corticoidot helyileg kúpokban alkalmazták, nagyobb kiterjedés esetében klysmában. Némely proctitis esetükben a lokális corticoid kezelés mellett már a relapsusok idején is adtak salazo-sulphapyridint, különben ez utóbbit főleg csak intervallum-kezelésre használták. **Súlyosnak** tekintették a folyamatot nagyszámú véres székletürítés, láz, anaemia, hypoproteinaemia, súlyos betegségérzés esetén. E betegeket mindig hospitalizálták. **Középsúlyos** schub jelentett naponta 6, vagy több véres hasmenéses székletet, betegségérzést, többnyire a munkaképesség elvesztését, subfebrilitást, vagy lázat. **Enyhének** tekintették az aktív szakot, ha láz nélkül 1—4 mérsékelt véres székletet, gyakran normális széklet mellett nyák és vér ürítést észleltek. Ez utóbbi a munkaképességet általában nem korlátozta. **Remissióról** a béltünetek hiányában beszéltek.

A betegség kezdetén diagnosztizáltak 104 (az összes betegek 65%-a) proctitis, proctosigmoiditis beteg közül 87 (83,7%) beteg esetében a folyamat 11,1 év alatt nem terjedt ki a colon egyéb szakaszaira, 17 betegben (16,3%) viszont az évek folyamán a colitis kiterjedése fokozódott. Ezek közül 9 beteget operáltak meg (colectomia), közülük 3 halt meg. A többi nem operált 8 beteg közül egyet sem vesztek el. A colitis progressióját az intervallumban adott napi 2—3 g Salazopyrinnel nem lehetett megakadályozni.

21 beteg (13,1%) esetében indult kezdetben a folyamat **baloldali colitisként**, e csoportban 18 esetben a colitis kiterjedése 11,4 éves átlagos észlelési idő alatt nem növekedett, 3 esetben viszont még kiterjedtebb lett. A 18 beteg közül kettő esetében végeztek műtétet, a 18 betegből 3 halt meg (1 postoperative, 1 carcinoma, 1 congenitalis coagulopathia miatt). A 3 beteg közül, akik esetében a folyamat kiterjedtebbé vált és nagy számban jelentkezett középsúlyos és súlyos exacerbatio, 2 beteg került műtétre, közülük 1 halt meg műtét után 12 évre polycystás vese miatt.

Az **initialis subtotalis, totalis colitises** csoportban szerepeltetett 24 beteg (15%) közül a 7,8 éves átlagos megfigyelési időszakban a relapsusok 60%-a középsúlyos és súlyos formában jelentkezett. 15 betegen végeztek colectomiát, közülük 8 esetben már a betegséget 1—3 évben. E csoportban a nem operáltak és az operáltak közül 1—1 beteget vesztek el. 6 betegben lépett fel toxikus megacolon. 5 beteg esetében a kezdeti súlyos tünetekkel induló betegség ellenére a későbbi lefolyás enyhévé vált, sőt az intervallum-kezelést is meg lehetett szüntetni.

A szerzők anyagában 60 éves kor felett 12 esetben kezdődött colitis

ulcerosa. A szerzők 160 betegükből összesen 17-et vesztek el a megfigyelési időszakban, ebből 7-et az alapbetegség, 10-et egyéb betegség vagy ok miatt. Nőkben gyakrabban léptek fel kísérő betegségek, komplikációk (arthritisz, bőrbetegségek, thrombophlebitis, stomatitis aphtosa, uveitis, SLE, pericholangitis hepatitis, autoimmun haemolytikus anaemia), mint férfiakban. Anyagukban colonicarcinoma csak 2 esetben került észlelésre.

A szerzők arra a következtetésre jutnak, hogy a colitis ulcerosa lefolyása a steroidok alkalmazása óta a legtöbb esetben kedvezően megváltozott, a remissio-tartalom megnövekedett. A colitis első fellépésének az idején az akut szakok súlyossága és a colitis kiterjedése között szoros kapcsolatot lehet kimutatni, de később a klinikai tünetek és az első megjelenés idején a colitis kiterjedése között már ilyen kapcsolat nem figyelhető meg. A szerzők a Salazopyrin intervallum-kezeléssel a reaktiválódások számát ugyan csökkenteni tudták, de azok fellépését nem tudták megakadályozni. Véleményük szerint a gyógyulás csak totalis colectomiával érhető el, ennek azonban még magas a letalitása és a carcinoma-gyakoriság csökkentése is valószínűleg csak colectomiától és nem a gyógyszeres kezeléstől várható.

Kisfalvi István dr.

Zollinger—Ellison-syndroma. Cameron, A. J. és H. N. Hoffman II. (Div. of Gastroenterology, Mayo Clinic, Rochester, Minn. 55 901, USA): Mayo Clin. Proc., 1974, 49, 44—51.

A Zollinger—Ellison-syndroma 1955 óta ismert, kritériuma az intractabilis ulcus pepticum, gyomorsav hypersecretio és a pancreas insulint nem termelő tumora. A Mayo-klinikán 15 év alatt 26 esetet gyűjtöttek össze, ezek klinikai jellemzőit foglalja össze a gastroenterológiai osztály két munkatársa.

A 26 betegből 14-nek volt tumora (átlagos életkor 49,7 év, nembeli megoszlás azonos), 9-nek nem volt tumora (átlagos életkor 52,7 év, közülük 7 férfi) és 3-nak multiplex endocrín adenomatosisa volt.

A kezdeti gastrointestinalis tünetek 1 hónaptól 20 évig terjedtek, a harmadik (multiplex endocrín adenomatosis) csoport tagjainak kivételével ulcus és diarrhoea képezte az initialis symptomákat. Az ulcus elsősorban a distalis duodenum részben és a jejunumban helyezkedett el, kisebb részben a duodenum kezdeti szakaszán, a gyomorban mindössze 1 esetben volt kimutatható. Hasmenése 15 betegnek volt, közülük 10-nek steatorrhoéája volt (a széklettel ürített zsír napi mennyisége 11—42 g). A multiplex adenomatosis parathyreoidea adenomában, polycystás vesében és májban, valamint lipomatosisban nyilvánult meg.

A gyomorsav secretio Z.—E.-syndromában intact gyomorban 15 maequ/h értéknél magasabb a basalsecretiót illetően, subtotalis gastrectomia vagy vagotomia után 5 maequ/h értéknél magasabb. A nem tumoros esetekben a basalis secretio alacsonyabb volt, mint a tumoros esetekben, de Histalog stimulásra a secretió csúcs magasabb volt, mint azokban, akiknek kimutatott tumorok volt. Hányással vagy aspirációval olyan nagymennyiségű secretumot veszít a gyomor, hogy metabolikus alkalosis fejlődik ki (hypokalaemiás hypochloraeiás alkalosis). 20 beteg műtét előtti radiológiai vizsgálata közül 11-ben ulcus, 10-ben feltűnően durva duodenalis redőrajz volt látható. Az insulint nem seceráló tumorközül 8 a pancreasban helyezkedett el (valamennyi malignus volt), 6 a duodenumban (csak 1 volt belőlük malignus). 8 esetben a tumor megtalálásakor már metastasisok voltak.

A műtéti megoldások közül csak a totalis gastrectomia „megbízható” eljárás, de csak a metastasis nélküli esetek 2—7 éves túlélését biztosította. A betegek szerencséjére a tumor vagy tumorok igen lassan növekednek, s ez a tény biztosítja a betegek számára a totalis gastrectomiával relatíve hosszú túlélést. A Z.—E.-syndromára gyanús esetekben a serum gastrin radioimmunoassay-val való meghatározása újult nagy segítséget (hypergastrinaemia).

Iványi János dr.

Anyagcserebetegségek

Diabetesez comát kísérő disseminált intravascularis coagulatio sikeres kezelése. Nicholson, G., Tomkin, G. H. (Endocrinology Unit, Dudley Road Hospital, Birmingham): Brit. Med. J. 1974, 4, 450.

Az endothel laesio, a thrombocyták és a fibrinogén szint abnormalitásai miatt diabetesez keto-acidosisban nem ritka komplikáció a DIC kialakulása, bár eddig csak az utóbbi időben ismertették 4 halállal végződött esetét. A szerzők egy sikeresen kezelt esetüket ismertetik.

Az 55 éves nőt betege friss diabetes okozta coma állapotában vették fel. Hányás és hasi fájdalom mellett b. o. hemiparesis észleltek. Vércukra 584 mg⁰/₁₀₀, ionogramja és alkali reserve normális, leukocyta-száma 12 400 és liquor cukor értéke 500 mg⁰/₁₀₀ volt. Infusiót, iv. insulint adtak. Másnapra a beteg dehidrálódott, hypernatraemiás lett (171 mval/l), amit infúziókkal, furosemiddel és mannitollal sikeresen korrigáltak. Ekkor viszont haematuria, epistaxis és bőrvérzések jelentek meg a változatlanul comatosus betegen. Ekkor thrombocytaszáma 15 000 volt, a kvalitatív vérképben fragmentocytákat találtak, a thrombin idő megnyúlt, a fibrin-

nogen titer alacsony volt. A vérben a fibrinogén degradációs termékek mennyisége elérte a 200 $\mu\text{g}/\text{ml}$ -t. A DIC jelei miatt 4 óránként 10 000 E heparint adtak, ezután 24 óra alatt megszűntek a haemorrhagiás jelenségek, a neurológiai tünetek és a beteg sensoriuma is felpezsgült. Ezt követően normalizálódtak a laboratóriumi értékek is. (A beteg diabetesét a későbbiekben diétával is egyensúlyban tudták tartani).

Következtetéseikben hangsúlyozzák, hogy a hyperosmolaris comában nem ritkák a neurológiai gócfünetek, azonban insulinnal, ill. a cerebralis odema megszüntetésére ezek gyorsan és maradéktalanul elmúlnak. DIC lehetőségére az utóbbi ideig általában nem gondoltak, kezdetben a szerzők sem, noha már nekik is feltűnt az első napon, hogy a vizsgálatokra levett vérminták igen lassan alvadtak meg. Az adaequat anticoagulans terápia drámai eredményt hozott. *Timperley, W. R.* anyagára hivatkozva (*Lancet*, 1974, 1, 952) hangsúlyozzák, hogy a diabeteses comával járó DIC gyakoribb, mint eddig diagnosztizálták, ezért a laboratóriumi vizsgálatokat ez irányban is ajánlatos minden alkalommal kiterjeszteni.

Berkessy Sándor dr.

Napszakos változás az intravénás glucose-ra adott válaszban. *Whichelow, M. J.* és *mtsai* (Unit for Human Metab., Dept. of Med., Guy's Hosp., London SE1 9RT, England): *Brit. M. J.* 1974, I, 488—491.

Nem cukorbetegeken per os glucose terhelésre a vércukorgörbe a délutáni órákban magasabb, mint reggel, s a relatív glucose intoleranciához képest alacsonyabb insulín válasz társul délután. Intravénás insulinnal délután a vércukorszint csökkenése kisebb. Mindezekért csökkentebb insulín felszabadulást és az insulín peripheriás hatásával szemben megnövekedett ellenállást tesznek felelőssé. A per os glucose terhelésre bekövetkező insulín felszabadulást a bélhormonok befolyásolják, ezeknek különböző a felszívódási sebességük és bélből való felszabadulásuk, s ezek magyarázzák a napszakos különbségeket.

A londoni szerzők elhatározták, hogy a napszakos változást intravénásan adott glucose-val is megvizsgálják. Anyagcserebetegség szempontjából 7 egészséges férfin és 6 nőn végezték el 25 g 50%-os glucose-val a terhelést 9 óras éhezés után standard étrendet biztosítva ezután, mégpedig reggel 9 órakor és délután 3 órakor 1 hetes időközben. Az intravénásan adott glucose után fél óráig 5 percnként, majd fél órán át 10 percnként vizsgálták autoanalyzerrel a vércukrot (ferricyanid reduktív módszerrel), immunoassay-val a plasma insulint és növekedési hormon-szintjét, valamint a NEFA-szintet az éhgyomri mintákból.

A két napszakban végzett cukorterhelés görbéje a csúcspont magasságában és az időpont idejében nem különbözött szignifikánsan, de a csúcspont utáni esés sebessége nagyobb volt a reggeli órákban. A vércukorgörbe csökkenésének mértéke az ún. K-értékkel kifejezve a reggeli órákban szignifikánsan magasabb volt. A plasma insulín-szintje éhgyomorral nem mutatott változást sem reggel, sem délután, de glucose terhelésre a délutáni érték alacsonyabb volt (átlagértékben), mint a reggeli terhelés utáni érték. A plasma növekedési hormon-szintje általában alacsonyabb volt mindkét vizsgált napszakban (5 μU per ml alatt), s ezt a terhelés sem befolyásolta számottevően. A NEFA-szint (nem esterificált zsírsavak) délután szignifikánsan magasabb volt, mint reggel.

A vizsgálat során jelentősebb szövődés nem fordult elő, de a vizsgált egyének közül többen kar vagy hónalj fájdalomról és a fejben és testben átmeneti sensatiókról tettek említést, többen hirtelen szomjúságot említettek.

A vizsgálatok eredménye hasonló a per os glucose terhelésre kapott válaszokhoz, s azt bizonyítja, hogy a délutáni rosszabb intravénás glucose tolerancia rosszabb insulín felszabadulással és insulín resistenciával magyarázható. Szűrésre alkalmas a per os cukorterhelés, kevesebb mellékhatással jár.

Iványi János dr.

A diabetes morbiditása és mortalitása a framinghami populációban. *Garcia, M. J.* és *mtsai* (*Heart Disease Epidemiol. Study, Framingham, Mass., USA*): *Diabetes*, 1974, 23, 105—111.

16 évvel az első vizsgálat után került sor többek között az 5209 framinghami férfi és nő, akik a vizsgálat kezdetekor 30—62 év között voltak, diabetes szempontjából való átvizsgálására. A két évenként történt vizsgálatok során összesen 239 diabeteses beteget találtak csaknem azonos nem szerinti eloszlásban. Az insulinnal és többnyire tolbutamid-készítményre beállított betegek aránya azonos volt, 21,7% csak diétás kezelésben részesült.

Valamennyi beteget párhuzamba állították azonos korú és nemű beteggel, s így igyekeztek összefüggéseket találni a cardiovascularis betegségek és a diabetes, valamint a nem diabetesesek között.

A cardiovascularis morbiditás (coronariasclerosis okozta szívbetegség, cerebrovascularis károsodások, claudicatio intermittens) a kezelés szempontjából 3 csoportra osztott diabetesesek között jóval magasabb volt, mint a megfelelő nemű diabeteses egyének között, s egyformán érintette mindkét nemet. A halálozást illetően is találtak különbségeket a diabetesesek és nem diabetesesek között. 55 diabeteses halt meg, közülük 42 cardiovascularis okok miatt, ez háromszo-

ros gyakoriságot jelent az átlag populációhoz viszonyítva. Különösen feltűnő volt az insulinnal kezelt nők magas cardiovascularis halálozása, a 42 elhaltból 26-nak cardiovascularis oka volt, s 21 meghalt nőnek 16 esetben cardiovascularis okra volt visszavezethető a halála.

Az ismert rizikófaktorok közül a serum cholesterol-szint a diabeteses nőkben enyhén volt emelkedettebb a tanulmányban szereplő többi vizsgált egyénhez viszonyítva, a praebet lipoprotein fractio viszont mindkét nemű diabeteses betegen szignifikánsan emelkedett volt, úgyszintén a vérnyomás és a relatív testsúly is.

Arra vonatkozóan más szerzők adatainak egybevetésével sem tudnak a tanulmány szerzői választ adni, miért magasabb az insulinnal kezelt nők cardiovascularis mortalitása a diabeteses férfiaknál. Feltehetően szerepet játszik ebben az említett rizikófaktorok nagyobb gyakorisága is.

Iványi János dr.

Az ismételt intravénás glucose-tolerancia vizsgálatának értéke a szénhidrát anyagcsere zavarának gyanúja esetén. *Ratzmann, K. P.* és *mtsai* (*Med. Klinik und Poliklinik, Forschungslabor für Fettstoffwechsel der Univ. Greifswald*): *Dtsch. Ges. wesen*, 1974, 29, 1114.

A gyakorlatban általában az orális glucose-tolerancia eredményének tisztázására az intravénás glucose-terhelést javasolják. Különösen jól bevált gyomor resectio és májbetegségek esetén, amikor a resorptiós zavarok miatt az orális terhelés nehezen értékelhető. Egy vizsgálat értékét ennek reprodukálhatósága emeli különösen. Orális terhelésben viszont ez kevésbé valószínűsíthető meg.

A szerzők 8—10 óras éhezés után 125 mindkét nemű, 51,5 éves átlagkorú embert vizsgáltak intravénás glucose-terheléssel Conard módszere alapján, és 7 nap múlva hasonló feltételek alapján a vizsgálatot megismételték. Egészséges és diabetesre az anamnesis alapján gyanús egyéneket vizsgáltak, a vércukor meghatározáshoz o-tolidin methodust használva, majd a 2. vizsgálat értékét az 1. vizsgálat eredményével összehasonlították.

50 egyénen normális glucose-toleranciát (k 1,3 felett), 50 esetben diabetesre gyanús (k 1,0 és 1,3 között), 25 esetben pathológiás (k 1,0 alatt) értékeket találtak. Hasonló eredményt észleltek a második vizsgálatban is, és a két vizsgálat k értékeiben igen szignifikáns pozitív correlációt észleltek. A legkisebb eltérést a normális szénhidrát toleranciában látták, de a szórás a gyanús és diabeteses csoportban is relatíve kicsiny volt. Az első vizsgálat értékeit 84%-ban tudták egzaktt módon reprodukálni.

A reprodukciós vizsgálatoknak elsősorban a kérdéses esetekben van nagy jelentősége, mivel a cukorterhelés eredményeit nem le-

het tisztán „normális” és „pathológiás” eredményekre felosztani. Ezért is nagy jelentősége van, a határesetekben pedig különösen, a vizsgálatok reprodukálhatóságának, mivel a vizsgálat nyomán therápiás konzekvenciákkal is élhetünk.

Angeli István dr.

Intestinalis disaccharidasek juvenilis diabetes mellitusban. Ruppin, H. és mtsai: Klin. Wschr. 1974, 52, 568.

Patkányok experimentalis diabetesében az intestinalis disaccharidasek aktivitása általában szignifikánsan nagyobb. Emberen ilyen irányú vizsgálatok csak felnőtt és időskori cukorbetegségeken történtek.

A szerzők juvenilis cukorbetegségeknél nyálkahártyájában a maltase, a saccharase, a lactase, trehalase és cellobiase szintet határozták meg. Az eredményt hasonló korú, egészséges anyagcseréjű kontroll személyekkel összehasonlítva, nem észleltek statisztikailag értékelhető különbséget. Lehetséges, hogy a már fennálló insulin kezelés vezet az aktivitás normalizálódásához.

Már állatkísérletes diabetesben is kimutatták, hogy mind az emelkedett cukorabsorptio, mind az intestinalis disaccharidase aktivitás in-

sulin kezelésre ismét csökken, illetve normalizálódik. Emberi juvenilis diabetesben egymásnak ellentmondó eredményeket is észleltek. Felnőttkori diabetesben az eredmények egyértelműek voltak. A tapasztalatok alapján emelkedett disaccharidase aktivitást csak kezeletlen cukorbetegségeken várhatunk.

Az endocrin pancreas és a gastrointestinalis hormonok között kölcsönös kapcsolat áll fenn. Cholecystokinin adása emeli az intestinalis saccharase hatását és az aktív cukortranszportot stimulálja. A gastrin viszont a glucose absorptiót gátolja.

A megfigyelések szerint a cukorabsorptio regulációs mechanizmusában hormonális és lumináris komplex együttműködés áll fenn, bár ennek tisztázására még további vizsgálatok szükségesek.

Angeli István dr.

Multiplex aseptikus csontnecrosis előfordulása egyidejűleg hyperlipaemiában, hyperuricaemiában és latens diabetesben szenvedő betegen. Wilke, H. és mtsai (II. Med. und Orthopädische Universitätsklinik, Hamburg): Dtsch. med. Wschr. 1974, 99, 1530.

Az utóbbi években gyakrabban látták a hyperlipaemia, a hyperuricaemia és latens diabetes együttes előfordulását. Meglepő módon az ilyen anyagcsere zavarokban a femur fejének csontnecrosisát is gyakrabban látták. Multiplex, aseptikus csontnecrosisokat azonban mind ez ideg még nem írtak le. A szerzők egy ilyen esetet közölnek.

Egy 35 éves páciensen 4 év alatt mindkét femur fejében, a humerus fejecsekben és a térdízületekben aseptikus csontnecrosis lépett fel. A későbbi belgyógyászati vizsgálat Fredrickson szerinti IV-es típusú hyperlipoproteinaemiát, hyperuricaemiát és latens diabeteset mutatott ki.

Az eddigi irodalmi adatokat is tekintetbe véve a szerzők ezekre a következtetésekre jutottak: 1. A nagyízületek területén látott aseptikus necrosisok esetén a vázolt anyagcsere elváltozások is számításba veendőek. 2. Hyperpraebetaliipoproteinaemiában — főleg, ha ízületi panaszok is társulnak hozzá — aseptikus csontnecrosisokra is gondolni kell. 3. Mivel a vázolt anyagcsere elváltozások a csontnecrosisoknak kedveznek, ezek tartós kezelése, a pathológiás anyagcsere parameterek kiküszöbölése feltétlenül indokolt.

Angeli István dr.

A ritka természeti adottságok alapján keletkezett gyógyforrások, gyógyiszapok széles körű felhasználásának gátat vet a helyhez kötöttség. Ezen segítünk oly módon, hogy a gyógyiszapot kompresszekbe csomagolva a beteg otthonába visszük.

A már jól ismert hévízi rádiumos iszapkompressz mellett a gyógyszerárakban kapható:

„MAROSI RÁDIUMOS ISZAPKOMPRESSZ”

Az Országos Közegészségügyi Intézet vizsgálatai alapján a marosi gyógyiszapkompressz forgalomba hozatalát az Egészségügyi Minisztérium engedélyezte. A vizsgálatok igazolták, hogy a marosi iszap hatásában azonos a hévízi iszapéval.

A peloidok indikációs területe elsősorban a subacut és krónikus mozgásszervi folyamatokban van. Indikációs területe széles. Iszapkezeléseket alkalmazhatunk: arthrosisok, krónikus izom- és perifériás idegbetegségek, arthralgiák, krónikus arthropathiák, M. Bechterew, fibrositisek, arthritis urica rohammentes időszakában, tendovaginitisek, posttraumás állapot, baleseti sérülések utókezelésére.

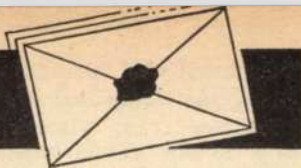
Acut folyamatokban alkalmazásuk kontraindikált, mivel az intenzív melegítés aktiválólag hat a folyamatokra. Kontraindikált ezenkívül cardialis decompensatio, hypertonia, súlyos bőrbetegségek, nyílt sérülés, rosszindulatú tumor, láz, fertőző betegségek esetén.

Társadalombiztosítás terhére a szakrendelések minden megkötöttség nélkül rendelhetik.

A marosi iszapkompressz ötféle alakban van forgalomban, így számozás szerint az alábbi testrészekre applikálható:

- I. sz. hát – váll, felkar – mell
- II. sz. derék – végtag
- III. sz. lábfej – boka (csizma)
- IV. sz. kézfej – csukló
- V. sz. has (főleg gynecológiai területen)





Lábszárfekély és amyloidosis.

T. Szerkesztőség! Az Orvosi Hetilap 1974. évi 52. számában Kiss Attila és munkatársai egy 72 éves férfibeteg esetét ismertették, akinek önmaga által inadaequat módon kezelt lábszárfekélyei hosszas fennállás után sekunder amyloidosishoz és következményes veseelégtelenséghez vezettek.

Közleményükben a szerzők megjegyzik, hogy a számukra hozzáférhető irodalomban nem találtak olyan adatot, amely szerint a sekunder amyloidosis kiváltó alapbetegség ulcus cruris lett volna. Feltételezik, hogy az idült lábszárfekélyes betegek rendszeres ellenőrzése során több hasonló esettel találkozhatnánk. Feltételezésük alátámasztására, és az összefüggés további keresése mellett érveként szeretnénk beszámolni a közelmúltban észlelt saját esetünkről, amely megdöbbentően hasonló a szerzők által leírt esethez, bár az amyloidosis boncoláskor derült ki.

B. Z. 64 é. férfi hosszú évek óta szenvedett lábszárfekélyben, a többször följánlott bőrtranszplantációba nem egyezett bele, önmagát kezelgette „Kunczi-féle szerrel” (sósavval maratás). Súlyos arteriosclerosis, hemiparesis és hatalmas lábszárfekélyei miatt került felvétele kórházunk „D” Belgyógyászati

Osztályára, ahol egy év múlva bekövetkezett haláláig feküdt. Bentfekvése alatt veseműködése fokozatosan romlott. Halála előtt 6 nappal hányinger, hányás, hasmenés lépett fel, azotaemiássá vált (Se KN 133—148 mg/100 ml). Keringési és veseelégtelenség tünetei közt halt meg. Klinikai diagnosis: Decomp. card. Nephroscler. et pyelonephritis in stad. decomp. Ulcus cruris l. s.

Boncoláskor a végtagokon számos fehér, szabálytalan alakú indurált bőrheget észleltünk. A bal lábon a belső boka fölött tenyéryi sarjadasos alapú fekély, a külső boka fölött kéttenyéryi, mélyre terjedő zöldes-sárga gennyel fedett fekély látszott. A belső szervek közül a legfeltűnőbb macroscopos elváltozásokat a vesékben és a lépben találtuk. A vesék 640 g-nyira megnagyobbodtak, szürkés-fehér színűek, igen tömöttek voltak, a kéreg kiszélesedett. A 450 g súlyú lép szederjes, igen tömött tapintatú, sima felszínű volt, a metszleten kifejezett follicularis szerkezet mutatkozott. A szervek Lugollal, majd 10%-os kén-savval történt kezelése a vesékben diffúz, a lépben gócos fekete szineződést váltott ki. A paraffin metszetek „Syrius supradel”-del történt festése után a vesék glomerulusaiban, arteriáiban és arterioláiban, a

lépben az arteriolák falában és a folliculusokban igen nagyfokú amyloidosis állapítottunk meg. Csekély amyloid lerakódást találtunk egy-egy kisebb arteria falában a myocardiumban és a májban is.

A boncolás alapján a halál oka amyloidosis következtében fellépő veseelégtelenség, az amyloidosis kiváltó alapbetegség pedig esetünkben is a gennyedéssel járó idült többszörös lábszárfekély volt.

Betegünk kórtörténete alátámasztja Kiss doktor és mtsai véleményét, amely szerint „a banálisnak tartott ulcus cruris esetén is számolni kell amyloidosis kialakulásának lehetőségével”, továbbá az érélyes és következetes kezelés szükségességét, amely súlyos és már befolyásolhatatlan szövődmény kialakulásának vethet gátat.

*Tóth Jeannette dr.
Tróznai Tibor dr.*

T. Szerkesztőség! Örömmel és köszönettel olvastuk Tóth Jeannette dr. és Tróznai Tibor dr. hozzászólását kazuisztikánkhoz.

Szépen dokumentált esetük valóban „megdöbbentően hasonló” betegünk történetéhez, s a népbetegségnek számító ulcus cruris activ kezelésének fontosságát húzza szintén alá. Gyanús esetekben a klinikusnak amyloidosis lehetőségére kell gondolnia!

*Kiss Attila dr.
Jakó János dr.
Szabó Péter dr.*

FELHÍVÁS SZERZŐ-MUNKATÁRSAINKHOZ!

Az utóbbi időben mind gyakrabban tapasztaljuk, hogy szerző-munkatársaink közül sokan a kefelevonatok javítását pontatlanul végzik el. A szerzők felületes korrektori munkája miatt az utóbbi időben mind több és több hiba került az imprimatúrába. Pedig a hasáblevonatok pontos és gondos korrekciója elsősorban a szerzők érdeke és feladata. **A szerkesztőség és a nyomda a leggondosabb korrektúrát kéri munkatársaitól.** A gondosság feltételezi a dolgozat fejlécének, címének, ábráinak, táblázatainak stb. legalaposabb ellenőrzését, továbbá, az utóbbiak szöveg közötti elhelyezésének megjelölését. Nyomatékosan felhívjuk a figyelmet az ábrák számozásának gondos ellenőrzésére. Kérjük továbbá szerző-munkatársainkat, hogy a kijavított kefelevonatot szíveskedjenek aláírni és ugyanott keltezéssel is ellátni.

Szerkesztőség

A TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága 1975. április 22-én, du. 2 órára tüzte ki **Daróczy Pál dr.**: „A végtagok bőrének microcirculatioja különböző bőrbetegségekben” c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA Kistermében.

Az értekezés opponensei: **Solti Ferenc dr.**, az orvostudományok doktora, **Kiss Gyula dr.**, az orvostudományok kandidátusa.

A Magyar Rehabilitációs Társaság Mozgásszervi Szekciója 1975. április 23-án, 15 órakor, az Országos Rheuma és Fizioterápiás Intézet klubhelyiségében (II., Frankel L. u. 25—27.) — a Gyógyászati Segédeszközök Gyára fennállásának 60 éves évfordulója és a Lengyel Rókkantszövetkezetek Szövetsége orvosi és foglalkozási rehabilitációs eszközeinek bemutatója alkalmából — **tudományos ülést rendez.**

A kiállítás április 23-án és 24-én 10—18 óráig tekinthető meg.

A tudományos ülés programja:

I. rész. Üléselnök: **Mosolygó Dénes dr.**

1. **Plesa István dr.** (GYSGY): A Gyógyászati Segédeszközök Gyára 60 éve.

2. **Rajz György dr.** (SZOT TB Főig.): Rehabilitáció és Társadalombiztosítás.

3. **Bényi Pál dr.** (GYSGY): Az orthopaediai segédeszköz ellátás fejlődése orvosi szempontból.

4. **Csejtei Ferenc, Birmacher János** (GYSGY): Az orthopaediai segédeszköz ellátás fejlődése műszaki szempontból.

5. **Joós Márta dr.** (Orsz. Orth. Int.): Az ortetikai-protetikai teamrendszer.

Szűnet

II. rész. Üléselnök: **Borsay János dr.**

1. **Włodzimierz Pleszko** (Lengyel Rókkantsz. Szöv.): A rokkantak foglalkozási rehabilitációja a Lengyel Rókkant-szövetkezetek Szövetségében.

2. **ing. Pavel Swiecki** (LRSZSZ): A rehabilitációs eszközök szerkesztésének és megválasztásának elvei.

3. **Ormai dr.-né Huba Judit, Takács Géza** (Simmelweis OTE II. Neurol. Klinika, Áll. Fodor József Gyógyint.): A rehabilitáció technikai eszközei.

4. **Thüringer István** (Iparműv. Főisk.): Formatervezés az egészségügyi technikában.

Hozzászólások — Vita

A Magyar Sebésztársaság 1975. április hó 24-én, 18 órakor, a Semmelweis OTE I. Sebészeti Klinika tantermében (VIII., Üllői u. 78.) **tudományos ülést rendez.**

Üléselnök: **prof. Stefanics János.**

Üléstítkár: **Járay Jenő dr.**

Löblovics Iván, Németh Lajos, Mazur Sándor: Vagotomizáltak és gyomorresecáltak összehasonlító utánvizsgálata (10 perc).

Németh Lajos, Gaál Csaba: Különlleges pancreatitisek (10 perc).

Mazur Sándor, Horváth László: Duodenumba betört, masszív vérezést okozó haemorrhagiás pancreatitis (5 perc).

Löblovics Iván, Németh Lajos, Tamás László: Wirsunge-jejunostomia (5 perc).

Szell Kálmán, Tóth Zsuzsanna: Pancreatitisekhez társuló pleuropulmonalis szövődmények (10 perc).

Löblovics Iván, Németh László, Gaál Péter: A splenorenalis shunt-ról (5 eset ismertetése, 8 perc).

Szell Kálmán, Löblovics Iván, Korényi Réka: Ritka szövődményeket okozó pylorus stenosis (8 perc).

Löblovics Iván, Kocsis Sándor, Kádas László: A daganatos máj tartós perfusiója cytotaticummal (8 perc).

A Fertőzőbetegségek Orvosainak Társasága 1975. április 25-én, pénteken 9.15 órakor, a Semmelweis-teremben (VIII., Szentkirályi u. 21.) **tudományos ülést rendez.**

Program:

Vezetőségválasztó közgyűlés.

Üléselnök: **Binder László dr.**

Safrankó Erzsébet, Schizler Mária, Frank Oszkárné (Megyei KÓ-JÁL, Eger): A recski hastyphus járvány epidemiológiája (30 perc).

Szerdahelyi Ferenc, Földessy Árpád, Tankó Szabolcs, Vermes Róbert, Szele Kálmán, Kleszky Miklós (Megyei Kórház, Eger): Klinikai tapasztalatok a recski hastyphusos betegek körlefordulásáról és kezeléséről (30 perc).

Papp Gábor, Pető Ilona, Szeness Ágnes, Burom Éva (Megyei Kórház, Győr): Tej által okozott kisebb hastyphus járvány tanulságai (10 perc).

Szűnet

Üléselnök: **Farkas Éva dr.**

Anaerob fertőzések (film-bemutató, 20 perc).

Losonczy György, Czírok Éva (Főv. László Kórház és Orsz. Közegészségügyi Intézet): Ritka E. coli típus okozta járvány koraszülött osztályon (15 perc).

Korányi György, Prohászka Erzsébet (Péterfy Sándor utcai Kórház): Kiszűlyű újszülöttekben halmozottan előforduló Klebsiella okozta tüdőgyulladásokról (15 perc).

Lovass Rózsa, Malkócs Katalin (Városi Kórház, Orosháza): Az anya mint az újszülöttek enterális fertőző betegségeinek forrása (10 perc).

Malkócs Katalin, Tóth Károly (Városi Kórház, Orosháza): Újszülöttkori toxoplazma sepsis (10 perc).

Hozzászólások az egyes tematikailag összefüggő előadások után.

A Magyar Orvostörténelmi Társaság 1975. április 25—26-án, az Orvostörténelmi Könyvtár tanácstermében (II., Török u. 12.) — hazánk felszabadulásának 30. évfordulója alkalmából — **tudományos ülést rendez.**

Program:

1975. április 25-én (pénteken) délután 4 óra

1. Elnöki megnyitó.
2. **Farádi László dr.:** Orvosképzésünk a felszabadulás után.

3. **Székely Sándor dr.:** Az orvostudományi dokumentáció fejlődése Magyarországon.

4. **Réti Endre dr.:** Az utolsó évtizedek családtervezésének szemléleti változásai.

5. **Bugyi Balázs dr.:** Munkaegészségügyünk története az utolsó 30 évben.

6. **Kapronczay Károly dr.:** A magyar orvostársadalom kérdései a századfordulón.

7. **Pisztora Ferenc dr.:** A Rudolf trónörökös körül kialakult mítosz tükröződése a monarchia korának psychopathológiájában.

8. **Pisztora Ferenc dr., Farkas Judit dr.:** A psychiatria kórlapstudiumok alapján folytatott történelmi kultúrpsychiatriai kutatások jelentősége a mentalitástörténet számára.

9. **Pisztora Ferenc dr., Gál Piroška:** A nemzetiségi ellentétek psychopathológiai vetületei a monarchiakorabeli Magyarországon.

10. **Frankl József dr.:** Adatok Somogy megye orvos- és gyógyszerésztörténelmi múltjából.

1975. április 26-án (szombat) reggel 9 óra

1. **Birtalan Győző dr.:** Belgyógyászati terápiás irányzatok a 20. század kezdetén.

2. **Huszár György dr.:** A magyar fogászat századunk első évtizedeiben.

3. **Balogh János dr.:** A sebészet helyzete Magyarországon a századfordulón.

4. **Lambrecht Miklós dr.:** A protoplazma szerkezeti egységeire vonatkozó hipotézisekről.

5. **Zétény Győző dr.:** A magyar radiológia kezdetei.

6. **Kenéz János dr.:** A tbc elleni küzdelem Magyarországon.

7. **Perjés Gábor dr.:** Az urológia fejlődése a 19-20. század fordulóján.

8. **Hidvégi Jenő:** A kezdet pesszimizmusa és a befejezettség mítosza. Irányzatok és szemléletváltás a századforduló tudományában.

A Magyar Fül-Orr-Gégeorvosok Egyesülete 1975. április 29-én, délután, 4 órakor, a Semmelweis OTE Gégeklinika tantermében (VIII., Szigony u. 36.) — hazánk felszabadulásának 30. éves évfordulója tiszteletére — **ünnepi tudományos ülést tart.**

Program:

1. **Prof. Surján László:** 30 év eredményei a fül-orr-gégészetben.

2. **Raffai Irén dr.:** Allergiás rhi-
nitis betegek túlérzékenységi
vizsgálata.

3. **Szabó Iván dr., Kollár Dezső
dr.:** A középfül megbetegedéseinek
újabb dokumentációs és diagnosztikai
eljárásai.

**A Magyar Kardiológusok Társasága és a Magyar Sebész Társaság
Kardiovasculáris Szakosztálya 1975.
május 8—9—10-én Balatonfüreden
tudományos ülést rendez.**

Megnyitó és a Magyar Kardiológusok
Társasága tudományos pályázatának
ünnepélyes eredményhirdetése 1975.
május 8-án, de. 10.30 órákor („B” terem).

Tudományos program: 1975. május
8-án, csütörtökön, de. 11 órákor („B”
terem).

Üléselnök: **Gábor György, Debrő-
czi Tibor, Kunos István.**

1. A tudományos pályázaton első
díjat nyert pályázó előadása (10
perc).

2. A tudományos pályázat másod-
dik helyezettjének előadása (10
perc).

1975. május 8-án, csütörtökön,
de. 11.30 órákor („B”-terem)

Főtéma

Digitalis 1975.

Üléselnök: **Kerkovits Gyula, Ma-
tos Lajos.**

Storstein, O.: Digitoxin: A jelen-
legi ismereteink a farmakokinetikáról
és a farmakodynamikáról (angol).

**Weltner J., Pulay I., Esztergályos
J., Megyaszi S., Németh M.:** Cor-
relatio vizsgálata a serum-kálium,
serum-calcium szint változása és a
digitalis hatás módosulása között.

Bódis L., Herr Gy., Boró T.: Dig-
oxin hatásának klinikai vizsgálata
carotis sinus hyperaesthesiában.

**Pulay I., Esztergályos J., Weltner
J., Megyaszi S., Stekker K.:** A se-
rum digoxin szint változása post-
operatív szakban szövödménymentes
és septicus szövödményes betegekben.

Kroó M., Világi Gy.: Digitalis
terápia a szívsebészetben.

Vadász G.: A prae-, intra, és
postoperatív glykosida kezeléssel az
általános sebészetben.

Makó J., Köves S.: Az idős betegek
prae- és postoperatív digitalis
kezeléséről.

Havas S.: Adatok a kardialis de-
compensatio otthoni kezeléséhez.

Fehér Cs., Erdélyi K.: Digitalis
intoxicatio kialakulása átlagos
fenntartó és annál alacsonyabb adagok
alkalmazása mellett.

**Rényi Vámos F. jún., Solti F.,
Csakó E., Gyöngy T., Szabó Z.:** A
szív elektromos stimulálásának helye
a digitalis terápiában.

1975. május 8-án, csütörtökön,
15 órákor („B” terem)

Téma

Klinikai farmakológia.

Üléselnök: **Szekeres László, Békés
Miklós.**

Széplaki S.: Újabb klinikai adatok
a Halidor antianginás hatásához.

Gulyás Anna, Szám I.: Az angina
pectoris tartós kezelése pyridinol-
carbammattal.

**Rév Judit, György Margit, Polák
Gy., Békés M.:** Újabb klinikai adatok
egy új típusú Ca⁺⁺ antagonistá
vegyület (Bay 1040) antianginás hatá-
sának tisztázásához.

**H. Fiehring G., Oltmanns, H.
Schwela, P., Dittrich:** Szelektív béta-1
blokkoló szerepe a szívritmuszavarok
kezelésében (német).

**Matos, L., Török Eszter, Hankó-
czy Judit:** Pozitív chronotrop és
inotrop hatású szerek vizsgálata
symptomás sinus bradycardiában.

**Rausch J., Orosz F., Békés M.,
Matos L.:** Az adams mód és az adag
nagyságának befolyása a Lidocain
vérszintjére emberben.

**Török Eszter, Istvánffy Mária, R.
Halmágyi Margit:** A Nioben haemodina-
mikai hatásának klinikai-
farmakológiai vizsgálata.

S z ü n e t

1975. május 8-án, csütörtökön,
16.30 órákor („B” terem)

Téma

Ritmuszavarok

Üléselnök: **Solti Ferenc, Ludvig
Károly.**

Rochlitz K.: Bivalentia jelensége
ectopiás ritmussal.

**Sebeszta M., Mozer I., Harsányi
Á.:** Anyagszere zavarok okozta súlyos
secunder kamrai ritmuszavarok.

Timár S.: Kaotikus kamrai tachy-
kardia (torsades de pointes).

**Kenedi P., O'Reilly M. V., Gold-
berg E.:** Coronariographiás vizsgálatok
intraventricularis vezetési zavarokban.

1975. május 8-án, csütörtökön,
15 órákor („C” terem)

Téma

Gyermekkardiológia

Üléselnök: **Bodrogi György, Péntek
Erzsébet.**

Tomory Emília: Csecsemőkori
auricularis zörejek.

**Péntek Erzsébet, Szendrei Etelka,
Pinterics Mária:** Congenitalis vitiumos
beteganyagunk alakulása: eredmények
és hiányosságok a betegek ellátásában.

**Simon Gy., Szócska M., Rumpler
Jolán:** Vele született szívhibás
gyermekek szívmitét utáni légzés-
funkciós vizsgálata.

Haás M.: Mübillenyűvel korrigált
vitiumos gyermek kontroll vizsgálata
két, illetve hét évvel a műtét után.

Mészáros Márta, Czeizel Endre:
A kamrai septum defectus kóreredetéről.

S z ü n e t

1975. május 8-án, csütörtökön,
16 órákor („C” terem)

Téma

Gyermek-szívsebészet

Üléselnök: **Kovács Gábor, Göm-
öri András.**

Tarcal Éva, Erdélyi M.: Kétirányú
cine-aortographia csecsemőkori
congenitalis vitiumok praepo-
ratív diagnosztikájában.

Csobály S., Záborszky B.: Dynami-
cus oesophagographia a vascula-
ris gyűrű diagnosztikájában.

**Simó G., Székely E., Fekete
Farkas P., Medgyesi M., Lozsády
K.:** A vasculáris gyűrűből csecsemőkori-
ban operált esetek kapcsán.

**Lozsády K., Fekete Farkas P., Si-
mó G., Hartvánszky I., Medgyesi
M.:** Néhány megfigyelés a pulmonalis
artéria beszűkítéséről (pulmonary
banding) újszülött és csecsemőkori-
ban.

**Hartvánszky I., Tomory Emília,
Lozsády K.:** Congenitalis atrio-
ventricularis block kezelése kis-
gyermekkorban pacemaker implan-
tációval.

1975. május 8-án, csütörtökön,
17.15 órákor („C” terem)

Téma

A mitralis billentyű prolapsusa

Üléselnök: **Kenedi István, Barcza
István.**

**Világi Gy., Berentei E., Nadas I.,
Szekeres L.:** A coronaria keringés
és a bal kamrai dysfunctio idiopathiás
mitralis billentyű prolapsusban.

**Nadas I., Világi Gy., Veres J., Bá-
nyai F., Berentei E.:** A non-invasiv
vizsgálatok értéke mitralis prolapsus
syndromában.

Kenedi I., Liskai L.: Mitralis
klick syndroma boncolt esete.

**Csobály S., ifj. Erdélyi M., Ben-
dig L., Lengyel Mária:** A mitralis
billentyű prolapsus klinikoradiológiai
vizsgálata (oktatófilm).

1975. május 8-án, csütörtökön,
15 órákor („D” terem)

Téma

**Elektrokardiographia,
vektorkardiographia**

Üléselnök: **Ghyicz Kálmán, Ber-
eczky Ákos.**

E. Macieira-Coelho: Terheléses
EKG (angol).

Varga I., Földváry Gy.: A bal
pitvari rhythmusról három eset
kapcsán.

Kenedi P., Széplaki S.: A jobb
oldali fascicularis blockokról.

Arnold Cs., Szalontai D.: Tawa-
ra-szár blokk kialakulása és prog-
nózisa két éves követéses vizsgálat
tapasztalatai alapján.

Pálóssy B., Ó Mária: EKG eltéré-
sek anorexia nervosában.

Szabolcs I., Pálóssy B.: Cerebro-
vascularis insultusok hatása a szív
elektromos történéseire.

S z ü n e t

Üléselnök: **Antalóczy Zoltán,
Wessely János.**

**Ludvig K., L.-né Szegfalvi Edit,
Horváth Katalin, Sziebert P., Tó-**



rök Mária, Ketzán T.: Az öregkori EKG. Cardiovascularis beteganyag statisztikai elemzése.

Jánosi A., Erdélyi M., Lengyel Mária, Gábor Gy., Romoda T.: A persistáló ST elevatio jelentőségének vizsgálata az Infarktusz Regiszter anyagában. I. Klinikai és radiológiai vizsgálatok.

Lengyel Mária, Jánosi A., Erdélyi M., Gábor Gy., Romoda T.: A persistáló ST elevatio jelentőségének vizsgálata az Infarktusz Regiszter anyagában. II. Echokardiographiás vizsgálatok.

Barcsák J., Strausz I., Dénes F.: Az extrem bal deviatív vektorkardiographiás elemzése.

Csanádi M., Högye M., Móricz J., Kasza F., Kalapis I.: A vektorkardiogramm számítógéppel nyert adattairól pitvari septum primum defectusban.

Antalóczy Z., Strommer M., Regős L.: Az elektrokardiológiai paraméterek összefüggés-rendszere (A hátsó fali infarktuszok elektrokardiológiai parameterei (I—II. rész).

Erdélyi K., Fehér Cs.: Adatok az 1974/75-ös influenza-járvány cardiovascularis szövődményeihez.

1975. május 9-én, pénteken,
9 órákor („A” terem)

Főtéma

Non-invasív vizsgáló eljárások

Üléseknök: Mihóczy László, Bohenszky György.

Steinbach, K., Joskowicz, G., Pokorny, D.: A szívhangok frekvencia-analizise (német).

Szlávik F., Bolyky J., Kozmann Gy., Pártos O., Kálmán P., Vagyázó Gy., Voith L.: Eredmények a szívhang-jel felvételek hitelesítésében.

Kálmán P., Vagyázó Gy., Voith L., Szlávik F., Pártos O., Kozmann Gy., Bolyky J.: Az első szívhang frekvenciaspektrumának és energiatartalmának számítógépes vizsgálata.

Hajduczky I., Antalóczy Z.: Phonomechanographiás vizsgálat intermittáló bal Tawara-szár blockban. Mázsar M., Sárman P., Kerkovits Gy.: Pitvari elektromechanikus diszcrepantia vizsgálata kardioversio után.

Dékány M., Kékes E., Nadas I., Barcsák J., Horányi P., Veres J.: A kamratelődés vizsgálata hypertrophiás obstructív kardiomyopathiában apex- és echokardiographiás módszerrel.

Veres J., Nadas I., Világi Gy., Lónyai T.: Az echokardiogramm és a bal kamrai kardiogramm egyes diastolés parametereinek összehasonlító vizsgálata mitralis commissurotómia előtt és után.

Káli A., Cserhalmi Livia: Doppler módszerrel készített carotis ultrasonogram ASH (aszimetrius septum hypertrophia) szindrómában.

Strausz I., Horányi P., Kékes E., Zámolyi K., Nadas I., Veres J.: A bal kamra funkció vizsgálata non-invasív módszerekkel intermedier coronaria szindrómában.

Kékes E., Strausz I., Várnai Gy.,

Dékány M., Bányai F., Berentey E.: Az indirect arteria pulmonalis pulzusgörbe értéke a pulmonalis systolés nyomás megítélésében.

Szűnet

Üléseknök: Földváry Gyula, Rochlitz Károly.

Keltai M., Romoda T.: A bal kamra diastolés relaxációja mérésének jelentőségéről.

Baráth P., Strausz I., Szántó A.: Systolés időintervallumok vizsgálata extrasystolia kapcsán szívizomkárosodással járó esetekben.

Gesztesi T., Hajdu L., Rostás L.: Non-invasív vizsgálatok akut alkohol-terhelésben és chronikus alkoholistákban.

Bendig L., Bodor E.: Systolés időintervallumok izolált valvularis aorta stenosisban.

Földváry Gy.: Non-invasív vizsgálatok coronariascerosisban.

Pajzs Zsuzsanna, Vízkelety Gy.: Aortaív-syndroma vértelen mechanographiás vizsgálata.

Pajzs Zsuzsanna: Non-invasív módszerekkel nyert adatok a klick syndromához.

Endersz F., Ludwig L.: Műszereken létrehozható és mérhető psychés terhelés módszere.

Petelenz, T.: A coronariás arteriás kapcsolata az extracoronariás keringéssel; radioangiographiás vizsgálatok emberben (angol).

Csákány Gy., ifj. Erdélyi M., Hernádi T.: Tüdőperfusio összehasonlító vizsgálata Fallot tetralogiában. Röntgen és scintillációs kamera vizsgálatok.

Degeorges, M., Roucayrol, J. C., Comet, M., Sol, Ch.: Szekvenciális angiokardioscintigraphia: a szívüregék és erek izotópos vizsgálati módszere (francia).

1975. május 9-én, pénteken,
15 órákor („A” terem)

Téma

Szívinfarktusz

Üléseknök: Romoda Tibor, Veckerdy Sándor.

Degeorges, M., Roucayrol, J. C., Comet, M., Sol, Ch.: A technetium pyrophosphatos szívizom scintigraphia értéke 68 eset tapasztalatai alapján (francia).

Kimmo Luomanmäki, Juhani Heikkilä, Martti Helin: Non-invasív haemodynamikai prognosztikus index akut myokardialis infarktuszban (angol).

Szigeti Gy., Kótay-Lakatos Éva, Vertán Magda: Az ischaemiás szívbetegek vérárvadási zavarával kapcsolatos megfigyelések. A diagnózis és a patogenezis kérdései.

Strommer M., Regős L., Antalóczy Z.: Esméletvesztéssel járó Prinzmetal típusú angina pectoris.

Hegyi L., Szabó T. Z., Oszvald, P., Ligeti J., Farkas A.: Az atropin terápia veszélyei akut ischaemiás szívbetegségben.

Fekete Katalin: Az ischaemiás szívbetegség riziko-faktorainak elemzése és értékelése.

Gonda F.: Különbségek a mellső és hátsófali szívinfarctusra hajlamosító tényezőkben.

Szűnet

Üléseknök: Endersz Frigyes, Fülöp Tibor.

Nielsen.: ST elevatio és szívelég-telenség kapcsolata akut szívinfarctusban (angol).

Dienes Zs., Zöld Mária: Fiatalkori myokardialis infarktusz néhány kérdése osztályunk két éves anyaga alapján.

Kaló E., Földváry Gy.: A fiatalkori myokardialis infarktusz sajátosságai.

Vámosy Ildikó, Buday G.: Myokardialis infarktusz akut szakában keletkező teljes a-v blokkok konzervatív kezelése.

Buday G.: Akut myokardialis infarktusz és primer kamra-fibrillatio.

Kiss B., Harsányi Á., Tóth K., Kárpáti P.: A kardiogen shock terápiaja.

Herr Gy., Somfai J., Bódis L.: Angina pectoris és myalgia.

1975. május 9-én, pénteken,
15 órákor („B” terem)

Téma

Pacemaker terápia

Üléseknök: Szabó Zoltán, Sárközy Károly.

Tury P., Barsi B., Kontra Kinga, Dienes Zs.: Ideiglenes pacemaker terápia alkalmazása a beteg feltalálási helyén.

Fehér Cs., Berényi I.: Resuscitatio a kórtermen kívül bekövetkező szív megállásnál.

Lamboy L., Tury P., Kajbiger L., Maklári L.: Nehézségek, szövődmények a pacemaker terápia alkalmazása során 100 eset tapasztalatai alapján.

Harsányi Á., Ács Éva, Kiss B., Kenedi P.: Sikeres ideiglenes pacemaker kezelés intractabilis tachyarrhythmiaiban.

Mozer I., Demeter Jolán: Állandó pacemaker mellett jelentkező supraventricularis tachyarrhythmia gyógyszeres kezelése.

Varga T., Solti F., Szabó Z., Gyöngy T., Czokó E.: Pacemaker implantációt követően a szöveti reakció és az ingerküszöb közti kapcsolat vizsgálata.

Kiss Gabriella: Pacemaker terápiaiban részesült betegek szívinfarctusának EKG diagnosztikája.

Szűnet

1975. május 9-én, pénteken,
16.15 órákor („B” terem)

Téma

Szívsebészet

Üléseknök: Kudász József, Lónyai Tihamér.

Lónyai T., Horányi P., Barcsák J., Lengyel Mária: Traumás bal kamra aneurysma.

Bartek I., Barankay A., Árvay A., Szántó Gy.: Cross—Jones típusú mitralis műbillentyű mechanikai károsodása 8 évtel a beültetés után. Műteti megoldás.

Barankay A., Kovács G., Kákonyi Gy., Fráter L.: Légzési szövődmények szívbillentyű beültetés után.

DeBakey, M. D., Liddicoat, J. E., Békássy Sz.: Aorta ascendens aneurysma műtéti megoldása.

Dolhay Lilla, Barankay A., Bartek I., Árvay A.: Sikeres resuscitatio extracorporális perfusio alkalmazásával.

Sárközi K., Temesvári A., Lónyai T., Lozsády K., Erdélyi M., Szántó Gy., Árvay A.: 70 primum típusú pitvari defectus rekonstrukciós eredményei.

ifj. Erdélyi M., Csobály S., György M., Lengyel Mária, Lónyai T.: A bal pitvari myxoma klinikoradiológiai vizsgálata (oktatófilm).

1975. május 9-én, pénteken,
15 órákor („C” terem)

Téma

Experimentális vizsgálatok

Üléselnök: Böszörményi Ernő, Horváth Mihály.

Balogh I., Rubányi G., Sótornyai P., Nagy Tünde, Somogyi E., Kovács A.: Hypoxiás szívizom elváltozások elektronmikroszkópos és fluorimetriás vizsgálata perfusiók készítményen.

Nemes A., Juhász Nagy S., Sótornyai P., Somogyi E.: Intermittáló hypoxiás terhelés hatása a szívizom ultrastruktúrájára és a koszorúerek alkalmazkodó képességére.

Wenzelides, K., Guski, H., Seidler, E., Meyer R.: Az allopurinol hatása a patkány szívizom nekrosis nagyságára különböző típusú kísérletes ischaemiában (német).

Meyer, R., Wenzelides, K., Guski, H., Seidler, E.: Az allopurinol praeventív szerepe a patkányszívűk különböző típusú kísérletes ischaemiájában (német).

Demeter Jolán, Schwarczmann P., Magyar Éva, Major Katalin: Immun mechanizmus kísérletes myokarditisben.

Cserhalmi Livia, Nagylucskay S.: Szérum fehérje változások és szívizomellenes antitest kimutatása ASH szindrómában és congestiv kardiomyopathiában.

S z ü n e t

Üléselnök: Naszlady Attila, Simon György.

Préda I., d'Alché, P.: Kísérletes vizsgálatok a kamrai aktiváció meghatározására hypothermiában.

Dubecz Erzsébet, Juhász Nagy S., Pogátsa G., Gábor Gy.: A szívizom oedema kialakulásának vizsgálata. Pogátsa G., Dubecz Erzsébet: Adatok a vényomáscsökkenő szulfonilurea vegyületek direkt szívhatásához.

Tarján J., Kovács S., Füst M. S.: A serumcatecholaminok változása angina pectorisban jég-próba hatására.

Borbola J. jr., Papp Gy., Szekeres L.: Magas zsírsav-szint hatása a jobb ingerületvezető rendszer néhány elektrofiziológias tulajdonságára.

1975. május 10-én, szombaton,
de. 9 órákor („A” terem)

Főtéma

Újszülött és csecsemőkori kardiológiai veszélyállapotok praeeoperatív diagnosztikája.

Üléselnök: Kamarás János, Lozsády Károly.

Lozsády K.: Vizsgálatok a pulmonalis atresia patogeneziséhez és foetalis keringésének haemodinamikájához.

Kallfelz, H. C.: Újszülöttek transumbilicalis szívkateterizációja (német).

Rautenburg, H. W.: Az angiokardiographia modern differenciális diagnosztikus lehetőségei a gyermekkorban (német).

Fábián Mária, Kamarás J.: Az EKG jelentősége a tricuspidalis atresia típusainak klinikai elkülönítésében.

Hencz P., Kertész Erzsébet, Kovács G., Szélinger T., Eck Erna: Congenitalis vitiumos és congenitalis vitium gyanús újszülöttek és csecsemők hyperoxia testjével szerzett tapasztalataink.

Buzás E.: A megyei gyermekkardiológus diagnosztikai lehetőségei a csecsemőkorból beavatkozást igénylő congenitalis vitiumok esetében.

Deverall, P. B.: Nagy ér transpositio sebészi kezelése (angol).

Fekete Farkas P.: Rashkind-féle ballon-atriseptostomia (BAS) eredményei a nagyerek transpositiójában újszülött és csecsemőkorból.

Fazakas S., Berta M., Gaál T., Kertész Erzsébet, Hencz P.: Újszülöttkorban sürgős megoldást igénylő congenitalis vitiumok diagnosztikája és kezelése.

S z ü n e t

1975. május 10-én, szombaton,
de. 11 órákor („A” terem)

Főtéma

Az ischaemiás szívbetegegy diagnosztikája és sebészete

Üléselnök: Gábor György, Árvay Attila.

Berentey E., Böhm Á., Lónyai T.: Szimmetrikus és aszimmetrikus bal kamra működés myocardialis ischaemiában.

Lakner G., Tomcsányi I., Berentey E.: Ritka észlelések coronarographiánál.

Romoda T., Keltai M., Erdélyi M., Csobály S.: A kisvérkőri keringés szívizominfarktus után kialakult balszívvelégtelenségben.

Lakos Gy., Lónyai T., Kroó M., Kékes E.: Masszív haemoptoeit okozó, tüdőbe tört bal kamra aneurysma.

Árvay A.: Tapasztalataink ischaemiás szívbetegek sebészi kezelésében.

Tudnivalók:

A tudományos ülések csak részvételi jeggyel látogathatók. A jegy ára 200 forint, 4 évnél nem régebbi diplomával rendelkező orvosok (ezt a körülményt a csekklap

hátdoldalán jelezni kell!) számára 10 forint.

A részvételi díj három napra csütörtök déltől szombat délig személyenként 650 forint. (A részvételi jegy ára — 200 forint — a díjban benne van).

Elhelyezés Balatonfüreden, az Annabella szállodában. Az ellátás csütörtökön ebéddel kezdődik, szombaton ebéddel végződik. Minden étkezés a szálloda éttermében.

Külön autóbussz áll rendelkezésre a Budapest Déli pályaudvarról 9.14 órákor érkező gyorsvonatnál.

Jelentkezés: április 30-ig.

Cím: Veszprém megye Tanácsa Idegenforgalmi Hivatalának kirendeltsége, Balatonfüred.

A korlátozott elhelyezési lehetőségek miatt a jelentkezési határidő betartását kérjük. Gyermekek elhelyezését nem vállaljuk.

A résztvevők 1975. május 8-án, csütörtökön délelőtt érkeznek Balatonfüredre. A fogadásuk, a program, illetve az étkezési jegyek átvétele az Annabella szálló halljában.

Az előadások tartama 10 perc.

A főtémához csatlakozó előadások kerekasztal-megbeszélés szerűen hangzanak el. Az időbeosztást a moderator (üléselnök) szabja meg.

5 × 5 mm-es diapozitív és 16 mm-es mozgófilm vetíthető.

Felvilágosítás:

Magyei Idegenforgalmi Hivatal Kirendeltsége, Balatonfüred, Blaha Lujza út 5. Telefon: 40-281.

Bajcsy-Zsilinszky Kórház, 1475 Budapest, Maglódi út 89-91. Telefon: 484-550, 484-559. Kerkovits Gyula főtitkár.

Kongresszusi iroda: 1975. május 8-10-ig Balatonfüred, az Állami Kórház Igazgatósága.

A Magyar Gyermekeorvosok Társasága Dél-magyarországi Decentruma 1975. május 9-10-én Kecskeméten, a Technika Házában (Szabadság tér) tudományos ülést rendez.

1975. május 9. (péntek) 9 óra

Üléselnök: prof. Boda Domokos.

Megnyitó — Üdvözlések

Kovalovszky Lajos dr. (Szentes, Kórház): A postnatalis halálozás okainak vizsgálata osztályunkon.

Bereznavy Krisztina dr., Bíró Julianna dr., Kovács Ibolya dr., Kovalovszky Lajos dr., Zemlényi László dr. (Szentes, Kórház): Az újszülött intrauterin fertőzöttségének vizsgálata.

Tóth Mária dr., Zlehovszky Kornélia dr., Stein Tamás dr., Vertán Zoltán dr., Román Ferenc dr. (Gyula, Megyei Kórház): Intrauterin vírus fertőzés ikerpáron (Bemutató).

Mészáros Katalin dr., Mészáros Mária dr., Fáy Piroksa dr., Fenyvesi Mariann dr. (Kiskunhalas, Kórház): Újszülöttkori cytomegalias

záradéktest megbetegedés intrauterin fertőzés következtében.

Lovas Rozália dr., Malkócs Piroška dr. (Orosháza, Kórház): Az anya, mint az újszülött enterális fertőző betegségeinek forrása.

Tóth Miklós dr. (Orosháza, Kórház): Adalék az uretro-vulvovaginitis shigellosa kérdéshez.

Molnár József dr. (Hódmezővásárhely, Kórház): Újszülöttek Klebsiella-hordozásával kapcsolatos megfigyeléseink.

Czoboly Zoltán dr. (Baja): Varicella anyán és újszülöttjén (Bemutató).

Szünet

11 óra:

Üléselnök: **Szórady István dr.**

Györfi Mária dr., Molnár Adrienne dr. (Szeged, Kórház): Újszülöttkori osteomyelitis (Bemutató).

Gyöngyösi Ilona dr., Boda Valéria dr., Hell Gizella dr. (Kiskunhalas, Kórház): Újszülöttkori sepsis köldökfertőzés következtében (Bemutató).

Vadász György dr., Brunner Péter dr., Hevér Ödön dr., (OTKI II. Gyermekgyógyászati Tanszék, Áll. Fodor József Szanatórium): Újszülöttek szérumszférijének elektroforézises vizsgálata és biometriai analízise.

Meződy Károly dr., Vass Katalin dr. (Baja, Kórház): Fiatal koraszülött (1620 g) hyperglycaemiája és cukorterhelése (Bemutató).

Vámos Jolán dr., Kindlovits Mária dr., Zsíros Éva dr., Katona János dr. (Szolnok, Megyei Kórház): Újszülöttkori transitorikus diabetes mellitus (Bemutató).

Tóth György dr., Mihai Klára dr., Kerekes Attila dr. (Kecskemét, Megyei Kórház): Hyperviscositas syndromás eseteink.

Jaksics Ilona dr., Pintér Sándor dr., László Anna dr. (Szolnok, Megyei Kórház, Szeged Gyermekklinika): Pyridoxin dependens görcs (Bemutató).

Kertész Erzsébet dr., Hencz Péter dr., Szélinger Tibor dr., Fazakas Lajos dr., Berta Mihály dr., Gál Tibor dr., Fráter Lóránd dr., Száva Judit dr., Kovács Gábor dr. (Szeged, Gyermekklinika, I. Sebészeti klinika, Röntgenklinika): Újszülöttkorban sürgős megoldást igénylő congenitalis vitiumok diagnosztikája és kezelése.

Ebéd-szünet

15 óra:

Üléselnök: **Tóth György dr.**

Borsodi Anikó dr., Matusovits László dr., Szórady István dr. (Szeged, Gyermekkórház): Mebendazol kezeléssel szerzett tapasztalataink.

Fáy Piroška dr., Gyöngyösi Ilona dr., Oswald Ágnes dr. (Kiskunhalas, Kórház): D₂-vitamin túladagolása következtében létrejött generalizált calcinosis.

Butor Éva dr., Murányi László dr. (Szeged, Gyermekklinika): Parasymphikus bénítás protektív hatásának vizsgálata asthmás gyer-

mekek histaminnal kiváltott bronchospasmusában.

Martonyi Erzsébet dr., Pataki Lajos dr. (Szeged, Kórház): Vizsgálati eljárások gyermekurologiai eseteink diagnosztikájában.

Streitman Károly dr., Túri Sándor dr. (Szeged, Gyermekklinika): Herpes vírus lehetséges szerepe heveny veseelégtelenségben.

Vágó Éva, Hell Gizella dr., Mézáros Katalin dr. (Kiskunhalas, Kórház): Herpes vírus okozta encephalitis gyakori előfordulása területünkön.

Streitman Károly dr., Túri Sándor dr. (Szeged, Gyermekklinika): Herpes encephalitis kezelése cytosin-arabinosiddal.

Szünet

17 óra:

Üléselnök: **Pataki Lajos dr.**

Túri Sándor dr., Kaiser Gabriella dr., Virág István dr., Petri Ildikó dr., Román Ferenc dr. (Szeged, Gyermekklinika, Vértranszfúziós Állomás): Immunreaktivitás vizsgálata ismételt vércserék után.

Molnár Adrienne dr., Menyhart Éva dr., Pataki Lajos dr. (Szeged, Kórház): Congenitalis aplastikus anaemia (Bemutató).

Veress Ilona dr., László Aranka dr., Ilyés Mária dr., Szabó Lajos dr., Svékus András dr. (Szeged, Gyermekklinika): Hyperlipoproteinaemiák (Bemutató).

László Aranka dr., Gyurkovits Kálmán dr. (Szeged, Gyermekklinika): Családvizsgálatok mucoviscidosisban.

Vetrő Ágnes dr., László Aranka dr., Soltysiak Janina dr., Orbán Tamás dr. (Szeged, Gyermekklinika): Dermatoglyphiás vizsgálatok genetikailag determinált körképben.

Mihai Klára dr., Kovács Gyula dr., Tóth György dr. (Kecskemét, Megyei Kórház): 18-trisomia (Bemutató).

Intzedy Katalin dr., Tóth Miklós dr. (Orosháza, Kórház): Dermatofibroma (Bemutató).

Dezső Ilona dr. (Hódmezővásárhely, Kórház): Kétéves gyermekben észlelt seminoma (Bemutató).

Csapó Ágnes dr. (Hódmezővásárhely, Kórház): Condyloma ecuminatum 13 hónapos leánygyermeken (Bemutató).

Szarvas Dalma dr., Kerepesi Terézia dr., Kerekes Attila dr., Tóth György dr. (Kecskemét, Megyei Kórház): Stevens—Johnson-syndromás eseteink (Bemutató).

1975. május 10. (szombat),
8 óra 30 perc

Üléselnök: **Pintér Sándor dr.**

Janik Kálmán dr. (Kecskemét): Közegészségügyi helyzet és iskola higiénés mozaik a kecskeméti általános iskolákban.

Tóth György dr., Varga Gyula dr., Ujsághy Pál dr., Pólya Imre dr., Fáy Piroška dr. (Kecskemét, Kiskunfélegyháza, Baja, Kalocsa, Kiskunhalas, Kórházak): Vizelet-

szűrés és vesebeteg gondozás Bács-Kiskun megyében.

Janik Kálmán dr., Ternay Zsuzsa dr., Tóth György dr. (Kecskemét): Vizeletszűrés, vesebeteg gondozás eredményei Kecskemét város és járás területén.

Jórárt György dr., Grondzsák Emőke dr. (Cegléd, Kórház): Iskólásgyermek bacteriuriás szűrővizsgálata.

Katona Zoltán dr. (Szeged, Gyermekklinika): Cytomegalia — mononucleosis (Bemutató).

Zemlényi László dr., Csipő László dr., Bacskay Jenő dr. (Szentes, Kórház): Diagnosztikai problémát okozó csigolya osteomyelitis (Bemutató).

Kovács Zoltán dr., Kertész Erzsébet dr., Virág István dr. (Szeged, Egészségügyi Szervezési Intézet és Gyermekklinika): Peremlyukártya rendszer felhasználása differenciál diagnosztikai feladatra a gyermekgyógyászatban.

Kozocsa Gabriella dr., Madácsy László dr. (Szeged, Gyermekkórház): Somogyi-syndroma gyermekori diabetesben.

Katona Zoltán dr., Godó Béla dr., László Aranka dr. (Szeged, Gyermekklinika): Genetikusan determinált diabetes insipidus (Bemutató).

Ilyés Mária dr., Streitman Károly dr. (Szeged, Gyermekklinika): Peutz—Jeghers-syndroma (Bemutató).

Szentannay Margit dr., Vertán Zoltán dr., Román Ferenc dr. (Gyula, Megyei Kórház): Secunder lactose intolerancia előfordulása osztályunkon.

Román Ferenc dr., Horváthné Raska Júlia dr., Szentannay Margit dr., Hunya Tibor dr. (Gyula, Megyei Kórház): Tapasztalataink lactose mentes tej használatával.

Szünet

11 óra:

Üléselnök: **Román Ferenc dr.**

Holtay Margit dr. (Baja, Kórház): Nagy pulmonalis nyomással járó VSD a csecsemőkorbán.

Hencz Péter dr. (Szeged, Gyermekklinika): Epiglottitis acuta.

Tóth György dr., Szarvas Dalma dr., Kerekes Attila dr. (Kecskemét, Megyei Kórház): Subintenzív részlegünk egy éve.

Pásztor Judit dr., Jórárt György dr. (Cegléd, Kórház): Osztályunkon lezajlott E. coli járvány nyomkövetése és felszámolása immuntus-reakcióval.

Debreczeny András dr. (Mezőtúr, Kórház): Gyermekkorai azonos haematológiai (htk, hb, vvs.-szám, AHC, AHT, AT) értékek.

Rohonyi Judit dr., Hónig Vilmos dr., Székely Ottó dr., Berényi Pál dr. (Orsz. Traumatológiai Intézet): Pectus excavatum műtéti korrekciójának késői funkcionális eredményei.

Szabó Mihály dr. (Szeged, Gyermekklinika): Robbanás okozta rekeszsérv gyermekkorban (Bemutató).

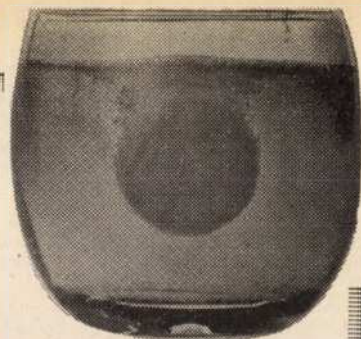
Zárászó

ELŐADÁSOK—ÜLÉSEK

Dátum	Hely	Időpont	Rendező	T á r g y
1975. április 22. kedd	Orvostovábbképző Intézet kultúrterme XIII. Szaboles u. 35.	délután 2 óra	Orvostovábbképző Intézet Gyógyszerészeti Tanszéke	Prof. Bayer István: Gyógyszerellenőrzés és gyógyszerbiztonság (tanszékfoglaló előadás).
1975. április 22. kedd	Orsz. Közegészségügyi Intézet előadóterme IX. Nagyvárad tér 2.	délután 2 óra	Országos Közegészség- ügyi Intézet	1. Várkonyi Tibor: Levegőminőség ellenőrző rendszerek; a hazai mérőhálózat (továbbképző előadás). 2. Az AEROTEST című film vetítése.
1975. április 24. csütörtök	IX. kerületi Tanács Merényi Gusztáv Kór- ház-Rendelőintézet kul- túrterme, Gyáli út 17.	délután ½2 óra	Merényi Gusztáv Kórház Tudományos Köre	1. Rósa Zsuzsa: A medicinalis sugarerhelés. 2. Villányi György: A tüdő por- artalmi.
1975. április 24. csütörtök	Semmelweis OTE Ideg- klinika előadóterme VIII. Balassa u. 6.	délután 5 óra	Magyar Ideg- és Elme- orvosok Társasága	1. Szirmai Katalin (MÁV Kórház): Generalizált thromboangiitis obliterans (Wini- warter—Burger) a spinális erek részvételével (15 perc). 2. Székely Tamás (Semmel- weis Kórház, Bp.): Az arcideg intra- és extratemporalis szakasza sebészetének mai szemlélete (25 perc).
1975. április 25. péntek	Weil Emil Kórház kultúrterme XIV. Uzsoki u. 29.	délután ½2 óra	Weil Emil Kórház Tudományos Köre	Az Idegosztály 10 éves jubileumára. 1. Horváth András: Az Idegosztály 10 éves munkájának bemutatása és értékelése. 2. Szekszay Márta: Az EEG szerepe a cerebralis térszűkítő folyamatok diagnosztikájában. 3. Kiss Gábor, Marek Péter, Haasheer Ildikó: Polymyoeloniával kísért encephalitis esete. 4. Gombos Éva: Hátsó scala tumora. 5. Rigó Péter: Agytumrok psychés vonatkozásai.
1975. április 25. péntek	Heim Pál Gyermek- kórház orvosi könyvtára VIII. Üllői út 86.	délután 2 óra	Heim Pál Gyermekkórház	1. Lőrincz Margit: A renalis hypertoniáról (esetbemutatás). 2. Timár Krisztina, Szányi Péter: Vesekárosodás, veseperisztaltikus gyermekeknél. 3. Szányi Péter, Timár Krisztina: Korrekciós lehetőségek urogenitalis fejlődési rendellenességekben. 4. Tóth József: Gyermekkori urológiai betegségek osztályunk másfél éves műkö- dése tükrében.
1975. április 25. péntek	XXI. kerületi Kórház kultúrterme Déli u. 11.	délután 2 óra	Csepeli Orvosok Tudományos Köre	Noszkó Szilárd: Az elektromos systole-tartam értéke a klinikumban.
1975. április 25. péntek	Debrecen OTE Elméleti Tömb tanterme	délután 4 óra	Debreceni Orvostudo- mányi Egyetem	1. Doz. Dr. med. habil H. Günther (Frauenklinik, Med. Akad. Magdeburg): Kryo- terapia az orvostudományban (németül, 45 perc). 2. Könyv László: A sebési beavatkozás helye a mellkásérültek kezelésében (20 perc). 3. Dalmi Lajos: Az Australia-antigen jelentősége a májbetegségek diagnosztikájában (10 perc). 4. Asztalos Miklós: Cukorbeteg-terhesek anyagcsere irányításának problémái (10 perc).
1975. április 26. szombat	Weil-terem V. Münnich F. u. 32.	délelőtt 10 óra	Magyar Kardiológusok Társasága és a Magyar Sebész Társaság Cardiovascularis Szakosztálya	Symposion a mitralis szűkület sebészetéről. II.: Nyitott műtétek. Vitavezető: Kovács Gábor.
1975. április 28. hétfő	Pécs OTE Központi Épület II. sz. tanterem Szigeti út 12.	délután 5 óra	Pécsi Orvostudományi Egyetem Tudományos Szakcsoportja	1. Váry László, Juhász József, Kurátson András, Újlaki Éva: Gyógyszerallergia talaján kialakult heveny veselégtelenségről (15 perc). 2. Kelényi Gábor: Sejt- differenciálódás és cytochemia (5 perc). 3. Szilágyi Károly, Kelényi Gábor: Az acute leukaemiák cytochemiai jellemzése (15 perc). 4. Marton Éva, István Lajos: Cytochemiailag vizsgált felnőttkori acute leukaemiások kórlefolyásának klinikai elemzése (20 perc). 5. István Lajos: Klinikai következtetések az acute leukaemia korszerű kezelésének feltételei (5 perc).
1975. április 29. kedd	Péterfy Sándor utcai Kórház tanásterme VII. Péterfy S. u. 14.	délután ½2 óra	Péterfy Sándor utcai Rendelőintézet Tudományos Munkaköre	1. Illoesky László, Erdélyi Márta: Biológiai koncentráció, mint új fogalom és jelentősége.
1975. április 29. kedd	Semmelweis OTE II. Belklinika tanterme VIII. Szentkirályi u. 46.	délután 3 óra	Semmelweis Orvostudo- mányi Egyetem	Jendrassik Ernő emlékelőadás. 1. Prof. Nász István: Elnöki megnyitó. 2. Jakab Lajos dr.: Adatok az autoimmun betegségek pathogenesiséhez. Glycoprotein és glycosaminoglycan anyagcsere vizsgálatok.
1975. április 30. szerda	Marxizmus—Leninizmus Intézet IX. Hőgyes E. u. 5—7.	délután ½4 óra	Semmelweis OTE Marxizmus—Leninizmus Intézet Speciális Kollégiuma	Farkas László: A magasabbrendű idegműködés kibernetikája és a személyiség cselekvési autonómiájának kérdése (előadás és konzultáció).

(Lapzárta: a kívánt, aktuális szám megjelenése előtt 18 nappal!)

Sandosten^R-Calcium



pezsgőtabletta antihistaminicum, antiallergicum

- **HATÁS:**
Erős permeabilitásgátló, viszketéscsillapító, anticholinerg és serotonin-antagonista hatása mellett gyulladáscsökkentő és exsudatiogátló.
- **ÖSSZETÉTEL:**
Thenalidinum tartaricum 0,025 g
calcium lacticogluconicum 1,373 g pezsgőtablettánként.
- **JAVALLATOK:**
Akut allergiás folyamatok (urticaria, Quincke-oedema, szénanátha, gyógyszer-exanthema, asthma bronchiale), ekzema, rovarcsípés, allergiás, essentialis és symptomaticus pruritus.
- **ADAGOLÁS:**
Akut esetben felnőtteknek naponta 3–4×1–2 tablettát. Gyermekeknek 1–3 éves korig 4×1/2 tablettát, 3–6 éves korig 4×1/2, ill. 5×1/2 tablettát, 6–10 éves korig 2×1, súlyosabb akut esetben 3×1 tablettát, 10 éven felül 3–4×1 tablettát, teában vagy vízben feloldva.
Krónikus esetben kúraszerű adagolásnál felnőtteknél 3×1–1 1/2 tablettát adása cél-szerű. Gyermekeknek 1–6 éves korig 2×1/2 tablettát, 6 éves kor felett 3–4×1/2 tablettát, 10–14 éves korban a felnőtt adag, teában vagy vízben feloldva.
- **MELLÉKHATÁSOK:**
Az akut esetben alkalmazott magasabb dózisok mellett múltó fáradtságérzés, ritkán álmoság léphet fel.
- **FIGYELMEZTETÉS:**
A gyógyszer alkalmazása fokozott elővigyázatosságot igényel, ezért járművezetők, magasban vagy veszélyes gépen dolgozók csak az orvos által — az egyéni érzékenységek megfelelően — előírt adagban szedhetik. Altatókkal lehetőleg ne szedjék együtt. Alkalmazásának időtartama alatt tilos szeszes italt fogyasztani!
- **MEGJEGYZÉS:**
Társadalombiztosítás terhére kizárólag 3 éven aluli gyermekek részére rendelhető.
- **CSOMAGOLÁS:**
10 db pezsgőtabletta — 28,60 Ft



Kiadja az Ifjúsági Lapkiadó Vállalat, 1374 Budapest VI., Révay u. 16. Megjelenik 15 000 példányban
A kiadásért felel Dr. Petrus György igazgató
Telefon: 116-660
MNB egyszámúszám: 69.915.272-46

Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető bármely postahivatalnál,
a Posta hírlapüzleteiben és a Posta Központi Hírlap Irodánál
(Budapest, V., József nádor tér 1., Postacím: 1900 Budapest)
közvetlenül vagy átutalási postautalványon, valamint átutalással a PKHI MNB 215-96162 pénzforgalmi jelzőszámára.
Szerkesztőség: 1363 Budapest, V., Münnich Feren: u. 32. I. Telefon: 121-804, ha nem felel: 122-765
Előfizetési díj egy évre 216,- Ft, negyedévre 54,- Ft, egyes szám ára 4,50 Ft



75.1082 Athenaeum Nyomda, Budapest — Ives magashyomás — Felelős vezető: Soproni Béla vezérigazgató

INDEX: 25 674

TENDOR[®] Antihypertensivum tabletta

ÖSSZETÉTEL

Tablettánként 20 mg Debrisoquinum sulfuricum (1,2,3,4-tetrahydroisochinolin-2-carboxamidinum sulfuricum) hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK

A hypertensio valamennyi szakának kezelése, ideértve a malignus szakot is.

ADAGOLÁS

Egyéni megítélést igényel. Az adagolás beállítása lehetőleg intézetben történjék.

Fekvő betegek átlagos kezelési adagja felnőtteknek naponta 2-szer 1 tablettá (40 mg). A beteg tűrőképességének figyelembevételével ez az adag 3 napi időközökkel napi 2-szer 1/2 tablettával (20 mg) növelhető az optimális hatás eléréséig.

Járó betegek átlagos kezdeti adagja felnőtteknek naponta legfeljebb 2-szer 1/2 tablettá (20 mg), majd 3 napi időközökkel ez az adag napi 2-szer 1/2 tablettával (20 mg) reggel – délben növelhető – az optimális hatás eléréséig. Későbbiekben a fenntartó adag naponta 2–3-szor 1/2 tablettá.

A napi maximális adag 150 mg-ot nem haladhatja meg!

Több hónapos folyamatos kezelés után a hatás fokozására thiazid típusú diureticummal és szükség szerint más vérnyomáscsökkentővel együtt is adagolható.

MELLÉKHATÁSOK

Alkalmazása során – főleg túladagolás következtében – nemkívánatos mellékhatások (szédülés, fejfájás, fáradtság, gyengeség, hasmenés, szájszárazság, látászavar, hányinger, orthostatikus collapsus, potentia-zavar, esetleg gyakori vizezés, illetve nycturia) átmenetileg előfordulhatnak, de az adagok csökkentésével a minimumra mérsékelhetők, illetve megszüntethetők.

FIGYELMEZTETÉS

Veseelégtelenség esetén csak fokozott óvatossággal adagolható. Meleg időben a készítmény hatása fokozottabb, ezért az adagot megfelelően csökkenteni kell.

E gyógyszer alkalmazása fokozott elővigyázatosságot igényel, ezért főleg járművezetők, magasban vagy veszélyes gépen dolgozók csak az orvos által – az egyéni érzékenységeknek megfelelően – előírt adagban szedhetik!

CSOMAGOLÁS: 50 db à 0,02 g tablettá 17,40 Ft
500 db à 0,02 g tablettá 142,— Ft

MEGJEGYZÉS: társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.



CHINOÏN BUDAPEST

TEPERIN[®] draszté, injekció

antidepressivum

Az imipraminnál bizonyos esetekben hatásosabb, kevésbé toxikus, jó és gyors thymolepticumnak bizonyult.

ÖSSZETÉTEL: Ampullánként 2 ml vizes oldatban 50 mg, draszténként 25 mg amitriptylinum hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK: Endogen depressio, psychosis maniaco-depressiva depressiv fázisa, involutiós, kimerülékes psychoreactiv, neurotikus és organikus depressio; schizopren folyamatok depressiv tünetei.

ELLENJAVALLATOK: Glaucoma, vizelet-retentio, cardialis és veseelégtelenség, valamint prostata-hypertrophia. MAO-gátlókkal együtt nem adható; az azokkal végzett kezelések befejezése után 3–6 hetes szünet tartandó.

Terhesség esetén alkalmazása nem ajánlatos.

ADAGOLÁS: Átlagos napi adag felnőtteknek 3 × 1 draszté (75 mg); szükség esetén ez a mennyiség 25 mg-onként napi 150 mg-ig növelhető.

Súlyosabb esetek (különösen az agitált formák) intézeti kezelését célszerű parenterális adagolással kezdeni (100 mg/nap im.) és csak pár nap után áttérni az oralis adagolásra. A Teperin kezelés electroshockkal kombinálható.

A beteg állapotának rendeződése után a gyógyszer adagja csak fokozatosan redukálható. Utókezelésben napi 25–100 mg fenntartó adagot legalább 4–8 héten át célszerű adni.

MELLEKHATÁSOK: Leggyakrabban szájszárazság és szomjúság mutatkozik. Továbbá előfordulhat: tremor, izzadás, fáradtság, gyengeség, kábultság, szédülés, obstipatio, vizelet-retentio, oedema, étvágytalanság, fejfájás, nausea, accommodatiós zavarok, tachycardia, a nyelv- és az ajakmozgás incoördinációjával összefüggő beszédhiba, ritkán bőrkiütés. Parenterálisan alkalmazva vérnyomáscsökkenést okozhat.

FIGYELMEZTETES: Idős, valamint olyan betegek Teperin-kezelése, akiknek anamnesisében epilepsia, chronikus alkohol-abusus, organikus agyi károsodás szerepel, különös gondot és feltétlen hospitalizálást igényel. Barbiturátokkal, más sedativumokkal v. hypnoticumokkal együtt csak óvatosan adható, és ez esetekben a napi Teperin-adagot csökkenteni kell. Ambulans kezelésben (depressziós suicidium lehetősége) fokozott óvatosság és szigorú orvosi felügyelet szükséges. A vérnyomáscsökkentők (főleg a Sanotensin) hatását antagonizálja, ezért együttes alkalmazásuk elővigyázatot igényel. A vérképet és a májfunkciót, huzamosabb alkalmazás esetén, időnként ellenőrizni kell.

Járművezetőknek, magasban vagy veszélyes gépen dolgozóknak a készítmény szedése tilos. Teperin-kúra ideje alatt szeszes italt fogyasztani tilos!

Társadalombiztosítás terhére idegszakrendelések szabadon, körzeti, üzemi orvosok csak idegszakrendelés javaslatára rendelhetik a javaslatban meghatározott időtartamra, de legfeljebb a javaslat keltétől számított 3 hónapon belül történő gyógykezelés céljából.

A javaslatot adó szakrendelést és a javaslat keltét a vényen fel kell tüntetni.

CSOMAGOLÁS

10 × 2 ml	32,70 Ft	50 db draszté	40,- Ft
100 × 2 ml	253,- Ft	500 db draszté	363,- Ft

Egyt GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST



AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS
FOLYÓIRATA

ORVOSI HETILAP

116. ÉVFOLYAM 17. SZÁM 961—1020 OLDAL

BUDAPEST. 1975. ÁPRILIS 27.

ELŐFIZETÉSI ÁRA 1 ÉVRE 216,— FT

EGYES PÉLDÁNY ÁRA 4,50 FT

ADEBIT

tabletta
antidiabeticum

A cukorbetegség gyógyításában előrehaladást jelentett az újabb felfedezés, hogy a sulfonilcarbamid származékok kémiai szerkezetétől és hatásmechanizmusától teljesen eltérő biguanid származék is szőjon át adagolva antidiabetikus hatású. Ilyen vércukorcsökkentő készítmény az Adebit tabletta.

ÖSSZETÉTEL: Tablettánként 50 mg 1-Butylbiguanidinum hydrochloricum hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK: A diabetes mellitus minden olyan típusának kezelésére alkalmazható önmagában vagy sulfonilcarbamid készítménnyel együtt, ahol a saját insulintermelés nem szűnt meg. Ezenkívül bizonyos esetekben insulinnal kombinált alkalmazása indokolt lehet.

Elsősorban felnőttkori, sulfonilcarbamidra rezisztens diabetesben önállóan, vagy sulfonilcarbamid készítménnyel kombinálva, ha ez utóbbival egymagában a megfelelő anyagcsere-egyensúly nem volt elérhető. Felnőttkori diabetesben sor kerülhet elsődleges alkalmazására is, ami igen előnyös lehet sulfonilcarbamid túlérzékenységen.

Fiatalkori és labilis anyagcseréjű diabetes jobb kompenzálására, a vércukor-ingadozások csillapítására, insulinnal kombinálva. Tapasztalat szerint várható az insulinszükséglet csökkenése, némelykor az insulinrezisztencia javítása.

ELLENJAVALLATOK: Acidosisos anyagcserezavar, így természetes praecoma és coma diabeticum, fertőzések, lázas állapot, terhesség, gangraena, veseműködési elégtelenség, májbetegségek (annak ellenére, hogy adagolására visszavezethető májkárosodást nem észleltek.) Műtét előtt a beteget insulinnal kell beállítani.

ADAGOLÁS: Egyéni megítélést igényel. Az adagolás beállítása, illetve átállítása csak gyógyintézetben, vagy szakorvosi járóbeteg-rendelésen történő állandó orvosi (laboratóriumi) ellenőrzés mellett végezhető.

Helyesen akkor járunk el, ha a kezdeti adagot fokozatosan növeljük az egyéni optimális adag eléréséig. Átlagos kezdeti adag naponta 2–3-szor 1 tabletta (100–150 mg) étkezés után, kevés folyadékkal. A továbbiakban, a beteg állapotától függően 2–4 naponként 1 tablettával növelhetjük az adagot. A maximális napi adag 6 tabletta (300 mg) 3–4-szeri elosztásban. A bevezetés időszakában (10–14 napig) a napi vizeletcukor-ürítés és néhányszor az éhgyomri vércukorvizsgálat elvégzése szükséges, minthogy általában csak a kezelés 10–14. napján dönthető el, hogy a beteg reagál-e a kezelésre. A további időszakban (kb. 2 hónapig) az ellenőrzést 1–2 hetenként végezzük. **A vérkép, a máj- és vesefunkciók félévenként ellenőrizendők.** Az Adebit tabletta napi fenntartó adagja leggyakrabban naponta reggel 1–2 tabletta és este 1 tabletta. A diéta szigorú betartása természetesen elengedhetetlen. Kombinált kezelés esetén a sulfonilcarbamid készítmény, illetve az insulin adagja az anyagcsere-kontrollnak megfelelően csökkentendő. Amennyiben a normális anyagcsere a kombinált kezelés (pl. 2 tabl. sulfonilcarbamid + 3 tabl. Adebit) alkalmazására helyreáll, megkísérlődő a sulfonilcarbamid készítmény fokozatosan történő teljes elhagyása. Az adag csökkentése, vagy növelése csak megfelelő laboratóriumi ellenőrzéssel történhet.

MELLEKHATÁSOK: A ritkán előforduló mellékhatások (étvágytalanság, hányinger, hányás, hasmenés, fémes szájíz) az adag átmeneti csökkentésére általában mérsékelhetők, illetve megszüntethetők.

FIGYELMEZTETÉS! E gyógyszer alkalmazása fokozott elővigyázatosságot igényel, ezért főleg járművezetők, magasban vagy veszélyes gépen dolgozók csak az orvos által – az egyéni érzékenységnek megfelelően – előírt adagban szedhetik. Alkalmazásának időtartama alatt tilos szeszes italt fogyasztani!

CSOMAGOLÁS:

40 db à 0,05 g tabletta 6,80 Ft
200 db à 0,05 g tabletta 30,50 Ft

MEGJEGYZÉS: Rendelését az insulin és az orális antidiabeticumok rendeléséről, kiszolgáltatásáról kiadott 5/1967. Eü. M. számú utasítás szabályozza.



CHINOIN BUDAPEST

ORVOSI HETILAP

AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:
MARKUSOVSKY LAJOS
1857-ben

*

Szerkesztő bizottság:

ALFÖLDY ZOLTÁN DR.
BRAUN PÁL DR.
DARABOS PÁL DR.
FISCHER ANTAL DR.
HIRSCHLER IMRE DR.
LENART GYÖRGY DR.
SZÁNTÓ GYÖRGY DR.

*

Felelős szerkesztő:
TRENCSÉNI TIBOR DR.

*

Munkatársak:
PAPP MIKLÓS DR.
GIACINTO MIKLÓS DR.
BTAGE ZSUZSANNA DR.
WALSA RÓBERT DR.
BUDA BÉLA DR.
HONTI JÓZSEF DR.

*

116. ÉVFOLYAM

*

17. SZÁM

*

1975. ÁPRILIS 27.

TARTALOMJEGYZÉK

Árva Attila dr., Temesvári Antal dr.,
Sárközy Károly dr., Lónyai Tihamér dr.,
Lozsádi Károly dr., Bartek Iván dr.
és Békássy Szabolcs dr.:
A kamrai septum defectus sebészi kezelése:
200 eset műtéti tapasztalatai 963

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Tomory Emilia dr.:
Kamrai septum defectus zárás eredményei
több mint tíz év távlatából 967

Téri Nóra dr., Láng László dr.
és Varga László dr.:
A pulmonalis embolia
belgyógyászati beteganyagban 970

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Gáldi Zoltán dr., Hun Nándor dr.,
Köszeghy Zsuzsanna dr.,
Penke Zsuzsanna dr., Nagy Éva dr.,
Fejér Artúr dr. és Vámos Géza dr.:
A HB_s-antigen vizsgálatok
epidemiológiai és higiénés jelentősége 973

Than Gábor dr., Csaba Imre dr.,
Nagy Péter dr., Karg Norbert dr.
és Szabó Dénes dr.:
Terhességgel társult alfa₂-globulin szint
mennyiségi viszonyai vetélők szérumaiban 977

THERAPIÁS KÖZLEMÉNYEK

Csizér Zoltán dr., Zsidai József dr.,
Korossy Sándor dr., Lovas László
és Vincze Erzsébet dr.:
Kevert bakteriális vakcina kezeléssel
szerzett tapasztalataink
allergiás bőrbetegségekből 983

RITKA KÓRKÉPEK

Brenner Ferenc dr., Presser Tibor dr.
és Kindler Miklós dr.:
Extragenitalis chorionepithelioma malignum
férfitbetegen 988

Köszöntés 990

Beszámoló, jegyzőkönyvek 991
Folyóiratreferátumok 994
Könyvismertetés 1011
Hírek 1013
Pályázati hirdetések 1017
Előadások, ülések 1020

SOMBREVIN

OSSZETÉTEL: 1 ampulla (10 ml) 0,5 g propanididumot és 2 g polyoxaethenum ricinoleinicumot tartalmaz vizes oldatban.

HATÁS: Barbituratmentes, intravénásan alkalmazható, rövid hatástartamú narcoticum.

JAVALLATOK: Rövid ideig tartó fájdalmas eszközös, diagnosztikus vagy terápiás beavatkozások, ambulans sebészeti kisműtétek során alkalmazható, 4–15 perces időtartamra biztosít kielégítő mélységű narcosist. Hosszabb időt, tartósabb narcosist igénylő műtétek esetén a Sombrevin a narcosis bevezetésére, más narcoticumok potenciálására alkalmas.

injekció

FIGYELMEZTETÉS: 4 éven aluli életkorban a Sombrevin injekció alkalmazása különös körültekintést igényel.

Szakrendelések a biztosítottak ellátására, nem a társadalombiztosítás terhére, hanem a pro ambulancia szerekre meghatározott módon szerezhetik be.

FORGALOMBA KERÜL: 5 × 10 ml ampulla 132,- Ft
50 × 10 ml ampulla 1300,- Ft



Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.

A kamrai septum defectus sebészi kezelése: 200 eset műtéti tapasztalatai

Árvay Attila dr., Temesvári Antal dr.,
Sárközy Károly dr., Lónyai Tihamér dr.,
Lozsádi Károly dr., Bartek Iván dr.
és Békássy Szabolcs dr.

Csaknem 20 esztendő telt el azóta, hogy az extracorporalis keringés bevezetésével a kamrai septum defectus (KSD) egységes sebészi kezelése kialakult. Az Országos Kardiológiai Intézet sebészeti osztályán végzett első 12 műtétről 1961-ben számoltunk be az Orvosi Hetilap hasábjain (1). Ugyane közleményünkben foglalkoztunk a KSD megjelenési formáival, klinikai és haemodynamikai sajátjaival, az operatív technika részleteivel és az irodalmi előzményekkel is.

Azóta az osztályunkon végzett közel 5000 szív-műtét közül 200 KSD korrekciójára került sor; az alábbiakban e műtétek sebészi tapasztalatairól számolunk be. A késői eredményeket egy további munkában tárgyaljuk.

Betegeink

A KSD lehet önálló elváltozás, de jelentkezhethet komplex szívfejlődési rendellenesség részeként is. Ismertetendő anyagunkban a KSD alábbi formái miatt végzett műtétek szerepelnek:

1. KSD interventricularis bal-jobb shunttel, normális pulmonalis nyomással vagy pulmonalis hypertóniával; utóbbi lehet hyperkinetikus eredetű hypertonia (HH) vagy resistentia-fokozódás eredménye (RH);

2. KSD interventricularis bal-jobb shunttel, amihez további bal-jobb shunt (pl. pitvari septum defectus, ductus arteriosus Botalli persistens), illetve a bal kamrát terhelő egyéb vitium (pl. aorta insufficientia) társult;

3. KSD pulmonalis stenosis (primaer vagy secundaer infundibularis izom-hypertrophia, fibromuscularis infundibularis stenosis, valvularis pulmonalis stenosis) bal-jobb shunttel.

Nem tárgyaljuk a KSD miatt végzett palliatív műtéteket (az a. pulm. beszűkítése), a Fallot-tetralógia, truncus, transpositio részét képező KSD-okat. A resistentia-emelkedés okozta kétirányú vagy jobb-bal shuntöt műtéti kontraindikációnak tekintettük.

Operált betegeink életkor szerint a következőképpen oszlottak meg:

1. csecsemőkorban KSD-t nem rekonstruáltak;

Az a. pulmonalis nyomás és a pulmonalis hypertonia megoszlása

A. pulm. nyomás	Esetszám	%	HH	HH + RH	RH
Normális (40 Hgmm alatt)	103	51,5	—	—	—
Pulmonalis hypertonia (40 Hgmm felett)	49	24,5			
enyhe	33	16,5	30	3	—
súlyos	16	8	1	14	1

2. műtétjeink javarészét (84^{0/0}) gyermekkorban, a többit

3. felnőttkorban (16^{0/0}) operáltuk.

Legfiatalabb betegünk 2,5 éves, legidősebb 41 éves volt.

A betegek nemük szerint fele-fele arányban oszlottak meg.

Az anamnézisben 20^{0/0}-ban szerepelt keringési elégtelenség; digitális kezelésben a betegek 34,5 százaléka részesült, diureticumot 8,5^{0/0}-a kapott. Rheumás carditis 3 esetben, endocarditis lenta 4 esetben zajlott le; utóbbiak közül 3 esetben alakult ki következményes aortabillentyű-elégtelenség.

A KSD elzárását megelőzően műtétet 4 esetben végeztünk: 2 esetben Botallo-vezeték lekötés, egy esetben coarctatio resectio és Botallo-vezeték lekötés és egy esetben palliatív műtét (az a. pulm. beszűkítése) történt.

A fizikális kardiológiai státus — mint a kórképre legjellemzőbb tünet — mindössze 16 esetben (8^{0/0}) volt atípusos; ennek okát konzekvensen a társ-vitiumok rovására írhattuk. A mellkasröntgen 78^{0/0}-ban, az EKG 76^{0/0}-ban mutatott jellemző képet.

Ha a NYHA általánosan használt beosztását vesszük alapul a betegek praeeoperatív állapotának jellemzésére, úgy 77^{0/0} az I. (panaszmentes vagy kicsit fáradékony), 18,5^{0/0} a II. (a terhelést rosszul tűri vagy mérsékelten decompensált), 4,5^{0/0} a III. (minimális fizikai megterhelésre képes) csoportba

2. táblázat

KSD-hoz társuló egyéb vitiumok megoszlása

Infundibularis pulmonalis stenosis	29	(14,5%)
Defectus septi atriorum (sec. típusú)	10	(5,0%)
Ductus arteriosus pers. (Botalli).....	3	(1,5%)
V. pulm. anomália	2	(1,0%)
Aorta billentyű elégtelenség	2	(1,0%)
Subvalvularis aorta stenosis	1	(0,5%)
Aorta billentyű elégtelenség + infundibularis pulmonalis stenosis	1	(0,5%)
Aorta billentyű elégtelenség + ductus arteriosus pers. (Botalli)	1	(0,5%)
Valvularis pulmonalis stenosis	1	(0,5%)
Valvularis pulmonalis stenosis + v. pulm. anomália	1	(0,5%)
Összesen	51	(25,5%)

tartozott; a IV. csoport kritériumait (ágyhoz kötött) egy beteg sem érte el.

Haemodynamikai vizsgálatot 181 betegen (90,5 százalék) végeztünk; eleinte minden esetben a diagnózis bizonyítása céljából, később elsősorban a *pulmonalis artériás nyomás* meghatározása érdekében. Ez utóbbi értéke szerint a betegeket 3 csoportba soroltuk:

1. normális: 40 Hgmm alatti systoles nyomás (51,5⁰/₀);
2. pulmonalis hypertonia: 40 Hgmm feletti systoles nyomással (24,5⁰/₀); ebből
 - a) „mérsékelt” pulmonalis hypertonia, ami nem haladja meg a systemás nyomás 80 százalékát: 16,5⁰/₀;
 - b) „súlyos” pulmonalis hypertonia, amely meghaladja a systemás nyomás 80⁰/₀-át: 8⁰/₀.

29 beteg (14,5⁰/₀) nyomásértékeit, akikben a KSD-hoz *pulmonalis stenosis* társult, nem soroltuk a csoportok egyikébe sem.

Miután a *pulmonalis vascularis resistentiát* rendszeresen nem határoztuk meg, a prae-, illetve postoperatív nyomásértékek összehasonlítása alapján következtettünk arra, hogy a pulmonalis hypertonia hyperkinetikus, avagy resistencia eredetű volt-e. Így a 2. csoport a) pontja alatt szerepeltetett 33 beteg között hyperkinetikus komponens nélküli resistencia-hypertoniát nem találtunk; a b) pontba sorolt 16 beteg közül is mindössze csak egy ilyen akadt (1. táblázat).

Angiokardiographiát 1962 óta, a betegek 18 százalékában végeztünk, csaknem mindig az atipusos esetek, illetve a társ-vitiumok tisztázása céljából.

Anyagunkban a KSD-sal együtt előforduló *egyéb vitiumok* gyakoriságát a 2. táblázat szemlélteti.

A *műtétet* extracorporalis keringésben, Pemco-féle készülékkel végeztük. 1959–72 között Kay—Cross típusú lemezes oxigenátort, azóta Temptrol Q—110 és 120 típusú buborékos oxigenátort használunk. A szívűdő készülék feltöltéséhez 1967-ig friss heparinos vért, azóta ACD-s (maximum 48 óráig tárolt) vért és haemodilutiót (átlagban 23,3⁰/₀-os haematokrittal) alkalmaztunk. A perfusiót 1962-ig 30 °C-os, 1962–69 között mély hypothermiával (átlagosan 23 °C), azóta ismét mérsékelt (átlagosan 29,1 °C) hűtéssel kombináltuk.

A KSD-ok 1,5⁰/₀-át a jobb pitvar felől, 98,5 százalékát pedig a jobb kamra felől tártuk fel: 80,5 százalékban hosszanti, 14⁰/₀-ban haránt irányú, 4 százalékban atipusos *ventriculotomiát* ejtettünk.

A KSD-ok 94,5⁰/₀-a egyszeres, 5,5⁰/₀-a kettős vagy többszörös volt. *Elhelyezkedésüket* illetően — az általánosan használt felosztás szerint (1) — 86,5 százalékában membranaceum típusú, 4,5⁰/₀-ában muscularis (ebből 3 esetben többszörös), 7⁰/₀-ában supracristalis (bulbaris), 2⁰/₀-ában mind membranaceum, mind muscularis típusú KSD-t találtunk.

A KSD-okat *nagyságuk* szerint 3 csoportba osztottuk: 5 mm-nél kisebb átmérőjű (28⁰/₀), 6–10 mm között (48,5⁰/₀) és 11 mm-nél nagyobb (23,5 százalék) sövényhiányokat különböztettünk meg.

A KSD-ok *elzárási módja* azok nagyságától függött: 32,5⁰/₀-ban direkt öltésekkel, 23,5⁰/₀-ban ún. támasztott öltésekkel, 44⁰/₀-ban pedig megfelelő méretű Ivalon, Teflon, illetve Dacron folttal történt.

Az extracorporalis perfusio időtartama — a társvitiumok megoldásával együtt — 12 és 129 (átlagosan 50) perc között változott.

A KSD zárásával egy ülésben — 2 anomália kivételével — a *társ-vitiumokat* is megoldottuk.

Eredmények

Osztályunkról a KSD miatt operált betegek 94,5⁰/₀-a gyógyultan távozott.

Az *intraoperatív szövödmények* között 0,5⁰/₀-ban tricuspidalis, 1⁰/₀-ban mitralis és 1⁰/₀-ban aortabillentyű-elégtelenség keletkezett. 36 esetben lépett fel atrioventricularis vezetési zavar, ami 30 esetben a műtétet követő időszakban megszűnt; 6 esetben tartós a-v block alakult ki, ezek közül 3 betegbe kellett pacemakert beültetnünk.

A *postoperatív szakban* 44,5⁰/₀-ban alakult ki jobbszívfél-elégtelenség; 10⁰/₀-ban támadt átmeneti ritmuszavar, 4 esetben végeztünk sikeres resuscitációt. Tartós gépi lélegeztetés céljából 11 esetben készítettünk tracheotomiát. 5 esetben sebgyógyulási zavar, 1 esetben sternum-szétválás lépett fel. Pericardialis tamponád 3 esetben, utóvérzés 2 esetben (ebből egy sebészi vérzés) támadt. Veseműködési elégtelenség miatt 1 beteget kellett dialízisnek alávetni (1). A műtétet követő 14 napon belül 4 esetben észleltünk az elzárt KSD újrakinyúlására utaló zörejt.

Az operált betegek *kórházi mortalitása* 5,5⁰/₀ (11 eset) volt; az esetek felében a pulmonalis resistencia-hypertonia, a másik felében pedig a sebészi hibák vagy szövödmények okozták a fatális kimenetelt. Az utóbbiak közül 2 beteget utóvérzés, illetve pericardialis tamponád, kettőt agyi légembólia, egyet pedig művi a-v block és későn alkalmazott pacemaker kezelés miatt veszítettünk el (3. táblázat).

Megbeszélés

A KSD változatos klinikai kórképek egész sorának képezheti alapját, attól függően, hogy a sövényhiány milyen fiziológiai következményekkel jár, illetve egyéb congenitalis anomália társul-e hozzá. Az egészen kis defectus ártalmatlan elvátozás, ami hangos zörejt okoz ugyan, de a baljobb shunt olyan kicsi, hogy funkcionális jelentősége nincs. Az ilyen defectust Roger-féle betegség-

3. táblázat

Sebészi szövödmények megoszlása

Aorta billentyű sérülés	2	(1,0%)
Mitralis billentyű sérülés	2	(1,0%)
Tricuspidalis billentyű sérülés.....	1	(0,5%)
Végleges atrioventricularis vezetési zavar	6	(3,0%)
KSD újrakinyúlásának gyanúja	4	(2,0%)
Összesen	15	7,5(%)

nek is nevezik és műtéti megoldását legfeljebb az indokolja, hogy bacterialis endocarditisre hajlamosít.

A súlyossági skála másik végén helyezkedik el a nagy defectus, aminek átmérője megközelíti vagy meghaladja az aorta-szájadék méretét. Az ilyen defectus szükségképpen súlyos pulmonalis hypertoniával azonos kis- és nagyvérköri resistenciával jár, aminek következtében a shunt kétirányúvá válik. A magas resistencia a kisvérkör organikus vascularis elváltozásainak következménye; ezek a defectus elzárása után is megmaradnak, s így a műtéttől eredmény nem várható.

E két határeset között helyezkedik el a különböző méretű defectusok széles spektruma, különböző mértékű bal-jobb shunttel. Ezek különböző mértékű pulmonalis nyomásemelkedéssel járhatnak, ami azonban nem szükségszerűen a resistencia-emelkedés (RH), hanem a fokozott kisvérköri percvolumen eredménye (HH). A hypertonia két formája együtt is fennállhat, amikor kevert hypertoniáról (HH + RH) beszélünk. Az eleinte tisztán HH az élet folyamán RH-vá alakulhat át.

Hogyan tükröződnek anyagunkban ezek a szempontok a műtét indikációját, az operatív technikát, valamint a műtéti eredményeket illetően?

Miután a csecsemőkorban végzett műtéti korrekció mortalitása egyelőre még magas (az irodalmi adatok alapján meghaladja a 15⁰/₀-ot), az igen nagy bal-jobb shuntöt okozó, keringési elégtelenséghez vezető csecsemőkori KSD esetén megelégszünk az a. pulm. beszűkítésével, és általában csak 5 éves kor felett zárjuk el a KSD-t. Ezt a szemléletet tükrözi anyagunkban a gyermekkorban végzett korrekciók nagy száma. A felnőttkorban operált eseteink azért nem kerültek előbb műtetre, mert azokat vagy ebben a korban ismerték fel, vagy pedig a műtéti korrekciót — a betegek panaszszerűsége miatt — előbb nem tartották érdemesnek.

A műtét előtti endocarditis lenta fellépése — bár anyagunkban gyakorisága nem nagy és így messzemenő konzekvenciák levonására nem alkalmas — bizonyos figyelmet érdemel. Annak ellenére, hogy az mind a gyermek-, mind a felnőttkorban azonos arányban fordult elő, a 4 eset közül 3-ban pulmonalis hypertoniához társult. Ez a körülmény — a pulmonalis RH kialakulásának veszélye mellett — ugyancsak indokolja a KSD mielőbbi elzárását, annál is inkább, miután a bacterialis endocarditis eseteink mindegyikében már az antibioticum-érában alakult ki, és a 4 beteg közül kettőbe — az aorta-billentyű elégtelensége miatt — műbillentyűt kellett beültetnünk.

A jobbszívfél-katheterizációt — elsősorban a pulmonalis nyomás és a bal-jobb shunt nagyságát eldöntendő — 1970-ig minden esetben rutinszerűen végeztük. Ezt követően, az esetek egy részében a megfelelő klinikai kép mellett a típusos röntgen- és EKG képet már elégségesnek találtuk nemcsak a diagnózis felállításához és a pulmonalis vascularis rendszer állapotának megítéléséhez, de a műtét indikációjához is.

A KSD nagysága, a betegek életkora, valamint a pulmonalis RH kialakulása között — az irodalmi

adatokkal egybehangzóan — operált eseteink alapján significans összefüggést magunk sem találunk, még úgy sem, hogy a KSD, illetve a bal-jobb shunt nagyságát életkorra és testfelszínre számítottuk át. Volt betegünk, akinek RH-ja 5 mm-nél kisebb KSD-hoz társult már 5 éves korban; ugyanakkor operáltunk 30 évnél idősebb felnőttet, akinek 11 mm-nél nagyobb átmérőjű KSD-a volt, normális pulmonalis nyomásértékekkel és viszont.

A KSD megközelítése történhet a jobb pitvaron vagy a jobb kamrán keresztül. Kétségtelen, hogy a KSD feltárása legkíméletesebben a jobb pitvar felől végezhető, de ez a módszer a tricuspidalis billentyű vitorláinak, inhúrjainak vagy szemölcszmainak tudatos vagy véletlen sérülése miatt az organikus tricuspidalis insufficiencia veszélyével jár. A transatrialis út elsősorban a RH-k esetében látszik előnyösnek, ahol a műtét utáni szaknehezebb szokott lenni és itt a jobb kamrai ventriculotomia elkerülése lényegesen könnyebb lefolyást ígér. Hazánkban e technikát Kudász (3) javasolta.

A hosszanti vagy haránt ventriculotomia előnyeit, illetve hátrányait eldöntendő vita kérdésében utalunk az osztályunkon végzett vizsgálatokra (2). A gyakorlatban a ventriculotomia irányát a conus artéria és a bal descendens anterior lefutása, illetve ágainak viszonya határozza meg, valamint az, hogy a KSD elzárása mellett szükséges-e a jobb kiáramlási pálya művi rekonstrukciója. Bár a ventriculotomia iránya önmagában a műtéti eredményeket nem befolyásolta, ezen utóbb említett esetekben a hosszanti ventriculotomiát helyeztük előnybe.

A megoldatlanul maradt 2 társ-vitium közül az egyik elégtelenül resecalt, residualis infundibularis izom-hypertrophia volt; az extracorporalis perfusio lehetőségének megszüntetése után derült fény arra, hogy a jobb kamra systoles nyomása a praeoperatív értékhez képest nem változott. A másik esetben I. fokú aortabillentyű-elégtelenséget hagytunk korrigálás nélkül, amit a jobb Valsalvaszok okozott.

A szövődmények közül magyarázatot érdemel az aránylag nagyszámban fellépő jobbszívfél-elégtelenség, ami az esetek többségében RH-hoz társult vagy a gyermekkorban alkalmazott nagyfokú haemodilutiót követte; így az részben postperfusios problémának tudható be. Ezért az utóbbi évben — az egyre általánosabb felfogásnak megfelelően — magunk is arra törekszünk, hogy gyermekkori extracorporalis keringés esetén a haematokrit értéke ne csökkenjen 30⁰/₀ alá.

4 betegen lépett fel postoperatív olyan zörej, ami arra utalt, hogy a varratok vagy azok egy része átvágott, illetve a KSD újra kinyílt. Ezek az esetek nagyobb körültekintésre intenek arra vonatkozóan, hogy a kicsi, rostos peremmel bíró KSD elzárásakor mikor mellőzhetjük a műanyag fólt alkalmazását.

A műtéti ösztromortalitást (5,5⁰/₀) időrendben első és második 100 esetre felbontva kiderül, hogy az utóbbi csoport mortalitása (4 eset) az előzőnek (7 eset) csaknem felére csökkent; utolsó 50 műtétünk során pedig mindössze egy beteget veszített-

tünk el. Az eredmények folyamatos javulása részben a műtéti és perfusiós technika, részben a postoperatív kezelés fejlődésének köszönhető.

A műtéti mortalitás csökkenésének tendenciája mindinkább arra a meggyőződésre vezet, hogy a KSD műtét nélküli kórlefolysának következményei nagyobb veszélyt jelenthetnek a betegre, mint a műtéti kockázat. Ha mindebből csak a bakteriális endocarditist ragadjuk ki, ennek gyakorisága (anyagunkban 2%) már önmagában is indokoltá teszi a műtéti korrekciót. Ezen túlmenően azonban a KSD zárása megelőzi a fokozott kisvérköri keringés és pulmonalis hypertonia következményeit is.

Az időben megtörtént műtét után a normális anatómiai és physiológiai állapot áll helyre; a betegek normális életet folytathatnak és életkoruk felső határát congenitalis vitiumuk többé nem belyásolja. Ezt támasztják alá operált betegeink 10 éves utánvizsgálatának eredményei is (4).

Összefoglalás. Szerzők 1961 óta végzett 200 kamrai septum defectus extracorporalis keringésben történt zárásáról számolnak be. A betegek életkora 2,5—41 év között volt; 24,5%-ban a defectushoz pulmonalis hypertonia, 25,5%-ban egyéb vitium is társult. A kórházi ösztörtalitás 5,5% volt, aminek fele pulmonalis hypertoniával szövődött esetekből adódott. A műtéti mortalitás az évek során folyamatosan csökkent; utolsó 50 betegükből egyet veszítettek el.

A balról jobbra shuntöt okozó izolált kamrai septum defectus zárásának műtéti kockázata csekély; az időben elvégzett műtéttől a normális életkilátások helyreállása várható.

IRODALOM: 1. *Arvay A. és mtsai:* Orv. Hetil. 1961, 102, 2268. — 2. *Arvay A.:* Kandidátusi értekezés. (Budapest, 1965). — 3. *Kudász J. és Kunos I.:* Operálható szívbetegségek. Medicina, Budapest, 1965. — 4. *Tomory E.:* Kamrai septum defectus zárás eredményei több mint 10 év távlatából (megjelenés alatt).

A ritka természeti adottságok alapján keletkezett gyógyforrások, gyógyiszapok széles körű felhasználásának gátat vet a helyhez kötöttség. Ezen segítünk oly módon, hogy a gyógyiszapot kompresszekbe csomagolva a beteg otthonába visszük.

A már jól ismert hévízi rádiumos iszapkompressz mellett a gyógyszerárakban kapható:

„MAROSI RÁDIUMOS ISZAPKOMPRESSZ”

Az Országos Közegészségügyi Intézet vizsgálatai alapján a marosi gyógyiszapkompressz forgalomba hozatalát az Egészségügyi Minisztérium engedélyezte. A vizsgálatok igazolták, hogy a marosi iszap hatásában azonos a hévízi iszapéval.

A peloidok indikációs területe elsősorban a subacut és krónikus mozgásszervi folyamatok esetében van. Indikációs területe széles. Iszapkezeléseket alkalmazhatunk: arthrosisek, krónikus izom- és perifériás idegbetegségek, arthralgiák, krónikus arthropathiák, M. Bechterew, fibrositisek, arthritis urica rohammentes időszakában, tendovaginitisek, posttraumás állapot, baleseti sérülések utókezelésére.

Acut folyamatokban alkalmazásuk kontraindikált, mivel az intenzív melegítés aktiválóló hat a folyamatokra. Kontraindikált ezenkívül cardialis decompensatio, hypertonia, súlyos bőrbetegségek, nyílt sérülés, rosszindulatú tumor, láz, fertőző betegségek esetén.

Társadalombiztosítás terhére a szakrendelések minden megkötöttség nélkül rendelhetik.

A marosi iszapkompressz ötféle alakban van forgalomban, így számozás szerint az alábbi testrészekre applikálható:

- I. sz. hát — váll, felkar — mell
- II. sz. derék — végtag
- III. sz. lábfej — boka (csizma)
- IV. sz. kézfej — csukló
- V. sz. has (főleg gynekológiai területen)



Jobb kamra nyomás (systolés)

20—40 hg. mm	14 normális —
40—60 hg. mm	10
60—80 hg. mm	11
80—100 hg. mm	9
Összesen	44

Heim Pál Gyermekkorház (igazgató: Sárkány Jenő dr.) és Rendelőintézet (főorvos: Dobszay László dr.)

Kamrai septum defectus zárás eredményei több mint tíz év távlatából

Tomory Emilia dr.

A congenitalis vitiumok közül a kamrai septum defectus (KSD) a leggyakoribb, ha mindazokat a kórképeket beleszámítjuk, amelyekben társ-vitiumként fordul elő. Az izolált KSD az összes congenitalis vitium 20—22⁰/₀-a (10), még így is egyike a leggyakrabban előforduló congenitalis vitiumnak.

Indokolt volt tehát, hogy irodalmi adatokra támaszkodva (1, 2, 3, 7) 1961-ben Magyarországon is megtörtént az első KSD zárás extracorporalis keringésben.

A kórképet ma a defectus nagysága, a shuntölt vérmennyiség, a shunt iránya, a jobb szívfél nyomásértékei és a kisvérköri resistencia alapján 5 csoportra oszthatjuk fel.

1. Kis defectus, kis shunt, normalis pulmonalis nyomás;

2. közepes defectus, mérsékelt shunt, normalis pulmonalis nyomás (20—40 Hgmm);

3. nagy defectus, nagy shunt (a pulmonalis áramlás több mint kétszerese a systemásnak), mérsékelt emelkedett pulmonalis nyomás (40—60 Hgmm);

4. nagy defectus, nagy shunt, emelkedett pulmonalis nyomás (60—100 Hgmm), bal-jobb shunt;

5. nagy defectus, nagy shunt, emelkedett pulmonalis nyomás (80—100 Hgmm), a pulmonalis nyomása azonos a systemás nyomással, kisvérköri resistencia-emelkedés, bidirectionalis shunt. Ettől nem választhatók el élesen azok az esetek, amelyekben a kisvérköri resistencia meghaladja a nagyvérkört, a shunt jobbról balra irányul.

A műtéti indikáció ma e csoportbeosztás alapján történik.

Mikor nálunk elkezdődtek az extracorporalis műtétek, még sem az elvi álláspontok nem voltak kikristályosodva, sem távlati eredmények nem álltak rendelkezésre. Most már eltelt annyi idő, hogy

saját eredményeink tükrében vizsgálhatjuk a műtétek jogosságát.

Árvay és mtsai 1961-ben számoltak be első KSD zárásos műtéteikről (4), magunk 1969-ben, a balatonfüredi kongresszuson az első utánvizsgálótokról.

Árvay és mtsai most az első 200 KSD zárás sebészi eredményeit közölte (5), mi ebből az anyagból vizsgáltuk a késői eredményeket több mint tíz év távlatából.

Az általunk ismert irodalomban nem találtunk olyan közleményt, amely klinikai utánvizsgálókat tartalmazna. 10 éves anyagról számolnak be Cartmill és mtsai (6), Lillehei és mtsai (7), Bircks és Reidemeister (8). Ők ismételt katéterezésekkel követték a pulmonalis nyomás változását pulmonalis hipertóniában. Összefoglaló ismertetést közöl Grosse-Bockhoff és Loogan (14) a KSD természetes lezajlásáról, műtéti indikációjáról és műtéti eredményeiről. A műtéti eredményeket inkább csak a legsúlyosabb csoportra vonatkoztatva közlik. Komplikációként csak a pulm. hipertonia emelkedését és a defectus újrakinyílását említik.

Anyagunk

A Heim Pál Gyermekkorház és Poliklinika kardiológiai rendelésének beteganyagából 1961—1963 végéig 44 beteg került műtetre KSD diagnosissal az Országos Kardiológiai Intézet sebészeti osztályán.

A betegek kora a műtét időpontjában 5 és 16 év között volt. Nemek szerinti megoszlásuk 16 fiú, 28 lány.

Műtét alatt, illetve közvetlenül utána meghalt 6 beteg, 38 sorsát tudtuk tehát követni.

Betegeinknek izolált KSD-je volt, 2 esetben társult ehhez infundibularis pulmonalis muscularis hypertrophia. Egyéb társ-vitium nem fordult elő.

Klinikai tünetek

A hallgatósági lelet minden betegben a tanórvi adatoknak megfelelően típusos volt. Holosztolés zörejt hallottunk és regisztráltunk, mely-

2. táblázat

Art. pulmonalis nyomás (systolés)

20—40 hg. mm	18 normális
40—60 hg. mm	11
60—80 hg. mm	10
80—100 hg. mm	5
Összesen	44

nek intenzitása, kiterjedése és vezetődése a shunt-nagyság függvénye volt. A csúcson mesodiastolés zörejt 11 esetben észleltünk. A pulmonalis II. hangja különböző fokban ékelt volt, a II. hang hasadtsága nem volt jellemző.

3. táblázat

Varrat insuff.	1
Mitralis insuff.	1
Aorta insuff.	1
Pulmonalis insuff. .	2
Accidentalis zöreje ..	10
Nincs zöreje	22
<hr/>	
Összesen	37

Rtg-felvételen aktív vérbőséget mindig találtunk, a hilus- és tüdőrajz egyebekben a shunt-nagyság és a decompensatio függvénye volt. A bal kamra minden esetben kisebb-nagyobb mértékben megnagyobbodott volt. Jelentős, a pitvarokra és mindkét kamrára terjedő szívnagyobbodást 18 betegben találtunk.

EKG-n a tengelyállás nem volt jellemző. Normális kisvérköri nyomás mellett mellkasi elvezetésekben bal túlsúlyt találtunk (18 eset). Mérsékelt kisvérköri hypertóniában mindkét kamra hypertrophiát (19 eset), jelentős kisvérköri hypertonia fennállásakor pedig csak jobb kamra hypertrophiát (7 eset). Ha a bal-jobb shunt jelentős volt, bal pitvar hypertrophia is kimutatható volt. Kamrai strain jelek közül legfeljebb enyhe ST szakasz elevációt találtunk a V₅₋₆-ban.

Mivel a betegség súlyosságát a shunt nagysága és a kisvérköri erek állapota határozza meg — tapasztalatok híján — minden esetben jobb szívfél katéterezést végeztünk. A jobb kamra és az arteria pulmonalis nyomását táblázatban tüntettük fel (1., 2. táblázat). Szembetűnő, hogy a betegek között milyen soknak volt pulmonalis hypertóniája. Ebből hyperkinetikus hypertonia (HH) volt 14, resistens hypertonia (RH) 1, kevert hypertonia (HH + RH) 11.

A nagyszámú pulmonalis hypertonia minden valószínűség szerint abból adódott, hogy ezek voltak Magyarországon az első extracorporalis műtétek, a súlyos betegek tehát már régen vártak a műtét lehetőségére. A mi szempontunkból abban van e ténynek jelentősége, hogy bár válogatásmentes, de mégis különösen súlyos beteganyag késői műtéti eredményeiről számolhatunk be.

A jobb kamra és az arteria pulmonalis között shunt gradienst 16 esetben tudtunk kimutatni.

Műtét előtt 20 beteg decompensálódott a 38 közül. Ebből együttes jobb és bal szívfél-elégtelenség 9, csak bal szívfél-elégtelenség 11 betegben jelentkezett.

22 beteg fejlődésében jelentősen elmaradt, s ugyanezek ismételt intercurrents alsó- és felsőlégi fertőzéseken estek át. Teljesítőképességük erősen elmaradt kortársaiktól.

Műtét és műtét utáni kórlefolyás

Műtétkor 1 muscularis defectus kivételével pars membranacea defectust találtak. A defectust 3 esetben direkt varrattal, 35-ben teflonfolttal zárták. Muscularis infundibularis pulmonalis stenosis 2 betegben találtak.

Az első műtétek időszakában sokkal súlyosabb volt a közvetlen műtét utáni szak, mint a későbbiekben. Miután ez nem állt arányban a betegség súlyosságával, azt kell gondolnunk, hogy saját technikai és utókezelési fogyatékoságaink voltak a gyakori szövődmények okai.

Az első időben low cardiac output syndroma miatt művesére került 1 beteg. Később ez is gyógyult.

1 sepsist észleltünk műtét után. A proteus sepsis hosszú betegség után sternumplasticával gyógyult.

Súlyos, hónapokon át tartó decompensatio állt fenn műtét után 7 kisvérköri hypertóniás betegben. Ezek előzőleg is decompensáltak voltak. Egy beteget nem tudtunk compensálni. Ez volt az egyetlen tiszta RH-s beteg műtét előtt. Műtét után sem csökkent RH-ja, két évvel a műtét után decompensatióban meghalt.

A többiek életben vannak, ma 16—28 évesek.

Betegeink jelenlegi állapota

Az utánvizsgálat klinikai vizsgálatból, rtg-, EKG- és PKG-ból állt, rekatéterezés nem történt.

Általános állapota minden betegnek jó, fejlettségük megfelel egészséges kortársaiknak. Ez annál szembetűnőbb, mert mint említettük, műtét előtt legtöbbjük jelentősen elmaradt fejlődésében kortársaiktól.

Hallgatódzással a KSD holosystolés zöreje minden esetben eltűnt. 10 betegben b. o. parasternalisan a II. bordaközben rövid ejectió zöreje hallható, eltűnt a csúcs mesodiastolés zöreje is.

Műtét után 1—3 évig a csúcson mitralis insufficiencia holosystolés zöreje volt hallható 6 betegben. A későbbiekben ez a zöreje eltűnt (3. táblázat).

1 betegben, akinek kisvérköri hypertóniája volt műtét előtt, s műtét után tartósan decompensált maradt, egy évvel a műtét után mitralis insufficiencia jelentkezett, mely ma is fennáll. Az insufficiencia ugyan jelentősnek látszik, de a beteg teljesítőképessége jó, keringése compensált.

1 betegben 2 évvel a műtét után b. o. parasternalisan a III. bordaközben körülírtan decrescendo holosystolés zöreje jelent meg (mint a kis KSD-nál), feltehetően varrat-insufficiencia jeleként. Klinikailag, rtg és EKG szerint gyógyultnak látszik, úgy véljük, hogy csak egy varrat kieséséről lehet szó.

2—5 évvel a műtét után pulmonalis insufficiencia diastolés crescendo—decrescendo zöreje jelent meg 2 esetben.

Rtg-en a fokozott tüdőrajz eltűnt. A hilus-rajz megkisebbedett, de tágabb érkeresztmetszeteket és vastagabb érágakat továbbra is ki tudtunk mutatni. A szívárnyék minden esetben megkisebbedett, természetesen a legszembetűnőbb a nagyságváltozás a nagy shuntos betegekben volt. Normalissá

vált a szívárnék 14 esetben, 23 betegben a bal kamra kisebb-nagyobb megnagyobbodása maradt vissza. Pitvarmegnagyobbodást kontroll vizsgálatok alkalmával — az aorta és mitralis insufficienciás betegek kivételével — nem tudtunk kimutatni.

EKG-n a bal pitvar hypertrophia jelei minden esetben eltűntek. A kisvérékörü hypertoniások jobb kamra hypertrophiája vagy eltűnt vagy lényegesen csökkent. A bal kamra hypertrophia eltűnt 14, lényegesen csökkent 21 esetben, az aorta insufficienciás betegben fokozódott. Műtét után complet jobb szárblock alakult ki 16 betegben. A műtét után $\frac{1}{2}$ —3 évig az EKG mellkasi elvezetésében V₅₋₆-ban isoelektromos, illetve negatív T hullám 8 esetben jelentkezett. Az utolsó ellenőrzés alkalmával T hullám eltérést senkinél sem találtunk. Pitvar-kamrai block ebben a beteganyagban nem fordult elő.

Rekatéterezést — mint invazív beavatkozást — a klinikailag gyógyult és panaszmentes betegekben egy esetben sem tartottunk szükségesnek végezni.

Megbeszélés

Klinikai utánvizsgálattal KSD záráson több mint tíz éve átesett 37 betegünket alapbetegségük-ből gyógyultnak találtuk. Gyermekbetegeink felnőttek, fejlettségük azonos kortársaikkal. Életmódjuk is azonos, tanulnak, illetve dolgoznak (közülük nem egy fizikai munkát végez), saját kedvtelősükre sportolnak is. Leánybetegeink közül többen férjhez mentek, 4 egyszer, 2 kétszer normalis szülésen esett át. Gyermekükben sem congenitalis vitium, sem egyéb fejlődési rendellenesség nem fordult elő.

A szövödményként észlelt mitralis insufficiencia keletkezésére nem tudunk konkrét magyarázatot adni. Egy évvel a műtét után alakult ki, a betegnek hepatitisen kívül egyéb betegsége nem volt.

Műtéttechnikai okokra vezethető vissza egy műtét utáni aorta insufficiencia.

A két pulmonalis insufficiencia keletkezési mechanizmusát sem tudjuk egyelőre tisztázni. A betegeknek előzőleg nem volt kisvérékörü hypertoniája, jelenleg klinikailag gyógyultak, panaszmentesek. Rtg-en szívárnékuk megkisebbedett, s a pulmonalis törzs vagy ágak fokozott tágasságára utaló jelet nem találtunk.

Beteganyagunk elég súlyos esetekből tevődött össze, így eredményeink reálisnak és következtetések levonására alkalmasnak látszanak.

10 évvel ezelőtt álláspontunk az volt, hogy minden jelentős shunttel járó KSD-t meg kell operálni. A műtét optimális időpontjának a 4—5 éves kort tartottuk. A kis shunttel járó defectust csak abban az esetben küldtük műtetre, ha a betegben endocarditis septica zajlott le. Tapasztalataink szerint — ami megegyezik az irodalommal (9, 10, 11) —, ez kis shunt esetén elenyészően ritka, az endocarditis inkább nagy shunttel járó vitiumban fordul elő. Még gyakoribb az incidentiája, ha a betegséghez pulmonalis hypertonia is társul. Kontraindikálnak tartjuk a műtétet, ha a shunt megfordult, ha tiszta RH áll fenn.

Több mint tízéves tapasztalataink birtokában úgy látszik, hogy eredeti álláspontunk helyes volt és nagy vonalaiban ma is ez a követendő. A KSD rekonstrukciójától igen jó eredményt, az esetek legnagyobb részében teljes gyógyulást lehet várni. A fennálló kockázat miatt a kis defectusok műtétjét továbbra sem látjuk indokoltnak, mert a betegek életének műtét nélküli ún. természetes lezajlása optimális, sőt a defectusok egy része spontán záródik (12, 9, 11).

Egy esetünk ugyan nem alkalmas következtetések levonására, mégis elméleti megfontolásokkal együtt alátámasztja azt a gyakorlatunkat, hogy RH (tiszta) esetén a műtét kontraindikált, a már kialakult érelváltozás megy tovább a maga útján. Annak a veszélye is fennáll, hogy a műtét terheléssel siettetjük a letalis kimenetelt.

Nagy irodalma van KSD-ben a pulmonalis hypertoniának. Nagyjából egységes az álláspont — rossz tapasztalatok alapján — a műtét kontraindikáció kérdésében, ha tiszta RH áll fenn. RH + HH jelenlétekor a különböző munkacsoportok egyéni álláspontot foglalnak el (13, 14, 6, 7, 11, 15, 16).

Egy kérdésben várható változás álláspontunkban: a műtét időpontjának kérdésében. A súlyos betegeket — az elég nagy mortalitás ellenére — csecsemőkorban meg kellene operálni, mert az általunk optimálisnak vélt időpontot nem várják meg. Ennek ma még technikai akadályai vannak. A palliatív műtétek kérdésére itt nem térek ki.

A többi betegnek mielőbb indikálnunk kell a műtétet. Minél hamarabb kerülnek műtetre, annál hamarabb válnak egészségessé.

Összefoglalás. Szerző 38 több mint 10 éve operált kamrai septum defectusos beteg klinikai utánvizsgálatairól számol be. 37 beteg alapbetegségéből gyógyult, 1 beteget 2 évvel műtét után resistentia hypertonia miatt elvesztettek. Szövödményként 1 mitralis, 1 aorta, 2 pulmonalis és 1 varrat-insufficienciát észleltek. A gyógyult betegek gyermekkorból felnőttek, egészséges kortársaikkal azonos életmódot folytatnak. Az eredmények alapján a kamrai defectusok zárásától teljes gyógyulás várható, így a műtét elvégzése lehetőleg gyermekkorban továbbra is indokolt.

IRODALOM: 1. Murray, G.: Ann. Surg. 1948, 128, 843. — 2. Kirklin, J. W., Du Shane, J. W.: Pediatrics. 1961, 27, 961. — 3. Du Shane, J. W. és mtsai: JAMA. 1956, 160, 950. — 4. Árvay A. és mtsai: Orv. Hetil. 1961, 102, 2268. — 5. Árvay A. és mtsai: Orv. Hetil. Megjelenés alatt. — 6. Cartmill, T. B. és mtsai: J. Thorac. Cardio. Surg. 1966, 52, 486. — 7. Lillehei, C. W. és mtsai: JAMA. 1968, 205, 114. — 8. Bircks, W., Reidemeister, Chr.: Brit. Heart J. 1971, 33, Suppl. 88. — 9. Kato, H. és mtsai: Jap. Circulat. J. 1972, 36, 814. — 10. Nadas, A. S.: Pediatric Cardiology. Philadelphia, Saunders Co., 1968. — 11. Yokoyama, M. és mtsai: Am. Heart J. 1970, 597, 80. — 12. Alpert, B. S. és mtsai: Amer. J. Dis. Child. 1973, 125, 194. — 13. Hallmann, G. L. és mtsai: J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1964, 48, 588. — 14. Grosse-Bockhoff, F., Loogan, F.: Circulation. 1968, 37—38, Suppl. 13. — 15. Muller, W. H., Damman, J. F. jr.: Surg. Gynec. et Obst. 1952, 95, 213. — 16. Aubert, J. és mtsai: Ann. Chir. 1973, 27, 153.

A pulmonalis embolia belgyógyászati beteganyagban

Téri Nóra dr., Láng László dr.
és Varga László dr.

Gordon—Watson (11) volt az első, aki 1922-ben felhívta a figyelmet a pulmonalis emboliák (p. e.) számának növekedésére. Fél évszázad telt el azóta és előfordulása egyre gyakoribb. Ennek okát az életkor meghosszabbodásán kívül a szaporodó da-ganatos és cardiovascularis megbetegedésekben és a műtétek terjedelmének növekedésében kereshet-jük. Némi túlzással elfogadhatjuk *Israel* és *Gold-stein* (16) véleményét, hogy a p. e. gyakoribb, mint a pneumonia, vagy ezt fokozva *Short* (39) megál-lapítását, hogy a p. e. a leggyakoribb tüdőbetegség.

A p. e. jelentőségét a magas halálozási arány-számon túl a chronikus recidiváló forma során ki-alakuló pulmonalis hypertonia jelzi (22, 34, 47).

A klinikusok figyelmét elsősorban a sectiókor felismert és élőben nem diagnosztizált esetek szá-mának növekedése fordította a p. e.-ra. Az I. sz. Kórbonctani és Kísérleti Rákkutató Intézet statisztikai tanulmánya (18) 20 éves anyagot dolgoz fel, mely szerint a belgyógyászati esetek 70⁰/₀-ában nem ismerték fel a halálos p. e.-at. Megközelítik ezt a számot *Conn*, *Parker*, *Prochnow*, *Strukov* és más szerzők adatai (6, 31, 32, 41), akik szerint a p. e. élőben diagnosztizált esetei ritkán haladják meg az 50⁰/₀-ot. Ez a százalékos arány az újabb diagnosztikus módszerek ellenére még napjaink-ban sem növekedett számottevően.

A következőkben 8 éves beteganyagunkkal kapcsolatos tapasztalatainkról kívánunk beszám-olni.

Beteganyagunk ismertetése

Osztályunk 1965. január 1. és 1972. december 31. közötti időszakban p. e.-val kezelt beteganya-gát vizsgáltuk (1. táblázat).

Nem választottuk külön a masszív (főtörzset vagy kisebb ágakat elzáró) és a multiplex p. e.-kat, melyek anyagunkban 36, ill. 64⁰/₀-ban szerepeltek. Betegeink életkor és nem szerinti megoszlása a következőképpen alakult; ffi: 90, nő: 153, átlag-életkor: 62,9 év.

A realitás kedvéért a továbbiakban csak a sectióra került 170 esetet vizsgáltuk. A p. e.-ban meghalt 170 betegünk közül élőben diagnosztizál-tunk 98-at (57,6⁰/₀), a sectiókor felismert esetek szá-ma pedig 72 (42,4⁰/₀) volt.

1. táblázat

Év	Összbeteg	P. E.		P. E.-ban meghaltak
		szám	%	
1965	1687	21	1,2	20
1966	1880	30	1,6	28
1967	1867	30	1,6	20
1968	1827	29	1,6	21
1969	1789	31	1,7	23
1970	1682	26	1,5	16
1971	1882	37	2,0	20
1972	1860	39	2,1	22
Össze-sen	14 414	243	1,7	170 (70%)

A 2. táblázaton százalékos megoszlásban tün-tettük fel leggyakoribb téves diagnózisainkat.

A leggyakoribb téves diagnózisaink 2. táblázat

Diagnózis	Esetszám	%
Cardialis decompenzatio ..	32	44,4
Infarctus myocardií	17	23,6
Tu. metast. pulm.	10	13,9
Bronchopneumonia	6	8,3
Cerebralis coma	5	6,9
Status asthmaticus	2	2,8

Tévedéseink felderítése céljából átvizsgáltuk eseteinket a közismert klinikai tünetek és a ren-delkezésünkre álló laboratóriumi lehetőségek szem-pontjából (3. táblázat). A hallgatósági eltérést csak azon betegek esetében vettük figyelembe, akiket korábban is vizsgáltunk és így a változást pozití-ven tudtuk értékelni. Laboratóriumi vizsgálatok közül a serum bilirubin vizsgálatot a rövid észle-lési idő miatt kevés esetben végeztük el, LDH iso-ensim vizsgálatot pedig nem állt módunkban vé-gezni. A radiológiai dokumentáció szintén az idő rövidsége és a mobilizáció közismert veszélye miatt nem teljes. Az EKG képen csak a p. e.-ra jelleg-zetes elváltozásokat értékeltük.

Feldolgoztuk a p. e.-k megoszlását kiindulási hely szerint (4. táblázat), hangsúlyozva, hogy a leg-több diagnosztikus tévedés az embolia forrásának fel nem ismeréséből ered. Nagyon találó *Hetényi* megállapítása: „Gyakran a tüdőembolia a periphe-

3. táblázat

Kardinalis tünetek százalékos megoszlása P. E.-ban meghalt betegeinknél

Respiratoricus tünetek (mellkasi fájó, cyanosis, dyspnoe, köhögés)	88%
Stenocardia	23%
Szívhangok (syst. zöreje az a. pulm. felett, P II!)	11,8%
Haemoptoe	12,3%
Láz	46,5%
Labor (leucocytosis, We)	46,5%
Röntgen (infarctus, pneumonia, pleuritis)	47,5%
EKG (hátsófal infarctust utánzó kép, acut szív-megterhelés jelei, rhythmus zavar)	25,8%

4. táblázat
A P. E.-k megoszlása kiindulási hely szerint

Kiindulási hely	Esetszám	%
Alsó végtag ereiből	115	67,6
Kismedencei vénákból . . .	41	24,1
Szívből	7	4,1
Ismeretlen	5	2,9
Egyéb	2	1,2

riás mélyvénás thrombosis első jele". A 4. táblázatban szereplő „egyéb” 2 leukaemiás betegünket jelenti, akiknél disseminált intravasculáris coagulatio csatlakozott a kórképhez és így a kiindulási hely egzakt módon nem volt tisztázható.

Végül feldolgoztuk, hogy melyek azok az alapbetegségek, melyekben a p. e. a leggyakrabban fordul elő (5. táblázat) A varicositas és thrombophlebitis csoportba csak azokat az eseteket vettük, amelyekben egyéb alapbetegség nem volt.

Megbeszélés

Megállapítható, hogy a p. e.-s megbetegedések száma anyagunkban is fokozatosan emelkedő tendenciát mutat. Szegényes diagnosztikus lehetőségeink mellett a helyesen körjelzett esetek száma 57,6% volt. Az irodalmi adatok szerint az élöben való felismerés 25–50% között van. Láthatjuk tehát, hogy a klinikai tünetek pontos megfigyelése és helyes értékelése eredményre vezethet.

Néhány szóval szeretnénk itt kitérni *Israel* és *Goldstein* 1957-ben megjelent közleményére (16), melyben rendszerezni próbálják a p. e. symptomatológiáját és respiratoricus, anginás, cardiovascularis, valamint cerebralis kórformát különítenek el. Ezzel a merev didaktikai felosztással nem érthetünk mindenben egyet, hiszen a p. e. rendkívül változatos klinikai tünetei és azok társulása csakis együttesen értékelhetők, mert egyetlen olyan tünet sincs, melynek alapján a diagnózis biztonság-gal fellátható lenne (19).

Anyagunkban a haemoptoeval járó esetek kis számát magyarázza a rövid észlelési idő és az a tény, hogy a tüdő sajátos keringési viszonyai miatt még a túlélte emboliák esetén sem alakul ki minden esetben infarctus (22, 44), és mint tudjuk, a haemoptoe a pulmonalis infarctusnak és nem az emboliának a tünete. A röntgentünetek közül csak az infarctust, pneumoniát, pleuritist értékeltük. Nem vettük figyelembe az indirect röntgenjeleket:

A P. E.-ban meghalt betegek megoszlása
alapbetegség szerint

Alapbetegség	Esetszám	%
Cardialis decompensatio és arteriosclerosis	78	45,9
Varicositas és thrombophlebitis	26	15,3
Diabetes	26	15,3
Tumor	26	15,3
Műtét — Trauma — Szülés	10	5,9
Haematologiai megbetegedés	2	1,2
Anticoncipiens szedés	2	1,2

a transparentia-fokozódást, a pulmonalis törzsek tágulatát, a pulmonalis ív elődomborodását, a rekeszkupola megemelkedését és a sávszerű atelectasiákat (2, 28, 44). Az EKG vizsgálatkor csak a McGinn—White-syndromát, a jobb kamrai strain jeleit és a rhythmus-zavarokat értékeltük (9, 20, 27, 29, 33, 42). A statisztikából kitűnik, hogy az EKG az esetek kis részében nyújt diagnosztikus segítséget. Az EKG elváltozás nincs arányban a kórkép súlyosságával, sokszor hiányozhat is, mivel legfőbb jellemzője, hogy átmeneti jellegű.

A p. e. diagnosisa nehéz. A megbetegedések számának növekedése a modern diagnosztikus eljárások széles körű elterjedését sürgeti. Itt az isoptop-diagnosztikára (1, 7, 35, 37) a szelektív pulmonalis angiographiára (5, 13, 14, 46), az ultrahangos eljárásra (8, 40) az oxymetriás vizsgálatra (45) és a phlebographiára (23) gondolunk. Tekintettel arra, hogy ezek és az újabb therapiás lehetőségek mint a fibrinolysis (4, 17, 36) vagy főtörzses elzáródása esetén a sebészi megoldás (9, 30, 33) a legtöbb helyen nehezen hozzáférhető, egyetlen járható út a p. e.-k számának és mortalitásának csökkentésére a prophylaxis. A tartós anticoagulans kezelés, a thrombocytáagglutinációt gátló dextran (21), a kis dosisú Heparin adagolása (38) és a p. e. megelőzését szolgáló modern sebészi eljárások (26) mellett több gondot kellene fordítani a tartósan fekvő betegek aktív és passzív mozgására, a műtét utáni korai mobilizációra, a műtét és narcosis idejének csökkentésére, nem utolsósorban az alsó végtag vénás betegségeinek idejében történő felismerésére és kezelésére.

Összefoglalás: A szerzők osztályuk 8 éves pulmonalis embolizációs beteganyagát ismertetik. Az irodalmi adatokkal egybehangzóan megállapítják a pulmonalis emboliák számának növekedését. Osztályuk anyagában a fel nem ismert esetek száma megközelíti az 50%-ot. Szükségesnek tartják a modern diagnosztikus eljárások szélesebb körben való elterjedését, bár a pulmonalis embolia mortalitásának csökkentésére napjainkban is a megelőzés látszik a legcélravezetőbbnek.

IRODALOM: 1. *Atkins, P., Hawkins, L. A.*: Lancet. 1965, 4, 1216. — 2. *Barrit, D. W., Jordan, S. C.*: Lancet. 1961, 1, 729. — 3. *Bóna E.*: Orvosképzés. 1964, 39, 30. — 4. *Bugár-Mészáros K., Cservény M.*: Orv. Hetil. 1967, 38, 2079. — 5. *Chrispin, A. R. és mtsai*: Brit. J. Radiol. 1963, 36, 705. — 6. *Conn, W. W.*: Surg. Clin. N. Amer. 1962, 41, 1343. — 7. *Doering, P., Lopez, B.*: Dtsch. med. Wschr. 1967, 92, 239. — 8. *Evans, D. S., Cockett, F. B.*: Brit. Med. J. 1969, 2, 802. — 9. *Farádi L., Szabó Z.*: Orv. Hetil. 1951, 52, 183. — 10. *Fountain, R.*: Surgery. 1957, 41, 6. — 11. *Gordon-Watson, C.*: Practitioner. 1922, 108, 381. — 12. *Goerham, L. W.*: Arch. Int. Med. 1961, 8, 108. — 13. *Goodwin, J. F. és mtsai*: Brit. Med. J. 1963, 774, 5322. — 14. *Hildner, F. J., Ormond, R. S.*: JAMA. 1967, 202, 567. — 15. *Illig, H.*: Münch. Med. Wschr. 1968, 110, 656. — 16. *Israel, H. L., Goldstein, F.*: Ann. Int. Med. 1957, 47, 202. — 17. *Jeancke, J.*: Anticoagulation therapie und Fibrinolyse. Stuttgart. Thieme, 1971. — 18. *Juhász J., Gyenes G.*: Orv. Hetil. 1959, 100, 1755. — 19. *Kenedi I.*: Orvostudomány aktuális problémái. 1973, 2, 53. — 20. *Kenedi I., Simon L.*: Magyar Belorv. Arch. 1966, 4, 194. — 21. *Kiss L. és mtsai*: Orv. Hetil. 1970, 111, 2239. — 22. *Kozma D.*: Tuberk. és tüdőbetegs.

1969, 22, 267. — 23. Krause-Silverblatt, H.: AMA. Arch. Int. Med. 1955, 6, 19. — 24. Lenegere, J. és mtsai: Presse Med. 1951, 59, 177. — 25. Major L.: Tuberk. és tüdőbetegs. 1970, 23, 238. — 26. Miles, R. M.: Ann. of Surg. 1966, 163, 192. — 27. Mauer F. és mtsai: Magy. Seb. 1970, 23, 358. — 28. Morawetz, F.: Radiol. Austriaca. 1967, 17, 179. — 29. Nagy M.: Zalaegerszegi Kórház Évkönyv. 1971, 121. — 30. Nissen, R.: Schweiz. Med. Wschr. 1959, 89, 45. — 31. Parker, N. B., Smidth, R. J.: Amer. J. Med. 1958, 24, 402. — 32. Prochnow F.: Thrombosis és embolia. Bp. Egyet. Ny. 1937. — 33. Réthly E., Jancsó M.: Győr-Sopron megyei Kórház Évkönyv. 1966. 477. — 34. Romhányi Gy.

Orvosképzés. 1972, 6, 24. — 35. Sasahara, A. A.: Amer. Cardiol. 1967, 20, 10. — 36. Sas V., Sas G.: Orvosképzés. 1973, 48, 93. — 37. Secker Walker, R. H.: Brit. Med. J. 1968, 5, 206. — 38. Sharnoff, J. G.: Bull. N. Y. Acad. Med. 1973, 49, 655. — 39. Short, D. S.: Quart. J. Med. 1951, 20, 223. — 40. Soloff, L. A. és mtsai: Am. Heart J. 1967, 74, 710. — 41. Strukow, A. I., Wasiliewa, M. N.: Chirurgia. 1958, 34, 86. — 42. Tóth J.: Orv. Hetil. 1972, 113, 1612. — 43. Towbin, A.: JAMA. 1954, 156, 209. — 44. Westermarck, N.: Acta Radiol. 1938, 19, 357. — 45. Wilhelmsen, A.: Acta Med. Scand. 1972, 6, 565. — 46. Williams, J. R. és mtsai: JAMA. 1963, 184, 473. — 47. Wood, P.: Brit. Heart J. 1958, 20, 557.

DECARIS

Anthelminthicum

1 tabletta 150 mg, illetve 50 mg levamisol-ot tartalmaz. Bénítja az orsóféreg, a fonálféreg garatizomzatát, ezáltal a paraziták képtelenek a bélnyálkahártyába kapaszkodni és erőltlenül, a természetes bélmozgással kisodródni a bélsatornából.

JAVALLATOK: Ascariasis horogféreg-fertőzések.

ELLENJAVALLAT: Ez ideig nem ismeretes. Egyetlen alkalommal felnőtteknek 150 mg, gyermekeknek 50 mg/20 kg-testsúly javasolt a tablettát este bevenni.

FIGYELMEZTETÉS: Lipophil anyagoknak Decaris-sal együtt adása kerülendő. Alkalmazásakor és utána legalább 24 óráig szeszes ital nem fogyasztható.

CSOMAGOLÁS: 2 db 50 mg-os tabletta 6,- Ft
1 db 150 mg-os tabletta 6,70 Ft

MEGJEGYZÉS: Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.



Kőbányai

Gyógyszerárugyár

Budapest X.



Fővárosi Tanács V. B. Visegrádi Kórháza,
Országos Haematológiai és Vértranszfúziós Intézet,
Országos Ideg és Elmegyógyászati Intézet

A HB_s-antigen vizsgálatok epidemiologiai és hygiénés jelentősége

Gáldi Zoltán dr., Hun Nándor dr.,
Köszeghy Zsuzsanna dr., Penke Zsuzsanna dr.,
Nagy Éva dr., Fejér Artúr dr.
és Vámos Géza dr.

Ismert, hogy *Blumberg* 1965-ben ismeretlen antitestet talált egy haemophiliás beteg savójában, aki előtte sokszor kapott transfúziót (4, 5, 6). Az antitest fehérjetartalmú része reakcióba lépett egy ausztráliai őslakos serumával. Ezekután nagy és kiterjedt szűrések alapján az Au antigen pozitívitás előfordulását az egészséges lakosság körében földrajzilag változóknak találták. Közép-Európában 0,6–1% közt ingadozik (4, 5, 6, 26).

Prince és *Blumberg* (32, 33) kutatásai nyomán derült ki, hogy az Au antigen szoros kapcsolatban van a fertőző májgyulladásal és ezért HAA-nak (Hepatitis Associated Antigen) nevezték el. Annyi biztos, hogy az elmúlt 9 év alatt a közlemények egész sora igyekezett tisztázni a kérdést, amit a változó nomenklatura is igazol. Az EVSZ részéről javasolt HB-Ag elnevezés helyett újabban HB_s-Ag antigenről beszélnek, amely szerint a reakciót a vírus belsejét körülvevő tok váltaná ki (8). Valóban, elsősorban SH-ban (63%) fordul elő a legnagyobb gyakorisággal, de az orális vírusos hepatitis fertőzések esetében is 20%-ban találták meg. Érzékenyebb technikával ez az arány növekedik. Így *Szécsey* és *mtsai* SH-ban 90%-ban és *infectiosus* hepatitisben 35%-ban mutatták ki a HAA-antigen jelenlétét (35).

A HB_s-Ag és a hepatitis közötti kapcsolatot számos tény támasztja alá (8): 1. morphologiailag elektronmikroszkóppal hasonlóságot találtak a HB_s-Ag-t agglutináló antitestek között. 2. Májbiopsiával igazolták fluorescens vizsgálatok folyamán, hogy a HB_s-Ag a vírusos hepatitises betegek májában halmozódik fel. 3. *Barker* és *mtsai* (1) kimutatták, hogy a HB_s-Ag antitesteket hoz létre a szervezetben és bizonyos latentia után a HB_s-Ag átvihető más receptor-egyénekbe, tehát a kapó

személyben reprodukálódik. 4. A HB_s-Ag jelenléte azt mutatja, hogy az infectív agens a szervezetben van. *Barker* és *mtsai*, *Nielsen* és *mtsai*, nálunk *Telegdy* és *Hollós*, valamint *Pár* és *mtsai* kimutatták, hogy a HB_s-Ag legtöbbször chr. hepatitisben persistál és ilyenkor a máj-laesiót is bizonyítani lehet (3, 23, 27, 28, 36).

Epidemiologiai vizsgálataink *munkahipotézise* a következő volt: ha a HB_s-Ag valóban a hepatitis vírusával függ össze, akkor előfordulási aránya a különböző emberi csoportokban is összefügg a vírusos hepatitis fertőzésnek kitett expozíció valószínűségével. Nálunk *Novák*, *Köszeghy* és *Penke* véradók szűrése során 1973-ban a HB_s-Ag pozitívitás előfordulását 0,62%-ban észlelték (26). Nyilvánvaló, hogy ez az arány valószínűleg nagyobb olyanokon, akik a hepatitis és elsősorban annak B vírusával kerülnek gyakrabban kapcsolatba.

Különböző közismert, hogy a hepatitis epidemica előfordulása és a hygiénés viszonyok között, beleértve a iatrogen ártalmakat is, párhuzam van. Minél rosszabbak ezek a körülmények, annál gyakoribb a hepatitis előfordulása is (háborúk, munkatáborok stb.). A hygiénés viszonyok nemcsak az objektív körülményektől függenek, hanem az egyes csoportokat képező személyek hygiénés magatartásától is, amit előzetes, psychiatriai osztályokon végzett szűréseink is igazolnak (12, 13, 14).

Valóban, *Sutnick* és *mtsai* (34) 1968-ban 244. nagy elmegyógyintézetben ápoló Down-kóros beteg vizsgálatokor a HB_s-Ag-t 29%-ban, tehát az esetek kb. egyharmadában találták pozitívnak. Ezzel szemben a kis intézetekben vagy otthonokban élő Down-kóros betegekben az előfordulási arány

HB_s-antigen előfordulása különböző körülmények között élő csoportokban

I. táblázat

Csoportok	Vizsgált egyének száma	HB _s -antigen +		Viszonyítás a norm. lakossághoz
		absolut	%	
egészséges kontroll véradók.....	289	2	0,69	1:1*
gastro-enterologiai osztályok.....	1000	11	1,1	1:1,7
idült alkoholisták.....	250	7	2,80	1:4
felvételes elmeosztályok	108	4	3,70	1:6
idült elmeosztályok....	181	27	14,91	1:22
idült elme tbc. osztályok.....	168	19	11,30	1:18
elmeosztályok hepatitis járvány alatt.....	117	20	17,00	1:25
Összesen:.....	2113	90	—	—

* Megfelel *Novák*, *Penke*, *Köszeghy* (OVSZ) 37 402 véradó (0,62% HB_s-Ag+) — 1973. I. félév

Sor-szám	Név	Kor, nem	HB _s -potencialis expositio			Májkárosodás			Egyéb
			kórház	műtét	transfusio	máj-nagyság	fehérjék	SGPT	
1.	Sch. E.	58 nő	többször	többször	többször	2 h.u.	dysprot.	62 E	ápolónővér
2.	K. F.	68 ffi	többször	többször	többször	3 h. u.	dysprot.	33 E	diabetes
3.	B. I.	74 ffi	többször	többször	többször	1 h.u.	dysprot.	16 E	—
4.	K. Gy.	44 nő	többször	többször	többször	1 h.u.	dysprot.	28 E	—
5.	K. I.	34 ffi	többször	többször	többször	3 h.u.	dysprot.	231 E	acut hepatitis
6.	M. I.	65 ffi	többször	többször	többször	3 h.u.	dysprot.	124 E	aethylismus, cirrhosis
7.	Sz. G.	23 ffi	egyszer	egyszer	többször	1 h.u.	dysprot.	—	aethylismus
8.	M. Gy.	68 nő	többször	egyszer	többször	1 h.u.	dysprot.	88 E	—
9.	F. I.	54 ffi	többször	többször	többször	1 h.u.	dysprot.	92 E	aethylismus
10.	K. M.	21 nő	igen	egyszer	nem	elérhető	dysprot.	20 E	injectio
11.	S.	44 ffi	többször	többször	többször	2 h.u.	dysprot.	75 E	hepatitis (1963).

sokkal kisebb volt. Nálunk *Bajtai* és *Ambrus* 7–14%-ban észleltek trisomiában chr. HB_s-Ag-aemiát (1).

Hasonlóan leírtak magasabb antigen pozitívást börtönök lakóiban, hippikben (20), legújában Svájcban kábítószereket intravenásan használó fiatalokban a HB_s-Ag 16,4%-ban fordult elő (15).

Az expozíció és a HB_s-Ag előfordulása közötti gyakoriságot azonban éppen a transfúziók és egyéb hosszan alkalmazott parenterális therapiák bizonyítják. Haemophiliásokban az antigenaemia 25–39% között ingadozik, mert éppen a VIII. és IX. faktort tartalmazó készítmények viszik át a hepatitiszt (10, 30, 37). Szív-műtéteken átesettekben *Prince* és *mtsai* szerint a HB_s-Ag 15,3%-ban mutatható ki. Szintén magas előfordulási arányt észleltek a műveseállomások betegeiben.

HB_s-Ag hepatitis járványok alatt elmeosztályokon 3. táblázat

Osztály	Betegek száma	HB _s -Ag +		Manifest hepatitis	Latens hepatitis
		abs.	%		
felnőttek	77	13	17,0	4	4
járványrészege	30	11	36,6	4	3
gyermek	40	7	17,5	9	—
Összesen:	117	20	17,01	13	4

Vizsgálati anyag

1972. III. 1. és 1974. X. 1. között összesen 2113 egyént vizsgáltunk meg HB_s-Ag szempontjából, akik a hepatitis vírussal szembeni expozíciót tekintve 7 csoportba voltak oszthatók:

1. egészséges véradók, akik megfeleltek a normál lakosságnak (289);
2. gastro-enterologiai osztályokon ápoló 1000 beteg (gyomor-bél tractus, máj és epeutak idült megbetegedései);
3. idült alkoholisták, akik alkoholelvonó osztályon mint bentfekvő betegek részesültek gyógykezelésben (250);
4. felvételes elmeosztályok betegei, akiknek kórházi tartózkodása nem haladta meg a fél évet (108);
5. idült elmeosztályok betegei, akik már több mint fél éve állottak megszokás nélkül kórházi ápolás alatt (181);
6. elme-tbc osztályok idült betegei (168), akik a neuroleptikumok mellett antituberkulotikus kezelésben is részesültek;
7. két elmeosztály betegei, ahol hepatitis járvány zajlott le (117).

Vizsgálati módszer

Az összes vérmintát *Pesendorf*, *Kranssniczky* és *Wewelka* immunelfo eljárásával (29), *Novák*, *Kőszeghy* és *Penke* (25) módosításával vizsgáltuk. Az értékelés módszere és feltételei ugyanazok voltak. Tekintettel a nagyszámú pszichiatriai esetre, megjegyezzük, hogy a neuroleptikumok okozta ún. „hamis” HB_s-Ag pozitívítást csak a Latex-reakciók adják, de az általunk alkalmazott immunelfo módszer nem.

Vizsgálati eredmények

Az 1. táblázatból látható, hogy:

1. Az egészséges véradó kontrollok között a HB_s-Ag előfordulása 0,69% volt, tehát megfelelt a hazai normál lakosságnak;

2. A gastroenterológiai osztályokon ez az arány valamivel nagyobb, 1,06% (1 : 1,7), annak ellenére, hogy az 1000 beteg között igen nagyszámú idült máj- és epeút-megbetegedés szerepelt a távoli vagy a közvetlen kórelőzményben.

3. Az idült alkoholisták között a HB_s-Ag előfordulása 1 : 4, amit részben a kritikátlan életvezetéssel, részben az alkohol okozta májkárosodás miatti csökkentett ellenállással lehet megmagyarázni.

4. A felvételes elmeosztályok betegei az ún. „forgóajtón” keresztül már többször állottak zártosztályi kezelés alatt. Ezek az osztályokon a túlzásfűlés (100% feletti ágykihasználás) és a kritikátlan magatartás magyarázza, hogy a HB_s-Ag előfordulása miért hatszor nagyobb (1 : 6), mint a normál kontrollokban.

5. Az idült elmeosztályokon, illetve idült tbc-s pszichiatriai betegeket ápoló osztályokon, mindez még fokozottabban érvényesül és így a HB_s-Ag előfordulási aránya 1 : 22, ill. 1 : 18.

6. Hogy mindez logikai összhangban van, igazolható a hetedik csoporttal, amikor két elmeosztályon hepatitis járvány zajlott le, nevezetesen a 117 beteg közül 16 manifest hepatitisszel. Ezen a két osztályon a HB_s-Ag előfordulási aránya 17,08 százalékos volt, azaz 1 : 25. Méginkább kifejezettebb volt ez a különbség az egyik osztály részlegén, ahol idős idült betegeket hiányos higiénés körülmények között ápoltak, és ahol az átszűrt 30 beteg közül 11 esetben észleltünk HB_s-Ag pozitivitást, tehát az esetek egyharmadában.

Különösen érdekesnek tűnt számunkra az a tény, hogy a gastroenterológiai osztály betegei között csak 11 esetben tudtuk kimutatni a HB_s-Ag jelenlétét. Az idült persistáló HB_s-Ag pozitívítás és a máj-laesio együttes előfordulása azonban arra enged következtetni, hogy a vírus hordozás ezekben az esetekben feltételezhető. Ezt támasztja alá a 2. táblázat, amelyben összefoglaltuk a 11 HB_s-Ag pozitív beteg legfontosabb adatait. Látható, hogy a betegek számtalanszor ki voltak téve a HB_s-Ag fertőzés lehetőségének. Mindegyikük számos kórházi felvételen, műtéten és 1 kivételével többszörös transfúzió esett át. Számos májkárosító tényező szerepel a kórelőzményükben, mint pl. idült alkoholizmus (4 eset). A fehérjereakciók és zömükben az enzimvizsgálatok kórosnak bizonyultak. Mindez igazolja azt, hogy HB_s-Ag jelenléte elsősorban chr. hepatitisre, ill. vírus hordozásra utal. A legújabb közlemények szerint glomerulonephritis chr.-ban és periarteriitis nodosában is észleltek igen gyakran HE_s-Ag pozitívítást. Az ilyen HB_s-Ag pozitív betegek glomerulusaiban és periarteritisek ereinek falaiban immunfluorescens módszerrel HB_s-Ag és HB_s-Antitest reakciókat mutattak ki, amelyeket minden valószínűség szerint a hepatitis vírusok okoznának (11, 21).

Hasonló jelenségről számolnak be a dél-afrikai bantuk glomerulonephritisével kapcsolatban is (38).

Ugyancsak érdekesnek tűnt számunkra a 2 elmeosztályon lezajlott hepatitis járvány és a HB_s-Ag előfordulása közötti kapcsolat, amelynek főbb adatait a 3. táblázatban foglaltuk össze.

Ebből két tényező emelendő ki:

a) A felnőtt elmeosztályon az igen nagy HB_s-Ag arány azon a részlegen volt a legnagyobb, és pedig 36,6% (30 : 11), ahol a körülmények a legmostohábbak voltak és ahol manifest hepatitisek fordultak elő.

b) A gyermekosztályon a 9 hepatitisben megbetegedett közül 7 eset (2 nővér és 5 gyermek) nem részesült parenteralis therapiában. Azok a nővérek betegedtek meg, akik az egyik incubációs stádiumban levő 6 éves, mentálisan rendkívül retartált, de nagyon szép kislányt az ölkében tartották, és az állandóan csókolta, nyálazta őket. Akkor nem, de azóta tudjuk, hogy a HB_s-Ag a nyállal és az ondóval is átvihető (16, 17), ami sok mindent megmagyaráz, amit eddig csak empirikusan tapasztaltunk.

Így már 1954-ben Erdélyben Hun, majd Budapesten László Barnabás észlelte, hogy fiatal házasságok között a hepatitis előfordulása gyakoribb. Akkoriban bizonyos iróniával egyikünk ezt úgy határozta meg, hogy a h. e. előfordulása fordítottan arányos a házasság fennállásának időtartamával. Ma bizonyított, hogy a szexuális partner átadhatja a HB_s-Ag-t, ez viszont meghatározza azt is, hogy a Down-kóros osztályokon miért olyan gyakori az antigenaemia. Nyilván a fertőzés a nyállal történik. Hasonlóan az elmondottak megmagyarázzák a HB_s-Ag magas előfordulási arányát az elmeosztályokon is.

Megállapíthatjuk, hogy a HB_s-Ag és a hepatitis vírusa közötti kapcsolat alapján az antigen előfordulása összefügg az egyes emberi csoportok különböző higiénés viszonyaival. Minél mostohábbak ezek, akár objektív, akár szubjektív okokból, annál nagyobb a vírusos expozíció lehetősége, és így a HB_s-Ag pozitív személyek aránya.

Az ezekből levonandó epidemiológiai és higiénés következmények adóttak. A tennivalók a HB_s-Ag pozitívítás esetében hasonlóknak kell lenniük azokhoz, amelyeket akut fertőző betegségek, ill. idült fertőző kórokozók ürítése alkalmával szoktunk megtenni, figyelembe véve a HB_s-vírus eddig ismert sajátosságait.

Összefoglalás. A szerzők abból indulnak ki, hogy a HB_s-Ag előfordulása összefügg a hepatitis B fertőzésnek kitett expozíció valószínűségével. Ennek igazolására 7 csoportot, összesen 2113 egyént szűrtek át immunelfo-eljárással, akiknek subjektív és objektív higiénés körülményei különbözőek voltak.

Eredményeik: 1. 289 véradó közül HB_s-Ag pozitív 0,69%; 2. 1000 chronikus gastroenterológiai beteg közül HB_s-Ag pozitív 1,1% (1 : 4) és a 11 pozitív esetben a fokozott expozíció, valamint a máj-laesio bizonyítható volt; 3. 250 idült alkoholistán a HB_s-Ag 2,8%, tehát 4-szer gyakoribb; 4. felvételes elmeosztályok 108 betegén a HB_s-Ag 3,7% (1 : 6); 5. idült elmeosztályok 181 és idült elme-tbc osztály 168 betege közt a HB_s-Ag 14,92%, ill. 11,3% volt, azaz 22-szer, ill. 18-szor gyakoribb; 6. 2 elmeosztályon hepatitis járvány alatt a 117 beteg közt 17%-os volt az antigenaemia, tehát 25-ször gyakoribb, mint a normál lakosságban.

IRODALOM: 1. *Bajtai A., Ambrus M.*: Orv. Hetil. 1972, 113, 735. — 2. *Barker, L.*: JAMA. 1970, 211, 1509. — 3. *Barker, L., Murray, R.*: JAMA. 1970, 216, 1971. — 4. *Blumberg, B. és mtsai*: JAMA. 1965, 191, 541. — 5. *Blumberg, B.*: New Engl. J. Med. 1970, 283, 341. — 6. *Blumberg, B. és mtsai*: Ann. Int. med. 1967, 66, 924. — 7. *Brsoska, W. és mtsai*: Lancet. 1974, II, 476. — 8. *Bütler, R.*: Schw. med. Wschr. 1971, 101, 1641. — 9. *Bütler, R. és mtsai*: Schw. med. Wschr. 1974, 104, 1250. — 10. *Eggeling, B. és mtsai*: Schw. med. Wschr. 1974, 104, 1250. — 11. *Editorial*: Presse méd. 1974, 30, 1871. — 12. *Fejér A. és mtsai*: Ideggy. Szle. 1973, 26, 524. — 13. *Gáldi Z. és mtsai*: Ideggy. Nagygyűlés. 1972, IX. Bp. — 14. *Gáldi Z. és mtsai*: Tuberkulózis. 1973, 12, 553. — 15. *Gastpar, M. és mtsai*: Schw. med. Wschr. 1974, 104, 1173. — 16. *Heatheoth, J. és mtsai*: Lancet. 1974, I, 71. — 17. *Heatheoth, J.*: Lancet. 1974, II, 372. — 18. *Hun, N., Nicoara, M., Precup, A.*: Honvéderos. 1956, 9, 329. — 19. *Hun N.*: Orv. Hetil. 1966, 107, 2209. — 20. *Kliman, A. és mtsai*: New Engl. J. Med. 1971, 285, 783. — 21. *Lagrué, G. és mtsai*: Presse méd. 1974,

30, 1872. — 22. *Mullis, Ch., Grob, P.*: Schw. med. Wschr. 1974, 104, 1053. — 23. *Nielsen, J. és mtsai*: New Engl. J. Med. 1971, 285, 1157. — 24. *Nordenfelt, E., Nielsen, M.*: Europ. J. clin. biol. 1971, 16, 151. — 25. *Novák E., Kőszeghy Zs., Penke Zs.*: Transzfúzió. 1971, 5, 34. — 26. *Novák E., Kőszeghy Zs., Penke Zs.*: Hungaria Scient. instruments. 1974, 29, 37. — 27. *Pár A. és mtsai*: Orv. Hetil. 1973, 114, 973. — 28. *Pár A. és mtsai*: Jugoszláv—Magyar Belgy. Nagygyűlés. Szabadka, 1974. VI. — 29. *Pesendorfer, F., Krassnitzky, O., Wewelka, F.*: Klin. Wschr. 1970, 48, 58. — 30. *Peterson, M. és mtsai*: Vox Sang. (Basel) 1973, 24, 66. — 31. *Papavengolou, G. és mtsai*: Lancet. 1874, II, 746. — 32. *Prince, A. és mtsai*: Lancet. 1968, II, 462. — 33. *Prince, A. és mtsai*: Lancet. 1970, II, 713. — 34. *Sutnick, A. és mtsai*: Ann. Int. med. 1971, 75, 35. — 35. *Szécsey G. és mtsai*: Orv. Hetil. 1972, 113, 2024. — 36. *Telegdy L., Hollós I.*: Orv. Hetil. 1974, 115, 163. — 37. *Vergani, C., Marassini*: Haemophilia. 1971, 391. — 38. *Vos, G. és mtsai*: Afr. med. J. 1973, 47, 911.

ORAP tabletta



ÖSSZETÉTEL

1 tabletta 1, ill. 4 mg pimosid-ot tartalmaz.

JAVALLATOK

Olyan tartós hatású neurolepticum, amely előzetes neurolepticus kezelés után a korábban téveseszmékkel, hallucinációval, beteges fantáziával küzdő betegek fenntartó kezelésére alkalmas, anélkül, hogy hypnosedatív hatást okozna.

ELLENJAVALLATOK

Extrapiramidális kórképek, depressív állapotok minden formája.

ADAGOLÁS

Naponta egyszer, 1–8 mg, individuálisan, szakorvos utasítása szerint.

MEGJEGYZÉS

Társadalombiztosítás terhére idegbeteg-gondozó intézetek, ideggyógyászati szakrendelések szabadon rendelhetik, illetőleg csak a javaslatukra (fekvőbeteg-gyógyintézeti, elme-, idegosztály javaslatára) rendelhető. Elmebetegségekből, idegbetegségekből szakorvosi képesítéssel rendelkező körzeti, üzemi stb. orvosok is szabadon rendelhetik az ellátásukba tartozó betegek részére.

CSOMAGOLÁS

50 tabletta 1 mg 13,— Ft
20 tabletta 4 mg 15,60 Ft

**Kőbányai Gyógyszerárugyár
Budapest X.**

Terhességgel társult alfa₂-globulin szint mennyiségi viszonyai vetélők szérumaiban

Than Gábor dr., Csaba Imre dr.,
Nagy Péter dr., Karg Norbert dr.
és Szabó Dénes dr.

Korábban monospecifikus antiszérumok segítségével 3 — az egészséges, nem terhesek szérumából hiányzó, vagy abban csak igen kis mennyiségben jelenlevő — úgynevezett „pregnancy protein”-ek immunológiai vizsgálatáról számoltunk be (13).

A „pregnancy protein₂”-nek nevezett terhességgel társult α_2 -globulint (10, 11) homogén formában izoláltuk (9) és nyulakban termelt monospecifikus antiszérum felhasználásával sikerült (12) az egészséges terhesek szérumának normál α_2 -globulin szintjét is meghatározni (13). Így lehetővé vált, hogy a kóros terhességekben tapasztalható terhességi α_2 -globulin mennyiségek normál szinttől való esetleges eltérését is tisztázzuk.

Egészséges terhesek specifikus α_2 -szérumoglobulinját Bayer (1) és Beckman (4) is más immun-eljárással vizsgálták ugyan, de tiszta antigén standard hiányában e fehérjék kvantitatív viszonyainak pontos meghatározására nem kerülhetett sor.

Munkánkban vetélések kapcsán végzett vizsgálataink tapasztalatairól kívánunk beszámolni. A mennyiségi viszonyok ismerete a vetélések hátterében feltételezett immunológiai problémákat, illetve a terhességi α_2 -globulin esetleges patognomikus jelentőségét tisztázhatják.

Anyag és módszer

1. Vizsgálati anyag:

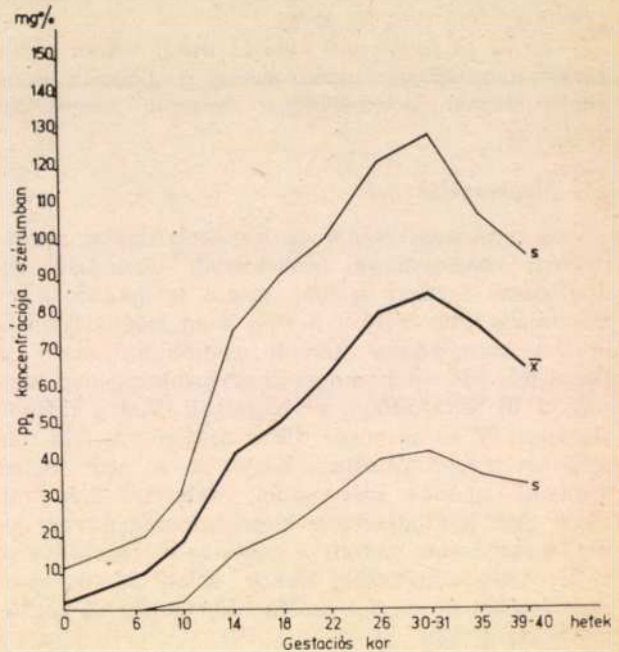
77, vetéléssel kezelt beteg 80 szérummintáját dolgoztuk fel. A vérvétel után centrifugálással nyert savókat $-20\text{ }^\circ\text{C}$ -on tároltuk a vizsgálat elvégzéséig.

1. 1. 20 missed abortion esetén a terhesség evacuatiója napján vettük a vérmintákat. Az amenorrhoea időtartama 8—26 hét között váltakozott. Valamennyi esetben már negatív biológiai reakcióval kerültek felvételre.

1. 2. 42 beteg vérvétele a 8—24. gestációs héten, a terhesség spontán megszakadásának, illetve az abortus befejezésének időpontjában történt. 3 esetben a terhesség megszakadása előtt 2—3 nappal a konzervatív kezelés alatt is vizsgáltuk a szérumokat. Mind a 42 esetben a lepények morfológiai elváltozásait is figyelemmel kísértük, ezért sorozatmetszeteket készítettünk.

1. 3. 15 különböző gestációs korú habitualis vetéléssel kezelt beteg szérumát is vizsgáltuk. E betegek anamnesisében két vagy több terhesség spontán megszakadása szerepelt, terhességmegszakítás, illetve szülés nem. 10 kiviselte terhességét, 1 elvetélt, 4 jelenleg is kezelés alatt áll.

1. 4. 425, korábban vizsgált különböző gestációs korú egészséges terhes „normál” szérumértékei szolgáltak kontrollként (1. ábra).



1. ábra. Terhességgel társult α_2 -globulin antigen $\text{mg}\%$ -ban kifejezett szérumkoncentráció-változása a terhesség folyamán egyes terhesekben

2. Terhességi α_2 -globulin antigén standard és monospecifikus antiszérum

2. 1. Az antigén standard preparálása gélszűréssel, ioncserélő chromatográfiával és preparatív polyacrylamid gél elektroforézissel történt (9).

2. 2. A monospecifikus antiszérum előállítására nyulakat immunizáltunk (12).

3. Radialis immunodiffúzió:

A terhességi α_2 -globulin kvantitatív mérésére Mancini (8) eljárását alkalmaztuk.

4. **Eredményeink matematikai értékelését** lineáris regressio segítségével végeztük.

Eredmények

A 20 missed abortion befejezésekor a műtét igazolta a diagnózis helyességét. A pete makroszkóposan is a régi elhalás jeleit mutatta. A terhességi α_2 -globulin szérumértékei egészséges terhesekéhez viszonyítva szignifikánsan különböztek. 12-ben nyomokban sem volt kimutatható, míg 8 esetben csak igen alacsony értékeket találtunk ($p < 0,05$).

A 42 incomplet abortus kapcsán a lepények hisztológiai vizsgálata 25 esetben súlyos degeneratív elváltozást mutatott, kiterjedt szöveti necrosisit észleltünk, míg 17 esetben kóros elváltozást nem találtunk. A 25 kóros lepény esetén a missed abortionhoz hasonlóan 10 szérummintában terhességi

α_2 -globulint már kimutatni nem sikerült. A matematikai analízis is a normál terhes szérumokhoz képest alacsonyabb értékeket mutatott ($0,05 < p < 0,1$). E csoport 3 betegében a vetélést megelőzően 2–3 nappal meghatározott terhességi α_2 -globulin szérumszint lényegében nem különbözött a vetélés napján megfigyelt értékektől.

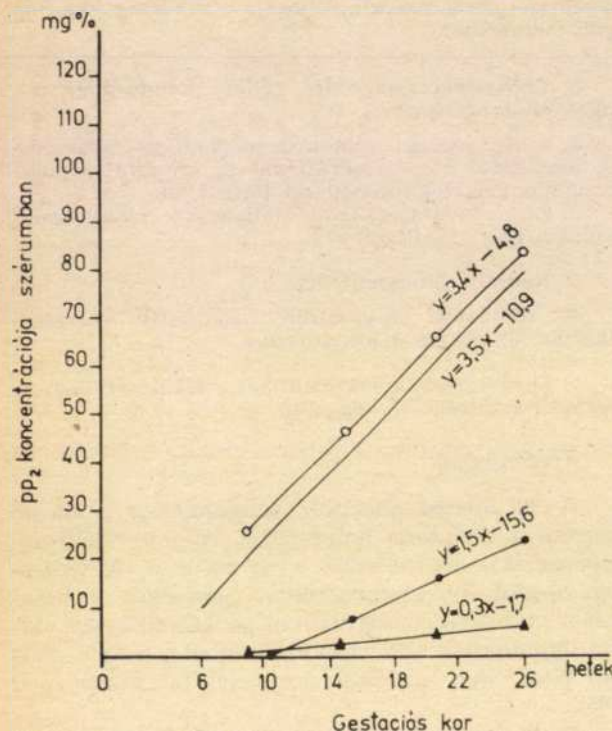
A 17 hisztológiai ép lepény esetében a terhességi α_2 -globulin szérumszint a normál értékeknek megfelelő volt (2. ábra).

Végül 15 fenyegető vetélés miatt conservative kezelt habituálisan vetélő beteg α_2 -globulin értékei a normál kontrollokhoz hasonló megoszlást mutattak.

Megbeszélés

A terhességi proteinek karakterizálása, mennyiségi viszonyainak, funkcióinak vizsgálata érdeklődésre tarthat számot, annál is inkább, mert mindmáig több nyitott kérdés még megválaszolatlan. A terhességgel társult α_2 -globulint, mely a Bohn-féle SP₃ (Schwangerschaftsprotein₃)-mal azonos (5, 6) behatóbban is vizsgáltuk. Tiszta antigén standard (9) és monospecifikus antiszérum (12) birtokában megállapítottuk, hogy ez a nem terhes kontroll egyének szérumából többnyire hiányzik, vagy csak igen alacsony koncentrációban van jelen, mennyisége viszont a gestatio előrehaladtával a 31. hétig emelkedik. Ekkor átlag 86 mg^{0/0}-os csúcserőket ér el, s a szülés időpontjáig 65 mg^{0/0}-ra csökken (13).

Bayer (2) titrációs immunoelektroforézissel



2. ábra. A szérum terhességgel társult α_2 -globulin szintje egészséges terhesekben —○—; missed abortiónál ▲—▲; incomplet abortusoknál ép lepénynél ○—○ és a lepény destruktív elváltozása mellett ●—●; Regressziós analysis

vizsgált egy általa terhességi α_2 -globulinnak nevezett fehérjét. 46 vetélő szérumának analízise kapcsán rámutatott arra, hogy kezeléssel dacoló vetélések, elhalt terhességek esetén a szérumszint jelentősen a normál értékek alatt van. Beckmann (4) Ouchterlony-tesztel szerzett — inkább kvalitatívnak nevezhető — megfigyelései is amellett szólnak, hogy a terhességi α_2 -globulin (pregnancy zone-nak nevezte) szérum antigen nemcsak ritkábban figyelhető meg vetélések kapcsán, de jelenlétekor is csak alacsony koncentrációban mutatható ki. 9–12 hetes terhességekben a szérum „pregnancy zone” hiányát rossz prognosztikai jelnek tartja.

Saját megfigyeléseink arra utalnak, hogy ép lepényszövet a gestatiós kornak megfelelő normál terhességi α_2 -globulin szint előfeltétele. Missed abortion, valamint azon incomplet vetélések esetén, ahol a mikroszkópos vizsgálattal a lepényszövet degenerációs elváltozása kimutatható, a terhességgel társult α_2 -globulin koncentrációja jelentősen a normál érték alatt van. Ugyanakkor azokban az esetekben, ahol a vetélések idején a lepény és foetus régebbi elhalása nem igazolható, a szérumszintek normál értéket mutattak. Feltehetően az ép lepény által termelt steroid hormonok — legvalószínűbb, hogy valamelyik oestrogen — mennyiségétől függ a terhességi α_2 -globulin megjelenése és mennyiségi értéke. E fehérje oestrogen dependenciája közismert (3, 7, 11). 3 esetünkben a terhességi α_2 -globulin szint a vetélést megelőző napokban is már a gestatiós kornak megfelelő értéknel alacsonyabb volt, ahol konzervatív kezelés ellenére bekövetkezett a vetélés. Bayer (2) is felhívta a figyelmet arra, hogy a pete kilökődése előtt, funkciózavarával párhuzamosan lecsökken az α_2 -globulin szint. Ezt igazolják megfigyeléseink is.

A habituális vetélőknél tapasztalt normál szérumszintek alapján úgy véljük, hogy a szokványos vetélés és a terhességi α_2 -globulin szint alakulása között a vetélést okozó immunfolyamat nem igazolható.

A vetélések kapcsán szerzett szérumvizsgálataink tapasztalatai az alábbiakban foglalhatók össze:

1. A lepény elhalása esetén már a vetélés előtt csökken a terhességi α_2 -globulin mennyisége és így ez prognosztikai értékű lehet a terhesség kimenetelét illetően. Ez azonban csak sorozatvizsgálat után értékelhető, ugyanis a normál terhességekben a vizsgált α_2 -globulin értékei individuálisan is eltérőek lehetnek. Megnehezíti az értékelést, hogy az I. trimeszterben 15^{0/0}-ban, míg a II. trimeszterben annak első felében 1–2^{0/0}-ban egészséges terhesekben is hiányozhat a szérumszint antigen.

2. A terhességi α_2 -globulin szint alacsony értéke, vagy hiánya feltehetően nem oka a vetélésnek, hanem következménye, hiszen morfológiailag ép lepény mellett normál értékeket találtunk. A fehérje valószínűen az egészséges lepény által termelt steroid-hormonok — oestrogenek — hatására szaporodik fel a vérben.

3. Habitualis vetélők esetében a terhességi α_2 -globulin mennyisége prognosztikai értékkel nem rendelkezik.

Összefoglalás. Szerzők vetélések kapcsán vizsgálták a szérumban a terhességi a_2 -globulin mennyiségi változását. Megállapítják, hogy a lepény destruktív elhalása esetén a terhességgel társult a_2 -globulin szint szignifikánsan csökkent, míg funkcionálisan intakt lepény esetén mennyiségi változást nem észleltek. E fehérje prognosztikai értékét tárgyalják.

IRODALOM: 1. Bayer, H., Kadach, D.: Zbl. Gynäk. 1970, 92, 1201. — 2. Bayer, H., Kadach, D.: Zbl. Gynäk. 1970, 92, 1264. — 3. Beckman, L., von Schoultz, B., Stigbrand, T.: Acta Obstet. Gynec. Scand. 1971, 50, 369. — 4. Beckman, G., Beckman, L., Magnusson, S.

S., von Schoultz, B.: Acta Obstet. Gynec. Scand. 1974, 53, 177. — 5. Bohn, H.: Arch. Gynäk. 1971, 210, 440. — 6. Bohn, H.: Személyes közlés levélben, 1974. — 7. Kadach, D.: Zbl. Gynäk. 1970, 92, 1321. — 8. Mancini, G., Vaerman, J. P., Carbonara, A. O., Heremans, J. G.: Proceedings of the XI. Colloquim Bruges 1963, Amsterdam, 1964. p. 370. — 9. Szabó D., Than G., Csaba I., Karg N.: Kísérletes Orvostudomány. Megjelenés alatt. — 10. Than G., Illei Gy., Cseh I.: Excerpta Med. 1973, 279, 142. (VII. World Congress of Obstetrics and Gynecology, Moscow, 1973.) — 11. Than G., Csaba I., Karg N.: Kísérletes Orvostudomány. 1974, 26, 298. — 12. Than G., Csaba I., Szabó D., Karg N., Cseh I.: Kísérletes Orvostudomány. 1974, 26, 396. — 13. Than G., Csaba I., Szabó D., Karg N., Novák P.: Kísérletes Orvostudomány. Megjelenés alatt.

Arthrofluor

kenőcs

Antirheumaticum



ÖSSZETÉTEL: 1 tubus (25 g) 0,025 g natrium fluoratumot tartalmaz hydrophyl kenőcs alanyagban.


JAVALLATOK: Degeneratív ízületi elváltozások, spondylosisok, arthrosishoz társuló arthritisek – gyulladós ízületi kórformák, posttraumás arthritisek –, valamint myalgiaák esetében therapiás kiegészítésként.

ADAGOLÁS: Naponta egy vagy több (2–3) alkalommal a fájdalmas testrészt (izület) és környékét vékonyan bekenni és a kenőcsöt bedörzsölni.
A kezelés legalább egy héten át folytatandó.

FIGYELMEZTETÉS: Kenőcsös kézzel a szemhez nyúlni nem szabad!

MEGJEGYZÉS: †† Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

CSOMAGOLÁS: 1 tubus (25 g) 6,70 Ft

Biogal 

979

PERITOL[®] szirup cyproheptadinum



PERITOL szirup a gyermekgyógyászatban!

Étvágyjavító és súlygyarapító hatású készítmény. Histamin- és serotonin-antagonista.

ÖSSZETÉTEL: Cyproheptadinum hydrochloricum anhydricum 0,04 g 100 ml szirupban.

JAVALLATOK: Különböző eredetű étvágytalanság és leromlott állapot. Allergiás betegségek kezelése.

ELLENJAVALLATOK: Oedema-készség és vizelet-retentio.

ADAGOLÁS: Csecsemőknek $\frac{1}{2}$ éves korig nem adható! Gyermeknek $\frac{1}{2}$ –2 éves kor között adása kivételesen megkísérelhető 0,4 mg/kg/die adagban. (Pl. 10 kg-os gyermeknek napi 4 mg; ezt a mennyiséget 2 kávéskanálnyi szirup tartalmazza.)

3–4 hétnél tovább azonban ne adjuk.

2–6 éves korig a kezdő adag általában napi 3×1 kk. (6 mg). Az esetben, ha ennek növelése szükséges, a pótlást este, lefekvés előtt célszerű adni. A teljes napi dosis a 8 mg-ot ne haladja meg.

6–14 éves korig a szokásos napi adag 3×1 gyk. A teljes napi dosis 16 mg-nál (étvágytalanságban 12 mg-nál több ne legyen).

MELLÉKHATÁSOK: Leggyakoribb az álmoság, mely rendszerint átmeneti jellegű és ritkán teszi szükségessé a kezelés megszakítását. Ritkábban előfordulhat szájszárazság, mentális confusio, ataxia, visualis hallucinatio, szédülés,

nausea, bőrkütiés, nyugtalanság, fejfájás. Ez utóbbiak jelentkezése esetén a gyógyszer adagolását be kell szüntetni.

FIGYELMEZTETÉS: Alkalmazása fokozott elővigyázatosságot igényel. A gyermekeket óvni kell a nagy figyelmet igénylő élénk játéktól, a közlekedési veszélyhelyzettől stb. A Peritol a fájdalomcsillapítók és az altatók hatását potenciálja, azok tehát Peritolal együtt csak csökkentett adagban adhatók.

MEGJEGYZÉS: Társadalombiztosítás terhére csakis 12 éven aluli gyermekek részére rendelhető szabadon.

CSOMAGOLÁS: 100 ml 14,70 Ft.

PERITOL tableta és szirup felnőtteknek

Tablettánként 4 mg cyproheptadinum hydrochloricum anhydricum hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK: Különböző eredetű étvágytalanság és leromlott állapot. Allergiás betegségek kezelése.

ELLENJAVALLATOK: Glaucoma, oedema-készség és vizelet-retentio esetén, továbbá terhességben ellenjavallt.

ADAGOLÁS: Tableta: szokásos kezdő adagja felnőtteknek naponta 3×1 tableta (12 mg). Ez az adag szükség szerint csökkenthető, illetve növelhető. Utóbbi esetben a napi adag nem haladhatja meg a 8 tablettát (32 mg). Chronikus urticaria kezelésére általában napi $3 \times \frac{1}{2}$ tableta (6 mg) elegendő.

Acut migraine-es roham esetén 1 tableta. Amennyiben a fejfájás nem szűnik meg, $\frac{1}{2}$ óra elteltével ismét adható 1 tableta.

A beteg 4–6 órán belül 8 mg-nál többet nem kaphat. A hatás fenntartásához naponta 3×1 tableta rendszerint elegendő.

Étvágytalanságban 3×1 tableta naponta. A kezelés kezdetekor jelentkező sedatív hatás miatt az első adagot ajánlatos az esti étkezés után bevenni.

Szirup: felnőtteknek a szokásos kezdő adag naponta 3×1 gyk. (12 mg). Ez a mennyiség szükség szerint csökkenthető, illetve növelhető. Utóbbi esetben a napi adag nem haladhatja meg a 32 mg-ot.

Chronikus urticaria kezelésére általában napi 3×1 kk. (6 mg) elegendő. Acut migraine-es roham esetén 1 gyk. Amennyiben a fejfájás nem szűnik meg, $\frac{1}{2}$ óra elteltével ismét adható 1 gyk.-al. A beteg 4–6 órán belül 8 mg-nál többet nem kaphat. A hatás fenntartásához naponta 3×1 gyk. szirup rendszerint elegendő.

Étvágytalanságban 3×1 gyk. naponta. A kezelés kezdetekor jelentkező sedatív hatás miatt az első adagot ajánlatos az esti étkezés után bevenni.

MELLÉKHATÁSOK: Lásd PERITOL szirup a gyermekgyógyászatban.

FIGYELMEZTETÉS: Alkalmazása fokozott elővigyázatosságot igényel, ezért pl. járművezetők, magasban vagy veszélyes helyen dolgozók csak az orvos által, az egyéni érzékenységre megfelelően előírt adagban szedhetik.

A Peritol a fájdalomcsillapítók és az altatók hatását potenciálja, azok Peritolal együtt csak csökkentett adagokban adhatók. Peritol-kúra alatt szeszes ital fogyasztása tilos!

MEGJEGYZÉS: A tableta társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

CSOMAGOLÁS: 20 tableta 12,30 Ft.

Egyt

Gyógyszervegyészeti Gyár, Budapest



CONTINUIN

CONTINUIN

tabletta

ÖSSZETÉTEL: Tablettánként 0,5 mg etinodioldiacetatot tartalmaz.

HATÁS: Folyamatos, megszakítás nélküli szedése az ovulációt általában nem gátolja. A fogamzásgátló hatás, amely a szedés megkezdése után 5—7 nap múlva kezdődik, főként azon alapul, hogy a cervicalis nyák fizikokémiai tulajdonságainak megváltozása miatt a spermiumok átjutása a nyakcsatornán akadályozott. A készítmény oestrogent nem tartalmaz, így mentes azoktól a mellékhatásoktól, amelyek a kombinált sequentialis fogamzásgátlók adagolása esetén az oestrogen komponens jelenlétének tulajdoníthatók (thrombo-emboliás szövődmény,

mellfeszülés, émelygés, testsúlygyarapodás).

A Continuin szoptató nőknél nem csökkenti a tejelválasztást, így laktatio alatt is adagolható.

JAVALLAT: Oralis fogamzásgátlás

ELLENJAVALLATOK: Terhesség, pubertas, májműködési zavarok, Dublin—Johnson-szindróma, Rotor-szindróma, anamnesisben szereplő idiopathikus terhességi icterus.

ADAGOLÁS: Az első tablettát bevételenek időpontja a menstruációs ciklus első napja. A továbbiakban napi 1 tablettát kell szedni folyamatosan (menstruációk idején is) azo-

nos napszakban mindaddig, amíg a fogamzásgátlás biztosítása kívánatos.


MELLÉKHATÁSOK: A nők többségénél a Continuin szedése panaszt nem okoz. Egyeseknél mellékhatásként közti vérzések következhetnek be. Ezek többnyire csak átmeneti jellegűek és nem indokolják a kúra megszakítását.

MEGJEGYZÉS: Kizárólag orvosi utasításra és rendszeres orvosi ellenőrzés mellett alkalmazható. Rendelhetőségét egészségügyi miniszteri utasítás szabályozza.

CSOMAGOLÁS:

42 tablettát 13,— Ft

GYÁRTJA: KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST

29	30	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
																	
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3
																	

Human Oltóanyagtermelő és Kutató Intézet
(igazgató: Vető Iván dr.),
Fővárosi Bőr- és Nemibeteg gondozó Intézet
(igazgató: Kovács László dr.)
Allergológiai Szakrendelés

Kevert bakteriális vakcina kezeléssel szerzett tapasztalataink allergiás bőrbetegségekben

Csizér Zoltán dr., Zsidai Lószef dr.,
Korossy Sándor dr., Lovas László*
és Vincze Erzsébet dr.

Az allergiás betegek kezelésére gyakran használt gyógyszerek (pl. széles spektrumú antibiotikumok, corticosteroidok, immunsuppressív szerek) nem kívánatos mellékhatásokat okozhatnak és ezért az utóbbi években a fajlagos „deszenzibilizáló” kezelés mind elméleti, mind gyakorlati vonatkozásai az érdeklődés előterébe kerültek. Az elméleti kutatások eredményei alapján a megfelelő fajlagos allergeneket tartalmazó vakcinák alkalmazását olyan oki therapiának tekintjük, melyben a vakcina nem fajlagos hatásai is a beteg állapotát kedvezően befolyásoló tényezőkként hatnak. A vakcina további előnye, hogy megfelelően standardizált, megbízhatóan adagolható és a kezelés veszélye csekély. Ma már számos az allergiás állapot megállapítására, illetve a vakcina kezelés eredményességének objektív megítélését szolgáló és a különböző oltóanyagok hatásosságának összehasonlítását lehetővé tevő allergológiai diagnosztikus készítményünk van.

Munkacsoportunk az elmúlt években több közleményben (1, 2) számolt be fajlagos „deszenzibilizáló” (vagy óvatosabb meghatározással „hypo-szenzibilizáló”) kezeléssel szerzett tapasztalatairól. E munka során új készítményeket állítottunk elő és a klinikai eredmények statisztikai analizésére módszereket dolgoztunk ki (3). Jelen közleményünkben kevert bakteriális vakcinákkal végzett kezeléssel allergiás betegségek olyan eseteiben nyert ered-

	Bencard	Human
Baktérium fajok	Staphylococcus aureus Staphylococcus albus Streptococcus pyogenes Diplococcus pneumoniae Neisseria catharralis Haemophilus influenzae Pseudomonas aeruginosa Klebsiella pneumoniae Escherichia coli	Staphylococcus aureus Staphylococcus albus Streptococcus pyogenes Diplococcus pneumoniae Neisseria catharralis Haemophilus influenzae Pseudomonas aeruginosa Klebsiella pneumoniae Escherichia coli
Összcsíra 10 ⁶ /ml		I erősség 40 II erősség 200 III erősség 1000
Össznitrogén mg/ml	0,06	< 0,01 — 0,01 — — 0,05
Al(OH) ₃ -gél mg/ml	—	2

ményeinkről számolunk be, melyekben a baktériumoknak a vizsgálati eredmények alapján elsődlegesen oki vagy kiváltó, illetve másodlagosan fenntartó, esetenként rosszabbító szerepe feltételezhető volt.

Anyagok és módszerek

Oltóanyagok. A kezelésre két különböző kevert bakteriális vakcinát használtunk. A betegek egyik részét Bencard-féle fajlagos deszenzibilizáló vakcinával (Beecham Research Laboratories, Brentford; „Specific Desensitising Vaccine” sec. Bencard Allergy Unit) (a továbbiakban SDV), a másik részét „Adszorbeált Deszenzibilizáló Vakcina”-val (Human Oltóanyagtermelő és Kutató Intézet, Budapest) (a továbbiakban ADV) kezeltük. Mindkét oltóanyag azonos baktériumfajok (*Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus albus*, *Streptococcus pyogenes*, *Diplococcus pneumoniae*, *Neisseria catharralis*, *Haemophilus influenzae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli*) előlt suspensióit tartalmazta, 3 különböző erősségben (1. táblázat). Az SDV csíraszámát nem ismerjük, de tudjuk, hogy a különböző erősségek között 7,5-szeres hígítási léptékbeni különbség van és a legtöbb antigént tartalmazó vakcina össznitrogén tartalma 0,06 mg/ml. Ez utóbbi érték megfelel az ADV legtöbb antigént tartalmazó tagja össznitrogén tartalmának (0,05 mg/ml). Mivel a baktérium-suspensiókban levő baktériumok számát az össznitrogén tartalommal jól jellemezhetjük, az össznitrogén tartalom alapján hasonlítottuk össze a kezelés során alkalmazott teljes antigén mennyiségeket. Az ADV adsorbensként milliliterenként 2 mg Al(OH)₃ gél tartalmazott.

Beteganyag. A két különböző kevert bakteriális vakcinával négy különböző allergodermatosisban [dermatitis atopica (DA), ekzema nummulare (EN), urticaria chronica (UC), ekzema microbicum (EM) és kontrollként erysipelas recidivansban (ER)] szenvedő, összesen 148 beteget (lásd 2. táblázat) kezeltünk. A vakcina kezelés javallatát nagy beteganyagból (mintegy 400 beteg) történő kiválasztással, az alábbi szempontok szerint állítottuk fel. 1. Kimutatható endogen fertőző góc (gégészeti, cholecysta, egyéb góc); 2. sikeres baktériumizolálás (*St. aureus*, *Str. pyogenes*, E.

* Jelenlegi munkahely: MEDIMPEX Gyógyszer-külkereskedelmi Vállalat.

Kórkép	Esetszám	Tonsillitis, sinusitis	Cholecysta góc	Pozitív tenyésztési lelet	Ic próba pozitív				Humorális ellenanyag		Kezelés		Antigén össz- mennyiség átlag/beteg		Megfigyelési idő (év)		
					Sta. aureus	Sta. albus	Str. pyogenes	Gram neg. bact.-ok	ASLQ ≧ 250	Staph. α- antitoxin 2AE	SDV	ADV	SDV* × 10 ⁶	ADV csíra	1	1 1/2	2
Dermatitis atopica	28	15	9	17	10	3	9	10	13	9	17	11	1386	603	1	7	20
Ekzema nummulare	36	14	22	16	9	4	15	14	20	11	16	20	2305	481	0	12	24
Urticaria chronica	22	9	17	0	6	2	8	8	11	3	10	12	1330	582	0	4	18
Ekzema microbicum	38	21	4	38	20	11	13	20	24	17	19	19	2209	603	2	4	32
Erysipelas recidivans	24	3	2	8	6	1	8	10	19	7	5	19	5210	718	1	4	19
Összesen	148	62	54	79	51	21	53	62	87	47	67	81	12 440	2987	4	31	113

ASLO: O-antistreptolysin

SDV: Specific Desensitizing Vaccine sec. Bencard

ADV: Adsorbeált Deszenzibilizáló Vakcina sec. Human

* Össznitrogén tartalom alapján becsült csíraszám

coli, *Ps. aeruginosa* stb.); 3. a humorális immunválasz fokozott volta; 4. pozitív intracutan próba a kitenyésztett baktériumoknak megfelelő allergenekkel. Ha valamelyik kritérium hiányzott, azt a meglévő erős foka pótolta. A pozitív leleteknek betegségenként és azon belül esetenként elsődleges oki vagy kiváltó, máskor másodlagos fenntartó vagy rosszabbító szerepet tulajdonítottunk. A kontrollként szereplő ER-ban az immunállapot javítására való törekvés vezetett bennünket. A betegek közül 80 volt nő, 68 férfi; DA-ban a nők voltak többségben (18:10), a többi kórképben közel egyenlő számban oszlottak meg. 74 beteg 16–40, 54 41–60, 20 pedig 61–75 éves volt.

A vakcina kezelés menete. Mivel a kezelésre kiválasztott betegek többsége polyvalens baktériumos sensibilizációt mutatott (2. táblázat) a „kevert” baktériális vakcina alkalmazása mellett döntöttünk. Betegeink kezelésében az irodalmi és saját tapasztalataink alapján az ún. hosszú távú immunkezelést követtük, mely lényegében két, ún. „felépítő” és „fenntartó” szakaszra osztható. Az első szakaszban, kezdetben betegeinket hetenként kétszer, majd hetenként egyszer, később kéthetenként, majd a második szakaszban havonta, végül negyedévenként egyszer oltottuk. Az ada-

gokat a helyi és az esetleges általános és a gócreakció figyelembevételével emeltük.

A betegek klinikai állapotának változását az esetek többségében (113 eset) két éven át figyeltük és öt szempont alapján ítéltük meg: a) romló klinikai állapot; b) lényegében változatlan kórlefordulás; c) hullámzó állapot; d) fokozatosan csökkenő objektív tünetek és szubjektív panaszok; e) tartós tünetmentesség. Eredményesnek tekintettük a vakcina kezelést, ha a beteg időegységenként (fél, egy, másfél, két év) a d) és e) csoportba volt sorolható.

A humorális immunválasz vizsgálata. A kezelés során a betegektől az oltások megkezdése előtt, majd negyedévenként vett savómintákban 7 különböző ellenanyag mennyiségét határoztuk meg. 1242 savómintából összesen 8694 ellenanyag-meghatározást végeztünk az alábbi módszerekkel. Az antistreptolysin O (ASLO), antistreptokinase (ASK) és staphylococcus α-antitoxin (SAAT) meghatározásokat a Human Oltóanyagtermelő és Kutató Intézet által előállított reagensekkel a használati utasításnak megfelelően végeztük el. Emelkedettnek 250 E feletti ASLO és ASK, illetve 2 AE feletti SAAT értékeket tekintettünk. A savómintákban az *E. coli* 026 és 055 haemagglutininek

A klinikai kép alakulása kórképenként

3. táblázat

Kórkép	0 év			1/2 év			1 év			1 1/2 év			2 év			P
	összes	a+b+c	d+e	összes	a+b+c	d+e	összes	a+b+c	d+e	összes	a+b+c	d+e	összes	a+b+c	d+e	
Dermatitis atopica	28	28	0	28	26	2	28	25	3	27	23	4	20	17	3	< 0,001
Ekzema nummulare	36	36	0	36	24	12	36	22	14	36	20	16	24	13	11	< 0,001
Urticaria chronica	22	22	0	22	12	10	22	12	10	22	9	13	18	7	11	< 0,001
Ekzema microbicum	38	35	3	38	18	20	38	14	24	36	13	23	32	13	19	< 0,001
Erysipelas recidivans	24	6	18	24	3	21	24	5	19	23	3	20	19	4	15	n. sz.

a: romló klinikai állapot

b: lényegében változatlan kórlefordulás

c: hullámzó állapot

d: fokozatosan csökkenő tünetek és panaszok

e: tartós tünetmentesség

Kórkép	ASLO ≥250 E	ASK ≥250 E	Staph.a antitoxin ≥2AE	Pseudomonas (aggl. titer) ≥1 : 100	Proteus (aggl. titer) ≥1 : 100
Dermatitis atopica	↑		↑	↑	SDV
Ekzema nummulare	↑			↑ SDV	SDV ADV
Urticaria chronica	↑			↑ SDV	SDV
Ekzema microbicum	↑ ADV		↑	↑ ADV	SDV
Erysipelas recidivans	↑ SDV	↑	↑	↑	

↑ normál érték felett ($p < 0,05$) kezelés kezdetekor

↓ kezelés során csökkenő értékek ($p < 0,05$)

Az intracutan próbák erősségének változása

5. táblázat

Allergen	Keze- lés kez- detén pozitív	Csök- kent, nega- tív vá- vált	Válto- zatlan	Nőtt	Kialakult új pozitivitás	P
Sta. aureus	51	32	16	3	7	<0,001
Sta. albus	21	18	2	1	0	<0,001
Str. pyogenes	53	34	16	3	1	<0,001
Gram negatív baktériumok	62	30	31	1	8	<0,001

mennyiségét passzív haemagglutinációval Takátsy-
lemezen, a *Ps. aeruginosa* és *Proteus vulgaris*, *Pro-
teus mirabilis*) agglutininek mennyiségét cső-aggluti-
nációval határoztuk meg. Ezekben a vizsgálatokban
saját termelésű antigéneket használtunk. Az ellen-
anyag szintet 1/100-as titer felett tekintettük emelke-
dettnek.

A celluláris immunállapot vizsgálata. A kezelés
során a betegek celluláris immunállapotának alakulá-
sát negyedévenként végzett allergiás bőrpróbák segít-
ségével vizsgáltuk. Az SDV-vel kezelt betegeken a
bőrpróbákat Bencard-féle baktérium csoportallerge-
nekkel (F_1 , F_2 , F_4 , F_5), az ADV-vel kezelt betegeken
pedig „Baktérium Allergén Sorozat”-tal (Human Oltó-
anyagtermelő és Kutató Intézet) végeztük. Összesen
1017 bőrpróbát végeztünk. Az egyedi allergénekkel ka-
pott pozitív bőrreakciók, az azonnali és késői típusú
reakciók száma valamennyi betegcsoportban 10
alatt volt, így erre vonatkozó statisztikai analízist nem
végeztünk.

Statisztikai analízis. Vizsgálati adatainkat egy
kísérleti átlag statisztikai próbájával (Student-féle
t-próba), contingencya vizsgálatokkal (χ^2 -próba) és fac-
toranalízissel elemeztük.

Egyéb gyógyszerelés. A beteg a vakcina kezelés
mellett, főként a kezelés „felépítő” szakában a kivizs-
gálás során talált kóros elváltozások megszüntetésére,
ill. tüneti kezelésére egyéb gyógyszert is kaptak, pl.
célzott antibioticum lökést, a belsőszervi elváltozások-
nak (gastritis, cholecystitis) megfelelő belgyógyászati
gyógyszereket, a heveny tünetek gyors leküzdésére rö-
vid ideig antihistaminokat, és ill. vagy Oradexont, a
helyi tünetek kezelésére jellegük szerint antimikrobás
szereket, corticosteroidokat, ill. bőrápoló szereket.

Eredmények

A 3. táblázaton a kezelés során a klinikai álla-
potban félévenként bekövetkező változás szám-
szerű adatait tüntettük fel. Az EM és UC csoport-
ban féléves kezelés után kb. a betegek fele már
tartósan tünetmentessé vált, vagy tüneteik foko-
zatosan csökkentek. Ezen időpont után a tünet-
mentesek aránya lassabban emelkedik. Az EN ese-
tek mintegy egyharmada vált fél év után tünet-
mentessé, két év után ez az arány kb. 45%-ra
emelkedett. A DA csoportban két év után csak az
esetek egy töredéke (kb. 15%) volt tartósan tünet-
és panaszmentes. Az ER csoportban a visszaesés
az egész kezelés alatt 13–22%-nyi volt. Az SDV
és ADV therapiás hatékonysága között az egyes
betegcsoportokban szignifikáns eltérés nem volt,
ezért a 3. táblázatban az eredményeket összevon-
tan tüntettük fel.

Mindkét vakcina esetében betegségenként össze-
hasonlítottuk a kezelés során alkalmazott antigén
összmenyiségét. Mind az öt betegcsoportban a tar-
tós tünetmentesség betegenként az ADV-ből kevesebb
antigénrel volt elérhető, mint SDV felhasználása ese-
tén. Az EN, EM és ER csoportokban ez a különbség
szignifikáns (lásd 2. táblázat). A különbséget az
 $Al(OH)_3$ gel jó adjuválo hatásának tulajdonítjuk. A
táblázatból az is látható, hogy a kötetlen SDV hasz-
nálata esetében az egyes betegcsoportokban alkalm-
mazott antigén összmenyisége között igen jelentős
volt a különbség. Különösen szembetűnő, hogy ER
esetében — mivel allergiás shock veszélyével nem kel-
lett számolni — milyen nagy antigén-mennyiségeket
adhattunk. Az allergodermatosisok csoportjaiban az
antigén mennyiségének növelését a kötetlen oltóanyag
gyors felszívódása és reaktivitása korlátozza. Az ad-
sorbeált vakcinával való kezelés során a bejuttatott
antigén összmenyiségek közötti különbség betegsé-
csoportonként lényegesen kisebb, mivel feltehetően az
adsorbens felületéről az antigén lassan szívódik fel.

A betegek humoralis immunállapotát a keze-
lés során 7 különböző *in vitro* antigén-ellenanyag
reakcióval vizsgáltuk. A DA csoportban 232, az EN

csoportban 294, az UC csoportban 190, az EM csoportban 324 és az ER csoportban 202 egyedi savómintában határoztuk meg az ellenanyagok mennyiségét. A 4. táblázatban tüntettük fel a kezelés kezdetekor kapott és a normális érték feletti átlagértékeket. Adataink újból igazolják, hogy az ASLO értékek gyakrabban magasabbak, mint az ASK értékek. Ez részben annak tulajdonítható, hogy a streptococcus törzsek között több termel O streptolysint mint streptokinaset, de utal arra is, hogy az ASLO titráláskor több tényező okozhat nem fajlagos pozitivitást, azaz az ASK meghatározás az ASLO-nál fajlagosabb (4, 5). EM betegek elsődleges börgócából, feltételezhetően kóroki szereppel, DA esetek bõrjelenségeiből valószínűleg másodlagos fertőzésként a *Str. pyogenes* a kezelés megkezdésekor számos esetben sikerült kitenyészteni. EN és UC betegek tonsilla exprimatumból sikerült gyakran a tenyésztés. Az ER csoportban emelkedett ASK titer jól jelzi a streptococcusok kóroki jelentőségét. A SAAT titer az EM, ER és DA csoportokban szignifikánsan magasabb volt a normális értéknél. A bõrjelenségekből izolált *St. aureus* EM-ban kóroki, ER-ban társ-, DA-ban másodlagos fertőzésként szerepelhetett. A két *E. coli* törzs elleni haemagglutininnal az ún. természetes ellenanyagok szintjét vizsgáltuk, amely nem emelkedett, ezért a táblázatban külön nem tüntettük fel. A cholecysto-cholangiographiás lelet, valamint a duodenum nedvből gyakran izolált *E. coli* alapján gondoltunk a humoralis ellenanyag szint emelkedésének lehetőségére s ezért vizsgáltuk. Érdekes adatunk, hogy a kezelés kezdete előtt valamennyi betegcsoportban szignifikánsan emelkedett a pseudomonas agglutininek mennyisége, holott a különböző testnedvekből ilyen törzset ritkán sikerült izolálnunk. A proteus agglutininek szintje nem változott. Az SDV és ADV kezelés hatására bekövetkező ellenanyag szint-változást külön értékeltük (4. táblázat). Az ellenanyagok mennyiségének növekedését egyetlen csoportban sem észleltük. Az EM csoportban ADV kezelésre, ER csoportban SDV immunizálásra szignifikánsan csökkent az ASLO titer. Mindkét esetben az ASLO mennyisége az összes savóminta értékeit figyelembe véve a normális érték felett volt. Az emelkedett pseudomonas agglutinin titer az EN, UC betegségekben SDV, EM csoportban ADV kezelésre szignifikánsan csökkent. A proteus agglutininek mennyisége nem volt magasabb, mint a normális érték, de a kezelés során mind a négy allergodermitis csoportban SDV kezelésre, EN-ban ADV-re is szignifikánsan csökkent. Az ASK, a SAAT, az *E. coli* 026 és 055 haemagglutininek mennyisége sem az SDV, sem az ADV kezelés során nem változott.

A betegek *cellularis immunállapotában* a kezelés során bekövetkező változást allergiás bõrpróbákkal ellenőriztük. Értékelés szempontjából mind az SDV-vel, mind az ADV-vel kezelt betegeken 4 csoportallergennel (*St. aureus*, *St. albus*, *Str. pyogenes*, Gram negatív baktériumok) nyert eredményeket emeltük ki, mert a többi allergennel végzett bõrpróba csupán elenyésző százalékban volt pozitív. Az 5. táblázatban tüntettük fel a ke-

zelés során a bõrreakciók erősségében bekövetkező változást. A pozitív bõrreakciók 60,9⁰/₀-a csökkent (elsősorban a késői típusú reakció), 34,8⁰/₀-a változatlan maradt, 4,3⁰/₀-a fokozódott és 8,6⁰/₀-ban új allergia keletkezett. Az átlagnál erősebben (85,7⁰/₀) csökkent a *St. albus*, kevésbé (48,4⁰/₀) a Gram negatív baktériumok pozitivitása. A pozitív bõrreakciók csökkenése szignifikáns (5. táblázat). Új sensibilizáló allergeneként Gram negatív baktériumokat és *St. aureus* találtunk. Kórképenkénti megoszlásban a pozitív bõrreakciók száma kevés, de az ER kivételével a bõrreakciók csökkenése kórképenként is szignifikáns. A két vakcina között ebben a tekintetben különbség nem volt.

Megbeszélés

Vizsgálataink szerint a bakteriális vakcina *klinikai hatékonysága* a várakozásnak megfelelő volt. A beteganyagot úgy választottuk ki, hogy a bakteriális sensibilizációnak valamilyen szerepét nagy valószínűséggel feltételezhettük. Az EM és UC esetek 65, illetve 61⁰/₀-a tartósan tünetmentessé vált, tehát a kórlefolysis igazolta a sensibilizáció bakteriális eredetét. EN eseteiben természetesen a bakteriális sensibilizáció mellett egyéb, együttesen vagy elsődlegesen sensibilizáló (inhalációs, táplálék, gomba stb.) antigéneknek is szerepe lehet. Ennek tulajdonítjuk, hogy a kezelt eseteknek csak fele vált fokozatosan tünetmentessé. Feltételezhető, hogy ezen esetek pathogenesisében döntő volt a bakteriális sensibilizáció. DA-ban minden beteg sensibilizálva volt inhalációs, ezenkívül esetenként gomba- és táplálék-allergenekkel szemben is; ezért a vakcinától nem is vártunk teljes sikert, csupán a másodlagos fertőzésnek az alaptergés tüneteinek elősegítő szerepét kívántuk megelőzni. Ilyen szerepre utalt a tünetek fellobbanása idején kitegyezhető pathogen baktériumok megjelenése. Ennek leküzdésére vagy megelőzésére a vakcina kezelés alkalmasnak látszik. ER-ban két év után is előfordul az esetek mintegy egynegyedében visszaesés, ezért a betegség pathogenesise további vizsgálatot igényel. A klinikai hatékonyság a DA kivételével a többi kezelt allergodermatosisban fél év után már kétségtelenül megállapítható, majd a tünetmentesek aránya lassan tovább fokozódik. A visszaesés megelőzésére a tartósan tünetmentes szak elérése után a vakcina kezelés folytatása fenntartó formában (havonta, majd negyedévenként emlékeztető oltások) 2—3 évig célszerűnek látszik.

Mind az öt vizsgált betegségben az Al(OH)₃ gel adjuvanst tartalmazó *adsorbeált oltóanyagból kevesebb* (EN-ben, EM-ben és ER-ben szignifikánsan kevesebb) antigénre volt szükség, mint a kötetlen vakcinából. Az aktív hatású oltóanyagokkal szerzett tapasztalatokból régóta ismert (6), hogy az alumínium tartalmú adsorbensekhez kötött vakcinák hatására keletkező immunválasz jobb és tartósabb, mint a kötetlen (nem adsorbeált) vakcinák hatására létrejövő. Adataink arra utalnak, hogy a vakcinakezelés legalábbis ebben a vonatkozásban nem más, mint „aktív immuntherapia”. Eredményeink alapján tehát az adsorbeált vakcina

használata előnyösebbnek látszik a kötetlen oltóanyagnál.

A kezelés során figyelemmel kísértük különböző *humorális ellenanyagok mennyiségének* alakulását is. Az ASLO titer az EM és ER csoportokban csökkent, ami megerősíti a kezelés hatékonyságát. A betegek klinikai állapotának javulásával az EM, UC és EN csoportokban a pseudomonas agglutininek titere szintén csökkent. Az égési sérülések gyógyulása után is az emelkedett pseudomonas titerek a normális értékekre térnek vissza (7). A proteus agglutininek kezelés alatti csökkenését nem tudjuk értelmezni. A vakcina kezelés során az általunk vizsgáltak közül egyetlen keringő ellenanyag szintje sem növekedett, de csökkenésük sem látszik törvényszerűnek.

Paradox jelenségnek tűnik, hogy nagy mennyiségű antigen bevitele ellenére egyes ellenanyagok mennyisége csökken. Ez a jelenség feltételezésünk szerint úgy értelmezhető, hogy a klinikai állapot javulásával párhuzamosan a baktériumok szervezetbe való bejutásának lehetősége csökken és ezáltal összességében véve az antigen-inger is egyre kisebb lesz. Magyarázható viszont a jelenség szerzett immuntoleranciával is. Ismert, hogy nagy adagban (pl. polysaccharidák) vagy ismételt (pl. fehérjék) bevitt kis antigen-mennyiségek az immunológiailag kompetens állat szervezetében immuntoleranciát hoznak létre és ez, szemben a természetesen létrejövő toleranciával, csak addig tart, amíg az antigen a szervezetben marad. Talán ezért van szükség a kezelés során az emlékeztető oltásokra.

A kezelés alatt a *bőrreakciók erőssége* csökkent (fokozatos „deszibilizálódás”?). A reakciók erősségének csökkenését, esetleges eltűnését kedvező prognosztikus jelnek tekintjük, bár egybevetve a klinikai kép alakulását és a bőrpróba eredményét, a párhuzam nem szükségszerű; létezik tartós klinikai tünetmentes állapot pozitív bőrpróba mellett („hyposzenzibilizált állapot”?), de ennek fordítottja is — bár sokkal ritkábban — (a pozitív bőrpróba nem relevans a pathogenesisben, csupán manifest vagy latens kísérő sensibilisatio jele volt?) előfordul.

Befejezésül utalni kívánunk még a vakcina-kezelés során szokásos *óvatossági rendszabályok*

(a beteg oltás után 20 percig figyelendő, a kezdő adagot egyénileg kell megállapítani, az esetleges helyi reakció az adag óvatos emelésére int stb.) betartására. Mellékhatásként helyi reakció (erythema, duzzanat, fájdalom) mind SDV, mind ADV esetében főként a kezelés első heteiben betegek egyötödében fordult elő (esetenként ugyanazon személyen többször is). Gócreakciót betegek 8 százalékában, generalizált szóródást csupán 3%-ban észleltünk. Anaphylaxiás shock nem fordult elő. Ezek alapján a bakteriális vakcina kezelést járó betegeken is alkalmazhatónak véljük.

Összefoglalás. A szerzők 124 olyan allergodermatosisban szenvedő beteget, akik betegségének pathogenesisében a baktériumoknak oki, fenntartó, vagy kiváltó szerep volt tulajdonítható, kétféle, kötetlen és $Al(OH)_3$ gelhez adszorbeált kevert bakteriális vakcinával kezelték. A kezelés hatására két év után ekzema microbicumban, urticaria chronicában, ekzema nummulariban és dermatitis atopiában szenvedő betegek 65, 61, 45, 15%-a tartósan tünetmentessé vált. Kontrollként erysipelas recidivans csoport (24 beteg) szerepelt. Utóbbiak 78 százaléka maradt visszaesésmentes. A tartós tünetmentesség eléréséhez az adszorbeált vakcinából össz mennyiségben kevesebb antigénre volt szükség. A bakteriumallergenekkel végzett intracutan próbák 60,9%-ban csökkentek vagy negatívvá váltak. Az oltások helyi reakciót a betegek egyötödében, gócreakciót 8, generalizált szóródást 3%-ban okoztak.

Köszönetet mondunk *Joó István dr.-nak*, a Human Intézet tudományos vezetőjének tanácsaiért és *Nagy Mihályné* asszisztensnek technikai segítségéért.

IRODALOM: 1. *Korossy S. és mtsai:* Orv. Hetil. 1972, 113, 2579. — 2. *Korossy S. és mtsai:* Derm. Mschr. 1973, 159, 110. — 3. *Juhász P. V. és mtsai:* Ann. Immunol. Hung. 1972, 16, 211. — 4. *Böszörményi J.:* Acta Microbiol. Acad. Sci. Hung. 1965, 12, 157. — 5. *Böszörményi J., Baranyai P.:* Acta Microbiol. Acad. Sci. Hung. 1965, 12, 163. — 6. *Aprile, M. A., Wardlaw, A. C.:* Canad. J. Pbl. Hlth. 1966, 57, 343. — 7. *Sachs, A.:* Progr. Immunobiol. Standard. Karger, Basel, 1972, 5, 428.

Megyei Kórház, Tatabánya,
 II. Belgyógyászat (főorvos: Brenner Ferenc dr.) és
 Kórbonctani Osztály (mb. főorvos: Kindler Miklós dr.)

Extragenitalis chorionepithelioma malignum férfibetegen

Brenner Ferenc dr., Presser Tibor dr.
 és Kindler Miklós dr.

Az extragenitalis malignus chorionepithelioma nőkben is a ritka daganatok közé sorolható. A nem gestatiós eredetű ektopiás choriocarcinoma előfordulása a még nagyobb ritkaságok közé tartozik (8, 10). A heredaganatok között a chorionepithelioma 0,5–1%-os gyakorisággal szerepel (1, 2, 4). A hazai irodalomban férfibetegen diagnosztizált extragenitalis choriocarcinomának (továbbiakban chcc.) mindössze két esete ismeretes (6, 7). Az alábbiakban férfibetegen észlelt retroperitonealis kiindulású malignus chorionepithelioma esetéről számolunk be.

Esetismertetés

P. J., 21 éves férfibeteget 1973. november 23-án vettük fel osztályunkra. Anamnesisében hónapok óta fennálló bizonytalan jellegű derékfájdalmak szerepelnek, amelyek felvétele előtt 3 héttel erősödtek és a beteget ágyba kényszerítették. Ezenkívül fogyás, testi gyengeség, időnkénti lázas állapot képezték még panaszatát. Felvételi statusában a bal oldali sacroiliacalis Mennel-jelen kívül egyéb eltérés nincs.

Labor. leleteiből a következőket említjük meg: We.: 40 mm/ó, vvs.: 3,9 M, hgb.: 13,2 g%, MCH: 35 γγ, fvs.: 11 600, qualit.: St.: 7, Seg.: 80, Mo.: 3, Ly.: 10%. Vizelet: ubg. enyhén fokozott. Májfunctiós próbák negatívak.

A mellkas rtg-felvételein mindkét tüdőben számos kölesnyi-cseresznyemagnyi, helyenként összefolyó, puha góccárnyék látható, amely mind a röntgenológus, mind a pulmonológus véleménye szerint elsősorban tumor-metastasisnak felel meg. A primaer tumor kimutatására irányuló vizsgálatok (gyomor-bél rtg, irrigoscopia, rectosigmoideoscopia, cholecystographia, urographia, csontfelvételek stb.) negatív eredményt adtak.

A kialakuló anaemia, lymphopenia, az intermitáló láz, az általános állapot gyors romlása és a fájdalom lokalizációja alapján retroperitonealis régióból kiinduló metastatizáló sarcomatosis, ezen belül Hodgkin-sarcoma gyanúja merül fel. Ezen meg gondolás



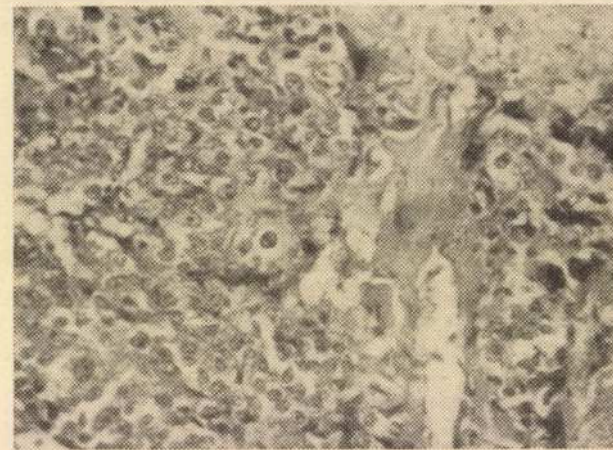
1. ábra.
 A primaer tumor széli részének szöveti képe a jól elkülöníthető kétféle sejttípussal (40-es száraz objekt.)

alapján Endoxan kezelést vezetünk be, amelyből a beteg összmennyiségben 7200 mg-ot kap. A további kórlefolyás során a lázas állapot persistál, a tüdőknél látható kerekárnyékok száma és nagysága növekszik. Fizikális vizsgálattal gyorsan progrediáló hepatomegalia észlelhető: a máj tenyérnyivel haladja meg a bordaívét, felszíne durván egyenetlen.

Miután a további kórlefolyás a kezdetben feltételezett Hodgkin-sarcomát nem látszott igazolni, a primaer tumor tisztázása céljából 1974. január 2-án diagnosztikus laparotomiát végeztetünk (Széchy M. dr.). A műtét alkalmával a jelentősen megnagyobbodott máj felszínén forintnyi-diónyi szürkéssárga, a felszínből enyhén kiemelkedő tumoros képletek láthatók. Az excidatumban macroscoposan is kiterjedt elhalások figyelhetők meg. Szövettanilag az anyag nagy részét eosinophil necrosis képezi. A necrotikus területben elszórtan található részben magányos, részben csoportos tumorsejtek az atypia számos jelével. A kiterjedt necrosisok miatt a tumor histológiai tipizálása nem lehetséges. Mivel a primaer tumor eredetét a diagnosztikus laparotomia és biopsia sem tisztázta, további lehetőségek irányába kutatunk. Bár a herék tapintási lelete mindvégig normális, elvégeztetjük a gravimmun-testet, amely ismételtelen erősen pozitív: a semiquantitatív vizsgálatok a vizelet 1:2000–1:10 000-es hígításáig pozitív eredményt adnak.

A cachektizálódó beteg észlelésünk 82. napján fokozódó respirációs insufficiencia tüneteivel exitál.

A boncolás során mindkét tüdőben nagyszámú borsónyi-diónyi daganatos képlet látható, amelyek he-



2. ábra.
 A vese-metastasis szöveti képe (10-es száraz objektív)

lyenként a hörgők ürterébe törnek és azokat öntvény-szerűen kitöltik. A tumor állománya törékeny, morzsalékony, metszlapján számos necrosis és vérzés látható. A tüdőkapuk és a mediastinum nyirokcsomóiban hasonló tumoros infiltratio látható. A máj 4800 gramm, állományában számos, részben necrotikus daganatos göb látható. Hasonló borsónyi daganatos csomók láthatók mindkét vese állományában is. A retroperitoneumban a hasi aorta és vena cava inferior mentén férfikölnyi lapos, tumoros képlet helyezkedik el, amely a vena cava inferiorba betörve, abban daganatos thrombus képez. A paraortikus nyirokcsomók megnagyobbodtak, daganatosan infiltráltak, egymással összekapaszkodtak. Mindkét emlő mirigyállománya a normálisnál tömegesebb. A herék és a dűlmirigy macroscoposan feltűnőbb eltérést nem mutatnak.

Szöveti vizsgálat: a főér menti retroperitoneális daganatban kiterjedt necrosisok és vérzések láthatók, amelyeknek széli részén jól felismerhető a choriális hám szerkezetére utaló alapszövet. A tumor nagyjából Langhans-féle sejtekből épül fel, amelyek között syncytialis sejtek, ill. ezek rendkívül bizarr, atypiai formái is megtalálhatók. Helyenként nagy visszeres öblök láthatók, a daganatszövetnek azonban külön stromája nincs. Egy-egy látótérben boholy-stomára emlékeztető, nyákos küllemű szövetrészeket is megfigyelhetők (1. ábra). A különböző szervek metastasisai lényegében hasonló szöveti képet mutatnak (2. ábra). Az agyalapi mirigy állománya vizenyős, mérsékelten duzzadt, benne a „terhességi sejtek” megsaporodtak. A here szöveti képén interstitialis vizenyő mellett a Leydig-sejtek hyperplasiája és a csírahám dystrophiája látható. A spermiogenesis eltűnt. Az emlőkben mirigy-hyperplasia észlelhető.

Megbeszélés

Az extragenitalis chcc. élőben való diagnózisa — különösen férfibetegén — elsősorban azért nehéz, mert nem gondolunk rá. Esetünkben a májból vett biopsiás anyag histológiai vizsgálata a kiterjedt necrosisok miatt csak a malignoma tényének bizonyítására szorítkozhatott, a tumor jellegét azonban egyértelműen megítélni nem lehetett. A gravimmun-test ismételt erős pozitívitasát is figyelembe véve, a következő három alternatíva merült fel: 1. testisből kiinduló, de manifest lokális elváltozást még nem okozó chcc.; 2. extragenitalis chcc.; 3. nem trophoblast eredetű malignus tumor, pl. primaer máj-carcinoma ectopiás hormonképzéssel, latens paraneoplasticus endocrinopathiával.

A kérdést végérvényesen a post mortem histológiai vizsgálatok döntötték el, amelyek alapján az extragenitalis chcc. fennállása bizonyítást nyert. A chcc. elsődlegesen extragenitalis eredetét élőben kétséget kizáróan bizonyítani rendkívül nehéz. A heréből kiinduló primaer tumor ugyanis igen korán metastatisálhat, még mielőtt fizikális vizsgálattal hozzáférhető lenne. Az első panaszok és tünetek gyakran már a kialakult metastasisokból származnak (13, 14, 15). Előfordul, hogy a testisből kiinduló chcc. csak mikroszkópos nagyságú vagy spontán regrediál és a metastasisok idejében már csak jelentéktelen pigmentált heg található a helyén. Ilyen megfigyelések alapján többen hangsú-

lyozzák, hogy a chcc. extragonadalis eredetét csak mindkét here sorozatmetszéses szövettani vizsgálata után lehet igazolni (6, 9, 12).

Az extragenitalis chcc. leggyakoribb lokalizációja a mediastinum (3, 11). Ezt követi gyakoriság sorrendjében a retroperitoneum. Az extragenitalis chcc.-k 25—30%-a indul ki innen (5). Esetünkben a daganat retroperitonealis elhelyezkedése magyarázza a betegség kezdeti tüneteit: a lumbagónak, ill. discopathiának vélt deréktáji fájdalmakat.

A diagnózis felállításában komoly segítséget jelent a choriogonadotropin kimutatása a vizeletben, amelynek legegyszerűbb és bárhol elvégezhető formája a gravimmun-test. Chcc.-ban általában igen erősen fokozott choriogonadotropin-ürítéssel találkozunk, ezért a reakciót érdemes kvantitatív formában, a vizelet hígítási sorozatával is elvégezni. A choriogonadotropin-ürítés korai jel, jóval a tumor klinikai manifestációja előtt kimutatható (9). Esetünkben a gravimmun-test korábbi elvégzése már a tumor első jeleinél, azaz felvételtkor felvethette volna a chcc. lehetőségét. Ezen megfontolások alapján célszerűnek látszik minden tisztázatlan eredetű tumor vagy annak gyanúja esetén a choriogonadotropin-ürítést is meghatározni, figyelembe véve azt a tényt, hogy negatív eredmény nem zárja ki feltétlenül a chcc. fennállását.

Az extragenitalis chcc. therapiás kilátásai lényegesen kedvezőtlenebbek, mint a gestatiós eredetűeké. Míg utóbbiakban a methotrexat az inoperabilis esetek egy részében is hatásos, az extragonadalis chcc. többnyire a polychemotherapiával szemben is resistens. Esetünk a cyclophosphamid therapia hatástalanságához szolgált adalékként.

Összefoglalás. A szerzők férfibetegén észlelt retroperitoneumból kiinduló extragenitalis chcc. esetét ismertetik. Tárgyalják az in vivo diagnózis nehézségeit. Javasolják a gravimmun-test kvantitatív formában való elvégzését minden tisztázatlan eredetű tumor vagy annak gyanúja esetén.

IRODALOM: 1. Balogh F., Mátyus E.: Magy. Sebész. 1955, 8, 253. — 2. Boer F.: Orv. Hetil. 1916, 60, 119. — 3. Bolsakov, L. L.: Archiv Patologii (Moszkva) 1969, 31, 77. — 4. Dixon, F. J., More, R. A.: Cancer. 1953, 6, 427. — 5. Fine, G., Smith, R. W., Pachter, M. R.: Am. J. Med. 1962, 32, 776. — 6. Gyetvai Gy., Egedy S., Pálos Á. L., Ruttkai P.: Orv. Hetil. 1971, 112, 2098. — 7. Hartai A., Szatmári É., Fáber K., Mészáros I.: Orv. Hetil. 1974, 115, 869. — 8. Juhász J., Schuler D.: Orv. Hetil. 1960, 101, 23. — 9. Klein, H. J., Oerkermann, H., Castrup, H. J., Eder, M.: Med. Welt. 1967, 52, 3189. — 10. Lehoczy T., Csornai M.: Orv. Hetil. 1951, 95, 813. — 11. Prusty, S., Bhayana, J. N., Nayak, N. C., Singh, F. S., Singhal, V. S., Sharma, S. R., Goel, P. P.: Dis. Chest. 1969, 56, 543. — 12. Prym, P.: Virchow's Arch. f. path. Anat. 1927, 265, 239. — 13. Saliba, N. S., Sawyer, K. C., Hall, W. W., Sawyer, R. B., Proctor, H. M., Shand, J. A.: Amer. J. Surg. 1966, 112, 764. — 14. Utz, D. C., Buscemi, M. F.: J. Urol. 1971, 105, 271. — 15. Vieritz, H. D.: Zentralbl. Chir. 1970, 95, 263.

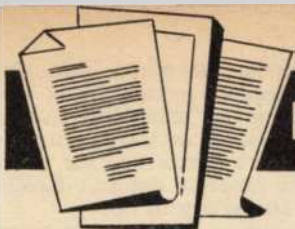
Köszöntés

Magas kitiüntetésben részesült a magyar nyomdaüzemek egyik legöregebbje, az Athenaeum. A felszabadulás 30. évfordulója alkalmából elnyerte a

Munka Vörös Zászló Érdemrendet

Hét évvel ezelőtt a nagy hagyományú kulturális intézményeknek kijáró tisztelettel köszöntötte az ország az Athenaeumot századik születésnapján. Örömmel állt a köszöntők sorába lapunk szerkesztősége is, hiszen ez a nyomda, amely korábban kiadóvállalat is volt, a magyar egyetemes művelődésügy jelentős tényezője, e mellett sok évtized óta, hétről hétre gépein állítják elő az Orvosi Hetilapot. (Az Athenaeum elődje – mint ahogy annak idején a centenáriumon erről megemlékeztek – id. Emich Gusztáv híres „nemzeti könyvkereskedése és nyomdája”, a reformkori szellemi felbuzdulás és az 1848-as márciusi események egyik fókuszja volt.) A most rendezett ünnepségen, a kitiüntetés átadásakor ugyancsak történelmi előzményekre – a közelmúlt történelmi eseményeire – emlékeztetett Soproni Béla vezérigazgató, amikor elmondotta, hogy az Athenaeum bocsátotta útjára 1945 január végén a felszabadított Pest első magyar nyelvű napilapját, az Új Szót. Az első, szabad gondolatot hirdető, a romokon új életet szervező újság igen mostoha körülmények közt, fűtés és villamos energia híján, gyertyák fénye mellett készült. Három évtized alatt a gyertyák fényétől, a kézzel mozgatott sajtótól hatalmas utat tett meg a nyomda, a korszerű fényszedésig és a modern tipográfia büszkeségéig, a rotációs színes mélynyomásig. Soproni Béla elmondotta azt is, hogy 1948-ban egymillió könyv hagyta el az Athenaeumot, most havonta készül ugyanennyi, emellett 12 millió újságpéldány, nem beszélve a folyóiratokról, amelyek példányszáma ugyanezen idő alatt megtízszereződött. Ez utóbbiak, a folyóiratok sorában érte el tartalomban, terjedelemben, kiállításban fejlettségének mai fokát hetilapunk, az ország egyetlen központi orvosi orgánuma. E fejlődésben jelen van az Athenaeum dolgozóinak áldozatkész, odaadó közreműködése, a lapunkkal foglalkozó nyomdászok munkája, akiket a sokrétű teendőikben; a szedésben, korrigálásban, tördelésben, az esztétikailag is mind tetszetősebb tipográfiai külső megteremtésében a kulturális érdeklődés mellett az Orvosi Hetilap nemes céljaival való azonosulás is lelkesít. Szeretettel köszöntjük őket a felszabadulás 30. évfordulóján kapott magas kitiüntetés alkalmából. Hisszük és reméljük, hogy a szerkesztőség és nyomda baráti együttműködése, mely közös munkánkat mindeddig jellemezte, folytatódik és fejlődik a jövőben is és további eredmények biztosítója és forrása lesz.

A szerkesztőség



BESZÁMOLÓK, JEGYZŐKÖNYVEK

Az Egészségügyi Világszervezet epidemiológiai és egészségügyi statisztikai tanfolyama (Bratislava, 1974. szept. 5—dec. 14.).

Az Egészségügyi Világszervezet Európai Regionális Irodája szervezésében a Pozsonyi Orvos- és Gyógyszerésztovábbképző Intézet epidemiológiai tanszékén tanfolyamon vettem részt az epidemiológia és az orvos-egészségügyi statisztika tárgyköréből. A tanfolyam résztvevői a szocialista országokból — Bulgáriából, Csehszlovákiából, Mongóliából, az NDK-ból, Romániából, a Szovjetunióból és Magyarországról — kerültek ki; számukra az Egészségügyi Világszervezet biztosította az ösztöndíjat. A lengyel résztvevők nemzeti ösztöndíjjal kerültek a tanfolyamra.

A Csehszlovák Szocialista Köztársaságban, Pozsonyban, az említett tanfolyamnak már évtizedes hagyománya van. Jelentős előadógárda áll rendelkezésünkre más országokból is; ezeknek az előadókak egy része a WHO alkalmazásában áll. A terjedelmes időszakban számos intézmény látogatására van lehetőség, készséggel tesznek eleget az egyéni tudományos érdeklődés kielégítésének, mód van az egészségügy legkülönbözőbb területein dolgozó orvosokkal való széleskörű megbeszélésekre, az egyes szocialista országokból származó, a tanfolyamon résztvevő orvosok és matematikusok pedig betekintést nyújtanak egymás számára a saját országukban e téren folyó munkálatokba. Az előadások, a konzultációk és a viták nyelve orosz.

A tanfolyam kezdetén a Szlovák Szocialista Köztársaság egészségügyi miniszterhelyettese a Cariton szállóban fogadást rendezett tiszteltünk, amely igen barátságos légkörben zajlott le, s már itt lehetőség nyílt arra, hogy — saját munkakörünkön túlmenően — eszmecsere folytassunk néhány általánosabb jellegű problémákról is.

Dr. Cervenka docens, a tanfolyam igazgatója a tanfolyamot bevezető előadásában vázolta a csehszlovák egészségügyi szervezeti felépítését és főbb mutatóit. A későbbiek során erre vonatkozóan Prágában értékes kiegészítő anyagot is kaptunk.

Az előadások jelentős része a matematikai statisztikával foglalkozott. Az előadók — dr. Jirasek (Pozsony) és dr. Svandova (Prága) — megismertettek bennünket a statisztikai elemzések fogalmaival és matematikai módszereivel: a statisztikai sokaság jellemzésével, a különféle eloszlásokkal, a statisztikai hipotézisek vizsgálatával, a paraméterek értékelésével, a minta-

vizsgálatok módszertanával, a korrelációs analízissel és a regressziószámítással stb., a gyakorlati foglalkozásokon pedig példákon ezeken az epidemiológiában történő alkalmazásával foglalkoztunk. Úgy gondolom, célszerűbb lett volna a matematikai fejtegetéseket valamivel csökkenteni és egyszerűsíteni, ugyanakkor pedig a gyakorlatban történő felhasználásával többet foglalkozni. A tanfolyam matematikus résztvevőinek ui. a matematikai képletek levezetése eddig is ismert lehetett, az orvosok pedig oly mélységben, amilyenben kapták, nem igényelték ezt az anyagot, igényelték volna viszont az alkalmazási lehetőségekre vonatkozó részletesebb ismereteket.

A demográfiáról és az egészségügyi statisztikáról, így egyebek között a kórházi dokumentációvezetésről dr. Omelcsuk (Gradec Králove, Megyei Kórház szervezési-módszertani osztálya) tartott kitűnő előadássorozatot. Úgy szintén figyelemre méltó előadást tartott e témáról Szlucsanko professzornő is (Moszkva).

Az előadások legnagyobb része epidemiológiai jellegű volt. Dr. Cervenka docens jól felépített, rendszerezett előadásai főleg az epidemiológia és számítástechnika általános fogalmaival és módszereivel foglalkoztak. Hasonló jellegű előadásokat tartott Pecszenka professzor is (Prága, Orvostovábbképző Intézet). A gyakorlati foglalkozások dr. Egnerovának, dr. Mruskovicovának és dr. Fedorovának (Pozsonyi Orvos- és Gyógyszerésztovábbképző Intézet epidemiológiai tanszék) az irányítása alatt folytak.

Közismert, hogy ma már az epidemiológia fogalomkörébe tartoznak a nem fertőző betegségek is. Ennek megfelelően előadások hangzottak el a PCP, a hypertonia-betegség, az ischaemiás szívbetegségek stb. epidemiológiájáról. Kostrewsky professzor igen érdekes beszámolót tartott az idült hörghurut gyakoriságának felmérése terén Lengyelországban végzett epidemiológiai kutatásokról. Nagy érdeklődést váltott ki Widimsky docens (Prága) előadása a szív-érrendszeri betegségek területén Csehszlovákiában végzett epidemiológiai vizsgálatokról Brzezinsky professzor (Koppenhága, WHO) a nem fertőző betegségek epidemiológiai vizsgálatának helyzetéről tartott átfogó előadást, melyben vázolta, milyen előrehaladást ért el ezen a területen az egyes európai országok. Kiemelkedő szinten tartotta előadásait Ahmeteli szovjet professzor (Genf, WHO), aki a nem fertőző betegségek epidemiológiai problémáival foglalkozott. Szlucsanko

professzorasszony az általános morbiditás vizsgálatának módszertanáról és a lakosság egészségi állapotának komplex értékeléséről, Baubine pedig az ischaemiás szívbetegségek epidemiológiájáról tartott figyelemre méltó előadást, majd ugyancsak ő részletesen beszámolt a Kaunasban végzett felmérések szervezési kérdéseiről.

Az előadások másik része a számítástechnikának és az epidemiológiai vizsgálatoknak az egészségügyben történő alkalmazásával foglalkozott. Ezek közül kiemelkedő volt Brzezinsky előadása az epidemiológiai módszerek alkalmazásáról az egészségügyi tervezésben, Golanj (Ostrava) beszámolója a számítógépek alkalmazásáról a területi (megyei) egészségügyi központban, valamint Mixl (Ostrava) tájékoztatója a számítástechnika felhasználásának problémáiról az egészségügyben. Hasonlóképpen figyelemre méltó volt dr. Skrinjár (Genf, WHO) előadása az egészségügyi tervezés és irányítás információs rendszeréről, valamint Golanj előadása a poliklinika automatizált irányításának problémáiról. Előadások hangzottak el továbbá a betegellátás és a fehérenemű gazdálkodás információs rendszeréről is (dr. Cech, dr. Buhojanova, dr. Szlabigondova; Ostrava). A legjobb előadások közé tartozott dr. Zsigany (Moszkva) előadássorozata az operációkutatásról, a rendszeranalízisről, a kibernetika elveinek alkalmazásáról, valamint dr. Cerkovnij (Moszkva, Szovjetunió Egészségügyi Minisztériumának statisztikai osztálya) előadásai az egészségügy információs rendszeréről.

Természetesen nem törekedhetünk az előadások és az előadók nagy száma miatt valamennyi előadás felsorolására, csupán a legértékesebbeket emeltem ki. Az előadások zöme megfelelt a várakozásnak és kielégítette valamennyiünk igényét. Néhány előadás színvonala azonban meglehetősen alacsony volt, ami egyebek között azzal hozható összefüggésbe, hogy az előadók — különösen a Cseh Szocialista Köztársaságban — nem sajátították el az orosz nyelvet oly mértékben, amilyen mértékben erre szükség van egy előadás megtartásához. Célszerű lett volna továbbá valamennyi előadás rövid kivonatának a hallgatók számára nyomtatott formában történő kiadása, de ezt éppen főleg azok az előadók mulasztották el, akiknek orosz szókincse egyébként is nagyon szegényes volt.

Miként említettem, alkalmunk volt számos intézet meglátogatására is. Pozsonyban a Krameren levő kórház-poliklinikai egységben tanulmányoztuk a dokumentációvezetést, megtekintettük a röntgen és a reanimációs osztályt. A dokumentációvezetés korszerűnek látszik. A röntgen-részleg egyaránt kiszolgálja a kórházat és a poliklinikát. A személyi ellátottság itt: 7 orvos, 27 asszisztens és 3 takarító. A

filmarchívum korszerű alapokra történő helyezése éppen akkor volt folyamatban; ehhez megszerezték a szükséges berendezéseket. A röntgen-osztályon rendszeresen végeznek bronchológiai és angiológiai vizsgálatokat. Röntgen műszerezettségüket közepesnek találtam. Egyébként az intézet építészeti leg is megfelel a kórház-poliklinikai egység követelményeinek.

Ugyancsak itt, a kórház-poliklinika szomszédságában, megtekintettük az Orvosi Bionikai Intézetet is, ahol az automatizált irányítási rendszert, valamint az információ-átvitel és -tárolás korszerű módjait tanulmányoztuk. Automatizált irányítási rendszerük felöleli a kórház-poliklinika, a gyógyszerár, a közegészségügyi-járványügyi állomás és a gazdasági-technikai szolgálat tevékenységének irányítását. Jelenleg 24 programon dolgoznak, de ezek számát 50-re emelik. Különösen érdekes volt a diagnosztikával kapcsolatos tevékenységük. Egyébként Drobny mérnök bemutatta gépeiket. Egységsített kérdőívekkel dolgoznak. Nemcsak szövegeket, de rajzokat, grafikonokat és sémákat is tudnak ábrázolni. A gép „titoktartó”; csak a kezelő orvosnak szolgáltatja ki az adatokat.

Megismerkedtünk továbbá a Pozsonyi Egészségügyi Statisztikai Intézet szervezeti felépítésével, működésével és a távlati elképzelésekkel. Az intézetnek 6 osztálya van: az egyik a lakosság egészségi állapotát, a másik az egészségügyi intézetek működését és kapacitásának kihasználtságát tanulmányozza, a harmadik biometriai adatokat dolgoz fel, a negyedik az információ-s tevékenység racionalizálásával foglalkozik, az ötödik az információk feldolgozásának problémáival, s végül van szervezési-módszertani osztályuk is. Statisztikai adatszolgáltatási rendszerük igazodik a köztársaság adminisztratív felépítéséhez. Ők is kidolgoztak egy tervet a számítástechnika fejlesztésére az egészségügy területén. A kb. 1,5 millió lakost számláló kerületeket (megyéket) R-30-as készülékekkel kívánják ellátni. Ezen a szinten a létszámgényük 30-35 fő. Szó esett egyebek között a káderutánpótlásról is.

Ostravában megyei szinten tanulmányoztuk a számítógépek alkalmazását az egészségügyben. Itt különösen értékesnek tartottam azt a tájékoztatót, amely a kerületi (megyei) szintű egészségügyi számítóközpont szervezésének főbb mozzanatairól adott felvilágosítást. Ostravában egyénilleg tanulmányoztam a közegészségügyi intézet bronchológiai osztályának tevékenységét is. Az idült légzőszervi megbetegedések epidemiológiája terén végzett felmérések igen figyelemreméltóak. E megbetegedéseknek ebben a városban különösen nagy jelentőségük van a szénbányászat és az ipar jellege miatt.

Volt alkalmunk tanulmányozni a Prágai Egészségügyi Statisztikai In-

tézetet, amelynek megtekintettük gépparkját is. Az intézet dolgozói röviden ismertették az egyes gépek működési elveit, valamint azt, milyen feladatokat elvégzésére képesek. Tájékoztattak bennünket tevékenységük főbb irányairól.

Részletesen tanulmányoztuk a Pozsonyi Közegészségügyi-Járványügyi Állomás tevékenységét. Az intézetben 213 személy dolgozik. Ebből 23 orvos, de van még rajtuk kívül 15 főiskolai, egyetemi végzettségű dolgozó (vegyész, mérnök) is. Statisztikai osztályuk most alakult; 1 orvossal és 3 asszisztenssel működik. Az intézet felszereltsége korszerűnek tűnt.

Emlékezetes marad a Pöstényi Reumatológiai Intézet meglátogatása és megtekintése. Ez utóbbiban nagy számban ápolnak külföldi betegeket is.

Pozsonyban megtekintettük a „Dantos” nemzetközi számítástechnikai kiállítást. Örömmel állapíthattam meg a magyar készülékek iránti érdeklődést, s számítógépiparunk viszonylagosan fejlett voltát. Valamennyi prospektusból vettem egy példányt, nagy mennyiséget gyűjtöttem össze.

A magam részéről különleges figyelmet szenteltem a csehszlovák egészségügyi szervezetének, mindekelőtt az egészségügyi intézmények integrációjának. Náluk az integráció széles körű. Területi (megyei) szinten az integrált intézmények élén az igazgató-főorvos áll, aki a területileg illetékes (megyei) egészségügyi osztály vezetőjének van alárendelve. Az igazgató irányítása alatt áll maga a kórház-poliklinikai egység, a közegészségügyi-járványügyi állomás, az egészségügyi felvilágosítás, a gyógyszerellenőrzés megyei laboratóriuma és a megyei feladatokat ellátó speciális gyógyintézetek. Az igazgatónak számos helyettese van: a gyógyító-megelőző helyettes, gazdasági helyettes, a közegészségügyi-járványügyi állomás és a csatlótt intézetek vezetői. Közvetlen alárendeltségében tevékenykedik a szervezési-módszertani osztály, az egészségügyi felvilágosítás, a jogi és az ellenőrzési osztály vezetője, valamint az egészségügyi szakiskolák inspektora. Járási szinten a szervezeti felépítés és az irányítás hasonló.

A tanfolyam ideje alatt tettünk néhány szervezett kirándulást is. Megtekintettük Pozsony és Prága nevezetességeit, így jártunk egyebek között a prágai Várban is, megnéztük Dévény váromját, kirándulást tettünk az Ostrava környékén festői környezetben levő Roznovba. Pozsonyt, Prágát és Ostravát magánszorgalomból is bebojlyongtuk. Mint a tanfolyam választott vezetője, magam is gondoskodtam egyéb kirándulásokról; ennek során bejártuk Dunaszerdahelyet, Galántát, Nyitrát, Nagyszombatot, Vöröskővárat, autókirándulást tettünk a Kis-Kárpátokban, megnéztük Borinka romjait.

A tanfolyam során és végén vizs-

gát is kellett tennünk, valamint vizsgadolgozatot írunk. Ezek valamennyiünknek sikerültek. A bizonyítványok kiosztására ünnepélyes keretek között került sor, amin képviselte magát a Szlovák Egészségügyi Minisztérium is.

Összegezve a tanfolyamot igen hasznosnak tartom. Ismereteinket az epidemiológia és a számítástechnika terén jelentősen bővítette. Lehetőségünk nyílt kapcsolatok kiépítésére az egyes szocialista országokkal, az Egészségügyi Világszervezettel, valamint a házigazdákkal. Dr. Cervenka docens és munkatársai mindent megtettek, hogy a tanfolyam magas színvonalú legyen, s ennek során jól is érezzük magunkat.

Varga János dr.

A IX. Nemzetközi Angiológiai Kongresszusról (Firenze, 1974. IV. 3-7.)

A kongresszus a Nemzetközi Angiológiai Unió keretében került megrendezésre Pratesi professzor elnökletével. Látogatottsága túlszárnyalta a korábbi nemzetközi angiológiai kongresszusokat. Mind az öt világrész képviselve volt. A résztvevők száma 2000-en felül volt, a bejelentett előadásoké 769. A kongresszus ünnepélyes megnyitása a Palazzo Vecchióban volt. Az előadások a Kongresszusi Palota 6 termében és a Certosa termében folytatók. A szimultán tolmácsolás a Kongresszusi Palota kisebb termében is biztosítva volt, angol, francia, német, olasz és spanyol nyelven.

A program zsúfoltsága nem vált a kongresszus előnyére, ugyanis több ülésen csak 5 perc jutott egy-egy előadásra, olyanokra is, amelyek legalább 15 percet igényeltek volna. Előfordult az is, hogy hozzászólásokra nem is jutott idő. A túlszárnyaltság oka főleg az volt, hogy 23 téma volt kitűzve.

A rengeteg előadás közül csak néhány jelentősebbet emelhetek ki.

Az *atherosclerosis* témakörében Gerő a lipid-depositio dinamikájára vonatkozó, Jellinek a hyalinosis és elastofibrosis kialakulására vonatkozó jelentős kutatási eredményeiről számolt be.

Az *érbetegségek immunológiájának* tárgykörében igen jelentős volt Gerő előadása, aki vascularis szövet protein-polysaccharid frakciójával autoantitesteket mutatott ki myocardialis infarctus, coronariasclerosis, agyi sclerosis és arteriosclerosis obliterans eseteiben.

A *fibrinolysis* témakörében újszerű volt Aiuchnak előadása, aki a streptokinase infusioinak folyamatos adása helyett 16 óra után 8 órás szünetet tart, a legfeljebb 6 napig tartó kezeléskor. Ezt hatásosabbnak és veszélytelenebbnak tartja.

A *Brinase* és az *Arwin* (kígyóméreg) eredményes adásáról is hangzottak el előadások, valamint a streptokinaseknak régi thrombolysis

esetén is eredményes alkalmazásáról is, amiről azonban régebbi közlések is ismeretesek.

A *polyangiopathiás relatiok* témakörében *Soltész* és munkatársai a fistula arteriovenosa és az angiodysplasia problémájáról, *Cicala* az arteria coeliaca és arteria mesenterica insufficienciájáról tartott előadást, megemlítve, hogy mesenterica-aorta by-pass is készítenek. *Bugár-Mészáros* 1476 eset kapcsán arról számolt be, hogy a végtagoknak egyes ún. obliteratív verérbetegségeiben milyen százalékban észlelte munkatársaival a koszorúerek, az agyi erek és a szem ereinek elváltozásait.

Az *érbetegségek epidemiológiájának* témakörében *Havasi, Bonyhádi, Okos* előadása egy budapesti kerület 30 és 65 év közötti lakossága arteriális és vénás megbetegedéseinek pontos regisztrálásáról és gondos értékeléséről szól.

Érdekes volt *Aravánis* előadása is, amely szerint 686 görög földműves átlagos koleszterin-szintje 200 mg⁰/₀ volt, 320 banktisztviselőé pedig 263 mg⁰/₀.

A *foglalkozási érbetegségek* témakörében *Taccola* a CS₂ okozta cardiovascularis laesiokról tartott előadást.

A *szövetek és erek viszonyának* témakörében *Bonyhádi, Havasi, Tringer* és *Okos* az izommunkának collateralis keringést fokozó hatásáról adtak elő, kedvező tapasztalataik alapján.

A *nyirokkeringés elégtelenségének* témakörében *Casley-Smith* a cumarinoknak a lymphoedemára gyakorolt kedvező hatásáról számolt be. *Kett, Lukács* és *Nyárády* 17 lymphoedemás betegen 23 lymphoico-venosus anastomosist készítek, jó eredménnyel. Érdekes volt *Damenija, Dzsinnich* és *Sulyok* előadása is a súlyos congenitalis lymphoedemáról, valamint *Molnár Z.* előadása a férfi nemi szervei lymphoedemájának lymphographiás vizsgálatáról.

A *thrombophlebitis utáni állapot* témakörében *Soltész, Balogh* és *Nemes* a therapiás eljárásokat foglalták össze, hangsúlyozva a gondozás fontosságát is. *May* újabb tapasztalatairól számolt be 40 betegen végzett vénás by-pass műtét kapcsán. Ilyen műtétről a braziliai *Degni* is beszámolt.

Az *„érbetegségek diabetesben”* témakörében *Superstein* a hajszálerek basalis membránjának megvastagodását már 18 éven aluli korban is észlelte, sőt 5 éves gyermekben is. Ugyanezt találta *Frezotti* retinopathia diabeticában elektronmikroszkoppal. Therapiájában Clofibratot, E- és B₁₂-vitamint ajánl. *Javioli* mikroangiopathia diabeticában monocomponens insulin ajánlott, amelynek nincs antitestképző hatása.

A *cerebrális érbetegségek* témakörében *David* ismételt angiographiás vizsgálatokkal kimutatta, hogy az agyban gyakori, 65%-os a spontán arteriális desobstructio.

Gratzl és *Schmidg* göcos agyi ischaemia 50 esetében anastomosist készítek az arteria temporalis superficialis és az arteria cerebri media corticalis ága között, jó eredménnyel. *Mesko Éva* az arteria carotis interna csavarodott voltának („kinking”) 18 esetéről számolt be. 10 operált esete közül 7-nél teljes gyógyulást észlelt. Műtetre nem alkalmas esetekben anticoagulans therapiát ajánlott. *Solti F., Soltész L., Papp S., Iskum M.* a carotis-sinus túlérzékenységet mutató ki extracranialis obliteratív érbetegségben. 15 eset közül 11-ben jó hatású volt az atropin. *Pallas* intracerebralis haematoma 270 operált esetéről számolt be egy havi 80%-os túléléssel.

A *szem érbetegségeinek* témakörében *Coscas* és munkatársai 10 vénás és 3 arteriális retinalis érelzáródás urokinase-val kezelt esetéről számoltak be, jó eredménnyel. *Carapancea* és munkatársai 39 rickettsialis és pararickettsialis angioretinitis esetről számoltak be, amelyek thrombopeniával és arteriolaspasmussal jártak és tetracyclinre jól reagáltak.

A *bőr érbetegségeinek* témakörében *Daróczy* a bőr erei endothel sejtjeinek tubularis struktúrájáról számolt be különböző pathológiás állapotok során.

„A *végtag-arteriális betegségeinek prophylaxisa és gyógyszeres therapiája*” témakörében *Frank, Solti, Bodor* és *Turbók* imminens gangraena extracorporalis izolált végtagperfusioval kezelt 12 esetéről számoltak be, igen jó eredménnyel.

Az *arteriális és vénás sebészi obliteratiójának* témakörében többen számoltak be vénás thrombektomiákról, közülük *Enjalbert* 86, *Van den Berg* 100 műtétről. *Amary* aspiratóval végzi a thrombus eltávolítását. *Loeprecht* és *Vollmar* a rekonstruktív véna-sebészetben ideiglenes arteriovenosus fistula létesítését is szokták végezni a rethrombosis megelőzésére, a véráramlás meggyorsítása által. Az *arteriális desobliteratiójának* gyakorlatában *Vollmar* aortoiliacalis hosszú elzáródás esetén is, az endarterektomiát részesíti előnyben a by-passzal szemben s utána ér-endoscopyt és röntgen-vizsgálatot végez. *Pokrovsky* és munkatársai *vasorenalis hypertensio* 293 esete közül 159-ben végeztek rekonstruktív műtétet. Fibromuskularis dysplasia és „prolongált arteritis”-nél azonban ellenjavalltnak tartják a thrombendarterektomiát. *Sano* 11 esetben végzett nyeles subfascialis omentumtransplantatiót a combra, a collateralis keringés javítása céljából, s 7 esetben biztató eredményt ért el.

Az *autonom idegrendszer angiologiai sebészetének* témakörében *Sebestyén M., Papp S., Szabó I.* és *Mogan I.* 171 thoracalis sympathectomia késői eredményéről számoltak be. *Zanella* az arteria coeliaca

atherosclerosisos laesiojának 23 esetében baloldali splanchnicectomiát végzett s jó eredményről számolt be, az étkezés utáni fájdalmak csökkenéséről, ill. megszűnéséről és a testsúly gyarapodásáról. *Salleras* lumbalis sympathectomia után nemcsak a bőr vérkeringésének javulását, hanem a claudicatio javulását, sőt megszűnését is észlelte.

A *rekonstruktív érbébeszet szövődményeinek* témakörében *Csenegő, Scorsa*, a prágai *Bartos, Mayall, Raithel, Soltész* és munkatársai számoltak be tapasztalataikról.

A *szelektív angiographia* terén *Zsebők* és *Szlávy* az aortacoronaria-by-pass pharmakoangiographiájáról, s a mellékvese szelektív angiographiájáról számoltak be.

A *vérkeringés mérésének* témakörében a pletysmographiás, rheographiás, oscillographiás, sphygmographiás, isotopos vizsgálatokon és elektromágneses véráramlásmérésen kívül a Doppler-féle ultrahangos eljárásról és a thermographiáról is hangzottak el előadások.

A *főtémákhoz nem csatlakozó* előadások a „Forum” keretében hangzottak el. Közülük a következőket tartom kiemelendőknek: *Soltész L., Bodor E., Tasnádi G.* a congenitalis arteriovenosus fistulákról és az angiodysplasiákról értekeztek, utóbbiról *Tasnádi G., Bodor E., és Dorogi M.* is. *Bodor E., Péntáros J.* és *Czakó E.* arteriovenosus communicatiokat mutattak ki 8 pulzáló malignus tumor esetében.

Az említett magyar orvosokon kívül további értékes előadások szerzőiként meg kell még említenem a következőket: *Kóczé, Virág, Dénes, Littmann, Schwarzmann, Csanda, Szücs, Józ, Saal, Follmann, Ungvári, Fontányi, Frank J., Turbók, Gottwald, Szutrély, Horváth, Östör, Flautner, Bálint, Veress, Simoncsics, Nagy, Mézes, Varga, Bihari-Varga, Gyurkó, Kádár, Leb, Ungváry.*

A magyar orvosok tehát igen jelentős szerepet töltek be a kongresszuson.

A kongresszus folyamán adminisztratív ülései is voltak a Nemzetközi Angiologiai Uniónak. Elnökévé 2 évre a kongresszus elnökét *Pratesi* professzort választották. Az igazgató-tanács új magyar tagjává *Soltészt* és *Urait* választották meg. *Bugár-Mészáros* az Unio tiszteletbeli tagjaként maradt tagja az igazgató-tanácsnak.

A legközelebbi kongresszust illetően az igazgató-tanács a japánok javaslatát fogadta el, amely szerint az 1976. aug. 30-tól szept. 3-ig Tokióban kerül megrendezésre.

Bugár-Mészáros Károly dr.



Fejlődési rendelleneségeik

Igazolt anyai rubeola során méhbelüli fertőzésnek kitett gyermekek klinikai és szerológiai értékelése. Peckham, C. S. (Hospital for Sick Children, Institute of Child Health, London): Brit. Med. J. 1974, I, 259—261.

Egyik korábbi vizsgálatuk folytatásaképpen lehetőség nyíltott 60 rubeola-fertőzően korábban még át nem esett és terhességük során rubeola expositiónak kitett — és a preventív célzatú immunglobulinkezelés ellenére — szerológiailag igazoltan fertőződött asszony és gyermekeik értékelésére. A gyermekek életkora 8 hónap és 4 év 8 hónap között volt, amikor vérmin-tájuk antitest titerének vizsgálatával retrospective megkísérelték igazolni a connatalis rubeola infectiót. (Az IgM szint a fertőzés után azonnal emelkedik, de néhány hét után visszatér az eredeti szintre. Viszont az IgG csak később válik kórjelzővé, de hosszú ideig magas marad. Az IgM emelkedése tehát friss fertőzést bizonyít. Az esetleges reinfectio csak IgM emelkedéssel jár.) A subklinikus anyai infectió után csak a gyermekek 19%-ában (26 eset közül 5-ben) volt igazolható az intrauterin infectio. Viszont az anyai manifeszt megbetegedések után a gyermekek 53%-ában (34 eset közül 18-ban) volt kimutatható a connatalis rubeola fertőzés. Ennek megfelelően az anya subklinikus fertőzése után a 26 gyermek közül csak 1-ben, míg a manifeszt anyai rubeola megbetegedések után a 34 gyermek közül később 9-ben (27%) alakultak ki a jellemző magzati ártalom tünetei. A legjellemzőbb magzati ártalom a bilaterális perceptív halláscsökkenés volt.

Czeizel Endre dr.

A bárányhimlő, kanyaró, mumpsz és hepatitis miatti veleszületett fejlődési rendellenességekről. Siegel, M. (450 Clarkson Ave., Brooklyn, N. Y. 11 203, USA): JAMA. 1973, 226, 1521—1524.

Az utóbbi években sok fejlődési rendellenesség létrejöttéért tették felelőssé az anyai vírus-fertőzéseket. A rendelkezésre álló adatok azonban több ok miatt sem meggyőzőek: 1. kiragadott sporadikus esetekre alapoznak, 2. a járványok feldolgozása tökéletlen, 3. a szülési okmányok statisztikai elemzése sok más faktor hatását is magába foglalja, 4. sokat adnak az immunológiai-serológiai tesztekre, amelyek specificitása az adott terhességre nézve kétségsbe vonható.

A szerző a New York Cityben 1957 és 1964 között felismert anyai vírus-betegségek következményeit dolgozta fel. Módszere szerint a kezelőorvosok által hivatalosan bejelentett vírusinfectiókat figyelték. A termékeny korban levő, férjzett nőket 48 órán belül felkeresték, hogy a betegségről meggyőződjenek, és az esetleges graviditás után érdeklődjenek. Akit terhesnek találtak, azonnal bevették a tanulmányba, akiknél ez bizonytalan volt, azokat a védőnők figyelemmel kísérték, és a graviditás bizonyossá válása után az anyagba felvették. Minden vírus-fertőzött terheshez egy korban, fajban, gestációs korban, szociális statusban hasonló nem fertőzött párt kerestek, és így alakították ki a kontrollcsoportot. Mindkét csoport terhesait rendszeresen gondozták, és a gyermekeket a szülés után azonnal, majd 1, 2 és 5 éves korukban alapos vizsgálatnak vetették alá. Ebben elsősorban a fejlődési rendellenességeket keresték, de elemezték a cardiologiai statust, a psychomotoros fejlődést és az audiometriai leleteket is. Összesen 372 „vírusos” és 393 kontroll-gyermekek tudtak így figyelemmel kísérni.

Az eredmények szerint az anyai varicella 135 esetéből 4, a 117 mumpszból 2, a 60—60 kanyaróból és hepatitisből 1—1 gyermekben találtak fejlődési rendelleneséget. Ez összesen 8/372, azaz 2,2%-os előfordulásnak felel meg, ami meg egyezik a kontroll-csoport 9/393, azaz 2,3%-os malformatio gyakoriságával. Terhességi kor szerint értékelve az adatokat, a 0—11 héten átelt bárányhimlő, kanyaró és hepatitis után több fejlődési hibát, mumpsz után több halvaszületést találtak, de a kis esetszámok miatt a különbségek nem szignifikánsak.

A fejlődési rendellenességek típusát tekintve nem mutatkozott jellegzetes eltérés: mindkét csoportban a központi idegrendszer defectusai domináltak.

Az eredmények alapján tehát az anyai terhesség alatti bárányhimlő, kanyaró, mumpsz és hepatitis megbetegedése és a magzatban kialakuló fejlődési rendellenesség között oki kapcsolatot nem bizonyítottak.

Méhes Károly dr.

Kunokorodó haj syndroma: válsz a réz-therápiára. Bucknall, W. E., Haslan, H. A.: Pediatrics 1973, 52, 653—657.

Menkes 1962-ben írta le a kunokorodó haj syndromát. Ez nemhez kötött, recessiv öröklődésű, igen súlyos fejlődési rendellenesség, mely a fokozott fertőződési hajlam

következtében általában 3 év körül halálhoz vezet.

Tünetei: súlyos mentális retardatio, durva arcvonások, pili torti, változó hőmérséklet, arteria intima abnormitások, scorbutos csontelváltozások, alacsony, vagy hiányzó serum Cu és coeruloplasmin. A tünetekért a réz anyagcsere zavart teszik felelőssé.

Esetükben, egy 3 hónapos, kunokorodó haj syndromás csecsemőn réz-adást kezdtek. Hét napig a p. o. adott rézszulphat nem emelte a plasma Cu-szintet. Iv. adott réz-acetát 2 alkalommal is mérhetővé tette a plasma coeruloplasmin. Iv. tisztított coeruloplasmin adásra a beteg coeruloplasmin szintje a normálisra emelkedett.

Tehát a réz felszívódása hiányzik ebben a syndromában. A beteg állapota nem mutatott változást a coeruloplasmin, illetve a réz adás után: az idegrendszeri károsodás irreverzibilisnek látszik. Lehetőséges, hogy már intrauterin kialakul az idegrendszer károsodása, esetleg a placentán át gátolt a réz transport. A hiányos Cu-absorptio azonban szerintük nem szükségszerűen az elsődleges defectus ebben a syndromában.

Vásárhelyi Katalin dr.

Új klinikai syndroma az erythropoiesis veleszületett defektusával a vesék dysplasiájával szem-laesiókkal a fogak malformatiójával és hallásromlással. C. D. Jacobsen, E. K. Brodwall (University Hospital, Rikshospitalet, Oslo): Acta med. scand. 1974, 195, 231—235.

Egy 28 éves asszony esetét írják le a szerzők, akin az erythropoiesis defektusát, vese dysplasiát, a csontrendszer minor defektusait, progresszív látásromlást, a fogak abnormális fejlődését és csekély hallásromlást észleltek. Betegsége a legnagyobb valószínűség szerint öröklött. A betegség az első életévben kezdődött polydipsiával, gyengeséggel. 20 éves korától transfúziókat kapott. A vesefunkciók lassú romlása volt megfigyelhető. Néhány éve a vizelet állandóan alacsony fajsúlyú, a koncentráció képesség csak 1008-ig terjed. Jelenleg a serum creatinin 2,6 mg%. A látásromlást a bal szem nagyon korán leírták és ezt a szemét 12 éves korában secunder glaucoma miatt eltávolították. A másik szem érintettségé később kezdődött, jelenleg vak. Az utóbbi időben enyhe neurogen hallásromlás volt kimutatható baloldalon. A fogzás abnormális volt: első foga 9 hetes korban tört át, 9 hónapos korában megvolt az összes tejfoga. A fogváltás 3 éves korban kezdődött és 6 éves korában komplett maradandó fogSORA volt. A fogak mesodermális részének malformatiója hasonló volt az osteogenesis imperfecta-ban leírtakhoz. A fogak densitása és színe normális volt. Csontrend-

szeri defektusok: mérsékelt genu valgum és pes excavatus. A mentális, endocrin és sexualis fejlődése normális volt.

Apja és anyja egészségesek, de a PAH és insulin clearance-ük kissé beszűkült vesefunctióra utal. A betegen elvégzett vesebiopsia vese-dysplasiát fedett fel: a parenchymában símaizmokkal és a Henle-kacsok hiányával.

A szerzők hangsúlyozzák, hogy ilyen tünetcsoport leírásával eddig nem találkoztak.

Tóth Péter dr.

Csecsemő- és gyermekgyógyászat

Csecsemők kórházi felvétele és az anya cigarettázása. Harlap, S., Davies, A. M. (Hebrew Univ., Hadasah Med. School, P. O. Box 1172, Jerusalem, Israel): Lancet. 1974, I, 529—532.

10 627 csecsemő kórházi felvételének prospektív vizsgálatát végezték el az anya cigarettázásának függvényében. (Az újszülött-halálozásokat és a súlyosabb rendellenességgel sújtottakat kizárták anyagukból.) A cigarettázó anyák csecsemőit szignifikánsan gyakrabban kellett kórházba felvenni bronchitis vagy pneumonia miatt, különösen 6—9 hónapos korban és télen. A csecsemők ezen megbetegedéseinek gyakorisága arányos volt az anya cigarettázásának mértékével is. A cigarettázó anyák tehát oly mértékben szennyezik a levegőt, hogy ez csecsemőjük egészségét károsítja.

Czeizel Endre dr.

Reanimált asphyxiás gyermekek neurologiai utánvizsgálata. J. Kadner és mtsai (F. Schiller Universität, Jena): Zentralblatt für Gynäkologie; 1973, 95, 1813—1817.

Újszülöttkorban harminc asphyxia miatt reanimált gyermek neurologiai utánvizsgálatáról számolnak be. Átlagos életkoruk a vizsgálat idején 2,7 év volt. 5 gyermekben találtak pathológiás leletet.

Mindegyik gyermeken elvégezték a szokásos trachea-leszívást, O₂-maszkot, vagy mesterséges lélegeztetést, majd acidosis-therapiát alkalmaztak (Tris pufferrel, kezdeti dózisként 6—8 ml/testsúlykg, köldökvena-katheteren keresztül). Szükség esetén további gyermekgyógyászati kezelést végeztek a helybeli egyetem Gyermekklinikáján.

A neurologiai vizsgálatok a következők voltak: 1. Pontos anamnesis (statikus-, motorikus- és beszédfejlődésre, szociális magatartásra vonatkozóan). 2. Általános testi fejlődés vizsgálata. 3. Neurologiai status felállítása.

Eredmények: A 30 gyermekből 13 operatív szülésvezetéssel született. Utólagos anamnesis szerint 18 anya a terhesség alatt beteg volt. A gyermekeken leggyakoribb komplikáció a magzatvíz aspiráció volt. 3 esetben már közvetlenül a születés

után perinatalis agykárosodás gyanúja merült fel; ezeket később vizsgálatokkal ki is tudták emelni.

A vizsgált gyermekeket 2 nagy csoportba osztották. Az *elsőbe* (20 gyermek) azok tartoztak, akiknek 5 perces Apgar-értéke 0—4 közé esett. A *második csoportba* (10 gyermek) az 5—7 Apgar-értékűek tartoztak. Az első csoport átlagos életkora a vizsgálat idején 2,2 év volt. Az ide tartozó 20 gyermekből 4 pathológias esetet regisztráltak. A második csoport átlagos életkora 2,9 év volt, s az ide sorolt 10 gyermek közül 1 vizsgálati eredménye lett kóros.

Shenk szerint az asphyxiás gyermekek 12%-ánál következik be manifeszt neurologiai elváltozás. Ennek ellenére a szerzők kevesebb pathológiás leletet találtak a súlyosan asphyxiás csoportban (Apgar 0—4), mint azt várták volna. Ezzel szemben több *késői* károsodás fordult elő, mint azokon, akik 5 perces Apgar-értéke 5—7 közé esik. Ez korrelációban áll más szerzők állításával, vagyis azzal, hogy az 5 perces Apgar-érték reprezentatív kritérium lehet az asphyxia súlyossági fokára vonatkozóan és közvetlen összefüggésben áll a késői agyi defectusokkal. Az 5 perces Apgar-érték következképp a lehető leggyorsabb és optimális reanimációra kényszerít.

A koragyermekkorai fejlődés prognózisát ezenkívül még egy csatlakozó károsító faktorok is rontják, így a műtéti szülésvezetés, éretlenség, perinatalis infectiók, idős primi- és multipara, végül az elhúzó szülés. Segítséget nyújthat a elektronikus szülésfelügyelet. A szerzők szerint a korán végzett EEG-vizsgálatok prognosztikai értéke nem meggyőző, ugyanis normális EEG-görbe sem zárja ki a koragyermekkorai agykárosodást. A perinatalis károsodások következtében fellépő kórképek diagnózisa számára végül is a klinikai kép az irányadó.

A manifeszt agykárosodásokról, azok gyakoriságáról, időtartamáról teljes áttekintést azonban csak egy későbbi időpontban nyerhetnénk, mivel a magatartászavarok rögzülésével az iskoláskorban találkozhattunk.

Magyar Mária dr.

Hasmenésben nem szenvedő csecsemők felső bélesatornájának bacterium microflórája. D. N. Challacombe és mtsai (The Institute of Child Health, University of Birmingham): Archives of Disease in Childhood, 1974, 49, 264—269.

A felső bélesatorna bacterium flórája felnőttekben gondosan tanulmányozott, anélkül, hogy időközben egységes vélemény kialakult volna: egyesek sterilnek tartják, mások különféle Gram-pozitív bacteriumok és gombák jelenlétét természetesen veszik; a csecsemők vékonybél viszonyai ellenben kevésbé ismertek. Az újabb klinikai technikai megoldások kidolgozása

mindenesetre itt is egyre nagyobb lehetőségeket teremt.

A szerzők 13 csecsemőt vizsgáltak 2 hét és 10 élethónap között. Feltétel volt a rendezett széklet és az antibioticum mentesség megelőzően legalább 2 hétig. Elemezték az orrtorok flórát, a gyomor és a duodenumnedvet, valamint a tartós intubálással nyert vékonybél tartalmát.

Az *orrból* leggyakrabban coagulase-negatív staphylococcus mutattak ki, míg a *garatból* streptococcus varidanst; ott voltak azonban többnyire a coliform törzsek is. A *gyomornedvben* általában azokat a kórokozókat lehetett felfedezni, amelyek az orrtorokban is megtalálhatók voltak, s 13 csecsemő közül mindössze 1-ben maradt negatív a gyomortartalom. A *duodenumnedv* lényegesen különbözött csira tartalmában: elsősorban a steril leletek száma szaporodott meg. A *tartós duodenum szonda* változtatott az eredményeken: a csiraszám fokozatosan növekedett párhuzamosan a szonda benttartásának idejével. Különösen kifejezett volt a coli szám módosulása: ez kezdetben az összcsíra 20%-a volt, 24 óra után azonban már 55%-ára emelkedett.

A vizsgálatok néhány leletét érdemes kiemelni. 13 vizsgált csecsemő közül 7-ben steril maradt a duodenumnedv; a többi 6-ban ugyan kitenyészett valamilyen kórokozó, azonban megegyezett az orr-garatúrban is megtalálható törzsekkel. Ez a tény arra utal, hogy a *felső bélszakasz befertőződésére a légutak felől általában számítani kell; hasonló szerepe lehet a tápláléknak is, de inkább csak átmeneti jelleggel.*

A szerzők nem foglalnak állást abban a kérdésben, hogy mennyi az a ml-kénti csiraszám, amely fölött a pathogen hatással már számolni kell; egyesek szerint 10³/ml nedv lenne az az érték.

Elengedhetetlen az egységes vizsgálati anyag nyelési és bacterium tenyésztési eljárás, mivel a különféle mintavételi megoldások nagyon vegyes eredményekhez vezetnek. Számos technikai változatot ismerünk. A szerzők ide sorolják a *laparotomia* vagy *necropsia* alkalmazásával végzett *bél-punctiót*, az *automata mintavételi capsulákat*, valamint a *nyitott végű, hosszú polyethylen* vagy *gumi szonda alkalmazását* is. Az utóbbi eljárással kiemelten foglalkoznak és aggályait hangoztatják: 1. a cső fertőződhet már bevezetés közben a magasabb gyomorbeli szakasz flórájával, 2. ez gyorsan elszaporodik a csövön, különösen ha hosszabb ideig marad a vékonybélben, 3. a szonda hegyének helyét nehéz meghatározni a bélben és ez a mintavételt befolyásolja, 4. a szonda olykor megváltoztatja a bél motilitását.

A felsoroltakat állatkísérletekben ellenőrizték, s ez azt igazolta, hogy a flóra számszerű változása ugyan 24 óra elteltével már nem várható, összetétele azonban jelentékenyen módosulhat. Mindenekelőtt megje-

lenik a duodenumban a Klebsiella, és a már említett coli szám hatványozódás; mindez egyre kifejezettebb lesz az idő múlásával.

Egyet kell értenünk azokkal, akik arra az álláspontra helyezkednek, miszerint a tartós szondázás nem alkalmas a felső bélszakasz flórájának vizsgálatára és így lehetőleg más technikai megoldást kell választani.

Kiss Szabó Antal dr.

A gyermekkori pyelonephritis epidemiológiája és prognosisa. H. Olbing (Esseni Egyetemi Gyermek-klinika Nephrologiai Részlege): Mschr. Kinderklinik. 1974, 122, 69—76.

Az utóbbi évtizedben számos szerző végzett rejtett pyelonephritis kiderítése céljából nagyobb gyermekanyagban vizelet szűrővizsgálatokat. Egyesek vizsgálati kimutatták, hogy a 13 éves leányok 0,7, és az 5 éves leányok 1,6%-a bacterium ürítő volt. Két éven aluliaknál egyesek 2,8, mások 7%-ban (!) találtak bacteriuriát. Érdekes, hogy az évenkénti új megbetegedések száma 0,3—0,6 százalékkal gyarapszik, a húgyúti infectio össz-száma mégis csökken az évek múltán — feltehetően spontán gyógyulások révén. A számítások szerint az iskolás lányok mintegy 5 százalékán észlelnek előbb-utóbb szignifikáns bacteriuriát. Ugyanez az arány hasonló korú fiúk esetében mindössze 0,03%. Újszülöttkorban percutan hólyag-punctiók egészségesekek 0,7%-ában bacteriuriát mutattak ki, mégpedig *egylenő elosztásban* fiúk és lányok között. A koraszülötteken az arány 5,3% a fiúk túlnyomó dominantíájával. Az iskoláskorú leányok vizsgálata során kiderült, hogy a bacteriuriások múltjában csaknem mindig szerepel valamilyen húgyúti megbetegedésre utaló tünet: enuresis, vizeleti fájdalom, gyakori mictio. Az anamnesis ismeretében feltételezhető, hogy minden tizedik bacteriuriás leány acut pyelonephritisen esett át. Nem helye tehát *tünetmentes bacteriuriáról* beszélni. A legtöbb leány vagy a szülők maguk is jelentéktelennek tartották a tüneteket, ezért nem fordultak orvoshoz. Mivel minden észlelt megegyezik abban, hogy a szignifikáns bacteriuria antibiotikus kezelést tesz szükségessé, nem ismeretes hogyan zajlik le az orvos által nem látott kezeletlen bacteriuria. Több szerző pyelographiás leletei szerint a bacterium ürítők mintegy 18%-ának gócos veseparenchyma elváltozása, 27%-ának pedig vesicorenalis refluxa van. Idézett irodalmi adatok szerint, ha iskolásleányok szignifikáns bacteriuriáját két hétig antibioticummal kezelték, az eredmény minden esetben teljes volt. A következő években azonban mintegy 70%-ban történt recidiva, mégpedig az első évben minden második esetben. Azoknál azonban, akiknél az első évben nem következett be újabb bacteriuria, a má-

sodik évben már csak 27%-ban észlelték, és minden további tünetmentes év után csökkent a recidivák száma. A megfigyelt *évek óta tünetmentes* leányoknál 34 közül 18-nak esküvője utáni első három hónapban recidivája alakult ki; a teherbeesettek csaknem fele hasonlóképpen bacteriumürítővé vált graviditása alatt, közülük minden negyedik pyelonephritis alakult ki. Az antibiotikus kezelés ellenére az utóbbiak koraszülésének száma valamint újszülöttjeik letalitása szignifikánsan magasabb az átlagnál.

A pyelonephritis első tünetei alkalmával negatív vese rtg-felv. néhány év múltán ismételve a lányok 7%-ában már röntgenológilag kimutatható parenchyma destruktívokat jelezhet, különösképpen gyakori recidivák esetén. Soha nem zárható azonban ki, hogy a pyelonephritis — esetleg röntgennel ki sem mutatható — dysplasiák talaján alakul ki, ezért a parenchyma destructiók esetleg nem kizárólag a pyelonephritis számlájára irandók. A pyelonephritis *korai* letalitása ritkaság számba megy az antibiotikumok bevezetése óta. A sepsishez és halálhoz vezető heveny vesemenedence gyulladás ma már jóformán csak csecsemő-, leginkább újszülöttkorra esik. A boncolt esetek többségében is kimutatható az egyéb vesebetegség tünete mind a gyermek, mind a felnőtt korban, és gyakorta csak másodlagosnak tekinthető a krónikus pyelonephritis sectiós lelete. Feltűnik továbbá, hogy öregebb korban végzett boncolás során csaknem annyi a pyelitis férfiak száma mint a nőké. Ez arra engedne következtetni, hogy igazuk van azoknak, akik azt állítják, hogy létezik egy „*pyelitis lenta*” forma. Bizonyos aktív krónikus pyelonephritis morphologiai jeleit találták ugyanis: immunfluorescens mikroszkópos vizsgálattal bact. antigeneket; de élő bacteriumokat sem a vesékben sem a vizeletben nem sikerült kimutatni. Lehetséges, hogy a bacteriumok távollétében is bizonyos antigének antitestekkel közösen vagy azok nélkül aktiválják a komplement rendszert, és ezen keresztül progrediáló vesekárosodáshoz vezetnek. A veseparenchyma laesiói a refluxban szenvedőkön lényegesen gyakoribbak. A reflux sebészi megoldása többnyire javítja a betegség lefolyását. Ez azonban nem jelenti azt, hogy minden refluxot műtéttel lehet vagy kell megoldani. A műtétet csak valamennyi szempont figyelembevételével szabad elvégezni különös tekintettel arra, hogy a reflux számos esetben *spontan* is visszafejődik.

Vadász György dr.

Fibrin/fibrinogen degradációs termékek gyermekkori vese betegségeiben. W. S. Uttley, H. Maxwell, J. D. Cash. (Royal Hospital for Sick Children; Dept. of Child Life and Health, University Edinburgh,

and the South—Eastern Scotland Blood Transfusion Service.): Arch. Dis. Child. 1974, 49, 137—142.

A fibrin/fibrinogen degradációs termékek (fibrin/fibrinogen degradation products = F. D. P.) mennyiségét vizsgálták meg egészséges és extrarenalis betegségeiben szenvedő gyermekek vizeletében, valamint vesebetegyek serumában és vizeletében. Az adatok szerint az *egészségesek* vizeletében általában nem volt mérhető mennyiség, de a néhány mérhető is 0,5 $\mu\text{g/ml}$ alatt volt. Nagyjából hasonló értékeket találtak a vizsgált *extrarenalis betegségeiben* (bacterium és vírus fertőzések, malignus megbetegedések) szenvedőkön. Ezzel szemben a *húgyúti fertőzések* mintegy felében a vizeletben talált érték 0,5 $\mu\text{g/ml}$ -nél magasabb volt, egyesekben 2 $\mu\text{g/ml}$ -nél is. Valamennyi makroszkópos haematuriasnál 2 $\mu\text{g/ml}$ mellett volt a mennyiség; viszont valamennyi *gyógyult bacteriuriásnál* 0,5 μg alatt.

A *nephrosis* szindrómások 14 tagú csoportjában a serum érték magas volt (átlag 14,9 $\mu\text{g/ml} \pm 13,5$ SD; normál érték: 10,9 $\pm 4,3$) a vizeletben azonban ritkán találtak mérhető mennyiséget. Sem a serum összfehérje és a vizelet F. D. P., sem a serum F. D. P. és vizelet F. D. P. mennyisége között nem volt correlatio. — *Henoch—Schönlein purpura* esetén sem a proteinuriával vagy haematuriával járó, sem a vesetünetmentes esetek nem mutattak vizelet vagy serum F. D. P. szaporulatot. — *A proliferatív nephritis inaktív* formájában alacsony volt az F. D. P. érték, míg az *aktív* alakban jelentős a vizeletben az érték emelkedése (de az esetek száma kevés!). (Ez utóbbi elkülönítése az inaktív formától: biopsiás lelet, oedema, proteinuria, csökkent kreatinin clearance!) A vizeletben ürített összfehérje valamint F. D. P. mennyiség a proliferatív nephritis mindkét alakjában összefüggést mutatott; a serum és a vizelet F. D. P. érték között correlatiót nem lehetett találni. Egy eset illusztrálásával jól érzékelhető a F. D. P. kiválasztás periodicitása a kezeletlen vese alapteregség alakulásával párhuzamosan; másik — *consumptív coagulopathiával* járó — nephritis esetében pedig az anticoagulans therapia alatti F. D. P. ürítésével csökkenése.

A vizelet F. D. P. meghatározásának klinikai alkalmazása indikátora lehet a betegség aktivitásának, és *aktív proliferatív nephritis* esetén nagy segítséget nyújthat a kezelés eredményének megítélésében.

Vadász György dr.

A táplálás azonnali hatása a beteg újszülöttek vérgáz értékeire és cardiorespiratorikus funkciójára. Wilkinson, A., Yu, V. Y. H. (Dept. of Pediatrics, John Radcliffe Hospital, Oxford, OX3 9DU): Lancet. 1974, 1, 1083.

Aggasztó jel az újszülöttkori apnoe és következményes cyanosis, amelyet gyakran a táplálás idéz elő. A szerzők ennek okát igyekeztek kideríteni vizsgálataikkal.

12 respiratorikus distress szindrómából gyógyuló újszülöttet állandó szondával tápláltak és az alábbi vizsgálatokat végezték. Köldök-arteria katheteren keresztül a vér-gáz-analízist, vérnyomásmérést, vörösvérsejt-volumen, serum osmolalitást és plasma-fehérje meghatározást, illetve gépi úton légzés- és pulzusszámlálást. A vérmintákat a táplálás megkezdése előtt, a befejezést követő 10 perc múlva és az etetés kezdetétől számított 30 perc múlva vették le. A következő eredményeket kapták. A PaO₂ érték a táplálás után csökkent, de 30 perccel utána elérte az etetés előtti szintet. A csökkenés 9–23, átlagosan 13 torr volt. A pH és PaCO₂ érték a vizsgálat folyamán nem változott és a pulzusszám és vérnyomás is csak mérsékelten. A légzésszám viszont szignifikánsan szaporodott. A vörösvérsejt-volumen csökkent az etetés után, és alacsony maradt a vizsgálat során. A serum fehérje érték csak a vizsgálat végén vált szignifikánsan alacsonyabbá. A serum osmolalitást az etetés nem befolyásolta. A szerzők szerint azokat az újszülötteket veszélyezteti a táplálás utáni apnoe és cyanosis, akiknek az oxygen tensiója eleve alacsony. Úgy vélik azonban, hogy vizsgálataik nem nyújtanak elegendő támpontot a jelenség magyarázatára.

Gagyri Dénes dr.

Tufts-sin-hiány szindróma. Constantinopoulos, A., Najjar, V. A. (Tufts Univ. School of Medicine, Boston): Acta Paed. Scand. 1973, 62, 645.

A szerzők korábbi vizsgálatai alapján phagocytosis stimuláló léphormon létezését bizonyították. Nevét — tufts-sin — a Tufts egyetemről kapta.

Kémiaiilag tetrapeptid (threonin-lysin-prolin-arginin), mely a lépben aktiválódik s egy szállító gamma-globulin (leukokinin) révén jut és kötődik a periferiás neutrophil granulocyták membránjának külső receptoraira. Hiánya állatkísérletben és emberben splenektómia után észlelhető, familiaris tufts-sin-hiányállapot is ismeretes.

A közlemény 5 újabb esetet ismertet két családban. Az érintett gyermekek súlyos visszatérő staphylococcus fertőzésekben (furunculosis, otitis, abscessusok, pneumonia, sepsis) szenvedtek. A humoralis és cellularis immunitás ismert vizsgálati módszereivel kóros eltérést nem találtak, bactericidia, illetve chemotaxis defectus sem állott fenn. A szerzők által kidolgozott módszerrel a betegek — részben a szülők és a testvérek —

tufts-sin-hiányállapota igazolódott. Gamma-globulin adásával látványos javulás értek el.

A tufts-sin-hiány megmagyarázhatja a lépkiirtás utáni súlyos fertőzéseket, továbbá az egyéb immundefectussal összefüggésbe nem hozható súlyos, recidiváló pyogen folyamatokat. Pótlására a gamma-globulin alkalmas, de lehetséges, hogy maga a kis molekulájú tufts-sin is — esetleg per os — terápiás felhasználásra kerül.

Virág István dr.

Újszülöttkori hospitalisatiós húgyúti fertőzés Escherichia coli 04-el. M. Velemínský és mtsai (Frauenabteilung und Kinderabteilung, Krankenhaus in Česká Budejovice, ČSSR): Monatsschrift für Kinderheilkunde, 1974, 122, 135–139.

A különféle coli törzs által kiváltott kórházi enterális járvány, valamint — ettől függetlenül — a csecsemő húgyúti infectio gyakorisága közismert. A szerzők viszont közleményükben olyan húgyúti fertőzési sort ismertetnek, amelyben a kettő sajátosan ötvöződött: kórházi osztályon honos egyetlen coli törzs okozott újszülöttekben járványos — egyidejű — húgyúti és bélfertőzést. Az összeállításban 39 újszülött szerepel; közel kétharmaduk leány. Valamennyiük vizeletéből Escherichia coli 04 volt kimutatható teljesen azonos microbiológiai és serológiai sajátosságokkal. Ugyanez a serotypus azonban megtalálható volt a székletben is, és pedig nemcsak az érintett 39 csecsemőében, hanem az egyébként egészséges újszülött populációjában is, mi több, ugyanezt a typust hordozta székletében a kórházi gondozó személyzet is. Mindenesetre az utóbbiak, valamint az egészséges újszülöttek vizelete bacterium negatív maradt.

A szerzők jelenlegi, de már megelőző vizsgálatait is — 100 egészséges újszülött vizelet tenyésztése — arra engednek következtetni, hogy a húgyúti apparátus fertőződése, létrejöhet ún. bacterialis hospitalisatio útján. A figyelemre méltó feltevézést a következők támasztják alá: 1, egyidőben egyazon serotypust tenyésztették ki a vizelethből sorozatban, 2, a törzs más közeli intézetben — ugyanakkor — nem volt kimutatható, 3, a húgyúti infectio járványszerű fellobbanást mutatott, 4, a járványos terjedés útját az osztályon belül — tenyésztéssel — követni lehetett.

Az E. coli 04 affinitását koraszülött csecsemők iránt mások is megfigyelték már; feltehető azonban, hogy nincs urológiai kizárólagossága, mivel a betegek jelentős részében csak hasmenés okozója volt. Beszámítva a gondozó személyzetet is, meg lehet állapítani, hogy az E. coli 04 serotypus általában nem jelentkezik tartós őrítési formájában és inkább az időnkénti őrítésnek van fontossága, mivel a felismerést megnehezíti. Amint a bac-

terium hordozókat — növéreket is — az újszülött részlegről eltávolították és egyéb fontos higiénés rendszabályokat is megvalósítottak, azonnal lecsökkent a húgyúti infectio az addigi 70% frequentia szintjéről.

A kórokozó átvétele mindig per os történik — az E. coli typusos bélbacterium —, de a további terjedés ezután már — feltehetően — haematogen. Mivel a bél-tractuson át zajló vándorlás olykor széklet lazulást is eredményez, a közvetlen érintkezés miatt az ascendáló fertőzési utat sem lehet elvetni. A megbetegedés lappangási ideje 2–6 napnál nem tesz ki többet. Időben felismerve a betegséget, a teljes gyógyulást két héten belül el lehet érni. Amennyiben a diagnózis — valami oknál fogva — elmarad, jelentősen csökken a gyógyhajlam, s a csecsemő a dystrophia felé sodródik tartósan pozitív vizelettel. A húgyúti infectiót gyakorta kíséri icterus. Hangoztatják, hogy a sárgaság mindig elhúzódó folyamatot jelez és valójában már a sepsis részjelensége. Ők maguk betegek 14%-ában találták.

Az acut fázisban — a kép súlyosságától függően — Colistint, Gentamycint illetve Tetrant adtak. A megbetegedetteknek csaknem a felében szükségessé vált az i. v. cseppinfúzió is. Amennyiben tartós kezelésre kellett áttérni Sulfameint, vagy Furasolidint rendeltek; előbbi a betegek igen jól tűrték, utóbbi gyakran provokált hányást. A tartós terápiát több mint 4 hónapon át folytatták.

Kiss Szabó Antal dr.

Acrodermatitis enteropathica a jejunum és bőr kóros elváltozásával. S. Rayhanzadeh, P. Dantzig (Division of Dermatology, Dept. of Medicine, Albany Med. College of Union University, Albany, New York): Pediatrics 1974, 54, 77.

A betegség kardinális tünetei: dermatitis főleg az alsó végtagokon és a testnyílások körül, krónikus hasmenés és alopecia. Kóroki tényezőként a tryptophan anyagcseré zavarát tételezik fel.

A szerzők éveken át eredményesen kezelték betegüket dihidroxy-chinolinval. Tryptophan anyagcseréje normális volt. A jejunum biopsiás vizsgálata során a bélnyálkahártya oedemáját és felületes exulcerációját találták. Ilyen szövettani eredményt eddig az elhaltak beleinek morfológiai vizsgálatai során nem sikerült kimutatni, mert a halál utáni autolytikus elváltozások rendkívül gyorsan ki szoktak alakulni értékkelenné téve a szövettani leleteket. Hasonlóképpen figyelemre méltó a bélrelváltozások területén végzett biopsiák eredménye: a hámsejtekből vírus-szerű részecskéket sikerült elektronmikroszkópos vizsgálattal lefényképezni.

Vadász György dr.

Dijódhydroxychinolin **therapia**
utáni megvakulás esete. D. I. Fleischer, R. S. Hepler, J. W. Landau. (Dept. of Pediatrics, Ophthalmology and Medicine UCLA Center for the Health Sciences; Los Angeles, California.); Pediatrics, 1974, 54, 106.

Acrodermatitis enteropathica miatt eredményesen részesült di-jódhydroxychinolin kezelésben tizenegy hónapon keresztül egy 2½ éves gyermek. Az ekkor észlelt és fokozódó látáscsökkenés miatt elvégzett szemészeti vizsgálat során opticus atrophiat találtak. Az atrophia a terapia abbahagyása majd később az alapbetegség spontán gyógyulása után sem javult.

[Ref.: Az acrodermatitis enteropathica ritka kisgyermekkori betegsége, de világszerte egyre több közleményt olvashatunk róla. (Előadás a Gyermekgyógyász Szakcsoportban 1973. december 20.) A témával referáló rovatunk is ismételtén foglalkozott. (1974, 115, 592; valamint 1974, 115, 2398) utóbbi már áttekintést is ad a hydroxychinolin terapia szemészeti szövődményeinek addigi irodalmi adatairól. Ugyancsak tájékoztató rovatunk (1972, 113, 535) a Japánban lezajlott „myelo-optico-neuropathia subacuta” megbetegedésekről, amelyek után Japánban bevonták a forgalomból a halogénezalt hydroxychinolin származékokat. A subacut myelo-optico neuropathia-ról (S. M. O. N.) rovatunkban cikk összefoglalót is kaptunk (1972, 113, 2255). Az idézett közlemények egyike hangsúlyozza, mennyire feltűnő, hogy gyermekkori eset nem fordult még elő. — Mindenesetre e három — egy folyóirat példányban — megjelent közleménynek is részben az a célja, hogy gyermekkori esetek ismertetésével is óvatosságra intsen a hydroxychinolin származékokkal való tartós kezelés kapcsán. (Magyar készítmények: Enteroseptol, Intestopan, Quesil).]

Vadász György dr.

Dijódhydroxychinolin **kezelést**
követő opticus atrophia. F. E. Pittman, M. C. Westphal (Dept. of Pediatrics, Med. University of South Carolina; and the Veterans Administration Hospital, Charleston, S. C.); Pediatrics, 1974, 54, 81.

Hároméves gyermek ismeretlen fajtájú colitisének néhány hetes di-jódhydroxychinolin kezelése után maradó és súlyos kétoldali opticus atrophia alakult ki, — egyéb idegrendszeri elváltozás nélkül. Feltehető, hogy az egyébként rosszul felszívódó gyógyszer a sérült belekből fokozottabban reszorbeálódva okozott toxikus elváltozást a szemidegeken.

Vadász György dr.

Gyermekegészségügy **Kínában.**
Ch. C. Chang, S. H. Y. Chang (Brooklyn): Am. J. Dis. Child. 1974, 127, 13—14.

Két kínai származású, Amerikában praktizáló gyermekgyógyász látogatott szülőházájába, ahol módja volt a kínai gyermekgyógyászat tanulmányozására. Általában jó benyomás alakult ki bennük, sehol sem látni már rosszul táplált kolduló gyermekeket az utcán. Javult a higiéné és az egészségügyi szolgáltatások színvonala. A veszedelmes fertőző betegségeket (typhus, cholera, schistosomiasis) és a nemi betegségeket kiirtották. Az egészségügyi felvilágosítás kiterjedt és hatékony. A sanghai számos kórházban az orvosok a nyugati és hagyományos kínai orvoslás sajátos kombinációjával képzettek. Minden gyárnak vagy falusi közösségnek megvan a saját gyermekegészségügyi állomása és napközi otthona. Az ilyen központok fizikai adottságai nem fényesek, de a gondozás és a figyelem tökéletes (egy gondozóra legfeljebb öt gyermek jut). A kórházi költség természetesen mindig a kormányzatot terheli. A városokban a szülések kizárólag intézetekben történnek. Falvakban még működik a szülésznő, és segítenek a szülésben más egészségügyi szakemberek, akik a sterilitás elemi szabályait szigorúan megtartják. Az ilyen „mezitlábás doktorok” (felcserék) működésének köszönhető az újszülöttkori tetanus és fertőzések számának drámai csökkentése. A védőoltások csaknem megegyeznek az amerikaiakéval; elvégzésüket a központi kormányzat egyik részlege, a „Megelőző Gyógyászat Intézete” szervezi és ellenőrzi. Az oltások elvégzése néha kampányszerűen történik, így nem minden gyermek kapja ugyanazon életkorban azokat. — Azokban a sanghai és pekingi intézetekben, ahol medikus képzés folyik, a felszerelés természetesen szegényesebb, mint az Egyesült Államok hasonló intézeteiben —, de a betegellátás, az adminisztráció nem hagy kívánnivalót. A nyugati orvosi szakirodalom ismert és kiterjedten olvasott.

A betegszobákban a gyermekek koruk és betegségük szerint fekszenek. A berendezések nem modernek, a készülékek (oxigénsátor, inkubátor stb.) száma kevés és meglehetősen primitívek. Az ápolószemélyzett gyakorlott és gondos. A szülők az ápolásért járó számlát nem kötelesek a gyermek hazaadása-akor fizetni. (?)

Az utóbbi időben hagyományos kínai és nyugati gyógyszereket egyaránt használnak a Kínai Népköztársaságban. Így az orvosok — akiknek egy része nyugati egyetemen tanult, más része Kínában —, hol ismert gyógyszereket, hol gyógyfüveket rendel békés harmóniában.

Természetesen sok híve van az **acupuncturának**, melyet a gyermeksebészetben is kiterjedten alkalmaznak.

Vadász György dr.

Vírusok mint asthmás roham
okozói gyermekeken. Th. E. Minor és mtsai: JAMA. 1974, 227, 292.

Öt évnél fiatalabb gyermekek ismétlődő obstruktív légúti megbetegedései (asthma) extrinsic természetűek, azaz meghűlés, légúti infekció, időváltozás vagy psychés stressz válthatja ki az asthmás rohamot. Asthmás gyermekeken az ismétlődő náthát, lázas meghűlést, köhögést sípólást vírusok okozzák. E nézet képviselői már korábban állították, hogy a) az asthmás rohamok kapcsolódnak a légutak vírusos fertőzéseihez; b) torok- és orrváladékából nem tenyészik ki baktérium; c) az asthmás rohamok leggyakoribbak abban a korban, amikor a légúti fertőzések is a leggyakoribbak.

Sanders és Normal vizsgálták asthmás gyermekek torokkeneteit betegség alatt és egészséges időszakban, összehasonlították egészséges gyermekek kenetleleteivel, nem találtak különbséget. Ber-man légcső-punctióval nyert váladékokat vizsgált asthmás és egészséges gyermekeknél, és nem észlelt különbséget. Berkovich és mtsai asthmás roham alatt levett torokváladékokból víruskultúrákat vizsgáltak, de a vizsgálataik száma nem volt elégséges. Serological tesztekkel azt következtették, hogy az asthmás rohamok egyharmada összefüggésbe hozható a vírusos légúti megbetegedésekkel. MacIntosh és mtsai is azt találták, hogy 1—5 éves gyermekek 32 extrinsic asthmás rohamának 42%-ában a vírus-infectio kimutatható volt, ugyanakkor bakteriális infekcióval nem lehetett kapcsolatot kimutatni.

A szerzők vizsgálni kívánták, hogy ismert intrinsic anamnesisű, 3—11 év közötti gyermekeken hogyan kapcsolódnak az asthmás rohamok a tüneteket okozó felsőlégúti megbetegedésekhez. E célból 13 fiút és 3 leányt választottak ki, olyanokat, akiknek az előző évben legalább négyszer volt asthmás roham a légúti megbetegedéssel egy időben. Táplálék, házipor, háziállat okozta asthmásokat kizárták az infectios eredet lehetősége miatt. Pollen és gomba okozta asthmás rohamokat nem zárták ki. Hét hónapon át a szülők naponta, ápolónó hetente kétszer, orvos időszakon ellenőrizte 16 gyermek állapotát. Minden gyermektől hetente kétszer vettek váladékot vírusvizsgálathoz, egyszer hetente Mycoplasma-t vizsgáltak, havonta baktériumot tenyésztettek. Betegség esetén a vizsgálatokat gyakrabban végezték.

A 16 gyermekben a vizsgálat ideje alatt 61 asthmás rohamot észleltek. 42 asthmás roham légúti megbetegedés ideje alatt jelentkezett. 49 súlyosabb légúti megbetegedéshez 38 esetben társult asthmás roham, míg 22 enyhe megbetegedéshez csak négy esetben. Hat baktérium okozta légúti megbetegedést észleltek, ezek közül csak egy esetben volt asthmás roham. 23 vírusos légúti betegséget okozó vírus-in-



BISECURIN

BISECURIN

tabletta

ÖSSZETÉTEL: A tabletta 1 mg aethynodiolum diaceticumot 0,05 mg aethynil oestradiolumot tartalmaz.

HATÁS: Oralisan alkalmazható ovulatiogátló, anticoncipiens hatású oestrogen-gestogen hormonkombináció.

ELLENJAVALLATOK: Hepatitis utáni állapot, májműködési zavarok, cholecystitis, thrombosiskészség, súlyos organikus szívbetegségek, chronicus colitis, diabetes mellitus. Az endocrin mirigyek egyéb betegségei. Malignus tumorok, elsősorban emlő-

carcinoma, továbbá lactatio és intolerantia.

ALKALMAZÁS ÉS ADAGOLÁS

A Bisecurin tabletta szedését a menstruatio első napjától számított 5. napon kell elkezdeni és 21 napon át napi 1 tablettát kell bevenni minden nap azonos időpontban, lehetőleg este. Ezt követően 7 nap szünetet kell tartani. A fogamzásgátló hatás rendszeres szedés esetén az egyhetes tablettaszedési szünetre is kiterjed. Ha a tabletta bevétele egy napon elmarad, lehető leghamarabb pótolni kell. 2 tabletta bevétele között 36 óránál hosszabb idő ne teljen el,

különben az ovulatiogátló hatás folyamatosága nem biztosított. Az ovulatiogátló hatás kifejlődéséhez kb. 1 hétre van szükség.

MELLÉKHATÁSOK: Fejfájás, hányinger, mellfeszülés, testsúlynövekedés, bélpanaszok a kúra kezdetén előfordulhatnak s a későbbi cyclusokban többnyire megszűnnek.

MEGJEGYZÉS: Rendelhetőségét külön utasítás szabályozza.

FORGALOMBA KERÜL:

21 tabletta 24,— Ft

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.

2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
													
5	16	17	18	19	20	21	1	2	3	4	5	6	7
													

fectio 21 esetben váltott ki asthmás rohamot.

A2 Hong-Kong influenza vírust hat esetben találtak, mind súlyos légúti megbetegedést okozott és mind asthmás rohamot váltott ki.

Myxovírus hat esetben okozott betegséget, ezekhez nem társult asthmás roham. 26 rhinovírus infekciót találtak. Csak 15 esetben okozott légúti megbetegedést és 14 esetben asthmás rohamot is kiváltott. Hat esetben csak enyhe légúti megbetegedést okozott a rhinovírus, ezek közül csak egy betegnek volt asthmás rohama is. Egy gyerektől több ízben izoláltak Herpes vírus hominit. Kétszer okozott légúti megbetegedést, mindkettőhöz asthmás roham társult.

Sokféle baktérium infekciót — köztük hat streptococcus infekciót — találtak. Ezek csak négy esetben idéztek elő légúti megbetegedést, asthmás roham nem társult hozzájuk. Csak az egy esetben talált Haemophilus influenzae baktérium okozta megbetegedéshez társult asthmás roham is.

Vizsgálati adataik szerint ha asthmás gyermekeken vírusok okoznak súlyos légúti megbetegedést, akkor az rendszerint asthmás rohamot is kivált. Baktérium okozta fertőzéseknel ezt nem találták, kivéve az egy H. influenzae okozta megbetegedést. Legmeggyőzőbb az oki összefüggés a specifikus agens és asthmás roham között a rhinovírus fertőzéseknel. Az A2 Hong-Kong vírus és asthma közötti összefüggés azért nem annyira meggyőző, mert a megbetegedésekhez más ágensek is társultak, de minden A2 okozta betegséghez asthmás roham társult.

Vizsgálataik szerint bizonyos, hogy vírusinfekciók gyakran váltanak ki asthmás rohamot. A provokáció mechanizmusa nem ismert. Feltehető, hogy a szervezetnek a vírussal szembeni túlérzékenysége okozza az asthmás rohamot. Ennek ellentmondana, hogy a rhinovírus nem okoz túlérzékenységi reakciót.

Egyesek úgy vélik, hogy a légúti nyálkahártyán megtelepülő infekciós ágensek és a következményes gyulladás váltja ki valami módon az asthmás rohamot. Legfőbb infekciós asthmát kiváltó oknak az a vírus infectio látszik a szerzők szerint, ami egyúttal súlyos légúti megbetegedést is okoz.

Halasy-Nagy Endre dr.

Tetracyclinek előfordulása a gyermekfogakban. D. J. Stewart (Dept. of Child and Preventive Dentistry, The Queen's University, Belfast): Brit. Med. J. 1973, 3, 320—322.

Több mint 10 éve ismert, hogy a tetracyclin és annak származékai a fogban lerakódnak, sokáig kimutathatók, s gyakran a zománc elszíneződését is okozzák. Ez elvárt az alapján Stewart már 1966—

67-ben kimutatta, hogy a tetracyclinek csecsemő- és gyermekgyógyászati alkalmazása milyen gyorsan és széles körben elterjedt. Jelen tanulmányában az elmúlt 10 év „tetracyclin fogyasztását” tette vizsgálat tárgyává.

Az eltávolított tejfogak szemmel látható elszíneződése és a fog hosszanti metszetének ultraibolya fényben adott fluorescenciája alapján állapították meg a tetracyclin lerakódást. A dentinállomány több fluoreszkáló rétege többszörös tetracyclin terápiára engedett következtetni. A gyermek életkora és a depositum localisatiója alapján a gyógyszer alkalmazásának évét lehetett megítélni.

1971. május—1972. május között összesen 505 gyermektől származó (3, 4 és 5 évesek), caries miatt eltávolított, hátsó őrlőfogát vizsgálták meg, tartalmaz-e tetracyclint vagy sem. Az 505 három-öt éves gyermek fogának 70%-ában (354) legalább egy fluoreszkáló réteget találtak. 19%-ban (96 eset) a fog koronája szemmel láthatóan is a tetracyclinekre jellemző barna elszíneződést mutatva.

Az 5 évvel korábban nyert vizsgálati eredményeket is figyelembe véve, a szerző azt találta, hogy az 1963—1968 között született gyermekek részeseültek leggyakrabban tetracyclin kezelésben. A gyermekek összlétszámát tekintve a csúcs az 1963/64-ben születettekre esik: 76 százalékos gyakoriság. A 100 gyermekre vonatkoztatott tetracyclin kezelés gyakorisága 1967/68-ban volt a legtöbb: 260. Az 5 éves időszakot figyelembe véve a gyógyszer használatának gyakorisága 12 százalékkal nőtt. (100 főre eső tetracyclin kezelés átlaga az első öt évben 215, az azt követően 240 volt.) A legfiatalabb korcsoportban (1968/69-ben születettek, akik a vizsgálat idején 3 évesek voltak) a tetracyclin-kimutathatóság a korábbi évekhez képest 25%-os csökkenést mutatott. Lehet, hogy ez egy egészségesebb irány kezdete, de lehetséges, hogy csak az enyhébb téli időjárás az oka.

A szerző a tetracyclin származékok alkalmazásának gyakoriságát — az utolsó vizsgálati év csökkenő tendenciája ellenére — igen magasnak találja, s a gyógyszer népszerűségét túlzottnak tartja. Célszerűnek látja a gyermekkori indikációs területek számát a jövőben csökkenteni.

(Ref.: Az észlelt fogelváltozás alapján még nem tűnik indokoltnak a tetracyclin származékok széles körű alkalmazásával szemben túlzott aggályokat támasztunk. A gyakorlat számára jelenleg még kevés más, hasonló hatásspektrumú antibiotikumot tudnánk ajánlani, mely a Tetrán helyett rendelkezésre állhatna. Az antibiotikumok alkalmazásának indikációs területeit — általában — szigorúban meghatározni mindenképpen helyes törekvés.)

Gyurkovits Kálmán dr.

Magnesium-dependens D-vitamin resistens rachitis. Reddy, V., Sivakumar, B. (National Institute of Nutrition, Hyderabad—500007, India): Lancet. 1974, 1, 963—965.

Egy 5 éves fiú a rachitis súlyos klinikai és radiológiai jeleit mutatta csontgörbületekkel. Fontosabb laboratóriumi leletei: serum calcium 7,2 mg⁰/₁₀₀, phosphor 1,7 mg⁰/₁₀₀, alkalikus phosphatase 24,1 B. E. Kétszer 600 ezer E D₂-vitaminra leletei nem javultak, ezért D-vitamin resistens rachitisre gondolva 10 napon át napi 600 ezer E D₂-vitamin adtak, ugyancsak eredmény nélkül. Ekkor megvizsgálták a serum magnesium-szintet, amelyet alacsonynak, 0,5 mg⁰/₁₀₀-osnak találtak. Ezért napi 20 maeq magnesium chlorid és 1000 E D-vitamin per os adását kezdték el, amely hatására a laboratóriumi leletek négy héten belül normalizálódtak, és a rgt-elváltozások is javultak.

Másik betegük, egy 2 éves kislány klinikailag kifejezetten rachitises volt. A gyermeket előzőleg már ismételt nagy adag D-vitaminnal látták el D-vitamin resistens rachitisre gondolva. Felvételi leletei: serum calcium 7,3 mg⁰/₁₀₀, phosphor 2,0 mg⁰/₁₀₀, alkalikus phosphatase 42,6 B. E., magnesium 0,74 mg⁰/₁₀₀. Ebben az esetben is napi 20 maeq magnesium chlorid adását kezdték el, amelynek hatására mind a biochemiai értékek, mind rgt-leletei gyorsan javultak.

E két megfigyelés azt mutatja, hogy a rachitises anyagcsere zavar és a magnesium-metabolizmus között összefüggés van. Bár ennek természete még nem tisztázott, gyakorlati szempontból indokoltnak látszik, hogy minden esetben, amikor a D-vitamin resistens rachitis gyanúja merült fel, a serum magnesium szintet is meghatározzák.

Méhes Károly dr.

A meningitis purulenta epidemiológiája az 1946—1971 években a grazi egyetemi gyermekklinikán. H. Wendler, W. Falk (Grazi Egyetemi Gyermekklinika): Klin. Pädiat. 1974, 186, 87—91.

A grazi gyermekklinikán 25 év alatt 833 gyermeket kezeltek gennyes agyhártyagyulladással. Ha öt-éves csoportokra osztják be a negyedszázadot, kitűnik, hogy 1961-ig a megbetegedések száma folyton csökken, majd azóta jelentősen emelkedik. A liquor vizsgálat az esetek 82 százalékában mutatott ki bacteriumot, elsősorban meningococcust (41%), továbbá pneumococust (28%). A sorrendben 5. ill. 4% -kal következik az haemophilus influenzae és az E. coli. Feltűnik, hogy az idők folyamán a kórokozók spectrumba eltolódott. Míg a meningococcus megbetegedések régen sem jelentéktelen száma abszolút és relatív értelemben is emelkedett, addig a pneumococcus fertőzések száma nem változott lényegesen; sorrendben pedig az első helyről a

meningococcus mögé másodikként került. Emelkedik a H. influenzae, az E. coli, és a ritka kórokozók száma is. A betegek 59%-a csecsemő, 30%-a 2–3 éves korú gyermek. Figyelemre méltó, hogy az első élet-hónap leggyakoribb kórokozói a coli csoport tagjai, valamint a ritkább (főleg Gram-negatív) bacteriumok. A legidősebb coli meningitisis hat-hónapos volt. A további csecsemő-korban a relatív elsőség a pneumococcusé. A későbbi gyermekkorban végig a meningococcus dominál. Azoknak az eseteknek az aránya, amelyekben a kórokozót nem sikerült kimutatni, csaknem minden életkorban azonos. A betegek 55%-a fiú, de kórokozók nem igen ismernek kivételt a nemek tekintetében. Egyedül a pneumococcus látszik a maga 61%-ával *androtropnak*. A megbetegedések fő szezonja csaknem valamennyi kórokozó esetében a tél, — mélypontja szeptember-hava. 833 beteg közül 179 (21,5%) halt meg, természetesen a legtöbb (37,3%) az első periódusban (1947–51). Az utolsó öt évben nagyobb esetszám mellett is csak 13,1%-a letalitás. A legmagasabb a coli meningitis halálozási aránya (78,4); (Ref.: *újszülöttkor!*), majd a ritka (főleg Gram-negatív) kórokozók következnek 42,5%-kal, továbbá a pneumococcus (36,4%). A legkisebb a meningococcus meningitis halálozási arányszáma: 6,2%. Leginkább a pneumococcus és coli meningitis eseteiben javult a *quo ad vitam* prognózis; a meningococcus egyébként sohasem volt magas letalitása meglepő módon alig mérséklődött az idők folyamán. Hasonló adatokat mutat a „kórokozó nélküli” meningitis halálozási száma. Az életkorral csökken a halálozás veszélye. Ez az arány egyébként az első élethónap 70, csecsemőkorban 25, kisgyermekkorban szintén 25 és iskolás korban 6% körül van. Valamennyi életkorban a pneumococcus meningitis vezetett a legnagyobb százalékban halálhoz.

Vadász György dr.

Az alfa₂-foetoprotein meghatározás jelentősége gyermekkorban. D. Gutzeit, és mtsai: (Kinderklinik der Stadt Braunschweig): Mschr. Kinderheilk. 1974, 122 98–100.

A foetoprotein 1944-ben fedezték fel, májcarcinoma daganatsejtjeiben 1956-ban mutatták ki, 1970-ben állították elő tisztán. Antigén tulajdonságú. Klinikai jelentősége:

1. Segítségnyújtást nyújthat a terhesség időtartamának meghatározásában. A 10–12. terhességi héten a legmagasabb a magzati vér foetoprotein tartalma, ezután — a gestációs korról szoros kapcsolatban — fokozatosan csökken. A születéskor $5,5 \pm 5$ mg% a szint. Születés után 12 napig mutatható ki foetoprotein.

2. Terhességi vérzések elkülönítése lehetséges. Magzati eredetű vérzésnél magasabb a vér foetoprotein

szintje. Az ilyen terhességek általában könnyebben megtervezhetők.

3. A magzatvíz foetoprotein tartalmának meghatározása segítségével valószínűsíthető, hogy a magzat anencephal.

4. Gyulladásos és toxicus májkárosodásoknál valamint bizonyos májcirrhosisokban az újszülöttkoron túl ismét képződhet foetoprotein.

5. A hepatomák és teratomák foetoprotein termelnek. A szerzők csecsemőkorban operált cystás teratoma eltávolítása után a foetoprotein szint fokozatos emelkedéséből következtetni tudtak a recidiva kialakulására. A tumor eltávolítása után változatlanul magas maradó szint metastasis mellett szól. Malignus gyermekkori teratomák esetén így a foetoprotein meghatározás jelentős diagnosztikai és prognosztikai segítséget nyújthat.

Török János dr.

A gyakorlat kérdései

Hormonális anticonciensek és a gyakorló orvoslás. Canzler, E. (Frauenklinik der Med. Akademie, Magdeburg): Dtsch. Gesundh. wesen, 1974, 29, 1207.

A *vérserumban* a fehérjeteralom csökken: megkevesbedik az albumin szintje, az α -, β - és γ -globulinok szintje emelkedik. Jellemző a serum réz és vas szintjének emelkedése, a calcium és phosphor szint csökkenésével. A We gyorsult, a Hgb- és Htk-érték magasabb lehet.

Emelkedik a serum lipid szintje is, bár a pathológiás szintet nem szokta elérni. Emiatt esetleg diéta, vagy terápiás rendszabályokat kell bevezetni.

Tartós alkalmazásuk a B₆-, B₁₂- és C-vitamin concentratio csökkenéséhez, a malabsorptio pedig folsav hiányához vezethet.

A fehérjéhez kötött jódszint emelkedik, a trijodthyronin raktározás tesztje (T₃ teszt) azonban alacsonyabb értékeket ad, a hypothyreoidismus egyéb jele nélkül.

A plasma cortisol szint emelkedik, a 17-ketosteroid kiválasztás csökken. Az ACTH terhelés nem ad kóros eredményt, a metopiron teszt azonban az ACTH tartalékok csökkenésére utal. Hypopituitarismusban, ACTH és mellékvesekéreg hypofunctióban szenvedő egyének ezért ne szedjenek orális anticoncienseket, corticosteroidokat szedők viszont használhatják ezeket.

A vázolt laboratóriumi paraméterek a kezelés elhagyására 3 hónapon belül megszűnnek.

A tablettaszedés első negyedévében *psychés zavarok*, rosszul-lét, gyomorpanaszok, hányinger, fáradtság, szédülés, fejfájás, emlí-feszülés és alvászavarok léphetnek fel. A kezelés folyamán ezek általában megszűnnek, ritkán van

szükség ennek felfüggesztésére. Ritkán a hangulattal és a libidóval kapcsolatos zavarok miatt a kezelés megváltoztatására is sor kerülhet.

A tapasztalatok szerint 4–6-szoros *thromboembolia* kockázattal kell számolni, bár ez terhességben még mindig 15-ször magasabb. A gyógyszerelés hypercoagulabilitáshoz vezet, ezt azonban a fibrinolitikus aktivitás és a véráramlás meggyorsulása kiegyenlíti. Más thrombosit elősegítő tényezők (érelváltozások, trauma, recidiváló thrombophlebitisek, szív- és érrendszeri betegségek) is felléphetnek azonban. Így agyi arteriák és vénák elzáródása. Ezek apoplectiform, tumor- és migrénszerű panaszokat okozhatnak, ezért cerebrovascularis megbetegedésre való hajlam esetén adásuktól eltekintünk. A szemben embolia és thrombosis, pangásos papilla és retrobulbaris neuritis léphet fel. E készítmények a belekben szintén érelzáródást okozhatnak és ezért hasi panaszok esetén ilyen okra is gondolni kell. A májban szintén vena elzáródást; máj- és lépmeagnagyobbodást; ascitist és icterust okozhatnak.

Azoknak, akiknek thrombophlebitisük van vagy volt, nem célszerű orális anticoncienseket adni. Sarlósejtes anaemia fennállásakor szintén contraindicáltak. Az oestrogen-szegény preparátumok előnyben részesítendőek. Nagyobb sebészeti beavatkozások csak az orális fogamzásgátlók 4–6 hetes elhagyása után javasoltak, gondos thrombosis prophylaxis mellett. Marfan-syndromában nem adható.

A máj bromsulfalein retentióját és átmenetileg egyes májbetegségekkel összefüggő serumenzymeket megemelik. Bár a találtak az orális anticonciensek májártalmat okozó hatását nem bizonyították, sárgaság fellépte mégis a kezelés megszakítását teszi szükségessé.

Eddig 80. orális anticonciens kezeléssel összefüggő sárgaságot ismertettek, ezek a kezelés elhagyására gyorsan eltűntek. Dubin-Johnson és Rotor-syndromában; terhességi icterus esetén nem adható. Az egyéb idült májbetegségek és cirrhosisok relatív ellenjavallatot képeznek. Hepatitis után alkork adható, ha a kontroll-vizsgálatok során már 3 cikluson keresztül normál eredményt kaptunk. Ekkor is az oestrogen-szegény készítmények javasoltak.

Az orális anticonciensek a *glucose tolerancia* enyhe és reversibilis zavarát is okozhatják. Még nem nyert bizonyítást, hogy a diabetes manifestációját is siettetik-e. Pozitív családi és saját anamnesis fokozottabb figyelmet és félevenként tolerancia vizsgálatot igényel.

Hypertoniát okozhatnak és a hypertoniát tartósíthatják, arra hajla-

mos asszonyokon. Ritkaságként „toxicosis”-t (hypertonia, albuminuria, oedema) is leírtak. Félévenként a vérnyomás ellenőrzése szükséges.

Az otosclerotikus folyamatot aktíválhatják.

A bőrön allergiás reakciókat és chloasma-szerű hyperpigmentációt okozhatnak, utóbbit a napfény hatás fokozhatja. Az első szedés ciklus folyamán relative gyakran lép fel hajhullás, bár ez az esetek többségében később megszűnik. Herpes gestationis esetén adásuk contraindicált.

Bár endocervicalis hyperplasiát és portio dysplasiát is megfigyeltek, carcinogen hatást eddig még nem láttak. 0,5—1 évenként gynaecologiai kontroll szükséges.

Ritkán a hypothalamus functio zavaraként galactorrhoea léphet fel.

Genitalis megbetegedésként a relatív hormonhiány közti vérzést okozhat. A hypomenorrhoeát és a vérzési hiányt is az oestrogenhiányra lehet visszavezetni. Orális anticoncipiens kezelésben hüvely soor felléphet. A labilis ovarialis functio, valamint a súlyosabb ovarialis insufficiencia a kezelés contraindicációját képezi.

Az orális anticoncipiens kezelés követően nem láttak gyakrabban fejlődési rendellenességet. A terhesség elérése miatt a kezelés után legalább 6 ciklust kívárni célszerű. Mivel a hormonális anticoncipiens a serum A-vitamin szintjét is megemelik — ettől pedig állatkísérletekben teratogen hatást láttak —, újabb terhesség előtt bizonyos szünet tartása mindenképpen indokolt.

Lányoknak a 16. életév után csak akkor adjunk orális anticoncipiensket, ha a növekedés már lezárult és a ciklus már normalizálódott.

Toxicitást sem emberen, sem állatkísérletekben nem láttak.

Az orális anticoncipiens kezelés abszolút contraindicációt: terheség, hormonálisan befolyásolható malignus tumorok, a máj kiválasztási funkciójának veleszületett vagy szerzett zavara. Dubin—Johnson- és Rotor-szindróma, lezajlott idiopathikus terheségi icterus, labilis ovarialis functio fiatal korban, sarlósejtes haemoglobinopathia, Marfan-szindróma, gyermektelen asszonyok későbbi gyermekkivánsága és lezajlott herpes gestationis.

Relatív contraindicációk: thromboembolia, mély venathrombosis, cerebrales insultus, thrombophlebitis, májparenchyma ártalom, még nem lezárult hosszúnövekedés 16 éves kor alatt, hyperlipidaemia, hypopituitarismus, beszűkült ACTH és mellékvesekéreg functio.

Fokozottabb felügyelet kell: cukorbetegség, hypertonia szív- és veseinsufficiencia, otosclerosis, epilepsia, sclerosis multiplex, uterus myomatosis, tbc, pulmonalis hypertensio.

A kezelés felfüggesztése, vagy elhagyása indokolt: thromboemboliák, acut neuroophthalmikus tünetek, a májvéna elzáródása, érelzáródás következtében fellépett bél-gangraena, icterus, az előzőleg már fennállott panaszok rosszabbodása, a közérzetet rontó, therapiaresistens mellékhatások, a galactorrhoea, a folsavhiány-anaemia, és a nagyobb műtétek.

Az orális anticoncipiens hatásváltoztatásai és a komolyabb mellékhatások ritkák. Mindenesetre alacsonyabb, de még hatásos dosissal ezeket is csökkenteni lehet. E kezelés rizikója még így is messze van a terhességi hasonló veszélyétől.

Angeli István dr.

Hygiene

Gyári munkások dohányzása, szociális helyzete és abstinentiája. Uffer, G. A. (Abteilung für Präventivmedizin des Sanitätsdepartementes, Sankt Gallen): Praxis. 1974, 63, 1034.

Holcomb és Meigs 1972-ben az USA-ban végzett széles körű dohányzás-epidemiológiai vizsgálatról számolt be. Azt vizsgálták, hogy hogyan függ össze a férfi munkások betegség miatti hiányzása és az elfogyasztott cigarettamennyiség, ill. a dohányzás ténye. 9 éven át 226 munkás ez irányú adatait jegyezték fel. Csak az 55—59 éves korosztályt vonták be. Az 1 évre számított átlagos hiányzás napokban kifejezve: napi 20 darabnál kevesebbet szívók esetén: 5,8; napi 20 darabnál többet szívókra vonatkoztatva: 6,7; nem dohányzóknál: 4,4; akik régebben cigarettáztak, de leszoktak: 6,4; szivarozók, pipázók: 3,2.

Uffer arra keresett választ, hogy svájci munkásokra is érvényesek-e a fenti megállapítások, ill. adatok. 1973-ban végezte vizsgálatait egy Kelet-Svájcban levő gyárban. Személyesen készített interjút a gyár dolgozóival (alkalmazottakkal és munkásokkal), a 25—64 évesek között. A konkrét adatok az 1972-es évre vonatkoznak. 1124 személy adatait gyűjtötte össze, de végül 933 személyt illetően állította össze a statisztikát (a többiek különböző okból kiestek, pl. nem a teljes éven át dolgoztak a gyárban). Csak a betegség miatti hiányzásokat vette figyelembe (baleset, katonai szolgálat stb. nem jött szóba).

Az átlagos évi hiányzás napokban kifejezve: az összes dolgozóra (alkalmazottra + munkásra vonatkozóan): napi 15 darabnál kevesebbet szívók: 5,0; napi 15-nél többet szívók: 4,2; nem dohányzók: 3,5; régebben dohányzó, de leszokott: 5,3; dohányzástól leszokott, de pl. pipázik, továbbá eleve pipázik, szivarozik: 5,4. Ha csak a munkások adatait összegezi, akkor a fenti 5 csoportban az év alatt ki-

eső munkanapok száma: 6,3 7,2; 4,4; 8,5; 9,0.

A szerző határozottan állítja, hogy a dohányzás számos betegség szempontjából rizikótényező, azonban igen nehéz határozott összefüggéseket kimutatni a szociális helyzet, a naponként átlagosan elszívott cigaretták mennyisége és a munkahelyről való betegség miatti távollét időtartama között. Ezen kérdések tisztázása céljából sokkal alaposabb és nagyobb anyagot feldolgozó tanulmányokra van szükség.

Vértes László dr.

Nők tüdőrákja: jelen helyzet és jövőbeni kilátások. Wynder, E. L., Covey, L. S., Mabuchi, K. (Nat. Cancer Inst. New York.): J. Nat. Cancer Inst. 1973, 51, 391—401.

108 tüdőrákos nőbeteg adatainak tanulmányozása szerint a cigaretta- és szivarozás szoros kapcsolatban áll az epidermoid és nagy sejtű rákokkal, míg a mirigyes típusú rákok kevésbé. Azok között, akik naponta egy csomagnál többet szívtak, vagy régebben dohányoztak, esetleg fiatalabb korban kezdték el, továbbá nem szűrős cigarettákat szívtak, szignifikánsan magasabb volt a tüdőrák morbiditás, mint a másik csoportban. Egy másik tanulmány, amit 1839 férfin és 2213 nőn végeztek, arra mutat, hogy a dohányzás mennyiségében nagy a különbség a férfiak és nők között, de a különbség fiatal korban kisebb, mint később. Ahogy a nők hozzászoknak a cigaretta szíváshoz, mint a férfiak, a tüdőrák halálvesztés arányuk emelkedni fog. Ma még nem várható az az arány, mint a férfiakon, annál is inkább, mert a nők inkább filteres cigarettákat szívnak és még a dohányzó nők aránya a tüdőrákra hajlamos életkorban nem magas.

Nikodemusz István dr.

Orvosi pszichologia

Obesitas betegség: hamis koncepció. Saltiel, H. (Hôpital Cochin, 27, rue du Faubourg St-Jacques, F 75 014 Paris): Sem. Hôp. Paris, 1973, 49, 3377—3381.

A szerző kritikusan elemzi az obesitas (továbbiakban ob.) definícióját, kórtani ellentmondásait és therapiás próbálkozásainkat.

A fiziológusok a szervezet egész víztartalmának radioizotóp módszer segítségével történő meghatározása alapján számítják a test zsírtartalmát és az ob.-t zsírfelhalmozódási állapotnak tekintik. A klinikus számára a módszer nehézkes, helyette a bőrredő-vastagság mérése, vagy a Lorentz-formula, ill. testsúlymérés alapján diagnosztizálja az ob.-t. A szerző egyoldalúnak és szubjektívnek tartja a testzsír- és testsúlymérés alapján történő meghatározást, amely nem veszi figyelembe a beteg anamnesztikus adatait, a környezet hatását és a testsúly ingadozását.

Rámutat az ob. kórtani alapjait képező egyes hormon- és anyagcserezavarok megalapozatlan voltára, amelyek az ob. gyógyszeres kezelésének alapjául szolgálnak.

1. Az ob.-ban az alapanyagcsere-mérések technikai okok miatt gyakran csökkent értéket mutatnak, amit az *állítólagos thyreoidea-insufficienciának* tulajdonítanak és az energialeadás fokozása céljából thyreoidea-kivonatot rendelnek. A beteg egy idő után félbeszakítja a kezelést a fokozódó izgatottsága és tachycardiája miatt.

2. Az egyes serdülőkori ob.-ban felmerül a Fröhlich-féle adiposogenitalis syndroma, *feltételezve a hypothalamo-hypophysis rendszer organikus bántalmát*, de ennek a hiányosan meghatározott laesiónak nincs minden esetben objektív alapja. A hypophysis elülső lebeny elégtelenség hypothesisa — amely a zsírmobilizáló hormon hiányát tételezte fel —, nem ingadozott, mert ob.-ban a lipolysis in vitro és in vivo nem csökkent.

3. *Fikció a vízretentióból adódó ob.* is, mivel a szervezet egész víz-tartalmanak izotópos mérése, az ADH-szint és aldosteronuria meghatározása normál értékeket ad, mégis gyakori a salureticumok rendelése, ami hosszú távon veszélyes.

Ob.-ban a basális insulinszint radioimmun meghatározásakor *hyperinsulinismust* mutat, ami latens vagy manifest diabetes fennállásakor *relatív insulin-resistentiára* enged következtetni. Jelenleg ezt a zsírsajt-hypertrophiának tulajdonítják, de nemcsak a zsírszövet felelős érte — itt a cukorforgalomnak mindössze 5%-a bonyolódik —, hanem az izom- és májszövet is (ez utóbbiban fokozott neoglycogenesis folyik a hyperinsulinismus ellenére). Az insulin-resistentia mechanizmusát még nem ismerjük, de több szövet szintjén játszódik, sőt a kísérleti úton előállított alloxan-diabeteses genetikusan kövér állatokban is.

Ismeretlen ob.-ban a cortisol- és növekedési hormon-anyagcserezavarok oka is. A súlytöbblet fokával párhuzamosan nő a cortisol productio és a vizeletbe kiválasztott 17-OH-corticoidok mennyisége, de a plasma-cortisol mindig normális. A növekedési hormon szintje pedig fordított arányban csökken a zsírszövet növekedésekor. Mindezek a zavarok az ob.-hoz *másodlagosan társulnak*, és a fogyókúra hatására eltűnnek, de míg a *hyperinsulinismus jelentős szerepet játszik az ob. fenntartásában*, addig a cortisol- és növekedési hormon-anyagcserezavaroknak nincs jelentőségük abban.

A kísérleti állatokban előidézett hypothalamus-laesio eredményei alapján a szerző nem tartja bizonyítottnak, hogy humán viszonylatban *primer hypothalamus-dysfunctióról* beszéljünk, amely alapot ad a „hypothalamikus ob.” létrehozásához (példaként a Laurence—Moon—Biedle-szindrómát említi, ahol az

ob. mellett csökkent szellemi képesség is van, ami a kéreg szerepére utal.

Vizsgálja a *familiaris vagy genetikus ob.* fogalmát is. Az bizonyított, hogy egyes genetikusan obes-hyperglykaemiás állatfaj esetében a zsírsajt enzymbanélkülisége örökölődése a felelős az ob.-ért, de humán vonatkozásban eddig ilyen öröklött „biokémiai tévedés”-t nem igazoltak, és a genetikai faktor mellett csak statisztikai érvek szólnak. A táplálkozási szokások elsajátítása viszont a környezet nevelő funkciójának állandó, szerves része, de exogen faktor.

Rámutat az egyes *felosztási formák* jelentéktelenségére (pl. android-gynoid, ill. konstitucionális-szerzett) is, amely alapján csálóka képet kapunk egyes ob.-formák prognózisára vonatkozóan is.

Végezetül a szerző ismerteti az ob.-kezelés „zsákutcáit”.

1. A szigorú fogyókúra a betegnek büntetés, kétségbe ejti.

2. „Félmegoldás”, ha a beteg maga kezdeményezte ismétlődő, „egynapos fogyókúra”-kat tart, vagy különböző lipektomiának shunt-műtétnek veti alá magát, így orvosilag megcsönkít, de továbbra is kövér és hyperphag marad.

3. Az orvos a diétás utasításait, gyógyszerrendelését ellenőrzi és „psychotherapiát” végez (ami az elért súly arányában hol biztató, hol kétségbeejtő és hasztalan). Ez a felzárkózás és terékeny orvos—beteg kapcsolat azonban könnyen megszakadhat a kezelés eredménytelensége miatt.

(Ref.: a cikk eredeme, hogy „*demitologizálja*” az ob. fogalmát és rámutat a még megoldatlan kórtani alapokra is.)

Huber Tibor dr.

Az obesitas psychodinamikusszempontból történő osztályozása és terápiája. Saltiel, H. (Hópital Cochin, 27, rue du Faubourg St-Jacques, F 75014 Paris): Sem. Hóp. Paris: 1973, 49, 3629—3638.

A szerző az obesitas (ob.) meghatározásához az eddig használt statikus testsúlyszemlélet helyett a testsúly gyarapodásának dinamikus értelmezését ajánlja, mely szerint az ob. a testsúly akut vagy fokozatos növekedését jelenti, de magába foglalja a testsúlyingadozásokat is. A szerző psychopathologiai szempontból vizsgálja az elhízottakat és az ob.-t tünetként értékeli, amely az oralitás és testi perceptio zavarát fejezi ki.

Mivel az ob.-hoz nem tartozik psychologiailag egységes profil, a szerző *psychodinamikusszempontból* osztályozza az elhízottakat — felosztását nem tekinti az ob. leegyszerűsített classificációjának, csak hasznos munkamódszernek — a fogyókúra indiciója, a therapeuta tennivalóinak megválasztása és a prognózis felállítására érdekes. Ehhez szükségesek a beteg psychoanalysise során feltárt adatok: a) az ob. kezdeti körülményei:

az első táplálkozási zavar, súlyingadozás megjelenésének időpontja, a környezet akkori magartása az elhízottal szemben; b) az „oralitás—testi megélés binom” meghatározása: amely kifejezi egyrészt a hyperoralitás módját, ami lehet belső jelentés nélküli túl bő táplálékfelvétel, de képviselhet konfliktusra utaló étkezési kényszer, ill. szorongásoldó védekező magatartást is, másrészt megmutatja, hogy a súlygyarapodás testi megélése során az ob. milyen symbolikus értelmet nyer; c) az orvos—beteg kapcsolat: milyensége fontos adat a terapeutának, aki a beteg számára a másik modellként szerepel.

A szerző részletezi az egyes ob.-formákat. A lelkiileg strukturált elhízottakat (str. ob.) két alcsoportra különíti.

I/a. Az *uralkodó jellemű str. ob.* kizárólag nőknél mutatkozik, a házasság vagy hivatásbeli emelkedés első éveiben, és progresszív, nagyobb súlyingadozások nélkül fejlődik. E nők aktívak, hatalomvágyók, később magányosok lesznek. A táplálkozási magatartásuk egyszerű hyperphagia és „eszegetés”. Az én összhangban van a hypertrophialis testtel. A test „kitűzött célként” éli meg az ob.-t; az oralitás compensációs psychologiai struktúrát fejez ki. A psychoanalisis koncepciója szerint ez az ob. a masculin azonositás, a hatalom symboluma lenne. A paciens személyes elhatározásból, csak esztétikai okokra vagy a hivatásgyakorlás közben jelentkező testi zavarokra hivatkozva kéri a fogyókúrát, és az orvos psychologiai aspektusokra irányuló kérdéseit ügyesen kikerüli. Előzetesen biztosítja az orvost együtműködő szándékáról, de hangoztatja a kezelés iránti kételyeit is, felmenti magát a felelősség alól. A fogyástól való félelme visszaveti a kezelést, majd váratlanul zavarosan értékeli az eddigi eredményt (a fogyás = „amputáció”) és mély depressióba kerül. A prognózis bizonytalan. Az orvosnak kitartónak, türelmesnek, tapintatosnak kell lennie, el kell tudni viselni a kezelésére vonatkozó bírálatokat is.

I/b. A *lemondó jellemű str. ob.* fiatal nőknél jelentkezik. Gyakran a serdülőkorban; a testsúly egyenletesen nő. A paciens látszólag derűsen él a családi körben, az anya uralkodó befolyása alatt, csak a munkájának szentelve magát. Táplálkozási magartása azonos az előbbivel. A test „menedékként” éli meg az ob.-t; az oralitás itt is compensációs jelenség. A psychoanalisis e formában a test kívánatosá tételének eszközt látná, a sexuális kibontakozás előli menekülésben („paraván” ob.). Az orvoshoz, társuló testi betegség esetén vagy az anya indítványozására fordul, de vele szemben bizalmatlan, igyekszik elmenekülni tőle. A terapeutának mérlegelnie kell a fogyókúrát, mert az ered-

ménytelenység súlyos szorongásokhoz vezethet.

II. A konfliktusokból adódó ob. a primer pathológiás konfliktusra (p. p. konfl.) vezethető vissza. Ez jelentkezik a gyermekkorban, és megismétlődhet később. A szerző ismerteti az anya—gyermek p. p. konfl.-t, ami az „oralitás-dialógus” megváltozásában fejeződik ki: az éhségérzet elveszti eredeti jelentését és a konfl.-ok az evés leküzdhetetlen vágyát vonják maguk után. A táplálkozás éhségérzettől független kényszereselekvés (bulimia). A kényszeres és étvágytalansági periódusoknak megfelelően a testsúlygörbe nagy ingadozásokat mutat. A test „elszűnő az összeütközésekben” az ob.-t, ahol a psychoanalysis önrömbölő vonást vél felfedezni. A beteg a gyakori konfl.-ok miatt befelé fordul. A környezet „érzelmi sivatag”, a családi kör az egyetlen „oázis” lesz a számára. A fogykúrát személyes elhatározásból kéri, de bevallott indítékai csupán öltözködési vagy „uniforális” jellegűek. A rendszerint befolyásos anya — bár hangsúlyozza, hogy mindent elkövet a helyzet megjavításáért — a fogykúra iránti félelmének is hangot ad, ezáltal az orvos—beteg közét ékelődik, ami a páciens számára — egyfelől az anya iránti vonzalmá, másfelől az orvoshoz való ragaszkodása miatt — újabb konfliktus forrása, és a fogykúra eredménytelenségéért önmagát vádolja. Az orvosnak semlegesnek és tárgyilagosnak kell lennie, hogy eltávolítsa az ellenkező anyát, és ezzel párhuzamosan végzi a személyiségzavar kezelését, a napi diétás megbeszéléseket beépíti a psychotherapiába. Az évesi kényszerek fokozatos lebontása a beteg számára „psychologiai ajándék”, és eltávolítja a kiindulási állapotából. A testsúly csak metrikus adat, amely pontosítja és dinamizálja a terápiás kapcsolatot. A prognózis a therapeuta magatartásától függ.

Az exogen típusú ob.-ban nincs szó az interpersonális érintkezések tartós zavaráról. Két alcsoportot különít el.

III/a. A környezeti hatásokból adódó ex ob. felléphet gyermekkorban a tanult étkezési szokások eredőjeként (a táplálkozás mint „anyanyelv”), másrészt felnőttkorban a kiadós étkezések hatására.

III/b. Az életkörülményekből adódó ex ob. contraceptív szerek szedése, szülés, menopausa után vagy hosszas ágyban fekvés után gyorsan alakul ki, ismétlődő kis étkezések hatására. Mindkét esetben a táplálkozási magatartás hyperphagia, a test „felszedi” a túlsúlyt. A betegek orvoshoz fordulásának okai: testi betegségek, életbiztosítás, esztétikai problémák. A paciens kérése világos, az orvos—beteg kapcsolatot szakértő—kliens formának tekinti és a fogykúra előírásait „megkötött szerződés-ként”, határidő-naptáras módon tel-

jesíti. A prognózis jó, mert a táplálkozási magatartás teljesen módosul.

Az egyes ob.-formák kezelésének közös nevezője a fogykúra, mely nem az ob. mértékéből, hanem az előbbi sajátos vonásokból következik. A fogykúra indokolt, ha: 1. a súlygyarapodás testi zavarral van összefüggésben, vagy a családi anamnesisben diabetes, hyperlipaemia deríthető fel. 2. A psychoanalysis kóros konfl.-situációt explorál. 3. A beteg ex. ob.-ban szenved és kéri a fogykúrát.

Megfontolandó a terápiás kísérlet azonban, ha a beteg pszichológiailag primitíven strukturáltnak bizonyul és személyesen — nem pedig orvosi indok alapján — kéri a fogykúrát.

A szerző végül ismerteti a fogykúra általános irányelveit. A differenciált dietoterapiát kezdetben az orvos és a beteg közösen állítja össze; igazodik a beteg életmódjához, étkezési szokásaihoz, a táplálékkal szembeni függőségét, a testi zavarokat és a napi kalóriaösszeget figyelembe veszi. Ez a beteg számára hasznos munkamódszer és a későbbiekben önmaga irányítja a diétát. A therapeuta nemcsak technikailag informálja a beteget, hanem rámutat az elkövetett érendi hibákra és megmagyarázza, hogy az ob. reversibilis állapot. Gyógyszerekre ritkán van szükség (anorexigének adása csak hyperphagiában indokolt).

(Ref.: A cikk bepillantást enged az ob. „lelki genesisé”-be, és — hibái ellenére is — a betegség psychosomatikus szemléletét nyújtja.)
Huber Tibor dr.

Szerk. megjegyzés. A természet-tudományosan gondolkodó orvos számára is követhetők és biztosan elfogadhatók az elhízásnak olyan formái, amelyek keletkezésében psychogen tényezők játszanak szerepet. Ugyanakkor azonban nem hallgathatjuk el azon fenntartásainkat, kételyeinket, amelyek a cikkben elemzett egyes — nem valamennyi — alcsoportok pathomechanizmusát illetik. Ezeket már a természet-tudományosan gondolkodó orvos nehezen tudja követni és minden joggal követeli meg az olyannyira elvont elméleti, olykor spekulatív elképzelések gyakorlati bizonyítását.

Haematológia

Normál emberi perifériás vér lymphocyta-frakciójából származó granulocyta-kolóniák.

Zucker-Franklin, D. és mtsai (Dept. of Medicine, New York University Medical Center, New York, N. Y. 10 016): Proceedings of the National Academy of Sciences USA 1974, 71, 2711—2714.

Ismeretes, hogy a humán perifériás vér olyan precursor-sejteket tartalmaz, melyek megfelelő in vitro rendszerben szaporodva és diffe-

renciálódva granulocytákból és mononukleáris sejtekből álló kolóniákat képesek létrehozni.

A szerzők normál emberi vér leukocytáiból megfelelő sejtszeparációs módszerekkel olyan tisztaságú lymphocyta-preparatumot állítottak elő, amelyben granulocytákat egyáltalán nem találtak, a phagocytáló sejtek aránya pedig 3% alatt volt. Egymillió ilyen „tisztított” lymphocytából 50—80 kolónia fejlődött, míg ugyanilyen számú „tisztítatlan” leukocytából csupán 4—10 kolónia nőtt. A granulocytáknak a leukocytákból való eltávolítása ezek szerint fokozta az azonos számú lymphocytából keletkező kolóniák számát. A kolóniák nagysága és a kolóniákat alkotó sejtek elektronmikroszkópos képe azonos volt a „tisztítatlan” leukocytákból és a „tisztított” lymphocytákból készített tenyészetekben. A kolóniákban először differenciálatlan sejteket találtak, majd a tenyésztés 9. napjától kezdve a neutrophil és eosinophil granulocyták differenciálódó precursor-sejtjeit, a 15. nap után pedig érett granulocytákat is.

Azok a sejtek, amelyekből a granulocyta kolóniák képződnek, phagocytosira nem képesek és morfológiailag valószínűleg nem különböznek a normál emberi vér lymphocytáitól. További vizsgálatok szükségesek annak eldöntésére, hogy a kolóniaképző sejt az „el nem kötelezett” („noncommitted”) lymphocyták egy speciális típusa-e, vagy a lymphoid sejtvonallal semmiféle kapcsolatban nem álló precursor-sejt.

Kovács Péter dr.

Antigén-különbségek a vérképző őssejtek és a myeloid előd- (progenitor) sejtek között. Van den Engh, G. J., Golub, E. S. (Dept. of Radiobiology of the Erasmus University, Rotterdam): J. Experimental Medicine, 1974, 139, 1621—1627.

Általánosan elfogadott, hogy az emlősök vérében levő érett sejtek egy pluripotens őssejt leszármazottjai. Ez a sejt supraletalisan besugárzott egerekbe való transzplantálás után azok lépében sejt-kolóniát alkot, ezért lép-kolónia képző egységnek (colony forming unit in spleen = CFUs) nevezik. Megfelelő in vitro rendszerben myeloid kolóniákat alkotnak az ún. in vitro kolóniaképző sejtek (colony forming unit in culture = CFUc). A CFUc valószínűleg a CFUs differenciáltabb leszármazottja, a granulopoézis és makrophag-képzés előd-(progenitor) sejtje.

Korábban közölték, hogy az egér- és a CFUs közös antigént tartalmaz. Így nyulakban vagy kecskékben termelt egér- vagy elleni antiserum segítségével a CFUs elpusztítható.

A jelen kísérletekben egér- vagy elleni antiserummal majd complementtel inkubáltak egér csontvelő-sejteket. Az inkubáció alatt a CFUs-ek száma 75—85%-kal csökkent.

kent, míg a CFUC-k száma lényegesen nem változott. Ebből arra következtetnek, hogy a pluripotens vérképző őssejt myeloid előd-sejtje valószínűleg differenciálódását az antigénitász változása kíséri, nevezetesen annak az antigénnek az elvesztése, amely a pluripotens őssejtben és az egérágyban egyaránt megtalálható. E felismerésnek a kutatásban nagy jelentősége lehet, mivel segítségével a differenciálódás bizonyos fokán álló sejtek elkülöníthetők, ill. eliminálhatók.

Kovács Péter dr.

Chloramphenicol és Thiamphenicol hatása az in vitro kolóniaképző sejtre. Ratzan, J. és mtsai (Dept. of Medicine, Univ. of Miami School of Medicine and The Howard Hughes Medical Inst., Miami, Fla. 33152 and the Walter and Eliza Hall Institute of Medical Research, Melbourne, Australia): Blood. 1974, 43, 363—369.

Chloramphenicolnak (CAP) és egy analógjának, a Thiamphenicolnak (TAP) a csontvelőben található in vitro kolóniát képző sejtre gyakorolt hatását vizsgálták. Ha a CAP a humán terapiában használatos vérszinttel azonos koncentrációban (20—40 $\mu\text{g}/\text{ml}$) volt jelen a táptalajban a tenyésztés egész ideje alatt (10 napig), akkor a képződő sejt kolóniák száma lényegesen kisebb volt a CAP-ot nem tartalmazó tenyészetekben észlelténél. A kolóniaszám csökkenésének mértéke a vizsgált hét különböző egértörzs esetében 60—90%-ot tett ki. A TAP a CAP-hoz hasonló mértékben csökkentette a képződő kolóniák számát.

Különböző betegségekben (lymphosarcoma, krónikus lymphoid leukaemia, Hodgkin-kór stb.) szenvedő betegek csontvelőjéből készített tenyészetekben 50 $\mu\text{g}/\text{ml}$ CAP a képződő kolóniák számát és nagyságát egyaránt jelentősen csökkentette. Egér csontvelő tenyészetekben a granulopoetikai sejtekből álló kolóniák aránya CAP vagy TAP hatására csökkent, míg a makrophagokat tartalmazó kolóniák aránya nőtt. A vizsgált két anyag tehát gátolta a granulocytá irányba való differenciálódást.

Egy másik kísérletben az egér csontvelősejteket 32 $\mu\text{g}/\text{ml}$ CAP, ill. 36 $\mu\text{g}/\text{ml}$ TAP jelenlétében inkubálták 24 óráig 37 °C-on táptalajadékból, majd a sejteket mosták és CAP-, ill. TAP-mentes táptalajban végezték a tenyésztést. Ekkor a képződő kolóniák száma gyakorlatilag azonos volt a CAP, ill. TAP nélkül inkubált csontvelősejtekből készült tenyészetekben találtakal. Ez arra utal, hogy a CAP, ill. TAP kolóniaképzést gátló hatása az első 24 órán belül reverzibilis.

A jelen kísérletek alapján nem dönthető el, hogy a CAP in vitro észlelt proliferációt gátló hatása összefüggésbe hozható-e a CAP in vivo toxicitásával.

Kovács Péter dr.

Dietetika

Glomerulonephritis dietoterápiája. Kluthe, R. (Medizinische Poliklinik der Universität, 78 Freiburg, Wonnhaldestr. 1.): Deutsche Medizinische Wochenschrift. 1974, 99, 1325—1328.

Száz éve kezelik az akut vese-gyulladást természet tudományos alapon kialakított diétával. Az első periódus a tejkúrák korszaka volt, a második az éhezés és szomjazás korszaka, ami Németországban igen soká tartotta magát. Az észak-amerikai kutatók kísérletesen bizonyították, hogy pl. olyan püré-diétán tartott betegek, akik napi 85—90 g fehérjét kaptak a betegség kezdetétől fogva, hamarabb meggyógyultak, mint az éhezős-zomjazós betegek, és 5—15 év múlva sem volt krónikus nephritisük. Mortensen összehasonlító vizsgálatai (40, illetve 250 g fehérjetartalmú diéták) szerint nincs a betegség lefolyásában különbség.

Smadel és Farr patkányokon Masugi-nephritist idéztek elő és 5, 18 és 40% fehérjetartalmú izokalorikus étrenden tartották őket. A klinikai és szövettani eredmények alapján a legjobb eredményt a kevés fehérje-, nagy szénhidrát-tartalmú diétán kapták. Más szerzők megerősítették ezeket az eredményeket, sőt nagy mennyiségű fehérjével patkányban progrediáló ún. diétás nephritist okoztak.

Emberen ilyen nem találtak, nagy mennyiségű fehérjefogyasztás nem károsítja a vesét, jól példa erre, hogy az eszkimók főleg zsírt és fehérjét esznek. Pullman és mtsai szerint a glomerulus-filtrátum mennyisége és a PAH clearance fehérjedús étrenden nő, s a vizelet koncentrációképesége javul. Ennek ellenére Brod kitarított a szigorú éhezés mellett, az akut szakasz és az exacerbáció szakában.

A mennyiségileg determinált táplálási terápia korszakát éljük ma. Egyéni dietoterápia segítségével a páciens kórképének megfelelő étrendet lehet beállítani. Az alapétrend kalóriában gazdag, szegény, a fehérje, víz és kálium mennyisége szűkség szerint variálható. Az első két hétben szigorúan nátrium- és káliumszegény fehérjetartalom (= 0,3—0,4 g/kg). A 2—4. héten nátriumszegény normál káliumtartalmú, 0,5—0,6 g/kg fehérjét tartalmazó az étrend. A 4—6. héten nátrium- és káliumtartalomban már nincs korlátozás, a fehérjebevitel 1 g/kg. Ez az étrendi séma jól bevált a klinikai gyakorlatban.

A krónikus glomerulonephritis diétájában Volhard óta alapvető változás nem történt. Az akut fázis szigorú diétájával szemben a krónikus nephritises beteg diétáját csak oedemára hajlamos betegeknek vagy kezdődő veseelégtelenség eseteiben korlátozzák. Ma már rendelkezünk olyan diétás rendszabályokkal, amelyek a krónikus

nephritis késői stádiumaiban (praeuraemia és uraemia) hatékony terápiais tényezők lehetnek. Ilyen szelektív szigorúan fehérjeszegény speciális diéta, pl. az ún. burgonya—tojás étrend. Ilyen diéták segítségével lehetővé vált 1—2%-osra csökkent glomerulus-filtráció mellett is uraemia nélkül életben tartani, sőt rehabilitálni a betegeket. A diéta hatása abban rejlik, hogy az esszenciális tápanyagellátást biztosítja, és az uraemiát okozó toxinok szintézisét gátolja. Az ura koncentráció csökkenése mellett a metilguanidin és a guanidin-borostyánkősav képződése gátolt. A burgonya—tojás diéta kritériuma, hogy elegendő kalória mellett megfelelő aminosav spektrumot biztosít, normális káliumtartalmú, jól emészthető, nem savanyít, és az ozmolaritást biztosítja.

Az utóbbi években kiderítették, hogy az uraemiás beteg aminosav-szükséglete az egészségestől eltérő. Uraemiások számára például a hisztidin esszenciális aminosav. A mai diéták (pl. Giordano—Giovannetti stb.) összeállításánál ezt még nem tudták, ezért helyes ezeket a diétákat napi 0,5 g L-hisztidinnel és vassal komplettálni. Így a haemoglobin spektrum és a vérékép jobb. Anyagcsere anomália adódott fenilalaninnal, tirozinnal és triptofánnal kapcsolatban is, és a diétás korrekció fontosságát több munkacsoport vizsgálja. Felmerült, hogy az esszenciális aminosavak nitrogénmentes ketosav módosultait kell alkalmazni, amelyek a szükségletet úgy biztosítják, hogy nem jelentenek nitrogénterhelést. Ez a módszer nitrogénmentes, por alakú, ún. „ürhajós diéta” formájában oldható meg. Ilyen ketosavak bevitelére szelektív, fehérjeszegény diéta kiegészítőjeként igen hasznos lehet, mert ezzel olyan anyagcsere-folyamatokat lehet elősegíteni, amelyek az uraemia kifejlődését visszaszorítják. Biztosítani lehet azonkívül olyan NH₂-mentes aminosavmódosulatokat, amelyeket a szervezet nem képes ki-elégítő mennyiségben képezni. A guanidin-borostyánkősav képzését meg lehetett gátolni, ha a methionin ketosav módosulatát adagolták a betegeknek.

Remélhető, hogy a vesebetegek diétás kezelése tovább javul, s ezáltal a dialízis igénylők száma csökken.

Bedő Magdolna dr.

Az epekövyakorosság növekedése férfiakban cholesterolin-csökkentő diétán. Stundervant, Pearce, M. L., Dayton, S. (Veterans Administration Wadsworth Hospital 691/111 C Los Angeles, Cal. 90073.): New Engl. J. Med. 1973, 288, 24—28.

Jelen tudásunk szerint a cholesterolin-kő képződés kapcsolatban van a fontosabb epelipidek (cholesterin, epesók, lecitin) relatív koncentrációjának eltéréseivel.

A szerzők standard amerikai

diétán, valamint alacsony cholesterin, alacsony telített zsír és magas telítetlen zsírsav, magas növényi zsíradék tartalmú kísérleti diétán élt férfiak boncjegyzőkönyvei alapján statisztikai felmérést végeztek. A kísérleti diétát fogyasztott férfiak között sokkal több volt (34%) a cholelithiasis, mint a kontrollknál (14%). Szignifikáns correlációt találtak a kísérleti étkezések száma és a kö-előfordulás között. Életkor szerinti csoportosításban is magasabb volt a kö-előfordulás a kísérleti diétát fogyasztott csoportban. De azt, hogy az életkorral emelkedne a kögyakoriság, a jelen értékelés nem tudta megerősíteni. Amíg a kísérleti csoportban az indulásnál nem volt lényeges eltérés az átlagos cholesterin szintben a köves és kö nélküli csoport között, addig a kontroll csoportban a kezdeti cholesterin szint 264 mg% volt azon egyénekben, akiknek később epekövé lett, és 236 mg% azokban, akiknek nem lett kövé. Tekintet nélkül a diétára, a köképződés a nagyon kövér embereknél sokkal valószínűbb volt.

Az eredmények azt mutatják, hogy a kísérleti diétát fogyasztók között sokkal valószínűbben található a boncolás során epekö. Az epe és a kövek kémiai analízisét utólagosan nem állt módjukban elvégezni.

Az irodalom alapján két lehetőséget vetnek fel az eredmények magyarázatára.

1. Telítetlen zsírsav diétán csökken az epében a chenodeoxycholsav: cholsav arány, ami abból a szempontból érdekes, hogy cholesterin-köves egyénekben a chenodeoxycholsav-pool csökkenését írták le, valamint chenodeoxycholsav etetésre férfiakban csökken az epekövek nagysága. Talán a kísérleti diéta a chenodeoxycholsav-anyagcserében okozott eltérések révén kedvezett a biliaris cholesterin-kicsapódásnak.

2. A másik magyarázatot azon patkánykísérletek szolgáltatják, melynek során 400 mg/die sitosterolnak a törzsdietához való keverése háromszorosára emelte az epe cholesterin-koncentrációját anélkül, hogy az epesók koncentrációját hasonlóan befolyásolta volna.

A kérdés tisztázásához hosszan tartó diéta során a köösszetétel, az epe lipidösszetétel és az epesók kinetikájának vizsgálata szükséges.

Végeredményben a kísérletes diéta toxikus mellékhatásaként könnyelhetjük el a gyakoribb köképződést. De a köveszély még mindig kevésbé látszik súlyosnak, mint a coronaria betegség veszélye az arra hajlamos, pl.: hyperlipoprotein-aemiás embereknél. Tehát ezen pácienseknél a telítetlen zsírsavban gazdag diéta alkalmazása indokoltnak tekinthető.

Tárnok Ferenc dr.

Lactose-malabsorbtió-ban szenvedő betegek kezelése joghurttal és sajtokkal. Sotto Escobar, A., Castañeda Guillot, C. (Inst. Enterol. Univ. Med. La Habana): Rev. Cub. Med. 1974, 13, 367—373.

A szerzők 100 chronikus hasmenésben szenvedő beteg között 49-et találtak, akiknek tejcukor-felszívódása zavart volt (lactose malabsorbtió) cukorterhelés során. 17 eset elsődleges volt, öröklődő betegség; esetleg késői megnyilvánulással, 32 esetben. 32 beteg felszívódási zavarának ismerték az okát: 8 gyomorműtéten esett át, 7-ben trópusi „sprue” volt, 7-ben nem specifikus jejunitis, 5-ben colitis ulcerativa idiopathica, 3-ban parazita fertőzés (2 Giardia lamblia és 1 Strongyloides stercoralis), 2-ben Crohn-féle betegség.

A betegek táplálékából megvonták a tejet, ez a 17 elsődleges eset közül 16-ban kedvező eredménnyel járt, a 32 másodlagosból 28 esetben.

A továbbiakban a betegeket házi készítésű joghurttal (a tej beoltása nemes tenyésztéssel: Lactobacillus bulgaricus + Streptococcus thermophilus és háromórás érlelés 42 °C-on), valamint a Kísérleti Tejüzem által gyártott Camembert típusú sajttal (400—600 g, ill. 80—120 g naponta) etették. E kezelés ugyancsak hasznos volt, mert a 17 elsődleges felszívódási zavarban szenvedő beteg közül 13 és 32 másodlagos beteg közül 19 mutatott gyors gyógyulást.

A szerzők arra az álláspontra helyezkednek, hogy a tejtermékeket nem lehet teljesen megvonni a betegektől, ezért kell adni joghurtot vagy sajtot, ha a beteg a joghurtot nehezen tűri, akkor ki kell préselni a savót belőle s viszonylag szilárd formában történjen a fogyasztás. A joghurt ugyan tartalmaz 4,15% tejcukrot, de ez a fermentáció során lassanként elbomlik. Ismertetik a különböző tejek lactose-tartalmát: kondenzált tej 12%, tejpör 7,2%, anyatej 6,5%, kancatej 6,1%, száraztej 6,0%, tehéntej 4,9%, juhtej 8,8%, kecsketej 4,1%, lefőlt tejpör 4,9%, teljes tejpör 4,5%, maternizált tejpör 4,5%.

A szerzők felhívják a figyelmet hasmenéses betegek tej helyett joghurttal vagy sajttal (tejcukormentes) való táplálására.

Nikodemusz István dr.

Szív- és keringési betegségek

Feketekávé fogyasztás és a szívizom infarctus. (Boston Collaborative Drug Surveillance Program): Lancet, 1972, II. 7790, 1278.

A vizsgálatok célja volt azt tisztázni, hogy létezik-e összefüggés a feketekávé fogyasztás és a myocardium infarctus előfordulása között. E célból a világ különböző tájain nyolc kórházban (Usa, Kanada, Is-

rael, Új-Zéland) kikérdezték az infarctus myocardi-vel elbocsátott betegeket feketekávé, ill. tea fogyasztásukról, így 276 infarctusos beteg adatait elemezték. Kontrollként a fenti kórházban egyéb betegségek miatt kezelt, kor, nem, hypertonia, diabetes előfordulása szempontjából megegyező összetételű betegcsoport (1104 fő) szolgált.

Az infarctusos betegek szignifikánsan több kávét fogyasztottak, mint a kontroll csoport tagjai ($p < 0,01$). Ez az összefüggés egyaránt megtalálható volt a férfi—nő, fiatal (59 év alatti) — idős (59 év feletti), amerikai—nem amerikai, diabeteses—nem diabeteses, hypertoniás—normotoniás csoportokban. A kávéfogyasztás és a dohányzás között szoros korreláció volt, azonban a kávéfogyasztás és az infarctus közötti összefüggés erősebbnek látszik, mint a dohányzás és az infarctus összefüggése. A cukorfogyasztást nem vizsgálták. Azoknak, akik napi öt csésze kávét isznak (vagy többet) kétszer akkora esélyük van az infarctusra, mint akik nem fogyasztanak feketekávét.

Véleményük szerint eredményeik a következőképpen magyarázhatók: akik sok feketekávét isznak, azok egyébként is „infarctus személyiségek”; coffein hatással nem magyarázható az összefüggés, mert a tea fogyasztás és az infarctus előfordulása között nem találtak korrelációt, azonban szignifikáns összefüggés mutatkozott a kávéfogyasztás és a serum cholesterol szint között. Lehet, hogy a feketekávé a serum lipideken keresztül fejti ki hatását.

Farsang Csaba dr.

Szerk megjegyzés: Lehetséges, hogy valójában a rizikófaktornak számító feszített életmódot folytatók, nagyobb kávéfogyasztókról van szó.

A dohányzás leállítására myocardialis infarctus után. Burt, A. és mtsai (Western General Hospital, Edinburgh): The Lancet 1974, I, 304—306

A coronaria betegségek és a dohányzás közötti szoros kapcsolat már egyértelműen bizonyítottnak tekinthető. A szénmonoxid absorptio okozta hypoxia és a nicotin okozta catecholamin secretio fokozódás szerepet játszik a coronaria betegség kialakulásában. Ezért az ischaemiás szívbetegség elsődleges megelőzésére kell törekedni — a leghelyesebb el sem kezdeni a dohányzást. Az acut infarctuson átesett betegek esetén a dohányzás elhagyása a hirtelen halál vonatkozásában statisztikailag kedvezőbb helyzetet teremt, tehát helyes rábíri a betegeket a dohányzás elhagyására.

A szerzők 223 dohányos beteget került a megfigyelési időszakban myocardialis infarctus miatt a coronaria örözbe. Közülük 98-nak a szokásos módon javasolták a dohányzás elhagyását. Egy évvel későbbi utánvizsgálatkor kiderült,

hogy e betegek 45%-a nem változtatott dohányzási szokásain, 27,5%-uk felhagyott a dohányzással. 125 beteget forszírozott dohányzás-ellenes kampányba vontak. Közülük 63,2% hagyta el a dohányzást, és csak 15,2% nem változtatott dohányzási szokásain egy év alatt.

A dohányzás ellenes kampány főbb állomásai voltak: 1. A főorvos elmagyarázta a dohányzás hatását és javasolta a dohányzás elhagyását. 2. Ezt a tanácsot az osztályos orvos és a nővér is megerősítette. Dogmatikusan mindenkinek azt tanácsolták, hogy soha többé, semmilyen formában ne dohányozzék. Nem ígérték azt, hogy ezzel a jövő egészséget váltja meg, de valószínűsítették, hogy az újabb infarctus kialakulásának csökken a valószínűsége. A Skót Egészségügyi Felvilágosítási Központ röpirata volt a 3. állomás, a 4. pedig a Kórház tanácsadó könyvecskéje, mely valamennyi rizikó faktor vonatkozásait tárgyalja. A beteg elbocsátása után a család tagjait is felvilágosították, kérve, hogy dohányzásmentes otthont biztosítsanak a betegnek (5. állomás). Végül hatadszor, speciális járóbeteget rendelésen folyamatosan fenntartották a nicotin ellenes hangulatot. Az intenzív kampány eredményességét a több irányú megközelítésre és a jó orvos-beteg kapcsolatra vezeték vizsgálta.

(Ref.: A brit kardiológus kollégák teljesen egységesek a dohányzás ártalmasságának hirdetésében és igyekeznek mindenkit a dohányzás elhagyására rábírni.

Keltai Mátyás dr.

Digitalis és a pitvari tachycardia blockkal. Sterstein, O., Rasmussen, K. (Medical Department B, University Hospital, Rikshospitalet, Oslo): British Heart Journal 1974, 36, 171-177.

A blockkal társuló paroxysmalis pitvari tachycardia keletkezésében a legtöbb szerző döntő jelentőséget tulajdonít a digitalisnak. Az utóbbi években az intoxikáció megítélésében komoly segítséget jelent a serum digitalis szintjének meghatározása. A szerzők Lown diagnosztikus kritériumait alkalmazva 31 betegen észlelt 44 blockkal társult pitvari tachycardiát elemeztek (ezek közül csak 3 nyilvánult meg paroxysmalisan). A vizsgálat előtt csak egy beteg nem kapott digitalist. Az észlelt blockarány: 17 esetben 2:1-es a-v block, ezt gyakoriságban a 3:1, illetve 4:1-es a-v block követte. A pitvari frequentia 136-320/min. között, 25 esetben 150-250/min. A serum kalium szint egyetlen esetben sem volt alacsonyabb. A serum digitoxin koncentráció 4,5-40 ng/ml. Alkalmazott módszerük szerint biztosan terápiás digitalis adag mellett 15-25 ng/ml a mérhető serumszint. A normál érték felső határát 7 esetükben lépte túl a

serumszint, míg 5 ízben az alsó határérték alatt maradt. A digitalis kihagyása, illetve az alkalmazott kalium pótlás a sinus rhythmust egy esetben sem állította helyre. Leghatásosabb terápiás beavatkozás az elektroconversio, 19 esetben visszaállította a sinus ingerképzést. Antiarrhythmiaszerek 7 ízben bizonyultak hatásosnak. A 31 esetből tehát 26-ban átmeneti eredményt tudtak elérni. Az arrhythmia azonban 11 betegen a későbbiek folyamán újból jelentkezett.

Véleményük szerint a következő tények szólnak amellett, hogy a blockkal járó pitvari tachycardia genesisében a digitalis nem döntő tényező: 1. Egyetlen betegen sem jelentkezett a rendellenesség a digitalis kezelés kezdetén, illetve a fenntartó adag emelése során. 2. A betegek többségében a digitalis intoxikáció egyéb objectív és subjectív jelei is hiányoztak. 3. A kép nem társult kalium deplecióval és az arrhythmia nem reagált kalium pótlásra. 4. A serum digitoxin szint csoportban nem magasabb, mint a szerzők által vizsgált, digitalissal biztosan nem reagált betegek közt. Ez utóbbi érv csak óvatosan fogadható el, hiszen ismeretes, hogy a terápiás és toxikus digitalis szint egyértelmű meghatározása csaknem lehetetlen. A digitalis toxikus arrhythmiaát válthat ki akár igen magas serum koncentrációja miatt, akár a myocardium digitalis érzékenységének fokozódása következtében (normális vagy akár alacsonyabb serumszint esetén is). Ha a laboratóriumi adatokat (serum digitoxin koncentráció) együtt mérlegeljük a teljes klinikai képpel, úgy anyagukban a digitalis, mint döntő tényező, nem szerepelhet az észlelt pitvari tachycardiák hátterében. E megfigyelés ellentétben áll a legtöbb szerző véleményével.

Pálósy Béla dr.

A myocardialis infarctus megjelenése. Szerkesztőségi közlemény. Brit. Med. Jour. 1974, 1, 1.

A myocardialis infarctus a leggyakoribb halálok a középkorúak között és gyakran okoz a túlélőkön fizikai és emotionalis károsodást. Amíg a myocardialis infarctus kezelésében szerepet játszó faktorokat csökkentő vagy megszüntető kutatási eredményekre várunk, meg kell szervezni az adott körülmények között legkorszerűbb betegellátást. Ehhez több problémát kell tisztázni: Milyen gyakori az elhibázott diagnózis? Milyen gyakran halnak meg a betegek mielőtt kórházba érnének? Mennyire csökkenti a halálozást a „first-class” intenzív kezelés? Milyen az eredmény, ha otthon kezelik a beteget?

E közlemény Kinlen Oxford Record Linkage Study-ja alapján készült. 375 000 Oxford és környéki 70 évnél fiatalabb lakos között 1000-re 4,5 infarctus roham esett. A vizsgálati időben 363 infarctus fordult

elő, a betegek 4/5-e volt férfi. Mellkasi vagy epigastriális fájdalom a betegek 82%-án, collapsus, synkope, súlyos légzészavar 12%-án jelentkezett. A mellkasi fájdalom gyakran atypusos volt, gyakran félreértelmezték és „gyomorrontásnak” tartották. Az esetek 40%-ában a beteg szokatlanul fáradt volt hetekkel, hónapokkal előbb és gyakran váratlanul halál következett be. Néhány esetben a fáradtság olyan extrem volt, hogy a beteg evés közben elaludt. Külön tanulmány alapján lehet annak megállapítása, hogy ez az abnormális fáradtság valóban praemonitorikus jel-e?

A betegek közül 140 meghalt az orvos helyszínre érkezése előtt. A halálesetek 80%-a 8 órán belül történt. Bár az intenzív osztályokra jutottak mortalitása valamit csökkent, a hívás, az ambuláns ellátás és a kórházba érkezés komoly szenvedés ellenére is még városokban is néha órákat vesz igénybe. Ezért a probléma még sokáig elő marad, mert a lényeg továbbra is az *azonnali ellátás*. Felvetnek lehetőségeket, amelyekkel a mortalitás talán csökkenthető: az elsősegélynyújtás széleskörű propagálása, otthon felszerelt intenzív kezelési lehetőség adaequat ápolással, oxigénnel és analgeticummal. Ez kevesebb emotionalis traumát jelentene, és esetleg olcsóbb lenne, mint a jelenlegi rendszer.

Széplaki Sándor dr.

A myocardialis infarctussal szövődött bal elülső hemiblock gyakorisága és prognosisa. Beck, O. A., Hochrein, H. (III. Medizinische Klinik der Städtischen Rudolf-Virchow Krankenhaus, Berlin): Deutsche Medizinische Wochenschrift 1974, 99, 77-83.

A szerzők 2 év infarctusos beteganyagát elemzik (609 eset). Bal elülső hemiblock 55 ízben (9,05%) társult a kórképhez, e betegek átlagéletkora 1,3 évvel magasabb. Mortalitás szempontjából nincs különbség, ha intraventricularis vezetési zavar jelentkezett a vizsgált többi esethez viszonyítva (az 55 hemiblockos beteg közül 20, a hemiblock nélküli 461-ből 131 halt meg). Az infarctus helye a halálozást nem befolyásolta. A hemiblockos betegcsoportban közel kétszer gyakoribb volt halálként az asystolia s lényegesen gyakrabban szövődött a körlefolys változó súlyosságú szívelégtelenséggel. A vezetési zavar a legtöbb esetben (44 beteg) már felvételkor fennállott és a beteg elbocsátásakor is megmaradt. 10 esetben az észlelés során keletkezett (9-ben az első 72 órán belül). Intermitáló hemiblockot 3 betegen tudtak megfigyelni. A 20 meghalt hemiblockos beteg közül 15-öt boncoltak: 12 esetben kiterjedt mellőfal infarctust észleltek, 3 alkalommal hátsófalit (ezekben a ramus interventricularis anteriorban régi thrombosis vagy szűkítő folyamatot láttak).

Vizsgálataik szerint a bal elülső hemiblock az egyik leggyakoribb, de egyben az egyik legártalmatlanabb vezetési zavar myocardialis infarctusban. Bi- vagy trifascularis block kialakulása e betegekben igen ritka. A társuló egyéb arhythmikiák szempontjából e betegcsoport nem különbözik a vezetési zavar nélküli esetektől. Egyszerű bal szívfél elégtelenség, illetve biventricularis insufficiencia azonban gyakoribb. Ez arra utal, hogy az infarctus előtt már károsodott e betegek szíve vagy az infarctus kiterjedése hemiblock esetében nagyobb.

Pálóssy Béla dr.

Szívblock myocardialis sarcoidosisban. Fawcett, F. J., Goldberg, M. J. (Department of Pathology, Peterborough District Hospital, Leicester Regional Cardiothoracic Unit, Groby Road Hospital): British Heart Journal 1974, 36, 220—223.

1968-ig az irodalomból mindössze 45 halálos kimenetelű myocardialis sarcoidosis ismertetés; ezek közül 35-ben történt értékelhető EKG vizsgálat s ez 14 ízben teljes szívblockot mutatott. Boncolási adatok szerint a sarcoidosis esetek 13—20%-ában számolhatunk a szív érintettségével.

A szerzők 60 éves férfibetegüket ismertetik, aki hónapok óta szédült, időnként syncopéi voltak. Ezek hátterében teljes a-v blockot mutattak ki (a kamrakomplexus bifascularis block képét mutatta — jobb szárblock + bal elülső hemiblock). Kezdetben tartós hatású isoproterenollal (Saventrin) biztosították a megfelelő kamrafrequenciát, majd amikor prostata hypertrophia miatt műtétet javasoltak, demand típusú pace-maker kapott a beteg. Ez jól vezérelte a szívet. A beteg 4 hónappal a pace-maker beültetése után váratlanul halt meg. A boncolás a szív valamennyi üregének falában szokatlanul kiterjedt sarcoidosus elváltozást fedett fel, mely legkifejezettebben a bal kamra elülső falát (bal elülső hemiblock) és az interventricularis septumot (harmadfokú a-v block) érintette.

A myocardialis sarcoidosis klinikailag különféle képpen jelentkezhet: 1. leggyakoribb a rhythmuszavar kialakulása, itt az esetek többségében teljes a-v block látható. Ezt a kamrai septum gyakori érintettsége magyarázza. Ritkábban észlelhető kamrai tachycardia, pitvar fibrillatio és pitvari tachycardia. 2. Sok esetben a beteg teljes jóllét közepette hirtelen hal meg s csak a boncolás deríti ki a myocardium sarcoidosus elváltozását. 3. Aránylag gyakori a cardialis decompensatio, mely lehet a rhythmuszavar következménye, de okozhatja a myocardium súlyos contractibilitási zavara is (a szívizomzat infiltrációja miatt). 4. Egyéb szívélváltozások: billentyű laesió, ismétlődő pericardialis folyadékgyülem.

Pálóssy Béla dr.

Prinzmetal anginában észlelhető coronaria spasmus. Kerin, N., Macleod, C. A. (The Cardiac Laboratory, Medical Service, Veterans Administration Hospital, and the Department of Medicine, Case Western Reserve University, Cleveland): British Heart Journal 1974, 36, 224—227.

A szerzők bevezetőjükben ismertetik, a Prinzmetal típusú angina pectoris jellemzőit (többnyire nyugalomban jelentkező fájdalom, melyet terhelés vagy pszichikai stressz nem vált ki; a fájdalom a klasszikus anginás fájdalomnál erősebb és tartósabb, az EKG-on dömszerű ST elevatio észlelhető az ischaemiás falknak megfelelő területen).

Ezt követően 49 éves férfibetegüket ismertetik, aki néhány éve részben epigastralis, részben retrosternalis, a bal vállba sugárzó, rohamoszerű fájdalmakat észlel. Kórházi felvétele is egy ilyen roszszullét miatt történt. A roham lezajlása után készített EKG-on a V₃₋₅-ben negatív T-csipkéket észleltek, a rendellenesség 4 nap után megszűnt. Az elvégzett ergometriás EKG vizsgálat ischaemia mellett értékelhető jeleket nem mutatott. Bal oldali ventriculographiát végeztek, mely normális viszonyokat mutatott. A vizsgálat alatt a szokottnak megfelelő heves fájdalom jelentkezett. Az ekkor készített EKG-on a II—III. és aVF elvezetésekben dömszerű ST elevatio alakult ki, a bal kamrai végdiastolés nyomás a roham alatt fokozatosan 15 Hgmm-re emelkedett. A roham alatt feltöltötték a jobb coronariát, melynek lefutása mentén 3 hosszabb-rövidebb szakaszon, kifejezett szűkületet észleltek. Nitroglycerint adva fájdalom (és ST elevatio) megszűnt. Ekkor a coronariographiát megismételték s az újabb vizsgálat az előzőekben észlelt szűkületet már nem mutatta (tehát átmeneti spasmusról van szó).

Esetük megfelel a Prinzmetal-féle variáns angina pectoris minden kritériumának. Ennek kialakulásában azt a conceptiót támogatja, mely szerint a rohamért valamely nagyobb coronaria ág átmeneti tónusfokozódása felelős (s ez kialakulhat viszonylag ép erekben is). Ez magyarázhatja azt a megfigyelést is, hogy e variáns anginában adott esetben a coronariographia teljesen ép viszonyokat mutat (a spasmus csak roham alatt észlelhető!).

(Ref.: A variáns angina pectoris coronariographiás vizsgálata nem teljesen veszélytelen, mint erre a közelmúltban saját esetünk elemzése során a Hetilapban felhívtuk a figyelmet. Különösen megdömlendő, hogy indokolt-e ennek ismertetésében a ventriculographia során kialakult roham alatt — mely a klasszikus Prinzmetal angina képét mutatta — a beteget további veszélynek kitenni a coronaria feltöltésével. Ha a fájdalmat átmeneti coronaria spasmus hozza létre, a coronaria bypass nem jön számításba,

amíg kimutatható, organikus szűkület esetén igen. E kérdést azonban a nyugalmi időszakban elvégzett coronariographia a beteg lényegesen kisebb megterhelésével, illetve veszélyeztetésével oldja.)

Pálóssy Béla dr.

Prolactin és furosemid hatása a szív működés frekvenciájára és ritmusára. B. A. Nassar és mtsai: Brit. Med. J. 1974, 2, 27—29.

Újabb adatok szerint izommunkában, műtétek, valamint szívinfarktus után prolactinszint-emelkedés figyelhető meg emberben. A szerzők perfundált patkányszív készítményen vizsgálták a prolactin és furosemid elektromos és mechanikus aktivitására és a frekvenciára gyakorolt hatását.

Prolactin 50 ng/ml dózisban növelte, 200 ng/ml dózisban csökkentette a frekvenciát. Mindkét hatás megszűnt furosemid adása után (40 g/ml). Prolactin mindkét fenti dózisban dysrhythmikiákat is okozott; a kisebb dózis főleg supra-ventricularis eredetű halmazott ütések hozott létre, a nagyobb dózis hatására viszont lassú supra-ventricularis összeolvadt ütések jelentkeztek nagyobb számban.

Mivel a jelen kísérletekben a furosemid önmagában nem hatott a szív működés egyik vizsgált paraméterére sem, a szerzők a prolactin gátlásával magyarázzák a furosemid hatását. Egyéb irodalmi adatok alapján felvetik annak a lehetőségét, hogy több drog (reserpin, methyldopa stb.) a prolactin szekréciójának fokozásán keresztül fejthetik ki — legalábbis részben — ismert szívhatásaikat.

Megfontolandónak tartják a digitálisnak prolactin-antagonistákkal való együttes adását is, mivel a digitális ösztrogénszerű aktivitása révén fokozhatja az amúgy is magas prolactin-szintet.

Szelényi Zoltán dr.

A clofibrat hatása coronaria betegségekben. Gillam, P. M. S. (Salisbury General Hospital): American Heart Journal 1974, 87, 1—4.

Eddigi vizsgálatok alapján kétségtelen, hogy összefüggés van a hyperlipidaemia és az ischaemiás szívbetegség között, valamint, hogy a clofibrat csökkenti a serum lipid szintet. A szerkesztőségi közlemény kritikailag elemzi azokat a vizsgálatsorozatokat, melyeket eddig végeztek a clofibrat hatását illetően coronaria betegekben.

Az áttekintés alapján a következőket állapítják meg: 1. A clofibrat adása coronaria betegeknek nem absolute indicált. 2. Coronaria beteg a hyperlipidaemia nem indikációja a kezelésnek, mert nincs bizonyítva, hogy a lipid szint csökkentése segít a betegben. 3. Nincs bizonyítva, hogy a clofibrat jó hatást fejt ki olyan szívinfarktuson átesett

betegeken, akiknek angina pectorisuk nincs, bármilyen is a lipid szint. 4. Egy skóciai vizsgálat sorozat szerint a clofibrat megelőzheti a hirtelen halált anginás betegeken, de ez az ismeretlen mechanizmus független a lipid szintekre gyakorolt hatástól, 5. 65 év feletti betegcsoporton a clofibrat hatását nem vizsgálták.

A közlemény következtetése, hogy a clofibrat mérsékelt hatású szer a klinikailag már megállapítható coronaria betegség kezelésében. Tagadhatatlan, hogy veszélytelen, adagolása biztonságos. Ischaemiás szívbetegséget megelőző hatása (primer preventio) is még bizonyításra szorul.

Bajkay Gábor dr.

Szívinfarktus miatti rokkantság Harkov lakossága körében. Galicseva, N. A. Szovjetszkoje zdravochra-nenije 1973, 12, 41—43.

A Harkovban 1969-ben szívinfarktusban megbetegedett 1039 személy további sorsát tanulmányozta a szerző 1971-ig. A betegek 51,7%-a az infarctus fellépésekor is munkaviszonyban állott; az utóbbiak 56,1%-a szellemi, a többi fizikai dolgozó volt.

A munkaviszonyban állók közül 101 személy (18,8%) vált rokkanttá: 2 személy az I., 78 a II. és 21 fő a III. rokkantsági csoportba került. A rokkant állományba kerültek körében viszont a szellemi dolgozók száma csak 32 főt tett ki. Érdekes,

hogy a szellemi dolgozók kórházi ápolási napjainak száma átlagosan 53,4 napot tett ki a fizikai dolgozók 37,9 napjával szemben. Másrészt viszont a szellemi dolgozók kisebb arányban (100 infarktuson átesett dolgozó közül 12,3) mentek nyugdíjba, mint a fizikai dolgozók (100 közül 27,1).

Az infarctus lezajlását követően majdnem valamennyi személy alapvetően megváltoztatta életmódját, s ha vállalták is a munkát, az az előző munkakörüknél könnyebb volt. A rokkantállományban levők közül az eltelt két év során 3 személy halt meg, s a III. csoportba tartozó betegek száma 21-ről 37-re emelkedett.

Varga János dr.

FTOROCORT

kenőcs

Összetétel: 0,1% triamcinolon acetontidot tartalmaz lemosható kenőcs alapanyagban. A triamcinolon acetontid fluorozott szteroid származék, amely erőteljes localis gyulladásgátló, antiallergiás és viszketéscsökkentő hatású.

Javallatok: A chronikus és acut ekzema valamennyi megjelenési formája, localisatióra való tekintet nélkül. Pruritus ani, pruritus genitalis. Neurodermatitis. Vegyi anyagokkal szembeni túlérzékenység bőrtünetei. Kontakt dermatitis az aetiológiára való tekintet nélkül. Pemphigus vulgaris. Dermatitis herpetiformis Dühring. Erythema exsudativum multiforme. Erythematodes disseminatus és disciformis. Lichen ruber planus és verrucosus, Lichen chronicus Vidal. Psoriasis vulgaris. Herpes simplex. Pityriasis rosea. Acne vulgaris.

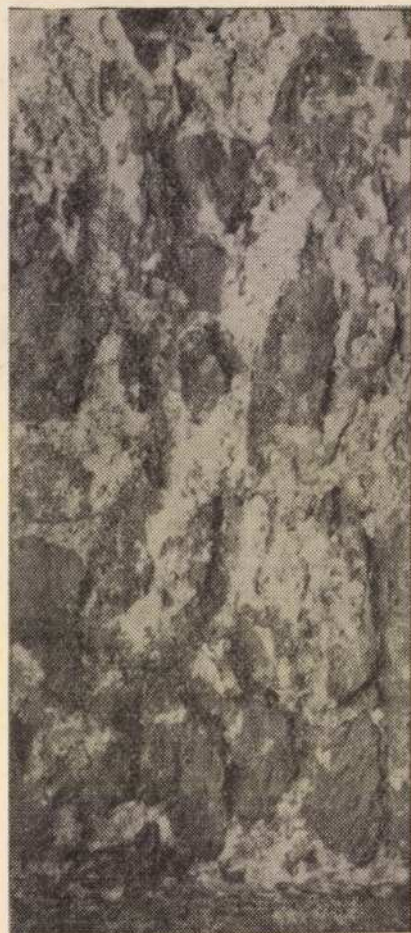
Rosacea. Miliaria rubra. Fényérzékenység, napégés, fény-urticaria. Ro-varcsipés. Ulcus cruris. Pityriasis rubra. Granuloma anulare. Erythrodermia exfoliativa. Leiner-betegség. Ritter-kór.

Ellenjavallat: A kenőcs szemészeti alkalmazása.

Alkalmazása: A kenőcsöt naponként 2-3-szor célszerű vékony rétegben a bőrelváltozásra kenni vagy occlusiv kötés formájában alkalmazni.

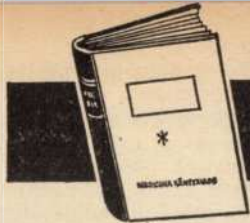
Megjegyzés: Társadalombiztosítás terhére csak abban az esetben rendelhető, ha a beteg gyógykezelését más - szabadon rendelhető - gyógyszer megfelelően nem biztosítaná. Sugárdermatitis, dermatitis solaris kezelésére csak szakrendelés javaslatára rendelhető. Lejárati idő: 2 év.

Csomagolás: 1 tubus (15 g) 28,20 Ft.



1010

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest



KÖNYVISMERTETÉS

Pastinszky, I. und Rácz, I.: Hautveränderungen bei inneren Krankheiten. Korrelationen zwischen Hauterscheinungen und physiologischen bzw. pathologischen Vorgängen im Organismus. (Belbetegségek bőrtünetei. A bőrijelenségek correlatiói a szervezet élettani és kóros folyamataival). 2. átdolgozott és bővített kiadás. VEB Verlag, Volk und Gesundheit, Berlin. 1974. Két kötet: I. kötet: 1—640 oldal, II. kötet: 641—1500 oldal, 546 ábra (részben színes), 30 táblázat.

A szerzők eme széles témakörű monographiája, először magyar nyelven jelent meg („Belbetegségek bőrtünetei”, Medicina, 1959, 691 oldal, 274 ábra). Ezt követte ennek lényegesen kibővített német kiadása („Hautveränderungen bei inneren Krankheiten”, Volk und Gesundheit, Berlin—Jena 1965, 1128 oldal, 403 ábra), majd lengyel fordítása („Zmiany skórne w chorobach wewnętrznych”), Panstwowny zakład wydawnictw lekarskich, 1969, Warszawa).

Szerzők páratlan műve iránti, igen nagy nemzetközi érdeklődés tette lehetővé, hogy könyvük ismét átdolgozott s lényegesen bővített, immáron két kötetre terjedő kiadása újból megjelenhetett.

A mű célja a bőr és a belső szervek közötti vonatkozások kézikönyvszerűen részletes ismertetése s szervezetünk egységének és egészének a hangsúlyozása.

De nem csupán testünk betegségeivel, hanem annak élettani változásaival (pubertas, menstruatio, graviditas, puerperium, climax stb.) kapcsolatos bőrtüneteket és nosológiai változásokat is feldolgozták. Ily módon a mű gyakorlatilag felöleli a bőrijelenségek minden más szervünkkel s a szervezet egészével való correlatiós összefüggését. Éppen ezért szerzőink kiegészítették könyvük régi címét: „A bőrijelenségek correlatiói a szervezet élettani és kóros folyamataival” alcímmel, mert a korábbi cím, szűkebb kereteket jelentett.

Szerzőink, már kitűnő könyvük első kiadásában részletesen tárgyalták a hagyományos belbetegségek kivül, a nőgyógyászati, pszichiatriai, neurológiai és több, más kórformának a bőr betegségeivel való összefüggését. Könyvük legújabb kiadását immáron, az eddig hiányzó szem-, fül-, orr- és gégebetegségek, bőrrel való correlatióinak a tárgyalásával tették teljessé.

Ez a legújabb kiadás, gyakorlatilag már teljes, mert elénk tárja a bőrijelenségeknek testünk valamennyi szervével és testünk egészével való correlatiós összefüggését. Szerzőink az egyes fejezetek megírásakor nem annyira teljessé-

re, mint a kölcsönös összefüggések ismertetésére törekedtek.

A mű rövidebb általános és 30 részletes fejezetre tagolódik. A monographia bevezető általános fejezete, a fontosabb bőrtünetek (színelterés, turgor, oedema, pruritus, veritékezés, a bőr hőmérsékletének változása, necrosis, gangraena, striák, köröm- és szőrzetavarok, elhízás, lesóványodás, dermatoglyphák stb.) különböző betegségekben való előfordulását csoportosítja és elkülönítő diagnosztikai jelentőségét tárgyalja.

Az általános rész utáni 30 részletes fejezet az egyes szervek, illetőleg betegségecsoportok bőrtüneteit ismerteti. A részletes fejezetek bevezető része a bonctani, élettani, kórélettani és belgyógyászati vonatkozásokat foglalja röviden össze s csak azután tárgyalja a bőr elváltozásait, melyeket fajlagosra és nem fajlagosra osztva elemeznek. Megállapításaik szerint a bőr tüneteinek túlnyomó többsége nemfajlagos.

A mű, a bőr betegségeinek synopsis külső és belső correlatiós szemléletén alapszik. A köztakarón észlelhető minden kóros jelenség, ezek szerint, csak a szervezet részjelenségének tekinthető a bőrön kialakuló kóros elváltozások arra figyelmeztetik az orvost, hogy belső szervei elváltozások után kutasson. Szerzőink a bőrgyógyászatot „dermatologophil” irányú orvostannak tekintik, melyben a bőr vizsgálata az egész szervezet vizsgálatára is kötelez. Correlatiós összefüggések alatt szerzőink, nemcsak a szűkebb értelemben vett humoralis és idegi összefüggéseket, hanem tágabb értelemben az összes lehetséges interrelációkat érintik. A bőrön jelentkező kísérő tünetek nemcsak mono-, hanem legtöbbször polyorganicus folyamatok, illetőleg az egész szervezet megbetegedésének a következményei.

A könyv a szervezet betegségeit, illetőleg állapotváltozásait kísérő bőrelváltozásokat legnagyobb részben, a Brocq-féle értelmezés szerinti „*réaction cutanée*” körébe sorolja. Különböző belgyógyászati betegségek alakilag azonos bőrtüneteket kelthetnek. Ezek kialakulását, az egyéni constitutionalis hajlam s a bőr reakciós készsége nagy fokban befolyásolhatja. Ezért a bőrön keletkező elváltozások, a szervezet bio- és pathomorphosisának a különböző volta miatt, lényegesen elterelhetnek egymástól.

Számos esetben nincs kellő bizonyítékunk a meglévő bőrijelenségek és belsőszervi betegségek correlatiójára. Ilyenkor véletlen coincidentia is lehetséges, a belsőszervi bajok és a bőr elváltozásai között. Belső betegségek hajlamosító té-

nyező gyanánt is szerepet vihetnek a bőr jelenségeinek kialakításában.

Szerzők szerint sokrétű kórtani vonatkozásai ellenére, a dermatológia teljesen önálló szakdisciplinát képvisel. Számos bőrbetegségnek jól ismert az *autonom jellege*.

A monographia első, német nyelvű kiadását, külföldi, vezető szakfelelősök nagyobb csoportja, rendkívül elismerő, kedvező bírálatban részesítette. Ennek a hatása alatt a könyv rövid idő alatt teljesen elfogyott s keresett hiánycikké vált. Szerzőink a nagy sikert meg is érdemelték, hiszen évtizedes munkában nagy fáradtsággal és szinte lehetetlen szorgalommal összegyűjtötték nemcsak a majdnem teljes idevágó irodalmat és a páratlan, ritka bőrbetegségeket is bemutató képanyagot, hanem több évtizedes klinikai tapasztalataik és kísérletes vizsgálataink alapján, egész halom, értékes és új megállapítással gazdagították a bőrbetegségek correlatiós szemléletét.

Hogy a monographia első kiadása milyen sikert aratott s milyen rendkívüli világirodalmi érdeklődést keltett, jól mutatja, hogy a művet az irodalomban, a bőr és a belső szervek correlatióját tárgyaló legnagyobb és legrészletesebb munkának ismerték el, melyre általában, mint *kézikönyvszerű forrásmunkára* hivatkoznak a kutatók

A több, mint 500 jól kiválasztott s részben színes ábra és 30 táblázat teszi szemléltetővé a kitűnően megírt szöveget, mely felöleli az egész kórtant. A mű, az ismerteknek valószínű kincses tára, melyből nemcsak a belorvos és a bőrgyógyász, hanem szinte minden szakma képviselője érdekes, új ismeretekre tehet szert, s esetleges diagnosztikai problémákra kaphat választ.

A könyv korszerű, csinos kiállítása a kiadót dicséri. Nem kétséges, hogy az új 2. kiadás, az elsőhöz hasonló kedvező fogadtatásra fog találni.

Minden egybevetve, szerzőink monographiájukkal az egész orvostudásnak jó szolgálatot tettek s érdemüket csak fokozza, hogy munkájukkal nagyban hozzájárultak a magyar dermatológia jó hírének a fenntartásához. *Melcer Miklós dr.*

Kelemen Sándor dr.: A dohányzásról higgadtan, tárgyilagosan. Eü. Min. Egészségügyi Felvilágosítási Központ kiadványa. Budapest. 1974. 72 oldal.

Sokszor hiányoltuk már a dohányzásról szóló rövid, tömör összefoglaló, felvilágosító munka kiadását. Ez valóra vált *Kelemen dr.* kötetével.

Az „*Előszó és módszertani útmutató*” (*Füsti Molnár Sándor dr.* munkája) a külföldi és hazai antinikotinista küzdelem néhány főbb mérföldkövét említi. Nálunk a belkereskedelmi adatok 1960-ban 15,3, 1972-ben 25,4 milliárd darab cigaretta elfüstölését mutatják.

A szerző 8 fejezetben foglalja ösz-

sze mai ismereteinket. Történelmi és gyógyszer-tani-kémiai adatokat követően az egészségkárosító tényezőket taglalja. Röviden összefoglalja azokat a konkrét tudományos eredményeket, amelyek a dohányzás, valamint a légúti, vérkeringési, emésztési szervek megbetegedése közötti kapcsolatot illetően ismeretek. Külön fejezetben tárgyalja a

dohányzás nő- és gyermekvédelmi vonatkozásait (ez eddig eléggé „mostoha” részterület volt).

Helyes szemlélettel nem állít tilalomfákat. Józan érvekkel, adatokkal győzi meg olvasóját a dohányzás ártalmairól. Különös hangsúlyt kap a passzív dohányzók védelme, valamint a megelőzés kérdése

(ebben nagy feladat hárul az iskolai nevelőkre és szülőkre).

A kiadvány függelékében szinte a teljességet elérve a dohányzással foglalkozó könyvek, közlemények, filmek, röplapok, egyéb kiadványok jegyzékét találjuk. Remélhetőleg minél szélesebb körben eljut a kötet az egészségesekhez, betegekhez egyaránt.

Vértés László dr.

Sandosten® DRAZSÉ

antihistaminicum
antiallergicum

Thenalidinum tartaricum 25 mg drazséknént.

Hatás

Erős permeabilitásgátló, viszketéscsillapító, anticholinerg és serotonin-antagonista hatású antihistaminicum. Egyértelműen javítja az allergiás folyamatoknál meglévő, néha tűrhetetlen fokú viszketést.

Csökkenti az erek permeabilitását, ezzel az oedemaképződést megszünteti.

Az eddig ismert és alkalmazott antihistaminokkal szemben csekély centrális hatása van, allergizáló hatása nincs.

Toxicitása csekély.

Indicatio

- Akut allergiás folyamatok: urticaria, Quincke-oedema, szénanátha, gyógyszer-túlérzékenység, allergiás eredetű asthma bronchiale.
- Eczema
- Rovarcsípés
- Allergiás, essentialis és symptomaticus pruritus.

A feltüntetett indikációs területeken a tüneteket nagyrészt a felszabaduló histamin vagy a szervezetbe jutó histamin-szerű anyagok okozzák. Ennek eredménye capillaris permeabilitás fokozódás, a respiratoricus és digestiv tractus simaizmainak görcse, a bőrön fájdalmas duzzanat és erős viszketés.

Adagolás

Átlagos adagja felnőtteknek — tartós kezelés esetén is — naponta $3 \times 1-2$ drazsé. Súlyos esetekben napi 4×2 drazsé.

Mellékhatás: Súlyosabb esetekben alkalmazott magasabb dózisoknál múló fáradtságérzés léphet fel.

Figyelmeztetés: Fenntartó kezelés a beteg egyéni érzékenysége szerint történjék. Járművezetők, gépeken, magas munkahelyeken dolgozók ne használják. Altatókkal lehetőleg ne kombináljuk.

Megjegyzés

+

SZTK terhére szabadon rendelhető.

Csomagolás: 20 drazsé 16,— Ft Lejárát: 5 év



1012



Alkaloida Vegyészeti Gyár

Sandoz A. G. licenc alapján



A Magyar Sebész Társaság Gyermeksebész Sectiója és a Nógrád megyei „Mandzsar József” Kórház Tudományos Bizottsága 1975. május 3-án, de. 10 órakor Salgótarjánban, az I. sz. Párt Alapszervezet előadótermében (Rákóczi út 75.) tudományos ülést rendez.

Üléselnök: *Fancsik János*.

Előadások:

1. *Katona Ferenc* (Orsz. Idegsebészeti): Operált hydrocephalusos gyermekek motoros rehabilitációja (10 perc).

2. *Berényi Mariann, Katona Ferenc* (Orsz. Idegsebészeti): Meningomyelocele gyermekek hólyag és bélfunciójának helyreállítása elektroterápiával (10 perc).

3. *Tasnádi Géza, Rácz Dániel* (Budapest): Kisdékorban észlelt vena saphena aneurysma (5 perc).

4. *Verebely Tibor, Machay Tamás* (Budapest): Újszülöttkori rekeszérvek műtét utáni respirációs kezelése (10 perc).

5. *Halmos László, Márton Zoltán* (Pécs): Peritonitis fibroplastica ineapsulans gyermekkorban (10 perc).

6. *Antalovics Mihály, Oroszlán László* (Zalaegerszeg): A szülési májrúptura diagnosztizált és sikeresen operált esete (10 perc).

7. *Dobronyi Ilona, Csanaky György, Turay Pál, Halász József* (Balassagyarmat, Salgótarján): Perinatalis májrúptura (10 perc).

8. *Szemlédny Ferenc, Kustos Gyula* (Pécs): Súlyos elektrotraumát követő arteriamesenteria superior syndroma esete (10 perc).

9. *Simó Gábor, Székely Edgár, Fekete Farkas Pál, Medgyesi Miklós, Lozsádi Károly* (Budapest): A vascularis gyűrű csecsemőkorban operált esetek kapcsán (10 perc).

10. *Vincze János, Felházi Lajos* (Miskolc): Csecsemőkorban primer májcarcinoma miatt operált túlélő eseteink (10 perc).

11. *Léb József* (Budapest): Prume—Belly-syndroma (10 perc).

12. *Tornyos Szabolcs, Fráter Lóránt* (Szeged): Féloldali tüdőagenesia (5 perc).

13. *Szabó Mihály, Füzési Kristóf* (Szeged): Adatok az újszülött- és gyermekkori rekeszérvekhez (10 perc).

14. *Prefort László, Tornyos Szabolcs, Heinz Péter* (Szeged): Csecsemő- és gyermekkori Ketalar anaesthesiával szerzett tapasztalatok (10 perc).

15. *Zalán János, Dinnyés Ilona* (Szentes): A nyúlajak és farkastorok anaesthesiája kórházunkban (10 perc).

16. *Léderer László, Négyesi Mária* (Miskolc): Appendectomiát követő tályogokról (10 perc).

17. *Nagy Ágnes* (Budapest): Az alkar és könyöktrécek osteosynthesisével szerzett tapasztalataink (10 perc).

A Gyermekneurológiai, Pszichiatriai és Idegsebészeti Sectio 1975. május 9-én (pénteken) délelőtt 10 órakor, az Országos Ideg- és Elmegyógyintézet előadótermében (II., Vöröshadsereg útja 116.) — a gyermekpsychiatriai osztály 25 éves fennállása alkalmából, Simon Béláné dr. Lóránd Blanka emlékére — tudományos ülést rendez.

Tárgysorozat:

Prof. Tariska István: Megnyitó.

Hornné, Erős Anna (IV. ker. Gyermekideggondozó Intézet): Tartós kezeléssel dacoló tic nervosa esete — környezeti ártalom következtében (10 perc).

Hódosi Rezső (Budai Területi Gyermekkorház): Súlyosan károsító milieuban nevelkedő, extrém psychés traumát szenvedett gyermek bemutatása (10 perc).

Farkas Gábor (Gyermekideggondozó, Pécs): Emelkedés, csökkenés és állandóság a mentálisan retardált 5—10 éves gyermekek értelmi fokozataiban (15 perc).

Séra Ibolya (Gyermekideggondozó, Debrecen): Elmebeteg a családban (10 perc).

Pap Valér (Gyermekideggondozó, Szombathely): Nagysúlyú újszülöttek somatopsychés utánvizsgálatáról (10 perc).

Linka Zoltán (Apáthy István Gyermekkorház, Bp.): Hat éve observált agytörzsi tumoros (astrocytomus) gyermek complex therapiájáról (10 perc).

Szűnet

Kiszely Katalin (Fővárosi Gyermek-Mentalhygiéniai Központ): Epilepsias gyermekek ambulans gondozásának aspektusa, összehasonlító a gyermekpsychiatriai osztályon kezeltékével (15 perc).

Gáti Béla (Gyermekklinika, Pécs): BNS epilepsia kezelése (15 perc).

Weiss Mária (Országos Ideg- és Elmegyógyintézet): Osztályunkon nyert tapasztalatok az autisztikus psychotherapiáról (15 perc).

Somogyi Tóth Zsuzsa (Városi Kórház, Vác): Elektív mutismus elemzése két eset kapcsán (15 perc).

Miskolczi Orsolya (Gyermek-egészségügyi Intézmény Újpest): A gyermek neuropsychiatriai osztályon szerzett therapias tapasztalatok (15 perc).

Az Orvos-Egészségügyi Dolgozók Szakszervezete Vas megyei Elnöksége, a Megye Tanács V. B. Eü. Osztálya és a Szombathelyi megyei Markusovszky Kórház 1975. május 10-én, szombaton délelőtt 11 órakor rendezi meg az Eü. Szakiskola előadótermében a hagyományos

Markusovszky Lajos emlékünneplét.

Program:

1975. május 10-én, délelőtt 9 óra:

1. Koszorúzás Markusovszky Lajos sírjánál Vasegerszegen.

Emlékbeszédet mond: *prof. Hankiss János*.

Délelőtt 11 óra:

2. *Székely Kálmán dr.*: Megnyitó.

3. *Prof. Trencsényi Tibor*, az Orvosi Hetilap felelős szerkesztője: Emlékelőadás: Klinikai szervezésben, kényszerű engedmények, elletmondások korunk orvostanában.

4. A Markusovszky emlékermet átadja *Gelencsér József dr.*

5. A Markusovszky pályázat eredményhirdetése.

A vasegerszegi kiutazáshoz gyülekezés gépkocsikkal, Megyei Kórház Markusovszky úti bejáratánál 8 óra 30 perckor, indulás Vasegerszegre 8 óra 45 perckor.

A Magyar Ideg- és Elmeorvosok Társasága Pszichoterápiás Munkacsoportja és a Borsod-A.-Z. megyei Tanács Vezető Kórháza II. Ideg- és Elmeosztálya 1975. június 13—15-én Miskolc-Tapolcán rendezi meg a negyedik

Pszichoterápiás Hétvégét.

A tudományos rendezvény előadásainak központi témája a Pszichoterápiás Hétvégék eddigi tapasztalatai és elméleti alapjai. A tudományos program keretében előadások, vita, kis- és nagycsoportok szerepelnek.

A részvételi díj: 480.— Ft, amely az elszállásolást és teljes ellátást is magában foglalja. A résztvevők elszállásolása szállodákban történik. Az igényeknek a korlátozott férőhelyek keretén belül tudunk eleget tenni.

Jelentkezés, felvilágosítás kérés: Pszichoterápiás Munkacsoport, 1387 Budapest Pf. 44.

A Korányi Frigyes Tbc és Tüdőgyógyász Társaság és a Magyar Gyermekorvosok Társasága Gyermektüdőgyógyász Sectiója 1975. szeptember 18—19-én, Keszthelyen nemzetközi jellegű gyermekpulmonológiai szimpóziumot tart.

A szimpózium témái:

1. A gyermek tuberkulózis (differenciál diagnosztikai és therapiás) problémái.

2. Üreges tüdőelváltozások (caverna, cysta, bronchiectasia, pseudocysta, pneumatokela, abscessus, fejlődési rendellenesség stb.).

3. Aktuális gyermekpulmonológiai problémák (szervezés, epidemiologia, therapiás lehetőségek).

A résztvevők elhelyezése és ellátása a keszthelyi Helikon szállóban. Érdeklődés, részvétel bejelentése Gyermek Tüdőgyógyintézet 7257 Mosdós, Besse Zoltán dr. gazdaságvezető.

Határidő: június 1.

A Győr Megyei Kórház és az Orvostovábbképző Intézet f. év május 5—17. között tanfolyamot rendez Győrött.

Tárgya: A gastroenterológiai diagnosztika, különös tekintettel az endoscopos vizsgálatokra.

A tanfolyam hallgatói május 8—9-én kollektíven részt vesznek Párádán, a Magyar Gastroenterológiai Társaság XVIII. Nagygyűlésén.

A tanfolyamra még lehet jelentkezni f. év május 1-ig.

Cím: Orvostovábbképző Intézet Oktatási Osztálya 1389 Bp. Szabolcs u. 35.

Az Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet 75. éves jubileumának dokumentációjába keresi alábbi volt főorvosainak, hozzátartozóknak címét, illetve fényképeit: Puder Sándor dr. (igazgató-főorvos, 1948—1950).

Keresztes Mária dr. (labor. főorvos, 1934—1942).

Kentzler Gyula dr. (a rákoskezesztúri Korányi üdülőtelep főorvosa, 1911—1934).

Lénárt Egon dr. (a rákoskezesztúri Korányi üdülőtelep főorvosa, 1934—1939).

Kérjük, hogy aki ismeri családtagjaiknak címét, illetve nevezetéről egyéni, vagy csoportfényképe van, bocsássa Intézetünk rendelkezésére. Cím: Szervezési osztály 1529 Bp. XII., Pihenő u. 1., telefon: 164-538.

A Medicina Könyvkiadó kiadásában 1975. március hóban az alábbi egészségügyi szakkönyv jelent meg:

Fóti Mihály: Az orvostudomány és az élettan Nobel-díjasai 1901—1973, kötve: 56,— Ft.

A Magyar Diabetes Társaság tudományos pályázatát ír ki 35 éven aluli kutatók részére. Pályázni lehet olyan, a diabetes mellitus, és szénhidrátanyagcsere zavarral foglalkozó, 40 gépelt oldalnál nem hosszabb pályaművel, mely nyomtatásban még nem jelent meg.

A dolgozatot 1976. március 31-ig kell beküldeni, a Magyar Diabetes Társaság címére, 1083 Budapest, Korányi Sándor u. 2/a.

Az első díj 2000 Ft, a második díj 1000 Ft, a harmadik díj 500 Ft.

Eredményhirdetésre a Magyar Diabetes Társaság III. Kongresszusán, Debrecenben, 1976. május 22-én kerül sor.

VINCRISTIN

Injekció 0,5 mg

Osszetétel: 1 üveg 0,5 mg vincristinum sulfuric.-ot tartalmaz; mellékelve 10 ml oldószerampulla.

Javallatok: Gyermek- és felnőttkori acut leukaemia. Lymphogranulomatosis. Chronikus myeloid leukaemia acut blastos crisis. Lymphosarcoma. Ewing-sarcoma. Wilms-tumorban praeeoperatív szakban, illetve áttétek esetén.

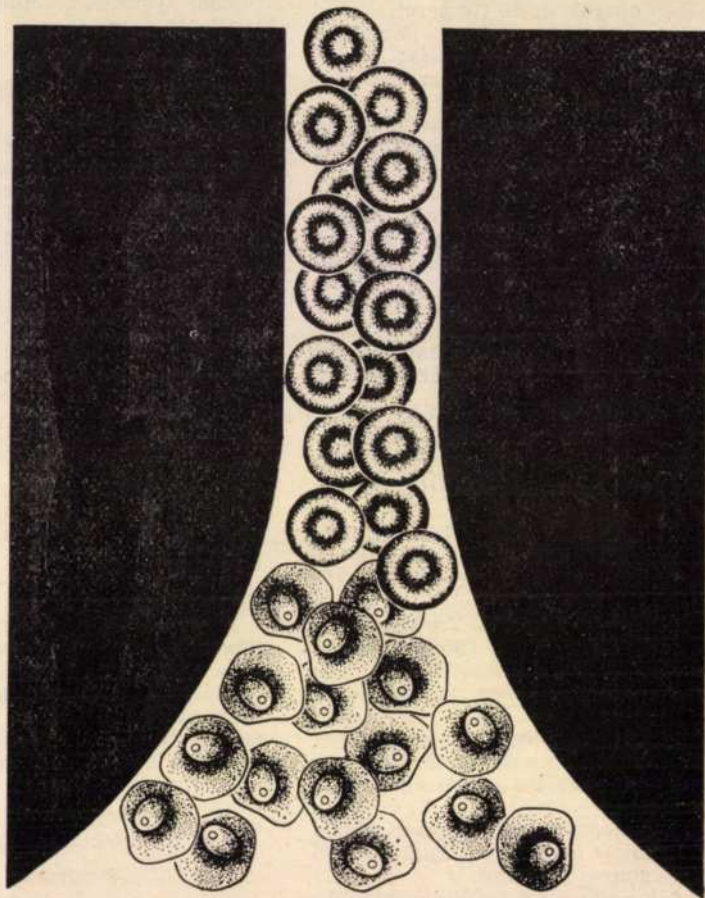
Adagolás. Az üveg tartalmát az oldószerampulla tartalmával feloldjuk. Az így elkészített oldat 1 ml-enként 0,05 mg hatóanyagot tartalmaz. A Vincristin frissen elkészítve intravénásan injekció vagy infúzió formájában hetenként egy alkalommal alkalmazható.

Az adag nagyságát a beteg testsúlyának és egyéni türeklépességének figyelembevételével kell meghatározni.

Mellékhatások: Alopecia (mely mindig reversibilis), obstipatio, álmatlanság, paraesthesia, a mély ínreflexek gyengülése, ataxia, izomgyengeség, abdominális fájdalom, ritkán leukopenia.

Megjegyzések: Kizárólag gyógyintézeti ellátás céljára. Fénytől védve, hűtőszekrényben tartandó. Lejárati idő: 2 év.

Csomagolás: 25 × 0,5 mg + 25 × 10 ml oldószer
Ara: 715,— Ft.



Kőbányai Gyógyszerárugyár Budapest X.

**Az Egészségügyi Minisztérium
tájékoztatója az 1974. decemberi járványügyi helyzetről**

Decemberben influenzajárvány kezdődött az országban, melyet az A/Port Chalmers/1/1973 influenzavírus-hoz közel álló antigénszerkezetű vírus idézett elő. Az enterális fertőző betegségek ritkábban fordultak elő, mint novemberben. Új területen jelentkeztek emberi tularemia megbetegedések. 4 diphtheria megbetegedést diagnosztizáltak.

Influenza. December elején sporadikus influenza megbetegedéseket észleltek, a hónap közepére pedig az esetek gyakorisága elérte a járványos szintet. A járvány az ország északi megyéiben és Budapesten kezdődött. December folyamán kerekén 450 000 megbetegedést jelentettek be. A morbiditás Budapesten, Borsod és Győr-Sopron megyékben volt a legmagasabb. A járvány januárra is áthúzódott.

Salmonellosis. A Balatonfüredi Állami Kórház III. sz. pavilonjában *S. typhi* murium okozott robbanás-szerű járványt. A fertőzést feltehetően a pavilon konyhájában készített képviselőfánk terjesztette. A szombathelyi egészségügyi gyermekotthonban feltehetően kontakt úton terjedt fertőzések jelentkeztek halmozottan, itt a kórokozó *S. derby* volt.

A Hajdú megyei Vámospércsen az óvodában Sh. sonnei okozta *dysenteria* járvány zajlott le, amely a megbetegedett gyermekek családjaiban is érintette.

Dyspepsia coli. A kiskunhalasi kórház csecsemőosztályán november–december folyamán *E. coli* 055 okozta házifertőzések jelentkeztek. Az esetek többsége tünetmentes volt. Decemberben a Pécsi OTE gyermek-klinikáján és a salgótarjáni kórház csecsemőosztályán is halmozódás alakult ki.

Folytatódott decemberben az ózdi *hepatitis infectiosa* járvány. Június óta összesen 167 megbetegedést jelentettek be. A betegek túlnyomó többsége 15 évesnél fiatalabb volt. Az iskolások között Borsod megyében több kisebb halmozódás alakult ki november–december folyamán (Olaszliszka, Füzérradvány, Mezőcsát). Berettyóújfaluban a gyermekváros óvoda részlegében, a Pest megyei Csobánkán a győgyepedagógiai intézetben alakult ki járvány. A Tolna megyei Tamásiban az októberben kezdődött járvány decemberre is áthúzódott.

Diphtheria. Budapesten egy 24 éves egészségügyi dolgozó betegedett meg, folyamata közepesen súlyos lefolyású volt. Védőoltásai közül csak a di-per-te III. volt dokumentálható. Pest megyében három megbetegedést fedeztek fel. December első napjaiban egy 24 éves nagykatái, nem cigány nő betegedett meg, akit a ceglédi kórházba utaltak be abscessus peritonissillaris diagnózissal. Lágyszájpad-bénulással, carditissel járó betegségének diphtheria aetiológiáját igen magas, 60 IE antitoxin titer érték támasztotta alá, a betegség 6. hetében, amikor már a László Kórházban ápolták.

December 20-án orr-diphtheriában betegedett meg egy olyan 5 hónapos oltatlan csecsemő, aki november vége óta a ceglédi kórház csecsemőosztályán állott ápolás alatt. A diagnózist a betegség harmadik hetében elvégzett bakteriológiai vizsgálat eredménye támasztotta alá. December 21-én egy 26 éves törteli aszszony betegedett meg, aki december 4–18. között naponta megfordult a ceglédi kórház csecsemőosztályán, ahol kisgyermekét ápolták. A két nőt meg előző védőoltásai nem voltak megállapíthatók. Feltehető, hogy a ceglédi kórház érintett osztályai szerepet játszottak a három beteg fertőzésének közvetítésében.

A *morbilla* megbetegedések száma az 1973. decembernek csupán kerekén 1⁰/₀-a volt. A *rubeola* megbetegedések száma emelkedett. Az esetek kerekén fele Budapesten fordult elő. Vidéken a legtöbb esetet Szolnok, Somogy és Békés megyében észlelték. Szolnok megyében Törökszentmiklóson folytatódott a járvány. A Somogy megyei megbetegedések közül a legtöbb Marcaliban történt. A legtöbb *parotitis epidemica* megbetegedést továbbra is Budapesten, ill. Komárom megyében észlelték. Tatabányán folytatódott a járvány (decemberben 303 megbetegedést tartottak nyilván).

Brucellosis. Hajdú-Bihar megye különböző közsé-

geiből 13, főleg állattenyésztéssel foglalkozó mezőgazdasági dolgozó megbetegedését jelentették be.

Országsszerte aktivizálódtak a *tularemia* természetű góccok, különböző területeken jelentős elhullást észleltek a vadnyulak között. A Vas megyei góc tovább növekedett, áterjedt a Rába keleti partjára, déli irányban pedig Zala megye területére is. A Borsod megyei természeti góc területén is történtek emberi megbetegedések, 1971 óta először. A Nógrád megyei góc szomszédságában, Pest megye váci járásában 4 megbetegedés történt, emberi tularemiát itt is először észleltek.

*Bejelentett fertőző megbetegedések Magyarországon
1974. december hó*

Betegség	December hó			Január 1—december 31.		
	1974+	1973	Medián 1968-72	1974+	1973	Medián 1968-72
Typhus abdominalis	14	1	15	183	106	207
Paratyphus	—	1	2	14	16	33
Salmonellosis	289	210	128	4660	4859	2869
Dysenteria	439	433	469	7208	7758	9518
Dyspepsia coli	89	65	100	1419	1324	1906
Hepatitis inf.	645	881	948	8034	9853	9473
Poliomyelitis	—	—	—	1	—	2
Diphtheria	4	—	—	10	3	—
Scarlatina	1278	1859	879	14 412	12 898	9965
Morbilla	83	7491	1841	45 855	55 782	7472
Rubeola	1776	3186	—	11 6070	—	—
Parotitis ep.	3363	2053	—	26 208	—	—
Pertussis	1	1	3	53	155	151
Meningitis epid.	6	6	7	63	62	82
Meningitis ser.	25	18	22	544	294	431
Encephalitis	13	5	5	179	149	157
Mononucleosis	34	42	25	552	463	431
Keratoconj. epid.	2	9	4	46	274	68
Malaria	—	1*	—	5*	6*	4*
Typhus exanth.	—	—	—	—	—	—
Staphylococcosis	49	5	33	510	194	641
Tetanus	—	2	3	65	73	81
Anthrax	—	—	—	4	6	5
Brucellosis	18	3	4	133	131	111
Leptospirosis	3	4	4	63	57	103
Tularemia	49	—	2	101	22	36
Lyssa-fertőzésre gyanús sérülés	90	78	110	1507	1526	2066

+ Importált eset
* Előzetes, nagy részben tisztított adatok

*Bejelentett fertőző megbetegedések Magyarországon
1974. július—december hó+*

Betegség	Júl.	Aug.	Szept.	Okt.	Nov.	Dec.
Typhus abdominalis	7	12	6	78	33	14
Paratyphus	4	—	3	—	1	—
Salmonellosis	640	654	492	442	333	289
Dysenteria	528	874	1033	879	633	439
Dyspepsia coli	159	170	172	150	104	89
Hepatitis inf.	534	615	606	768	757	645
Poliomyelitis	—	—	—	—	—	—
Diphtheria	—	1	—	—	2	4
Scarlatina	640	340	401	1024	1353	1278
Morbilla	713	119	69	136	118	83
Rubeola	5361	1390	694	802	1349	1776
Parotitis epid.	1381	660	785	2185	4100	3363
Pertussis	9	8	8	1	3	1
Meningitis epid.	4	11	7	9	5	6
Meningitis ser.	88	105	86	60	34	25
Encephalitis inf.	24	38	36	18	7	13
Mononucl. inf.	48	42	33	62	36	34
Keratoconj. epid.	4	6	5	7	5	2
Malaria	1*	1*	1*	—	1*	—
Typhus exanth.	—	—	—	—	—	—
Staphylococcosis	48	36	57	84	76	49
Tetanus	9	9	8	4	6	—
Anthrax	—	1	2	1	—	—
Bucellosis	10	11	12	8	12	18
Leptospirosis	8	9	11	7	10	3
Tularemia	4	4	2	4	20	49
Lyssa-fertőzésre gyanús sérülés	136	86	123	109	106	90

+ Előzetes, nagy részben tisztított adatok
* Importált eset



**Az Egészségügyi Minisztérium
tájékoztatója az 1975. januári járványügyi helyzetről**

Januárban folytatódott az 1974 decemberében kezdődött **influenzajárvány**. A hónap során kereken 1 200 000 influenzamegbetegedést jelentettek be, a járvány kezdetétől január végéig összesen 1 520 000 esetet tartottak nyilván. A járványgörbe maximumát január második hetében érte el. A betegek kor szerinti megoszlása nem tért el lényegesen az egyes területek lakosságának életkor szerinti megoszlásától. Januárban 104 influenzavírus-törzset izoláltak, amelyek antigénszerkezete egységesen a Port Chalmers víruséhoz közel állt. A járvány február első felére is áthúzódott.

Hastífusz. A Borsod megyei Vizsolyban egy cigánytelepi családban három megbetegedés történt. A fertőzés feltehetően kontakt úton terjedt. A kiterjedt szűrővizsgálatok a megbetegedésekkel összefüggésbe hozható tünetmentes kórokozó-hordozót nem fedtek fel.

Dysenteria. A Fejér megyei Csákberényben és Alcsúton egy-egy családi járvány zajlott le. A Szolnok megyei Jászapáti Csecsemőotthonban és egy budapesti kiegészítő iskola nevelőotthonában kisebb halmozódás alakult ki.

Dyspepsia coli. A kiskunhalasi kórház gyermekosztályán november—decemberben lezajlott E. coli 055 okozta járvány eseteinek jelentős részét — többségükben tünetmentes úritőket — január folyamán jelentették be, a táblázatban szereplő dyspepsia coli megbetegedések számát ez jelentősen emelte.

A legtöbb **hepatitis infectiosa** megbetegedés Szabolcs és Borsod megyében fordult elő, ahol több köz-

seben néhány esetből álló halmozódások alakultak ki. A Komárom megyei Tokodon iskolások között alakult ki járvány.

Scarlatina. A legtöbb megbetegedést Vas megyéből jelentették. Az esetek harmadrésze Szombathelyen fordult elő. A **kanyaró** esetek száma kissé magasabb volt, mint decemberben, az 1974. januárinak azonban csak 1,3%-át adta. A **rubeola** megbetegedések száma megegyezett az előző havival, az előző, járványos év januárjában jelentett esetekének pedig kereken egy-egyede volt. A legtöbb megbetegedés Szolnok, Békés, Somogy és Fejér megyékben fordult elő. A **parotitis epidemica** megbetegedések száma sem változott lényegében az előző havihoz képest, de kereken 50%-kal magasabb volt az egy évvel korábbinál. Az esetek egyharmada Budapesten fordult elő, vidéken Komárom megyéből jelentették a legtöbb megbetegedést.

Staphylococcosis. Az ózdi kórház felvevő területén az előző év második felében kialakult járvány, a megbetegedések gyakoriságának átmeneti csökkenése után, januárban is folytatódott, az esetek többségében mastitises megbetegedésekkel.

Tularemia. Az aktivizálódott Vas megyei gócba és annak Zala megyére átterjedő területén újabb megbetegedések jelentkeztek. Egy újabb esetet jelentettek be Pest megye váci járásából is. Békés megyében egy Csehszlovákiából importált fertőzést diagnosztizáltak.

A **lyssa-fertőzésre gyanús sérülések** száma emelkedett. A Negri pozitív állatok száma is nőtt a hónap folyamán, ami egy újabb epizootiás hullám előjele lehet.

Bejelentett fertőző megbetegedések Magyarországon
1975. január hónap

Betegség	Január hó		
	1975+	1974+	Medián 1969—1973
Typhus abdominalis	2	7	18
Paratyphus	—	1	1
Salmonellosis	143	189	139
Dysenteria	406	475	501
Dyspepsia coli	143	104	158
Hepatitis inf.	680	1048	957
Poliomyelitis	—	—	—
Diphtheria	—	1	—
Scarlatina	974	2054	1012
Morbilli	96	7552	860
Rubeola	1717	6325	.
Parotitis ep.	3332	2287	.
Pertussis	2	3	7
Meningitis epid.	5	5	9
Meningitis ser.	20	14	15
Encephalitis	8	6	5
Mononucleosis	23	40	30
Keratoconj. epid.	3	8	3
Malaria	—	—	—
Typhus exanth.	—	—	—
Staphylococcosis	11	18	30
Tetanus	5	1	5
Anthrax	—	—	—
Brucellosis	5	2	8
Leptospirosis	2	1	2
Ornithosis	1	25	.
Tularemia	24	2	1
Lyssa-fertőzésre gyanús sérülés	144	99	164

+ Előzetes, részben tisztított adatok

Bejelentett fertőző megbetegedések Magyarországon
1974. augusztus—1975. január hó +

Betegség	1974					1975
	Aug.	Szept.	Okt.	Nov.	Dec.	Jan.
Typhus abdominalis	12	6	78	33	14	2
Paratyphus	—	3	—	1	—	—
Salmonellosis	654	492	442	333	289	143
Dysenteria	874	1033	879	633	439	406
Dyspepsia coli	170	172	150	104	89	143
Hepatitis inf.	615	606	768	757	645	680
Poliomyelitis	—	—	—	—	—	—
Diphtheria	1	—	—	2	4	—
Scarlatina	340	401	1024	1353	1278	974
Morbilli	119	69	136	118	83	96
Rubeola	1390	694	802	1349	1776	1717
Parotitis epid.	660	785	2185	4100	3363	3332
Pertussis	8	8	1	3	1	2
Meningitis epid.	11	7	9	5	6	5
Meningitis ser.	105	86	60	34	25	20
Encephalitis inf.	38	36	18	7	13	8
Mononucl. inf.	42	33	62	36	34	23
Keratoconj. epid.	6	5	7	5	2	3
Malaria	1*	1*	—	1*	—	—
Typhus exanth.	—	—	—	—	—	—
Staphylococcosis	36	57	84	76	49	11
Tetanus	9	8	4	6	—	5
Anthrax	1	2	1	—	—	—
Brucellosis	11	12	8	12	18	5
Leptospirosis	9	11	7	10	3	2
Ornithosis	—	1	2	1	—	1
Tularemia	4	2	4	20	49	24
Lyssa-fertőzésre gyanús sérülés	86	123	109	106	90	144

+ Előzetes, részben tisztított adatok
* Importált eset

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

(927)
A Békés megyei Ideggondozó Intézet vezető főorvosa pályázatot hirdet a gyulai intézetnél szervezett 1 fő gyermek elmeorvosi, 1 fő felnőtt elmeorvosi, 1 fő klinikai pszichológusi állásokra. Illetmény megegyezes szerint. Lakás megbeszélés tárgyát képezi.

Jobbágy Zoltán
gazdasági vezető

(928)
Budapest Főváros XIII. Tanács V. B. Róbert Károly krt-i Kórház igazgató-főorvosa (Budapest XIII., Róbert Károly kr. 82-84.) pályázatot hirdet gyógyszerész állásra.

Csak budapesti lakással rendelkezők jelentkezzenek.

Bérezés a 18/1971. EÜM-MÜM sz. együttes utasítás szerint.

Selmec Imre dr.
igazgató-főorvos

(929)
A Budai Járás érdi Szakorvosi Rendelőintézet igazgató-főorvosa pályázatot hirdet Erd. székhellyel, de a Budai Járás területére napi 6 óráig foglalkozású, E 104 ksz. onkológus főorvosi állásra. Lakást biztosítani nem tudunk. Az állás Budapestről kijárással ellátható.

A Budai Járás érdi Szakorvosi Rendelőintézet igazgató-főorvosa pályázatot hirdet napi 6 óráig foglalkozású E 104 ksz. belgyógyász szakfőorvosi állásra. Az állás Budapestről kijárással ellátható. Lakást jelenleg biztosítani nem tudunk.

Bodnár Béla dr.
ri. ig.-főorvos

(930)
A Budapest XIII. ker. Gyöngyösi úti Szakorvosi Rendelőintézet (Bp. XIII., Gyöngyösi u. 29.) igazgató-főorvosa pályázatot hirdet áthelyezés folytán megüresedett sebész szak- vagy szakfőorvosi állás betöltésére (szolgálati időtől függően). Illetmény: ksz. szerint, szolgálati időtől függően.

Kádár Tiborné dr.
ig.-főorvos

(931)
A szolnoki MÁV Kórház és Rendelőintézet igazgató-főorvosa pályázatot hirdet az alábbi orvosi állásokra:
1 fő segédorvos, általános sebészeti osztályra, 1 fő segédorvos, baleseti sebészeti osztályra, 1 fő segédorvos urológiai sebészeti osztályra.

Az állások azonnal elfoglalhatók. 1975. aug. 1-től a kórház—rendelőintézeti egység keretében 1 fő belgyógyász szakorvosi állásra is.

Orvoslakáson történő elhelyezés megbeszélés tárgyát képezi. Alkalmazás esetén a vasúti utazási kedvezmények a dolgozót és családtagjait megilletik.

Romhányi István dr.
igazgató-főorvos

(932)
A XI. ker. Tanács V. B. Egészségügyi Osztálya pályázatot hirdet tanácsai költségvetéssel gazdálkodó, E kulcsszámú gazdasági igazgatói és igazgatóhelyettesi munkakörök betöltésére.

Pályázati feltételek: — egyetemi (főiskolai) végzettség, vezetői tanfolyam, egészségügyi szakmai gyakorlat, — középiskolai végzettség, legalább 10 év szakmai gyakorlat, vezetői tanfolyam.

A pályázatokat, a hármas követelmény elveinek megfelelő pályázók, önéletrajz és eddigi munkakörükről részletes ismertetésével juttassák el a XI. ker. Tanács V. B. Egészségügyi Osztály vezetőjéhez. Cím: XI. Bp. 1502 Bartók Béla u. 79.

Kopházy Erzsébet dr.
mb. egészségügyi osztályvezető

(933)
Debrecen Megyei Városi Tanács V. B. Egészségügyi Osztályának vezetője (Debrecen, Beloiannisz u. 2.) pályázatot hirdet 1 fő — íresen levő — körzeti gyermekorvosi, 2 fő — gyermekszakorvosi kiterjesztéses kötött — iskolaorvosi, 1 fő kórismerítési — tanyaterületi — általános szakorvosi, vagy belgyógyász szakorvosi képesítéshez kötött — körzeti orvosi-, és 1 fő újonnan létesített — belgyógyász, vagy újemorvosi szakképesítéshez kötött — ifjúsági újemorvosi állás betöltésére.

Az állások illetményeit a 18/1971. EÜM-MÜM együttes utasítás előírásai alapján, a szolgálati időtől függően állapítjuk meg.

Az 1 fő gyermekszakorvosi képesítéshez kötött állás pályázatánál a szülész-nőgyógyász gyermekorvos házaspár pályázatát (lakásbiztosítás szempontjából is) előnyben részesítik.

Ehhez az álláshoz egyébként 1 kétszobás, étkezőfülkés, összkomfortos szolgálati lakást is biztosítanak.

A lakás biztosítása a meghirdetett többi álláshoz — azok tartós betöltésére kötött megállapodás mellett — megbeszélés tárgyát képezi.

A külterületi körzeti orvos-, valamint a külterületi gyermekszakorvosi álláshoz fuvartalányt tudnak biztosítani a 24/1972. (EÜK 20.) EÜM sz. utasítás szerint. (Kb. 800—1200,— Ft közötti összegben.)

A pályázati kérelmeket a 6/1970. (EÜK 4.) EÜM sz. utasítás előírásainak betartásával, a közzétételétől számított 15 napon belül kéri benyújtani.

Szabó Gyula dr.
I. ker főorvos

(934)
Csurgó Nagyközségi Közös Tanács tanácselnöke (8840 Csurgó, Széchenyi tér 2. — nagyatádi járás) pályázatot hirdet nyugdíjazás folytán 1975. július 1-től megüresedő körzeti orvosi állásra. Illetmény a 18/1971. EÜM-MÜM sz. együttes utasítás szerint, az alapbérhez ügyeleti díj és utátalány kapcsolódik. Az álláshoz 3 szobás komfort fokozatú szolgálati lakás biztosítva. Orvosházaspár esetén nőgyógyász szakorvosi, egyéb esetekben (értelemszerűen) védőnői, körzeti ápolónői állás biztosítható.

Csurgó Nagyközségi Közös Tanács V. B. Szakigazgatási Szerve (8840 Csurgó, Széchenyi tér 2. — nagyatádi járás) pályázatot hirdet körzeti védőnői állásra. Fizetés ksz. szerint.

Göldner Vilmos dr.
vb-titkár

(935)
Csákvári Megyei Tüdőgyógyintézet igazgató-főorvosa pályázatot hirdet 1 tüdőgyógyász szakorvosi (adjunktus, alorvos), valamint 1 segédorvosi állás betöltésére. Felvételnél bronchológiai, légzésfunkciós vagy belgyógyász gyakorlattal rendelkezők előnyben részesülnek. Az intézetben belgy. szakképzettség megszerzésére is lehetőség van. Bérezés a szolgálati időtől és képesítéstől függően a 18/1971. EÜM-MÜM sz. együttes utasítás alapján. Pályázatnál orvosházaspár előnyben részesül. Szolgálati lakást a reális igényeknek megfelelően az intézet biztosít.

Majzik Gábor dr.
kórházigazgató-főorvos

(936)
A VIII. ker. Tanács Végrehajtó Bizottság Ganz-MÁVAG Üzemi Szakrendelő Intézet (Bp. VIII., Vajda Péter u. 10. T.: 331-150) pályázatot hirdet 4 fő üzemi asszisztensnői állásra. Illetmény szolgálati idő szerint. Jelentkezési határidő: 1975. máj. 15.

Regős János dr.
egy. doc.
igazgató-főorvos

(937)
Budapest Főváros VII. ker. Tanács V. B. Egészségügyi Osztályának vezetője (1994 Bp. Lenin krt. 6.) pályázatot hirdet a Korányi Frigyes és Sándor Kórházban elhalálózás folytán megüresedett E 103 ksz. ritg osztályvezető főorvosi állásra. Bérezés ksz. szerint + 30% veszélyességi pótlék + munkahelyi pótlék. Az állás azonnal elfoglalható.

Szabó József dr.
ker. vez. főorvos
elő. oszt. vez.

(887/a)
Országos Haematológiai és Vértansz-fúziós Intézet igazgató-főorvosa (Budapest XI., Daróczy út 24.) pályázatot hirdet a donor osztályon megüresedett E 106 ksz. rendelőintézeti belgyógyász szakorvosi állásra. A kinevezendő orvos feladata a donorok véradás előtti belgyógyászati kivizsgálása. A donorok vizsgálata részben intézetben kívüli elfoglaltsággal jár (üzemi kiszállások vörvételek). A kiszállásokkal kapcsolatban felmerült túlmunkáért külön díjazás jár. Illetmény ksz. szerint, valamint munkaköri pótlék. Az állás azonnal elfoglalható.

Hollán Zsuzsa dr.
egyetemi tanár
igazgató-főorvos

(896/a)
A Gödöllői Városi Tanács V. B. Egészségügyi Osztályának vezetője (Gödöllő, Szabadság tér 6.) pályázatot hirdet a Városi Rendelőintézet E 101 kulcsszámú igazgatói állására, 1 fő szemész szakorvosi állásra a Városi Rendelőintézetben. Illetmény a 18/1971. EÜM-MÜM sz. együttes utasítás szerint. Lakást megbeszélés szerint biztosítunk.

A pályázati kérelmeket a megjelenéstől számított 30 napon belül kérjük megküldeni.

Weindl József dr.
mb. városi-járási főorvos

(897/a)
A Veszprém megyei Tanács Kórháza Zirci Kihelyezett Intézetének igazgató-főorvosa (Zirc, József A. u. 17. sz.) pályázatot hirdet a kórház szülészeti, nőgyógyászati osztályán 1975. október 1-ei nyugdíjazás folytán megüresedő E 103/A ksz. osztályvezető főorvosi állás betöltésére. Bérezés a 18/1971. EÜM-MÜM sz. együttes utasítása alapján, az E 103/A ksz.-nak megfelelően.

Az állás betöltéséhez két és fél szobás komfortos szolgálati lakás rendelkezésre áll.

A pályázatokat a hirdetmény megjelenésétől számított két héten belül kérjük a Veszprém megyei Tanács V. B. Egészségügyi Osztályának vezető főorvosához címezve, azonban a Zirci Kórház igazgató-főorvosa részére megküldeni.

Monspart László dr.
igazgató-főorvos

(899/a)
A Szerencsi Járási Hivatal Egészségügyi Osztályának vezetője (3901 Szerencs, Kossuth L. u. 19.) és a Szerencsi Nagyközségi Tanács elnöke (3901 Szerencs, Rákóczi u. 63) pályázatot hirdetnek az 1974. december 1-én áthelyezés folytán megüresedett, Szerencs II. körzeti orvosi állásra. Az álláshoz háromszobás komfortos lakás garázzsal biztosított. Bérezés a 18/1971. EÜM-MÜM sz. együttes utasításnak megfelelően, szolgálati időtől függően, valamint 400.— Ft ügyeleti díj és 250.— Ft fuvarátalány. Gyermekgyógyász házastárs részére állást biztosítunk.

(925)
Pályázatot hirdetek a Péterfy S. u. Kórház—Rendelőintézet Szövetség utcai részlegében megüresedett élelmezésvezetői állásra.

Szakképesítéssel rendelkezők pályázhatnak. kórházi gyakorlattal rendelkezők előnyben részesülnek. Illetmény a 18/1971. EÜM-MÜM sz. együttes utasítás szerint.

Magassy Miklós dr.
főigazgató-főorvos h.

(926)
A Csongrád megyei Tanács deszkai Tüdőgyógyintézetének igazgató-főorvosa pályázatot hirdet E 108 kulcsszámú segédorvosi állásra, mely betölthető szakorvossal, vagy szakképesítés nélküli orvossal is.

Bérezés az EÜM utasításnak megfelelően + 30% veszélyességi pótlék. Az állás Szegedről ellátható, de szükség esetén helyben tudunk lakást biztosítani.

gyógyintézet és Tüdőgondozó, 1528 Bp. XII., Postahivatal 123.)

Nyirő József dr.
ig.-főorvos

(939)

A Szabadsághegyi Állami Gyermeke-szanatórium (1531 Bp. Pf. 39) Bp. XII., Mártonhegyi út 6. igazgató-főorvosa **laboratóriumi szak-álorvosi** állást hirdet újonnan szervezett státuszra. Az állás feltétele laboratóriumi szakvizsga, Közvetlenül szakvizsga előtt állók is pályázhatnak.

Az állás azonnal betölthető. Fizetés ksz. szerint + 1000,— Ft munkahelyi pótlék.

Fekete Zoltánné
személyzeti főelőadó

(940)

Az Országos Korányi TBC és Pulmónológiai Intézet (1529 Bp. Pihenő út 1.) pályázatot hirdet az újonnan szervezett általános belgyógyászati **osztályvezető-főorvosi** állásra Ksz. 103.

A pályázat feltétele: általános belgyógyászati gyakorlat és tudományos fokozat.

A kinevezendő főorvos a belgyógyászati osztály vezetésén kívül részt vesz az intézet orvostovábbképző munkájában. Illetmény 18/1971. EÜM—MÜM sz. együttes utasítás szerint. Pályázat beadásának határideje a megjelenéstől számított két hét.

Pápai Lajos
gazdasági igazgató

(941)

A Pest megyei KÖJÁL igazgatója pályázatot hirdet E 106—18. ksz. **higiénikus orvosi** állásra, budapesti székhelyre. Munkaegészségügyi gyakorlattal rendelkezők előnyben részesülnek.

A pályázati kérelmet, a szolgálati út betartásával a Pest megyei KÖJÁL címre kérem beküldeni: 1423 Budapest VIII., Stahly u. 7.

Madár János dr.
igazgató

(942)

A Berettyóújfalu Nagyközségi Tanács elnöke (Berettyóújfalu, 4100 Kossuth u.

15.) a járási főorvos egyetértésével pályázatot hirdet a **II. körzeti orvosi** állás betöltésére. Fizetés az E 111/1 ksz.-nak és szolgálati időnek megfelelően. Az alábbiakban felül 400,— Ft ügyeleti díjat biztosítunk. A hétfői ügyelet a központi rendelésben van megszervezve.

Azonnal beköltözhető kétszobás összkomfortos lakás, garázzsal rendelkezésre áll. Az állás azonnal elfoglalható.

Fodor György dr.
mb. járási főorvos

(943)

A Bajai Városi Járási Kórház igazgatója pályázatot hirdet az orr-fül-gége-osztályon megüresedett 1 fő **álorvosi** állásra. Illetmény és besorolás a munkában eltöltött idő szerint, megegyezés alapján. Az álláshoz jelenleg férőhelyet biztosítunk.

Maros Tivadar dr.
kórházigazgató-főorvos

(944)

Kadarkút (Somogy megye) Községi Közös Tanács elnöke pályázatot hirdet elhalálozás folytán megüresedett Kadarkút községi (I. számú) **körzeti orvosi** állásra. Az illetmény megállapítása a 18/1971. EÜM—MÜM számú utasítás alapján a munkakörre megállapított kulcszám szerint történik.

A körzeti orvosi munkakör azonnal betölthető. A körzethez kapcsolt község (Kökút) is tartozik.

A pályázat elnyerése esetén a tanács 3 szobás komfortos lakást — rendelővárossal — 1975. június 1-i beköltözésre biztosít.

Az állást végzős orvostanhallgatók is megpályázhatják.

A pályázat benyújtási határideje: 1975. április 15.

Hetesi Lajos
tanácselnök

(945)

Nógrád megyei Tanács V. B. Balassagyarmati Járási Hivatal Eü. osztályának vezetője egyetértésben a Szügyi Községi Tanács elnökével pályázatot hirdet az áthelyezés folytán megüresedett Szügyi **körzeti orvosi** állásra. Csatolt község Csesztve. Illetmény a 18/1971. EÜM—MÜM

sz. együttes utasítás szerint. Az álláshoz 3 szobás összkomfortos központi fűtéssel ellátott modern lakás, garázs, kert tartozik.

Érdeklődni szóban v. írásban a Községi Közös Tanács elnökénél: 2699 Szügy, Rákóczi út 28. Tanácssháza.

Rados József
tanácselnök

(946)

Mosonmagyaróvári Járási Hivatal Eü. Osztályának vezetője Jánossomorja Nagyközségi Közös Tanács V. B.-vel egyetértésben pályázatot hirdet Jánossomorja I. sz. **körzeti orvosi** állásra, mely elhalálozás folytán üresedett meg. Illetmény a 18/1971. EÜM—MÜM sz. együttes utasítás előírásainak megfelelően, gyakorlati idő, esetleges szakképesítés figyelembevételével. Ügyeleti díj 500,— Ft. Fuvarátalány, saját gépkocsi használat esetén 2,— Ft/km, mely 7—800,— Ft összegben kerül megállapításra.

Pályázó részére a községi tanács 3 szobás összkomfortos, garázsos, kertes szolgálati lakást biztosít, mely az állás elnyerésével egyidejűleg beköltözhető.

Hétfői ügyeleti szolgálatot a két felnőtt betegellátást végző orvos felváltva látja el, kéthetenként szabadszombat biztosítva van. Gyermekek ellátását külön gyermekorvos végzi.

Községben körzeti fogászat, bölcsőde, gyógyszerár működik.

Rendelő a lakástól külön, közelműltben épült, korszerű 5 munkahelyes, jól felszerelt, EKG és kis laboratóriumi felszereléssel ellátott rendelésben történik. Orvosfeleség részére a tanács megfelelő foglalkoztatást tud biztosítani.

Vidéken első alkalommal körzeti orvosi munkát vállaló orvos részére 3—10 000,— Ft-ig terjedhető, vissza nem térítendő letelepedési hozzájárulást adunk.

Pályázatot a Nagyközségi Tanácshoz, szolgálati úton kell benyújtani.

Kiss Károly dr.
tanácselnök

MEGRENDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett

az ORVOSI HETILAP-ot

Posta Központi Hírlapiroda, Budapest, V., József nádor tér. Tel. 180-850



HAEMISOL STANDARD REAGENSEK

(a teljesvér haemoglobin tartalmának meghatározására)

A HAEMISOL STANDARD és REAGENSEK a vér haemoglobin koncentrációjának cianhaemiglobin formában történő meghatározására és a fotométerek hitelesítésére szolgáló készítmény.

A MEGHATÁROZÁS ALAPELVE:

A HAEMISOL STANDARD-ból készített hígítási sorozat színintenzitását mérjük fotometriásan, és az abszorpciós értékeket a haemoglobin koncentráció függvényében ábrázoljuk.

A MEGHATÁROZÁS MENETE:

1. Hígítási sorozat készítése.
2. Kalibrációs görbe felvétele.
3. Haemoglobin meghatározás.

A meghatározás már 0,02 ml (20 μ l) vérből megbízhatóan elvégezhető! A cianhaemiglobinná transzformált haemoglobin stabil vegyület, az extinkciós értékek – értékcsökkenés nélkül – **gyakorlatilag bármikor** leolvashatók (3 perc után és 24 órán belül)!

A kalibrációs görbe felvételét és a rutin haemoglobin meghatározást a HAEMISOL REAGENS I. és II. használatával készített transzformáló oldattal kell elvégezni!

Minden forgalomba hozott gyártási sorozat koncentrációját az Utrechti Nemzetközi Standard-hoz viszonyítva állítjuk be.

CSOMAGOLÁS:

- 4 \times 7 ml Haemisol Standard ampullákban,
- 2–2 \times 10 ml Haemisol Reagens I. és II. ampullákban.

TÁROLÁS:

+4 °C-on fénytől védett helyen, de a lefagyástól óvni kell!
A hígított transzformáló oldat szobahőmérsékleten fénytől védve tárolható.



HUMAN Oltóanyagtermelő és Kutató Intézet

GÖDÖLLŐ, Táncsics Mihály u. 82.

KÖZVETLENÜL A HUMAN INTÉZETTŐL SZEREZHETŐ BE!

ELŐADÁSOK – ÜLÉSEK

Dátum	Hely	Időpont	Rendező	T á r g y
1975. ápr. 29. kedd	Országos Közegészségügyi Intézet, nagyterem, IX. Gyáli u. 2–6., „A” ép.	du. 2 óra	Országos Közegészségügyi Intézet	1. Szlobodnyik Judit: Pesticidek szövettenyésztésre gyakorolt hatásának vizsgálata. 2. Pásztor Zsuzsa, Pónyi Jenő, Holló Áttila, Gönczi Csabáné: A Lindán és DDT kontamináció gázkromatográfiás vizsgálata a Balaton különböző vízterületein
1975. máj. 2. péntek	Szájsebészeti Klinika, VIII. Mária u. 52.	déli 12 óra	Magyar Fogorvosok Egyesülete	A Szegedi Fogászati Klinika előadásai. 1. Keszthelyi Gusztáv: Sulcus leukocysta szám vizsgálata. 2. Borbély László, Szabó György: Branchiogen cysta a perotiban (esetismertetés). 3. Szabó György: A sialographia és scintigraphia diagnosztikus értéke a nyálmirigy és környéki tumorok műtéti eredményeinek tükrében. 4. Bagányi József: Intubációs nehézségek és lehetőségek a szájsebészeti anesztéziában
1975. máj. 8. csütörtök	Heim Pál Gyermek- kórház könyvtárterem, VIII. Üllői u. 86.	reggel 8 óra	XVIII. ker. Rendelőintézetek	Dél-Pest terület gyermekorvosai részére továbbképző előadás. Órley Judit: Gyermeknőgyógyászati problémák
1975. máj. 8. csütörtök	Bajcsy-Zsilinszky Kórház tanácsterme, X. Maglódi u. 89–91.	du. 2 óra	Bajcsy-Zsilinszky Kórház Tudományos Bizottsága	1. Balog István: A hormonális anticoncipienssekkel szerzett tapasztalatok (25 perc). 2. Buday Géza: A krónikus pitvarfibrillatio elektroterápiája (25 perc)
1975. máj. 9. péntek	Semmelweis OTE Szájsebészeti és Fogászati Klinika tanterme, VIII. Mária u. 52.	déli 12 óra	Semmelweis Orvostudományi Egyetem	Árkövy József emlékelőadás 1. Prof. Berényi Béla: Elnöki megnyitó. 2. Prof. Adler Péter (Debrecen): Caries, gondozás, népgazdaság
1975. máj. 9. péntek	Heim Pál Gyermek- kórház orvosi könyvtára, VIII. Üllői u. 86.	du. 2 óra	Heim Pál Gyermekkórház	Berndorfer Alfréd: A vele született rendellenességek dinamikus gyermekgyógyászati szemléletben
1975. május 9. péntek	Debreceni OTE Elméleti Tömb tanterme	du. 4 óra	Debreceni Orvostudományi Egyetem	KLINIKO-PATHOLOGIAI KONFERENCIA Megtárgyalásra kerülnek az alábbi esetek: K.É. 7 hónapos leány, Gyermekklinika-Sebészeti Osztály Klinikai dg.: Invaginatio, ileostomia, Coli sepsis. Felkért hozzászóló: Prof. Szilágyi Tibor B. P. 4 éves fiú, Gyermekklinika Klinikai dg.: Osteomyelitis? Mucosis? Spec. folyamat? Sarcoidosis? Felkért hozzászóló: Prof. Szegedi Gyula Sz. L. 66 éves férfi, Tüdőklinika Klinikai dg.: Pneumonia l. d. Nephrosis syndroma. Thrombosis extr. inf. l. d. Osteomyelitis chr. acetabuli sin. H. S. 74 éves férfi, I. sz. Belklinika Klinikai dg.: Tumor (tbe?) renis sin. Anuria. Oliguria.

Kiadja az Ifjúsági Lapkiadó Vállalat, 1374 Budapest VI., Révay u. 16. Megjelenik 15 000 példányban

A kiadásért felel Dr. Petrus György igazgató

Telefon: 116–660

MNB egyszámlaszám: 69.915.272–46

Terjeszti a Magyar Posta. Elfizethető bármely postahivatalnál,
a Posta hírlapüzleteiben és a Posta Központi Hírlap Irodánál
(Budapest, V., József nádor tér 1., Postacím: 1900 Budapest)

közvetlenül vagy átutalási postautalványon, valamint átutalással a PKHI MNB 215-96162 pénzforgalmi jelzőszámára.

Szerkesztőség: 1363 Budapest, V., Münnich Ferenc u. 32. I. Telefon: 121–804, ha nem felel: 122–765

Előfizetési díj egy évre 216,— Ft, negyedévre 54,— Ft, egyes szám ára 4,50 Ft



75.1213 Athenaeum Nyomda, Budapest — Ives magasnyomás — Felelős vezető: Soproni Béla vezérigazgató

INDEX: 25 674

XAVIN

INJEKCIÓ ÉS TABLETTA

A Xavin mint haemokinator, a szív teljesítményének növelésével és a peripheriás ellenállás csökkentésével fokozza a peripheriás és az agyi vérkeringést, növeli a perctérfogatot. Csökkenti az emelkedett fibrinogénszintet azáltal, hogy serkenti a fibrinolysist. Szabályozza a cholesterolinszintet, javítja a collateralis keringést, a szöveti anyagcserét és a haemokinetikus hatást.

ÖSSZETÉTEL: Ampullánként (2 ml) 300 mg és tablettánként 150 mg Xantinolum nicoticum (7-(2-hydroxy-3-(N-methyl- β -hydroxyethylamino)-propyl>-theophyllinum nicoticum) hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK: Arteriás és vénás peripheriás, valamint agyi vérkeringési zavarok. Endangiitis obliterans, peripheriás angiosclerosis, claudicatio intermittens, angiopathia, retinopathia és gangraena diabetica. Raynaud-kór, thrombosisok, emboliák. Sudeck-syndroma, ulcus cruris és egyéb trophikus zavarok, thrombophlebitis, acrocyanosis, erythema induratum Bazin. Cerebroscclerosis, cervicalis syndroma, arteriitis temporalis, Menière-syndroma. Agyi vasculáris történések esetén csak szakorvosi javaslat alapján.

ELLENJAVALLATOK: Ulcus ventriculi és duodeni, haemorrhagiás diathesis. Mitralstenosis fenyegető vagy kialakult jobbszív-elégtelenséggel. Labilis eredetű hypertonia esetében az injekció alkalmazásától tartózkodjunk, mert collapsushoz vezethet.

Más vérnyomáscsökkentők, különösen ganglionblokkolók és sympatholyticumok adagolását a kezelés megkezdése előtt abba kell hagyni, hogy a készítmény vérkeringést szabályozó hatását ne gátolják.

Ellenjavallt minden olyan gyógyszeres kombináció, amely a perfúziós nyomás csökkenésére vezetne.

ADAGOLÁS: Átlagos kezdeti adagja felnőtteknek naponta 2-3-szor 1 tablettá, amelyet kevés folyadékkal egészben kell lenyelni. Szükség esetén az átlagos adag naponta 3-szor 2-4 tablettára is növelhető, a beteg állapotának gondos ellenőrzésével. Későbbiek során a klinikai állapot javulásával, elégséges, ha a kezelést az egyénenként megállapított - naponta 2-3-szor 1 tablettá - fenntartó adaggal folytatjuk.

Heveny vérellátási zavarok esetén az injekciós kezelést részesítjük előnyben. A kívánt hatás szükségességének megfelelően felnőtteknek naponta 1-3-szor 2 ml intramusculárisan, azonnali hatás elérésére intravénásan 1-2-szer, 2 ml igen lassú befecskendezéssel, lehetőleg fekvő nelyzetben, majd naponta 1-3-szor 2 ml intramuscularisan.

Az injekciós kezeléssel elért eredményt az egyénenként megállapított fenntartó adagokkal (naponta 2-3-szor 1 tabl.) hosszabb ideig biztosíthatjuk.

Az injekciós kezelés hatásának fokozására egyidejűleg naponta 3-szor 2 tablettát is adagolhatunk.

A tabletták bevétele vagy az injekciók befecskendezése után egyes esetekben az arcon, esetleg más testrészekben, a készítmény rövid ideig tartó, égő érzéssel járó kipirulást okozhat. Súlyos esetek klinikai kezelésére előnyösen alkalmazható a tartós cseppinfúzió, amikor 5-ször 2 ml-es ampulla tartalmát (1500 mg) 500 ml infúziós oldathoz elegyítjük. Az infúziós oldatot olyan percnkénti cseppszámmal infundáljuk, hogy legalább 3-4 órán át tartson. Az oldat elkészítésénél az aseptikus körülményekre szigorúan ügyeljünk.

CSOMAGOLÁS:

50 db à 0,15 g tablettá
200 db à 0,15 g tablettá
10 × 2 ml à 0,3 g ampulla
100 × 2 ml à 0,3 g ampulla

MEGJEGYZÉS: Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.



CHINOÏN BUDAPEST

TAVEGYL[®] injekció

antihistaminicum

antiallergicum

SPECIFIKUS ÉS SZELEKTIV HATASÚ HISTAMIN-ANTAGONISTA; EXSUDATIO- ÉS OEDEMA-GATLO.

JAVALLATOK

Acut és chronikus allergiás folyamatok, felső légúti allergiás megbetegedések. Asthma bronchialeban a kísérő tünetek enyhítésére adható. Allergiás bőrmegbetegedések, gyógyszer- és alimentaris exanthemák, kontakt-dermatitis. Adjuvánsként acut és chronikus ekzemák kezelésekor.

Prophylaxis céljára, például pollen-immunotherapia, kontrasztanyag vizsgálatok előtt, az allergiás jelenségek kivédésére.

ADAGOLÁS

Felnőtteknek az átlagos napi adag reggel és este 1 ampulla im. vagy sc. Maximális napi adag 3 ampulla (6 mg).

Prophylaxis céljára 1 ampulla közvetlenül a feltételezetten allergiás reakciót kiváltó beavatkozás (gyógyszer, röntgenkontrasztanyag) előtt.

Deszenzibilizáló kúra esetén prophylactikusan az allergéinjekcióval együtt célszerű adni.

MELLEKHATASOK

Fáradtság, somnolentia, fejfájás, vertigo, nausea, mérsékelt gyomorpanaszok, szájszárazság, obstipatio jelentkezhetnek.

FIGYELMEZTETÉS

Alkalmazása fokozott elővigyázatosságot igényel, ezért például járművezetőknek, magasban vagy veszélyes gépen dolgozóknak csak az egyéni érzékenységnek megfelelő adagban adható.

Tavegyl-kúra alatt az alkohol fogyasztása tilos!

Terhességben alkalmazása csak kivételesen, súlyos esetekben ajánlható.

MEGJEGYZÉS

Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

5 × 2 ml (2 mg clemastinum 2 ml propylenglycolos vizes oldatban) 36,80 Ft.

® = SANDOZ

Egyt GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST