

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.
ECKHARDT SÁNDOR DR.
FISCHER ANTAL DR.
FÜZI ISTVÁN DR.
HIRSCHLER IMRE DR.
LENART GYÖRGY DR.
PETRI GÁBOR DR.
PETRÁNYI GYULA 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.
VÉRTES LÁSZLÓ DR.

†

119. ÉVFOLYAM

†

19. SZÁM

*

1978. MÁJUS 7.

TARTALOMJEGYZÉK

Barta Ottó dr.:

Az orthopaediai szemlélet alakulása
napjainkig 1139

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

*Fekete György dr., Kulcsár Gizella dr.,
Dán Pál dr., Nász István dr.,
Schuler Dezső dr. és Dobos Matild dr.:*

Immunológiai és virológiai vizsgálatok
Down-szindrómában 1147

KLINIKAI TANULMÁNYOK

*Káli András dr., Gloviczki Zoltán dr.
és Urai László dr.:*

Van-e „primaer Raynaud-syndroma”? 1153

SYNDROMÁK

Paulin Ferenc dr. és Szinnyai Miklós dr.:

Vena cava inferior syndroma
és foetalis distress 1156

RITKA KÓRKÉPEK

Döbrönte Zoltán dr. és Náfrádi József dr.:

Colitis ulcerosát utánzó yersiniosis 1161

RÖVID METHODIKAI KÖZLEMÉNYEK

*Wórum Ferenc dr., Wórum Imre dr.,
Lőrincz István dr., Kovács Péter dr.,
Fazakas László dr. és Leövey András dr.:*

Átmeneti pacemaker kezelés
a vena subclavián át
intracardialis EKG ellenőrzéssel 1163

Beszámoló, jegyzőkönyvek 1165

Folyóiratreferátumok 1167

Levelek a szerkesztőhöz 1183

Könyvismertetés 1191

Megjelent 1197

Hírek 1193

Pályázati hirdetések 1182, 1199

Előadások, ülések 1200

SYDNOCARB

tabletta

Tablettánként 10 mg N-phenylcarbamoyl-3-(β -phenylisopropyl)-sydnonium-ot tartalmaz.

JAVALLATOK: Alkalmazása általában kiegészítő terapiaként javasolt, kivételesen önálló gyógyszeres terápia formájában is lehetséges. Neurastheniás, pseudoneurastheniás, exhaustív állapotok. Inaktivitás, intellektuális gátoltság és csökkent koncentrációkészség. Gyógyszeres neurolepszis okozta nem kívánt adynamia.

Depressió kezelésére önmagában nem alkalmas. Kombinált kezelésben a reaktív vagy exhaustív eredetű gátolt depressiókban gyorsítja a thymoleptikus vagy thymoeretikus gyógyszerek hatásának kifejlődését és adjuvánsként alkalmazható a gátolt jellegű depressió javuló fázisában az inaktivitás csökkentésére, a koncentrációs készség javítására.

ELLENJAVALLATOK: Mindazon kórfarmák és tünetcsoportok, amelyek kizárják a psychostimulánsok adagolását, nyugalmat követelő betegségek (infarctus myocardi, hypertonia, angina pectoris, hyperthyreosis stb.), valamint arteriosclerosis. Gyógyszer abususra, narcomániára való hajlam, mániás fázis veszélye. Productív psychopathológiai tünetek-

nél (hallucináció, téveszmék, oneiroid állapotok stb.) agresszív, szorongó agított betegnek nem adható. Terhesség.

ADAGOLÁSA: A terapiás kezdeti adag napi 5 mg ($\frac{1}{2}$ tabl.), az átlagos napi dózis 10–20 mg (1–2 tabl.) a betegség természetétől függően általában napi 2–3 adagra elosztva, maximálisan 3–4 hétig. Általában 16 óra után ne alkalmazzuk!

MELLÉKHATÁSOK: Alvászavar, hangulat-labilitás, étvágytalanság, esetenként kiskókú vérnyomásváltozás és tachycardia. Túlzott élénkség, az aktivitás nem kívánt növekedése előfordulhat. Ezek általában átmeneti jellegűek és a gyógyszer kihagyására, ill. a dózis csökkentésére megszűnnek.

Alvászavar esetén a napi adagot célszerű két dózisban alkalmazni, ill. szükség esetén altató adható. Alkalmazásánál néha paradox hatás jelentkezhet!

FIGYELMEZTETÉS:

Kúraszerű adagolása nem tarthat 3–4 hétnél tovább!
Fénytől védeni kell.

MEGJEGYZÉS: ✖ ✖ Vényre csak egyszer adható ki. Orvos részére személyi igazolvány felmutatása mellett nem adható ki. Rendelése, kiszolgáltatása és gyógyszerári nyilván tartása tekintetében a 20/1972. Eü. K. 15. Eü.M. sz. utasítás hatályos.

CSOMAGOLÁS:

20 tablettá téritési díj: 4,80 Ft.



Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.

Az orthopaediai szemlélet alakulása napjainkig

Barta Ottó dr.

*Az Orvosi Hetilap újraindulásának 30. évfordulójára,
a szerkesztőség felkérésére írt tanulmány*

Minden diszciplína jelenének megértéséhez legalább nagy vonalakban ismerni kell azt az utat, amelyet fejlődése során megtett. A mozgásszervek megbetegedésével kapcsolatos első nyomok az időszámításunk előtti 2. évezredből származnak. A gyermekbénulás okozta lényeges alaki elváltozások ismeretére utal az a Koppenhágában található áldozati oltár, melyen az egyik főpap atrophias alsó végtagját pes equinus torzítja. A kairói múzeumban az ó-egyiptomi kultúrából ránkmaradt szarkofág pedig azt igazolja, hogy a chondrodystrophia már abban az időben sem volt ismeretlen (81).

Az első írásos nyomok Hippokratész munkásságára vezethetők vissza, aki a — napjainkban is a klasszikus orthopaedia központi kérdései közé tartozó — dongaláb, csípőficam, scoliosis és az ízületi betegségek kérdésével foglalkozott. Időszámításunk utáni első évszázadokban Celsus és Gale-nus, a középkorban Ambroise Paré és Fabrizio Girolamo ab Aquapendente, a XIX. században Heine, Hensing, Little, Dupuytren, Pravaz, Stromeyer, Calot, Hoffa és mások neve fémjelezte a mozgásszervekkel foglalkozó orvostudományt.

A görög-római kultúra lehanyaglása, a feudális társadalmi rend kialakulása, a dogmatika, a megváltoztathatatlan hite megakadályozta az egész orvostudomány fejlődését. A középkorban a tartó- és mozgatóapparátus kezelésével csak kevés orvos foglalkozott. Ez a feladat kovácsokra és kötszerészekre hárult, akik — tisztán mechanikus megfontolások alapján — különböző sínekkel, csavaros gépekkel a deformitások erőszakos korrekciója útján keresték a kezelés lehetőségét.

A XIX. század elején a mechanikus orthopaedia mellett fejlődésnek indult a funkcionális orthopaedia, majd a narkózis bevezetése és az aseptis-antisepsis tanának elterjedése után a sebészi orthopaedia is. Langenbeck és Ollier kidolgozták az ízületi resectio módszerét, Mac Even a supracondylaris femurosteotomiát genu valgum, Barton pedig a subtrochantericus osteotomiát a rossz helyzetben gyógyult csípő-ankylosis korrekciója céljából. Tulajdonképpen csak ettől az időtől kezdve beszélhetünk a mai értelemben vett orthopaediáról.

Az orthopaedia elnevezést a felvilágosodás korában Andry francia gyermekgyógyász alkotta az „orthos” (egyenes) és „pädion” (gyermek) görög szavakból. 1741-ben megjelent könyvében található képen egy ülő asszonyt 3 gyermek vesz körül. Az asszony kezében levő vonalzon a következő olvasható: „Haec est regula recti” (Ez az egyenes mértéke). Ez az allegorikus ábrázolás fejezi ki a szerző mondanivalóját: az orthopaediai tevékenység középpontjában a gyermek áll és a szülők feladata a gyermekek nevelése az egyenes tartásra (33).

Kezelési elvei — kora tudományos felfogását figyelembe véve — nagyon elgondolkodtatók és előremutatók. A csípő- és térdízületi contractura megszüntetésére ólomtálpú cipőt javasolt (extensio elve). Tőle származik a lóláb-állás korrekciójára a sarokemelés gondolata, az Achilles-ín nyújtására pedig az emelkedőn való járást javasolta. Az elgörbült csontok kiegyenesítésére egyenes acéllemezeket használt, ahogy ma is karókkal kíséreljük meg az elgörbült fa törzsét egyenessé tenni. Így lett a karóval megerősített fa — Andry művéből átvéve — az orthopaedia szimbóluma. Ebben a konzervatív technika alapvető elemeként a funkcionális gondolkodás és az erőszak nélküli redresszió elve mutatkozik meg. Hozzá kívánom fűzni, hogy napjainkban már nem a görbület korrekciója, hanem kialakulásának megelőzése az elsődleges cél.

Az orthopaedia hosszú évtizedeken keresztül sebészeti intézmények részlegeként működött, helytelen megfogalmazással „vértelen sebészet”-nek nevezve. Mivel a múlt században a mozgásszervi betegségek kezelésében az operatív tevékenység a feladatoknak csak kis részét képezte, számos sebész számára az orthopaedia művelése — a sebészet egyéb területeivel szemben — lassan háttérbe szorult. Ily módon szükségszerű, jogos igényként jelentkezett az a törekvés, hogy az orthopaedia a sebésztől független, önálló diszciplínává váljon, melynek alapját nem erőszakolt függetlenedési szándék, hanem a szerteágazó feladatok és a szemléletben mutatkozó felfogás különbözősége képezte.

A függetlenedés első jele volt, hogy Jean André Venel 1779-ben a svájci Orbe-ban önálló orthopaediai intézetet alapított, ahol elsősorban a gerincferdülés és a dongaláb kezelésével foglalkozott. A XIX. században pedig már Európa számos városában (Pesten 1834-ben) hoztak létre hasonló intézeteket mozgásszervi betegek részére.

A diszciplína önállósulásának reális alapját az képezte, hogy az orthopaedia gyökerei a matematikával, a fizikával, a mechanikával függnek össze, ami a sebészetre nem vonatkozik. Legyen szabad ezt egy példával illusztrálnom. Ha egy típusos orthopaediai műtétet, mondjuk az intertrochantericus varizáló-derotáló femur-osteotomiát bármely típusos sebészeti műtéttel, pl. az appendectomiával vagy cholecystectomiával hasonlítjuk össze, lényegbevágó különbséget találunk. Az előbbi matematikai-fizikai megfontolások nélkül nem végezhető el, míg az utóbbiak esetében erre nincs szükség. Nagyon találó Debrunner megállapítása, aki úgy vélte, hogy az orthopaedia a sebész anyja és egy műszerész céhbéli apa gyermeke.

A mai modern orthopaedia a múlt század végén, a XX. század elején 3 ágból: a mechanikus, a dinamikus és a sebészi orthopaediából alakult ki. Ténykedéseink alapját azon felismerések képezik, amelyek feltárták az összefüggéseket a formai, ill. funkcionális változások és a biológiai folyamatok között. *Meyer* fedezte fel a csontgerendáknak a mechanikus igénybevétellel összefüggő elrendeződését, mely *Cullman* szerint a legkisebb anyag felhasználásával a maximális tartást biztosítja. *Wolff* ún. „transformatiós” és *Roux* „funkcionális hasonulás” törvénye szögezi le, hogy a statikai igénybevétel változása az új viszonyoknak megfelelő átépüléshez, ill. a csontnak funkcionális és fiziológiás szempontból szükséges formai változásához vezet. *Volkman*n felismerte, hogy a nyomás kóros fokozódása a növekedésben levő csontok deformálódásának kialakításában játszik szerepet (29). *Benninghof* a struktúra átalakulását a fizikából a biológiába átvitt térelmélettel magyarázza, mely szerint a csont a maga makroszkópos teljességében homogénnek tekinthető. Az erőteret együttesen alkotó corticalis és spongiosa úgy alakul, hogy a megterhelésnek megfelelhessen.

A biológiai gondolkodásmód előretörése tette lehetővé, hogy a tisztán fizikai-mechanikai megfontolások alapján kidolgozott kezelési eljárásokat biológiai szemlélet alapján álló kezelési módszerek váltsák fel, a mechanikus-morfológiai szemlélet helyébe a dinamikus-funkcionális szemlélet lépjen és a morfológiai, ill. empirikus orthopaediával szemben a funkcionális orthopaedia kifejlődhessen.

A funkcionális szemlélet elterjedésével napjainkban már világméretben valósul meg a korai felismerésre és a korai kezelésre való törekvés, amely bizonyos mértékben tevékenységünk eltolódását jelenti a therapia irányából a profilaxis irányába. Ennek eredményes megvalósítása a célszerű felvilágosítás függvénye, mely magában foglalja az orvosi tanulmányokat, az orvosok továbbképzését — de a szocializmust építő társadalmi rendszerünkben — a politikát is.

Ma már általánosan elfogadott, hogy az orthopaediában a konzervatív és műtéti kezelés nem egymással szembenálló, hanem egymást kiegészítő eljárások. A konzervatív orthopaedia a gyógyszeres kezelés mellett a balneo-fizikoterapiát, a gyógytornát, a gipszkezelést, az ízületi punctiót, az intraarticularis befecskendezéseket stb. foglalja magában. A sebészi orthopaedia célja a műtéti reconstructio, a rehabilitatio, melyben a munka-therapia és a szociális gondozás is lényeges szerepet játszik.

A fejlődés iránya

Az orvostudomány egészének és egyes ágazatainak fejlődése minden disciplina számára gyümölcsöző lehet, viszont 1—1 szakma izolált fejlődése csak speciális részkérdésekben lehetséges.

Az orthopaediának szoros kapcsolatai vannak az orvostudomány úgyszólván minden ágával. Az osteoporosis kezelésében pl. elkerülhetetlen az együttműködés az endokrinológusokkal (26). Az utóbbi években a neurológusokkal és a gyermek-

gyógyászokkal szoros kollaborációban indult fejlődésnek a spasticus betegek korszerű ellátása. Úgy vélem, a pathológiás terhesek egyre növekvő számban történő kiviselése e kérdésnek a jövőben még nagyobb jelentőséget ad majd.

A társ-disciplinák új megismerései számos területen szélesítették az orthopaediai ténykedés lehetőségeit. A haemophiliás ízületi contractura és a recidiváló haemarthros műtéti megoldása 20 évvel ezelőtt még elképzelhetetlen volt, és ezek a betegek örök nyomorékságra voltak ítélve. A haematológia fejlődése, az AHG előállítása és a korszerű substitutiós therapia alkalmazása (20, 41, 46) ma már lehetővé teszi, hogy haemophiliás betegeken — megfelelő kautélák mellett — sikeres csont- és ízületi műtéteket is végezhessünk (61, 76, 87).

A synovia regenerációs készségének felismerése óta előtérbe került a rheumás ízületi gyulladások korai szakban végzett sebészi kezelése synovectomy útján (6).

Különösen jelentősek azok a felismerések, amelyek az utóbbi 3—4 évtizedben az orthopaedia műtéti repertoírjának jelentős kiterjesztését segítették elő (15, 49). A kímélő anaesthesiológiai eljárások, az intratrachealis narcosis bevezetése, a vérpótlás lehetőségének bővülése, a shock-ellenes kezelés, az antibioticumok felfedezése ma már — különösen gyermekeken és idős betegeken — olyan műtéti beavatkozások végzésére nyújtanak lehetőséget, amelyekre néhány évtizeddel ezelőtt nem is gondolhattunk.

A sebészi eljárások kiszélesedése az élettani ismeretek növekedésével, az ép és kóros körülmények közötti életfolyamatok részletes megismerésével és szabályozásával függ össze. Az utóbbi 3—4 évtizedben jelentősen kibővült a gerincen, a nagyizületeken végzett műtétek száma. A csigolyatest gyulladással megbetegedéseinek kezelésében a göceltávolítás és a corpodesis polgárjogot nyert. A porckorongsérv, a scoliosis műtéti kezelése a mindennapi gyakorlatban rutin műtétté vált. A correctio osteotomia, a stabil osteosynthesis, az endoprothesis implantatio rohamosan terjedt el.

A műtéti indicatiót ma már biztonságosabbá teszi a kifinomodott praeoperatív kórismezés. Gondolok a röntgenteknika modern módszereire, a különböző kontrasztanyagok vizsgálatokra, a képerősítő felfedezésére, az elektromyográfiára és scintigráfiára, az immunfluorescens és elektronmikroszkópos eljárások kiszélesedésére, melyek egyidejűleg új therapiás utak keresését is lehetővé teszik. Az utolsó fél évszázadban rohamléptekkel előrehaladó tudomány eredményeként az izotópok alkalmazásával — angiográfiás vizsgálatok mellett — pontosabbá vált a kóros és ép csont vérrellátásának vizsgálata. Ez nemcsak a tumor-diagnosztikában, hanem az osteonecrosis megítélésében, sőt a végzendő műtét megválasztásában is nagy jelentőséggel bír (30, 34, 60).

A postoperatív fázisban az intenzív betegellátó osztályok kifejlesztése jelenti a nagyobb biztonságot. A ma még megoldatlan problémák ismeretében úgy vélem, hogy a biomechanika, a porc-fiziológia, a porc- és csontregeneráció, az izomélet-

tan, az ásványianyagcsere-változások terén remélhető új felismerések segíthetik elő a további fejlődést.

Új orientációt hozott a szövetbank létrehozása és szigorú indikáció mellett lehetővé vált a hetero- és homioiolasztikus csont, ín, ideg, bőr átültetése. Nagy szerepet kapott a csont-transzplantáció kérdése, a befogadó szervezet reakcióinak és az ezzel kapcsolatos immunológiai jelenségeknek feltárása, megfigyelése. Újabban sikeres homológ ízületi transzplantációkról is olvashatunk (83).

Beteganyag alakulása

A XX. század első évtizedében az orthopaediai beteganyag nagy részét heine-medines, rachitises, csont- és ízületi tuberculoticus gyermekek spasticus bénulások, fejlődési rendellenességek és scoliosis képezték.

A legfőbb tevékenység a gipszelés volt, a munkaidő nagy része a gipszelőben telt el. Gipszelték a redresszálandó dongalábát, a ferde nyakat, a reponált csípőficamot, a gyulladáshoz vezető, a contracturát. Az operatív tevékenység keretében az elgörbült csontokat osteotomisálták, ízületi resectiókat, arthrodesist, különféle inműtéteket végeztek. A gennyedések nagy száma és az infectio veszélye miatt azonban még széles körben alkalmazták az ún. „fedett” eljárásokat is (37, 48), az osteoclasist, a subcutan tenotomiát. Az anaesthesiával kapcsolatos nehézségek miatt magas fokra fejlesztették a vértelenítésben végzett helyi érzéstelenítést.

A század elején a speciális műtéti instrumentarium a véső, a kalapács és a tenotom volt. (Az első motoros fűrész a 20-as évek végén került használatba.) A kezdetleges felszerelést az ügyesség és a türelem egészítette ki.

Egy generáció alatt disciplinánk képe megváltozott, új arculatot kapott. Jelentősen csökkent a rachitis. A II. világháború után a BCG oltások bevezetése minimálisra csökkentette a csont-izületi tuberculoticus megbetegedések számát. A Sabin-féle vaccinatio eredményeként friss heine-medines megbetegedés csak elvétve fordul elő, és e kórkép következményes elváltozásai ma már alig terhelik az orthopaediai betegellátást. Mindezek ellenére tevékenységünk kiszélesedett, mivel a klasszikus orthopaediai betegségek mellett a tartó- és mozgató-apparátus minden zavarával foglalkozunk. Az előzőekben említett területeken csökkenő számú beteganyagot más jellegű beteganyag váltotta fel. A rachitises gerincferdülés helyébe a Scheuermann-betegség és a derékfájás lépett. Az infectiosus megbetegedéseket degeneratív elváltozások váltották fel. A gyógyítás mellett előtérbe került a praeventio helyes értelmezése.

A fejlődés eredményeként tevékenységünk a gipszelőhelyiségből egyre inkább a műtőbe helyeződött át. Ebben jelentős szerepet játszanak az újabb, topográfiailag pontosabb műtéti eljárások, a műtéti rizikót csökkentő és a jobb gyógyulást elősegítő alapvető újítások (új varróanyagok, atraumatikus tűk, szívó-drainage bevezetése, fóliák stb.), a műtéti instrumentarium modernizálása, csíramentes műtő-block létrehozása stb., stb.

A fejlődés útja

A megszabott keretek nem teszik lehetővé, hogy a fejlődés minden részletét vázoljam, csak a legfontosabbakat emelném ki. A leggyakrabban előforduló fejlődési rendellenességről, a világra hozott csípőficamról nem kívánok szólni. Hivatkoznék az Orvosi Hetilap újraindulásának 25. évfordulója alkalmából a Szerkesztőség felkérésére írt tanulmányomra (5). Azóta az Országos Orthopaediai Intézet és az Országos Csecsemő és Gyermekegyintézet által kiadott methodikai levelek alapján a gyermekgyógyászok egyre intenzívebb közreműködésével a perinatalis szűrővizsgálat és az azonnali kezelésbevitel hazánkban is újabb lendületet vett.

Jelentős fejlődés regisztrálható a világra hozott dongaláb kezelésével kapcsolatban is. A XIX. században a beteg lábát — mint egy élettelen munkadarabot — készülékbe helyezték és csavarokkal, emelőkkal nyomták össze, később párnázott faéken osteoclasist útján formálták (37, 48), tekintet nélkül az élő anyag biológiai struktúrájára, felépítésére és funkciójára. Nem csodálható, hogy súlyos esetekben nem ritkán amputatio vált szükségessé, melynek megelőzése érdekében vezetett be Billroth a hetenként kétszer váltott modelláló gipszkötést és nyitotta meg az utat a fokozatos redressio elvén alapuló konzervatív kezelés eredményes kidolgozásához. Azóta beigazolódott, hogy a születés után azonnal megkezdett kezelés eredménye a legjobb, a hosszan tartó immobilisatio jelentősen lerövidíthető, és recidiva miatt csak ritkán válik szükségessé műtéti korrekció (47). Kis túlzással azt mondhatjuk, hogy a világra hozott dongaláb kezelését még a köldökzsinór átvágása előtt célszerű megkezdeni, mivel a később kezdett konzervatív kezelés eredményei lényegesen rosszabbak (19). A dongaláb műtéti kezelését illetően is jelentős a változás, mert az újabban már 6–8 hónapos korban végezhető komplett lágyrész-felzabarással teljes funkció és tökéletes formai korrekció érhető el (1, 2, 52, 69). Ezzel a kisgyermekek rendkívül intenzív mozgásigénye szinte kétsélem nélkül biztosítható.

Nem kevésbé lényeges a fejlődés a scoliosis kezelésében sem. A Galenus által javasolt nyújtás elve a XVII. században Glisson munkájában, a róla elnevezett függesztőkészülék alkalmazásával valósult meg. Ma már csak történelmi értéke van és a gerincferdülés korábbi kezelési módjának eredménytelenségét juttatja kifejezésre az a hiányos ismereteken alapuló régi felfogás, hogy a „Jó szabó a legjobb kezelője a scoliosisnak”. Az izomzat teljesítőképességének fokozása, a gyógytorna, az elongatiós-korsett viselése az esetek jelentős részében ma sem képes az elért korrekciót tartósan biztosítani, és a pubertáskorban bizonyos típusok jelentős progressiója figyelhető meg. Ezen túlmenően az elongatiós fűző rendszeres viselése hosszú éveken keresztül a gyermekek számára elviselhetetlen, ezért progrediáló esetekben a figyelem a műtéti eljárások felé fordult.

A műtét célja már nem csupán a progressio megakadályozása, hanem a görbület részleges kor-

rekciója is, mellyel pl. thoracalis localisatio esetén a mellkas torzító deformitása is megelőzhető, és a munkaképesség biztosítható (4, 17, 31). A kezelés jelentőségét húzza alá a skandináv államokban végzett azon felmérés, mely szerint a súlyos mellkasi deformitáshoz társuló cardiorespiratoricus elégtelenség miatt ezen betegek mortalitása kétszerese a normális populatio mortalitásának (17).

Eredetileg myotenotomiák sorozatát végezték — effektus nélkül. Az útkeresésben a kezdeményezés Európa érdeme, a megoldást Amerika szolgáltatta. Kidolgozták az elongatiós előkezelés után korrigált helyzetben végzett spondylodesis műtétjét (70), mely szükség esetén már 8—10 éves gyermekek is biztonsággal elvégezhető. Legújabban a gerinc mellé, a szervezetbe beültetett elongatiós készülékkel intraoperatív korrekció történik, mely spondylodesissel véglegessé tehető (Harrington-műtét) (17, 55, 68).

Hangsúlyozni kívánom, hogy a scoliosis kezelése még nem tekinthető megoldottnak. A görbület röntgenanatómiai korrekciója és a bordapúp megszüntetése mellett keresni kell az oki terapia lehetőségeit is. Ennek előfeltétele a korai felismerés, mely az iskolaorvosokkal és a gyermekgyógyászokkal szoros kollaborációban érhető csak el. Munkaterületünkön a tüdőszűrő állomásokkal együttműködve az egész populációt felölelő tüdőszűrések során készített ernyőfényképek értékelésével szereztünk kedvező tapasztalatokat.

Szinte forradalminak tekinthető az a fejlődés, melynek eredményeként — a *Mac Even* által elsőként végzett supracondylaris femurostomia óta — az *ossealis hibás állás korrekciója* a mindennapi gyakorlat rutin műtétei közé emelkedett. A mai fiataloknak már nincs tapasztalatuk abban, hogy mit jelentett 2—3 évtizeddel ezelőtt egy komplikált osteotomiát vésővel szakszerűen elvégezni, és milyen megterhelő volt az asszisztens számára, főként egy elhízott, kövér beteg alsó végtagját a fragmentumok elmozdulása nélkül a gipszkötés elkészültéig megtartani. Nem csodálható, hogy a fragmentumok elmozdulása miatt nem ritkán utólagos korrekció vált szükségessé. Előfordult, hogy idős betegeken a gipszkötés okozta immobilisációs károsodások veszélyei miatt fontos beavatkozásokat el sem lehetett végezni.

A szövetbarát fémek és műanyagok előállítás, a velőürszegezés bevezetése, a drótozás, a különféle csavaros és compressiós eljárások kidolgozása, fémsínek és csontlemezek alkalmazása az osteotomiák sikeres végzéséhez új utakat nyitott (24, 57, 58). Mégis csak az utóbbi egy-másfél évtizedben ért el az osteosynthesis olyan magas fokot, mely kiterjedt és komplikált korrekciós osteotomia után is feleslegessé teszi a hosszan tartó immobilisatiót. Különösen csípő körüli beavatkozások esetén előnyös a mozgásstabil compressiós osteosynthesis, mivel lehetővé válik a korai aktív postoperatív funkcionális kezelés, és a gyorsabb csontos átépülés következtében a végtag teljes terhelése hamarabb kezdhető el (3, 38, 74, 88).

Az átlagos életkor emelkedésével ma már más megvilágításba kerül az öregkorban fellépő degeneratív ízületi megbetegedések megítélése. Felis-

merték, hogy idős embereken a csontos consolidatio — a combnyaktörés kivételével — ugyanolyan gyógyulási eredményeket mutat, mint a fiataloké. Ezért a kornak megfelelő jó általános erőbeni állapot mellett ma már idős betegeken is eredményesen végezhetünk nagy megterhelést jelentő csont- és ízületi műtéteket.

Ez utóbbiak közül kiemelném napjaink sok nehézséget okozó problémáját, a *coxarthrosist*. Eredménytelen konzervatív kezelés után a különféle műtéti megoldások arzenálja áll rendelkezésünkre (10, 11, 12, 13, 18, 54, 64, 73, 79, 80, 82, 84). A mechanikai, a statikai és funkcionális viszonyok kóros változásának tanulmányozása lehetővé tette, hogy arra alkalmas esetekben az ízület mozgását megtartva a combfejre ható nem kívánatos nyomásviszonyok megszüntetésével iktassuk ki az arthrosisos panaszokat (21, 65). Pontos indikáció alapján kellő időben végezve, tartós, jó eredményeket érhetünk el a különböző intertrochantericus osteotomiákkal (16, 27, 39, 63, 86). Egyoldali esetekben jól terhelhető stabil végtagot biztosít a csípő-arthrodesis (53). Téves ugyanis az a felfogás, hogy az ízület mozgásának megszüntetése az orthopodia csődjét jelenti, mivel a mozgás feloldozása lehetővé teszi a beteg rehabilitációját, munkába való visszaállítását. Ezzel megvalósul *Bielsky* mondása: „A rokkantnak alamiznaelfogadóból adófizetővé kell válnia”, kifejezve, hogy az érintett személyt a társadalom hasznos, teljes értékű, elégedett tagjává kell tennünk.

Az orvostudományban az utóbbi években előtérbe került a szervpótlás kérdése. A sebész vesét, szívet ültet át, a gyermekgyógyász vércserét végez. A mozgásszervek kezelésében a műanyagok felhasználása teszi lehetővé a teljes ízületi pótlást. Nekünk könnyebb a dolgunk, mert az endoprothesiseket az ipar állítja elő. Ez a csípő- és az ujjperc közti ízületek pótlására messzemenően sikerült. Még nem tekinthető véglegesnek a térd- és könyökízület pótlása, és a kísérletezés stádiumában van a váll-, csukló- és bokaízület implantációja, de a továbbfejlesztés lehetőségei itt is adóttak.

Különösen kétoldali coxarthrosis esetén nagy jelentőségű az endoprothesis implantációja (71). Csodálatos érzés az orvos számára, amikor röviddel a műtét után fájdalomtalan, mozgó ízülettel, panaszmentesen látja járni azokat a betegeket, akiken előzőleg semmiféle eredményes terapia nem volt lehetséges. Az eddigi tapasztalatok jól példázzák azt a nagy előrehaladást, amely a Smith—Petersen-féle „cup” arthroplastikától a total-endoprothesis implantációig bekövetkezett (22, 35).

Az eddigi eredmények ellenére nem lehet elhallgatni azt a tényt, hogy az idegen anyagok tartós összekapcsolása az élő szövetekkel még további kutatásokat igényel (8, 43, 59). A divatnak hódoló nagyvonalúság káros lehet, és a többnyire kitűnő primaer eredmények ellenére sem szabad az indiciót olyan esetekben felállítani, ahol a feltételek nem adóttak. Az orthopaed, aki a forma és funkció, a statika és dinamika gondolatán nevelődött, adott esetekben mértéktartást kell, hogy tanúsítson. Indokolt esetek kivételével csípő-endo-

prothesis implantatiót ma még csak 50 éves kor felett végzünk. A jövő feladata, hogy újabb felismerések révén, pl. a kerámia prothesisek továbbfejlesztésével (32) ragasztóanyagok felhasználása nélkül az eredményeket tovább javíthassuk és a műtéti korhatárt biztonságosan alacsonyabbra szabhassuk.

Művégtagellátás

A II. világháború számos amputáltja a prothesis-fejlesztés magas igényét vetette fel. Az elmúlt 3 évtizedben a szívó-prothesis helyett a tapadó prothesis nyert előjogot, és a könnyű, új műanyagok alkalmazása a protheticában ma már magas értékű művégtagokat, elviselhetőbb körülményeket biztosít a beteg számára (7). A bioelektronika fejlődésével a jövőben kutatás célja lehet, hogy a nagyobb végtagpótló készülékeket külső erőforrások működtessék, amelyek valódi therapiás hatás elérését teszik lehetővé. Ha a művégtagokat szervpótlásként fogjuk fel, természetesnek tűnik az az igény, hogy a kozmetikailag megfelelő művégtagokat a jövőben munka végzésére is alkalmas elektronikus művégtagok váltsák fel.

Gyógyszeres kezelés

A gyógyszeripar fejlődése a konzervatív és operatív orthopaedia terén egyaránt újabb lehetőségeket teremtett. Az antibiotikumok és chemotherapeuticumok széles körű alkalmazása ma már számos olyan betegség gyógyulásához vezet, amelyek néhány évtizeddel ezelőtt a beteg sorsát megpecsételték, életét veszélyeztették (62). Elegendő utalni az újszülöttkori gennyes csípőízületi gyulladásra. A célzott antibiotikus terapia ma már lehetővé teszi, hogy súlyos destructióval járó fertőzések esetében sikeres helyreállító műtétet végezzünk, amire az antibioticus aera előtt gondolni sem lehetett. A mellékvesekéreg-hormon terapia bevezetése forradalmasította a rheumás betegségek kezelését és javította az operatív ellátás lehetőségeit is. A praeventív anticoagulans terapia az időskorú betegek nagy megterheléssel járó műtétjeinél az életet gyakran veszélyeztető súlyos postoperatív komplikációk számának jelentős csökkenését eredményezte (50, 56, 72, 77).

A magyar orthopaedia fejlődése

Hazánkban az első orthopaediai intézetet Schöpf (Merei) Ágost 1834-ben hozta létre Pesten, melyet egy év múlva az árvíz elpusztított. Az első önálló közkórházi osztály a századforduló után — a nemzetközileg is elismert Horváth Mihály vezetésével — a mai János Kórházban létesült, majd 1920-ban a Nyomorék Gyermek Országos Otthonában Zinner Nándor szervezett újabb osztályt. Orthopaed betegek elhelyezésére lehetőség volt még a budapesti, a debreceni és a pécsi sebészeti klinikákon, és néhány budapesti közkórház sebészeti osztályán. A II. világháború előtti magyar egészségpolitika hibás koncepcióit tükrözi, hogy a felszabadulás előtt Budapesten mindössze 120—140 ágy állt orthopaediai betegek rendelkezésére

és vidéken egyetlen önálló orthopaediai osztály sem működött. Az orthopaedia oktatása nem volt kötelező.

Büszkeséggel kell szólni arról, hogy a XIX. sz. második és e század első felében mostoha körülmények között tevékenykedő magyar orthopaedek közül Balassa János, Dollinger Gyula, Horváth Mihály, Kopits Jenő, Farkas Aladár, Zinner Nándor és mások nevét nemzetközi elismerés övezte és eminens részesei voltak disciplinánk fejlődésének.

A magyar orthopaedia fejlesztését a felszabadulás egyik eredményeként a szocialista egészségügy szervezése, majd a tudománypolitikai irányelvek kidolgozása tette lehetővé. A rohamos fejlődés 1951-ben vette kezdetét, amikor az első Orthopaediai Klinika Budapesten megalakult, és a disciplina önálló oktatási egységgé vált. Hazánkban jelenleg 3 orthopaediai klinika működik és 16 kórházban szervezett önálló osztály mellett a Budapesti és Szegedi Sebészeti Klinika, ill. az Országos Traumatológiai Intézet keretén belül működik orthopaediai osztály. Jelentősen kiszélesedett a rendelőintézeti hálózat is. Budapesten és vidéken ma megközelítően 500—500 ágy áll orthopaediai betegek rendelkezésére. Ez utóbbiak a felszabadulás utáni években alakultak. Le kell szögeznünk azonban, hogy a jelentős fejlődés ellenére a növekvő igényeket még ma sem tudjuk teljesen kielégíteni.

Ma is helytálló Petri megállapítása, aki az Orvosi Hetilap újraindulásának 25. évfordulója alkalmából „A magyar sebészet utóbbi negyedszázadáról és ami utána következhetik” címen a Szerkesztőség felkérésére írt tanulmányában (66) ezt írta: „Az orthopaedia a felszabadulás utáni években lendületes fejlődésnek indult, mely sajnálatosan lelassult”. Ez a megállapítás mind az új orthopaediai osztályok létesítése, mind a műszaki-technikai ellátottság vonatkozásában — sajnos — ma is megállja helyét. Az utóbbi 30 évben hazánkban jelentős ágylétszámfejlesztés történt, ezen belül azonban az orthopaedia fejlesztése csak alárendelt szerepet kapott. Erre vezethető vissza, hogy több helyütt időnként csak 6—8 hetes várakozás után lehet az arra rászorulóknak az intézeti kezelést biztosítani. Úgy vélem, felesleges ennek népgazdasági jelentőségét hangsúlyozni. Ezért tanulságos lehet a táppénzes állomány alakulásának vizsgálata, hiszen hazánkban a táppénzállományban levő mozgásszervi betegek gyakoriság szempontjából a harmadik helyet foglalják el.

A feladatok ellátását nehezíti, hogy orthopaed szakorvosaink száma nem éri el a 180-at, akik közül néhányan nem is orthopaed betegek gyógyításával foglalkoznak. Az orthopaedia ma hiányszakmának tekintendő és szükséges lenne a személyi fejlesztést hatékonyan támogatni. Ha pedig a jövőben a megelőző, praeventív ténykedéseket a társadalmi berendezkedésünkben fakadó igényeknek és szükségleteknek megfelelően kívánjuk megvalósítani, akkor súlyponti kérdésként kell kezelni az orthopaedia oktatásának intenzívebbé tételét, a szakorvosképzés lehetőségeinek fejlesztését és a munkaerőhiány megszüntetését is. Az előrehaladás, a tudományos fejlődés csak akkor válhat be-

tegeink javára, ha a jövőbeni orvosok megfelelő felkészültséggel rendelkeznek és gondoskodunk a klinikai és kezelési lehetőségek maradéktalan megteremtéséről. Egyre sürgetőbb igényként jelentkeznek, hogy a Szegei Orvostudományi Egyetemen az önálló orthopaediai klinika létesítése mielőbb megtörténjen. Az egészségügyi törvény szellemének megfelelő korszerű betegellátás érdekében szükséges lenne az is, hogy minden megyei kórház rendelkezzen önálló orthopaediai osztállyal, ahogyan azt Glauber 1965-ben a távlati fejlesztési tervvel kapcsolatban kifejtette.

A mozgásszervi betegek ellátása — a friss traumás betegek kivételével — hazánkban a reumatológia és az orthopaedia feladata. A betegellátás színvonalát kedvezően befolyásolná az egységes szemlélet és a jelenleginél szorosabb kollaboráció kialakítása. A belgyógyász szemléletű reumatológusok egy része ugyanis nem szívesen javasol sebészi kezelést, az orthopaed sebészek pedig az operatív tevékenységet részesítik előnyben. A konzervatív kezelés felesleges elnyújtása kedvezőtlenül befolyásolja a műtét időpontjának optimális megválasztását, ami nem ritkán a beteg számára nagyobb megterhelést jelentő műtét elvégzését teszi szükségessé.

Számolni kell azzal, hogy az új igények a jövőben egyre gyorsabban oldódnak meg. A tudományos megállapítások gyorsan változnak és az egyetemi évek alatt felhalmozott ismeretanyag folyamatosan túlhaladottá válik. A mindennapi gyakorlatba átültetve ez azt jelenti, hogy az orvos örökös tanuló kell maradjon, melynek során újabb és újabb ismereteket kell magáévá tenni, nehogy elérje azt a pontot, amikor már nem képes a legújabb ismeretek elsajátítására. Még vannak adóságaink, kötelezettségeink. Olyan kérdések tisztázása, amelyekre az eddigi fejlődés még nem nyújtott megoldást.

A hazai és nemzetközi eredmények ismeretében nyugodtan állítom, hogy a magyar orthopaedia — adottságainak, technikai lehetőségeinek jelenlegi szintje ellenére is — állja az összehasonlítást a legfejlettebb országok színvonalával és művelői az alacsony létszám ellenére becsületes és áldozatos munkával teljesítik kötelezettségeiket.

Számos fiatal, ambíciózus, tehetséges orthopaeddel rendelkezünk, akik tarsolyukban viselik a marsallbotot. Tőlünk, szakmai vezetőktől függ, mi vé fejlődnek, és hogyan tudják az elvárásokat megvalósítani. Mindent meg kell tennünk annak érdekében, hogy fejlődésük zavartalan, egyenes vonalú legyen. Ezért elsőrendű feladatunk a társadalmi berendezkedésünk nyújtotta megnövekedett lehetőségeket megfelelő tartalommal megtölteni és elősegíteni, hogy a mennyiségi változás minőségi változássá alakuljon át.

IRODALOM: 1. *Attenborough, C. G.*: J. Bone Jt. Surg. 1966, 48-B, 31. — 2. *Attenborough, C. G.*: Clinical Orthopaedics. 1972, 84, 71. — 3. *Bandi, W.*: Beitr. Orthop. u. Traumatol. 1976, 23, 657. — 4. *Barta O.*: Orvosképzés. 1972, 47, 50. — 5. *Barta O.*: Orv. Hetil. 1973, 114, 783. — 6. *Barta O., Gógl Á., Temesi M.*: Orv. Hetil. 1972, 113, 2823. — 7. *Baumgartner, R.*: Amputation und Prothesenversorgung beim Kind. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 1977. — 8. *Bergmann, G.,*

Köbel, R., Rohlmann, A.: Arch. orthop. Unfall-Chir. 1977, 87, 223. — 9. *Bernbeck, R., Dahmen, G.*: Kinderorthopädie. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1976. — 10. *Blount, W. P.*: J. Bone Jt. Surg. 1964, 46-A, 1297. — 11. *Bombelli, R.*: Osteoarthritis of the Hip. Springer Verlag, Berlin—Heidelberg—New York, 1976. — 12. *Bona, L., Romano, A.*: Archivio di ortopedia. 1966, 79, 279. — 13. *Borgmann, F.*: Arch. orthop. Unfall-Chir. 1967, 61, 36. — 14. *Breitenfelder, J., Port, J.*: Z. Orthop. 1973, 111, 237. — 15. Campbell's Operative Orthopaedics. C. V. Mosby Company, Saint Louis, 1963. — 16. *Casuccio, C., De Bastiani, G., Marconi, F.*: Clinica ortopedica. 1969, 21, 285. — 17. *Chapchal, G.*: Operative Treatment of Scoliosis 4th International Symposium in Nijmegen. G. Thieme Verlag, Stuttgart, 1973. — 18. *Chiari, K.*: Beitr. Orthop. u. Traumat. 1968, 15, 163. — 19. Clinical Orthopaedics and Related Research (*Clubfoot*) Nr. 84, 2. old. J. B. Lippincott Co., Philadelphia—Toronto, 1972. — 20. *Conybeare, M. E., Duthie, R. B.*: Orthopäde. 1977, 6, 39. — 21. *Debrunner, H. U.*: Z. Orthop. 1975, 113, 377. — 22. *Deutman, R.*: Experience with the McKee-Farrar total Hip Arthroplasty, van Gorcum and Co., B. V. Assen, The Netherlands. — 23. *Dustmann, H. O., Schulitz, K. P., Koch, H.*: Arch. orthop. Unfall-Chir. 1972, 72, 114. — 24. *Edeland, H. G.*: Acta orthop. Scand. 1976, 47, 406. — 25. *Evans, D.*: J. Bone Jt. Surg. 1961, 43-B, 722. — 26. *Franke, J., Runge, H.*: Praktische Arzt. 1974, 15/16, 2. — 27. *Frigo, G., Nicosia, U.*: Minerva Ortopedica. 1975, 26, 223. — 28. *Glauber, A.*: Magyar Tudományos Akadémia V. Orvosi Tudományok Osztályának Közleményei. 1965, 15, 277. — 29. *Glauber, A.*: Az orthopaedia tankönyve. Medicina, Budapest, 1973. — 30. *Glauner, R.*: Angiologie und Scintigraphie bei Knochen- und Gelenkerkrankungen. G. Thieme Verlag, Stuttgart, 1971. — 31. *Götze, H. G.*: Orthopäde. 1973, 1, 250. — 32. *Griss, P. és mtsai.*: Arch. orthop. Unfall-Chir. 1977, 87, 73. — 33. *Grosch, G.*: Z. Orthop. 1976, 114, 79. — 34. *Guzzanti, V. és mtsai.*: Arch. orthop. Unfall-Chir. 1977, 88, 87. — 35. *Hackenbroch, M. H. és mtsai.*: Arch. orthop. Unfall-Chir. 1976, 84, 149. — 36. *Hartmann, H., Höffken, K.*: Brun's Beiträge zur klin. Chir. 1972, 219, 538. — 37. *Hass, J.*: Konservative und operative Orthopädie. Springer Verlag, Wien, 1934. — 38. *Hellinger, J., Franz, R.*: Beitr. Orthop. u. Traumatol. 1977, 24, 111. — 39. *Hirsch, C., Goldie, I.*: Acta orthop. scand. 1968, 39, 182. — 40. *Hupfauer, W., Ulatowski, L.*: Arch. Orthop. Unfall-Chir. 1972, 72, 174. — 41. *István L., Barta O.*: Haemat. Hung. 1964, 4, 115. — 42. *Itami, Y., Akamatsu, N., Tomita, Y.*: Z. Orthop. 1976, 114, 719. — 43. *Jaster, D., Seyfarth, M.*: Beitr. Orthop. u. Traumatol. 1975, 22, 666. — 44. *Kinzl, L. és mtsai.*: Z. Orthop. 1976, 114, 777. — 45. *Köbel, R. és mtsai.*: Arch. orthop. Unfall-Chir. 1973, 77, 339. — 46. *Králl G.*: Orvosképzés. 1975, 50, 265. — 47. *Kránicz J., Barta O., Belyei Á.*: Magyar Traumatológia. 1977, 20, 143. — 48. *Lange, Fr.*: Lehrbuch der Orthopädie. G. Fischer Verlag, Jena, 1928. — 49. *Lange, M.*: Orthopaedisch-Chirurgische Operationslehre Verlag, J. F. Bergmann, München, 1968. — 50. *Lavrinovitsch, T. S., Petuchova, L. I., Slutskii, L. I.*: Z. Orthop. 1976, 114, 769. — 51. *Leibe, H.*: Beitr. Orthop. u. Traumatol. 1975, 22, 625. — 52. *Lichtblau, S.*: J. Bone Jt. Surg. 1973, 55-A, 1377. — 53. *Liechti, R.*: Die Arthrodese des Hüftgelenkes und ihre Problematik. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 1974. — 54. *McMurray, T. P.*: J. Bone Jt. Surg. 1935, 22, 716. — 55. *Moe, J. H., Valuska, J.*: SICOT XI. 1969, okt. Mexico, 270. Imprimerie des Sciences, Bruxelles, 1970. — 56. *Muckle, D. S., Forney, H. J., Bentley, G.*: Acta orthop. scand. 1974, 45, 412. — 57. *Müller, M. E.*: Die Hüftnahen Femurosteotomien. G. Thieme Verlag, Stuttgart, 1971. — 58. *Müller, M. E., Allgöwer, M., Willenegger, H.*: Manual der Osteosynthese (AO Technik). Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 1969. — 59. *Münzenberg, K. J., Flajs, G., Dennert, R.*: Z. Orthop. 1976, 114, 722. — 60. *Nechwatel, E.*: Z. Orthop. 1974, 112, 466. — 61. *Neumann, H.-D. és mtsai.*: Z. Orthop. 1965, 100, 501. — 62. *Norden, C. W.*: Clinical Orthopaedics. 1976, 114, 203. — 63. *Osborne, G. V.*: J. Bone Jt. Surg. 1965, 47-

B., 183. — 64. Osborne, G. V., Fahrni, W. H.: J. Bone Jt. Surg. 1950, 32-B, 148. — 65. Pauwels, F.: Atlas zur Biomechanik der gesunden und kranken Hüfte. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 1973. — 66. Petri, G.: Orv. Hetil. 1973, 114, 5. — 67. Piggott, H.: J. Bone Jt. Surg. 1976, 58-B, 58. — 68. Ponder, R. C. és mtsai: J. Bone Jt. Surg. 1975, 57-A, 797. — 69. Reimann, I., Becker-Andersen, H.: Clinical Orthopaedics. 1974, 102, 200. — 70. Risser, J. C.: J. Bone Jt. Surg. 1964, 46-A, 167. — 71. Ritter, M. A., Randolph, J. C.: Acta orthop. scand. 1976, 47, 203. — 72. Salzman, E. W., Harris, W. H.: J. Bone Jt. Surg. 1976, 58-A, 903. — 73. Schmidt, H., Went, H.: Z. Orthop. 1967, 103, 50. — 74. Schöttle, H., Sauer, H.-D., Jungluth, K. H.: Arch. orthop. Unfall-Chir. 1977, 89, 87. — 75. Schwarzweller, F.: Z. Orthop. 1960, 92, 604. — 76.

Schwägerl, W. és mtsai: Orthopäde. 1977, 6, 44. — 77. Sharnoff, J. G. és mtsai: J. Bone Jt. Surg. 1976, 58-A, 913. — 78. Siegling, C. W.: Beitr. Orthop. u. Traumatol. 1976, 23, 106. — 79. Tavernier, L., Truchet, P.: Revue d'orthopédie. 1942, 28, 62. — 80. Tillberg, B.: Acta orthop. scand. 1969, 40, 373. — 81. Valentin, B.: Geschichte der Orthopädie (Hohmann—Hackenbrock—Lindemann: Handbuch der Orthopädie) G. Thieme Verlag, Stuttgart, 1957. I. kötet. — 82. Vatopoulos, P. K. és mtsai: Acta orthop. scand. 1976, 47, 324. — 83. Volkow, M. W.: Acta orthop. scand. 1969, 40, 577. — 84. Voss, C.: Münch. med. Wschr. 1956, 98, 954. — 85. Waisbrod, H.: J. Bone Jt. Surg. 1973, 55-B, 796. — 86. Weighill, F. J.: Clinical Orthopaedics. 1976, 116, 116. — 87. Weseloh, G.: Z. Orthop. 1973, 111, 521. — 88. Zeumer, G.: Beitr. Orthop. u. Traumat. 1973, 20, 138.

OXYBION

por szirup készítéséhez

Antibioticum

ÖSSZETÉTEL: 1 üveg (16 g por) 5 000 000 NE Phenoxymethylpenicillin-Dibenzylaethylen-diaminum-ot tartalmaz.

JAVALLATOK: Penicillin terápia. Az összes penicillinérzékeny kórokozó (Streptococcus, Gonococcus, Pneumococcus, Staphylococcus stb.) által előidézett fertőzés kezelésére vagy megelőzésére; elsősorban tonsillitis follicularis gyógyítására.

Előnyösen befolyásolhatók az enyhe és középsúlyos felsőlégúti infekciók, továbbá tonsillitis, pharyngitis, bronchitis, otitis, valamint pneumoniák egy része. Alkalmos penicillin-érzékeny infekciókra hajlamosító – elsősorban Streptococcus okozta (pl. scarlat) – megbetegedések kivédésére is.

ELLENJAVALLATOK: A beteg penicillin-allergiája és a kórokozók penicillin-rezisztenciája. Túlérzékenységre utaló jelek esetében nem szabad alkalmazni.

ADAGOLÁS: Az üveget nyakig feltöltjük csapvízzel (ivóvízzel, csecsemők esetében forralt, de lehűtött ivóvízzel), néhányszor erősen összerázzuk, míg egyenletesen sima szirupot kapunk. Egy adagolókanál 250 000 NE penicillint tartalmaz.

Terápiás adagok:

csecsemőknek: 3×1 adagolókanállal naponta

1–3 éves gyermekeknek: 4×1 adagolókanállal naponta

3–6 éves gyermekeknek: 3×2 adagolókanállal naponta

6–12 éves gyermekeknek: 4×2 adagolókanállal naponta

A kezelés időtartama általában 5–7 nap.

Megelőzés céljára kisgyermekeknek napi 1–2 kanál,

3–6 éves korú gyermekeknek 3×2 kanál.

MELLÉKHATÁS: A kezelés során elvétele a széklet lazulása észlelhető, ez azonban a gyógyszeradagolás befejezésével megszűnik.

FIGYELMEZTETÉS: Az üveg tartalmát minden használat előtt fel kell rázni. Az elkészített szirupot hűvös helyen kell tárolni, 10 napon túl felhasználni nem szabad.

MEGJEGYZÉS: ✖ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismétlődő.

TÉRÍTÉSI DIJ: 16 gr 6,- Ft



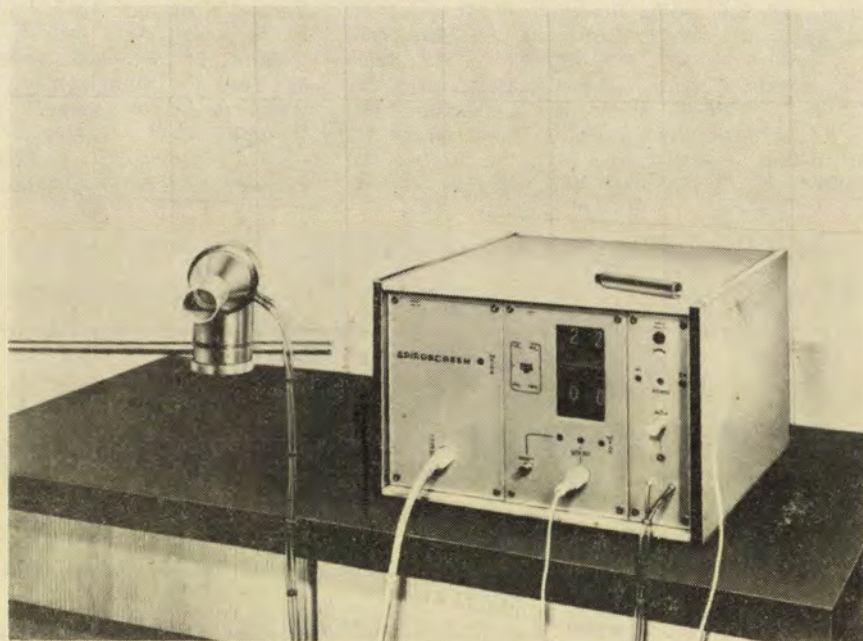
Előállítja:

Biogal Gyógyszergyár, Debrecen



SZŰRŐ-SPIROMÉTER

Tip: SP-11



Az SP-11 a tömeges lakosságvizsgálat segédeszköze.

Az ernyőfényképezéssel nyert vizsgálati adatok kiegészítéseként szolgáltat légzésfunkciós paramétereket.

Regisztrálókészülék csatlakoztatása után azonban alkalmas egyedi jellegű vizsgálatok céljára is.

Nyíltrendszerű spirométer, mely méréskor a páciens gyakorlatilag nem terheli. Digitális kijelzése csökkenti a tévedés lehetőségét az adatok leolvasásánál.

A vizsgálat gyors, erőltetett kilégzés folyamán történik, melynek befejezése után az erőltetett vitálkapacitás FVC, és az erőltetett, első másodpercben kilélegzett térfogat FEV₁ értéke a digitális kijelzőkön leolvasható.

A mérés automatikusan, de kézi indításra történik.



Gyártja:

MEDICOR MŰVEK, BUDAPEST

Semmelweis Orvostudományi Egyetem,

II. Gyermekklinika

(igazgató: Schuler Dezső dr.),

Mikrobiológiai Intézet

(igazgató: Nász István dr.)

Immunológiai és virológiai vizsgálatok Down-szindrómában

Fekete György dr., Kulcsár Gizella dr.,

Dán Pál dr., Nász István dr.,

Schuler Dezső dr. és Dobos Matild dr.

Ismeretes, hogy Down-szindrómában fokozott a fertőzésekre való hajlam és malignus betegségek — főleg leukaemia — gyakrabban fordulnak elő (12, 2, 29, 15, 22, 30, 25). Valószínű, hogy mindkét jelenség kialakulásában a Down-kóros betegek immunrendszerének működési zavara is felelős. Az eddigi adatok alapján úgy látszik, hogy főleg a celluláris immunfunctio részleges zavaráról van szó, mely elsősorban vírus- és gombafertőzésekre hajlamosít (23, 1, 18, 26, 28, 3, 14, 13, 11). Ezért vizsgáltuk a Down-szindróma, valamint az adeno-, herpes simplex és influenzavírusok, illetve az immunfunkciók kapcsolatát in vitro körülmények között.

Beteganyag

Összesen 40 Down-szindrómás, 6–13 éves gyermeket vizsgáltunk, közülük 24 fiú és 16 leány volt. Valamennyi Down-szindrómás betegen történt chromosoma-vizsgálat, mely a 21-es chromosoma trisomiáját mutatta. A betegek egy részét (6 gyermeket) a II. Gyermekklinika ambuláns ellenőrzése során vizsgáltuk. A további 34 Down-kóros gyermek egészségügyi gyermekotthonok ápolta volt. Kontrollként 37 azonos korú gyermeket vizsgáltunk, közülük 25 egészséges iskolás gyermek és 12 intézetben ápolat, nem Down-kóros gyermek volt, közülük 20 fiú és 17 leány.

Vizsgálati módszerek

1. A celluláris immunválaszt lymphocytatransformációs teszttel vizsgáltuk, az általunk módosított Halpern-módszerrel (8, 5). A heparinos periferiás vért steril körülmények között üvegyapoton szűrtük, így szeparált lymphocytákat nyertünk. A saját plasmában levő sejteket Parker-199 oldattal úgy hígítottuk, hogy a suspensio milliliterenként 1,5–2 millió sejtet tartalmazzon. A suspensiót 3 milliliterenként kémcsövekbe osztottuk. Ezután egy csövet antigén nélkül kontroll-

ként tenyésztettünk, egy másikat phytohaemagglutinnal (PHA) hoztuk össze a nem specifikus stimulálhatóság megítélésére. A többi csőben levő sejt-suspensióhoz antigénként adeno-, herpes simplex és influenzavírus-antigéneket adtunk. A tenyészteteket PHA-val 72 óráig, a vírusantigénekkal 5 napig incubáltuk, 37 °C-on. A sejtekből tárgylemezen preparátumokat készítve, szárítás és fixálás után Giemsa-festéssel fénymikroszkópban értékeltük. Minden preparátumban legalább 3000 sejtet számoltunk és az antigének hatására képződött lymphoblastok számát a változatlanul maradt sejtek számához viszonyítottuk. Esetenként a fénymikroszkópos értékeléssel párhuzamosan izotópos módszert (^3H -incorporatio mérése Packard-készülékkel) is alkalmaztunk, s azonos eredményeket kaptunk. A nehezebb fénymikroszkópos értékelést mégis előnyben részesítettük, mert így meg tudtuk figyelni a vírusantigének hatására keletkezett atypusos mononuclearis sejteket is.

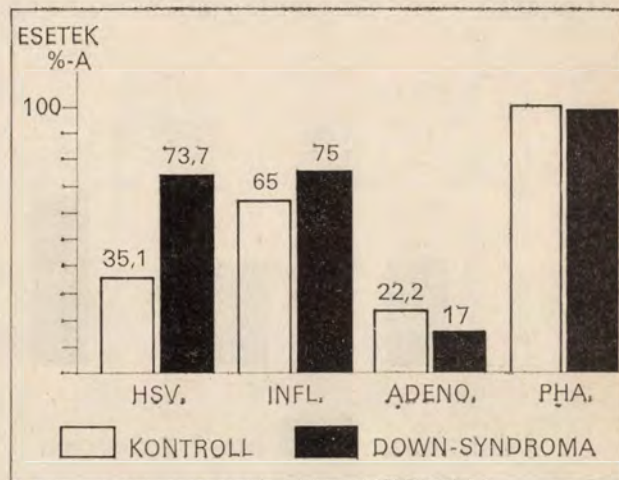
2. Az antivirális humoralis immunitást komplementkötési reakcióval vizsgáltuk; Takátsy mikromódszere (24) segítségével kerestük az alkalmazott vírusok elleni antitesteket.

3. Mivel Down-szindrómában gyakori az Australia antigén (2, 30) vagy egyéb vírusparticulák hordozása (29), immunfluoreszcens módszerrel vizsgáltuk, hogy a betegek keringő lymphocytái nem hordoznak-e latens vírusantigéneket (21, 4). A módszer direkt formáját alkalmazva, a szeparált lymphocytákat többszöri mosás, szárítás, fixálás után nyúlban termelt és fluoreszcein-isothiocyanattal conjugált adenovírus elleni, valamint rhodaminnal conjugált herpesvirus elleni immunsavóval kezeltük.

4. 18 Down-szindrómás és 25 egészséges gyermek nyálában megvizsgáltuk a fertőző herpes simplex vírus előfordulási gyakoriságát. Az izolálás HEp-2 szövetkultúrán történt. A kitenyésztett vírusok identifikálását agar-gel praecipitatio, komplementkötés és vírusneutralisációs módszerekkel végeztük.

Eredmények

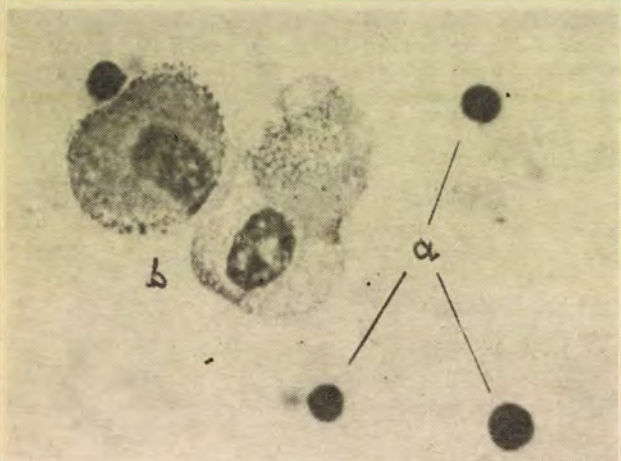
1. A lymphocytatransformációs teszt során az antigén nélküli tenyészetekben az ún. spontán blasztosodás mértéke sem a beteg-, sem a kontroll csoportban nem érte el az 1%-ot. A PHA-val és a különböző vírusantigénekkal létrehozott stimulálhatóság mértékét az 1. ábra mutatja. PHA-val minden vizsgált gyermek lymphoid sejtjei stimulálhatóak voltak, de a stimuláció 30–80%-ig változott. Az ábra a vírusantigénekre 3–25%-o kö-



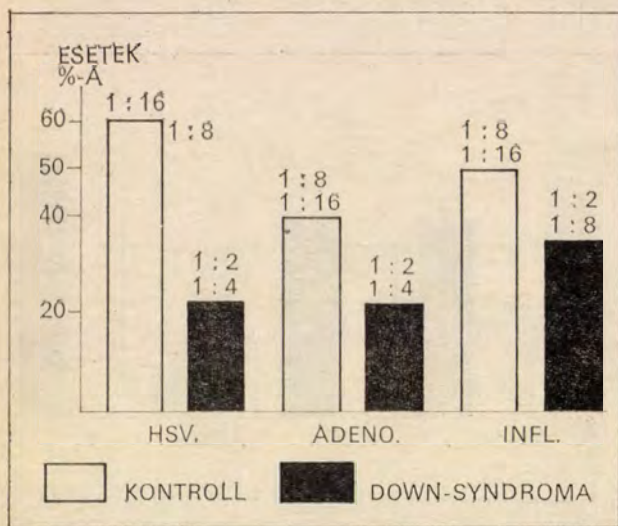
1. ábra: Down-szindrómás és kontroll gyermekek lymphocytáinak stimulálhatósága PHA-val, herpes simplex (HSV), influenza (INFL) és adenovírus antigénekkal



2. ábra: Vírusantigénnel stimulált lymphocytá-tenyészet:
 a) változatlanul maradt lymphocyták
 b) szokványos lymphoblastok
 c) károsodott struktúrájú sejtek
 d) plasmoblastok



3. ábra: Vírusantigénnel stimulált lymphocytá-tenyészet:
 a) változatlanul maradt lymphocyták
 b) szokatlan sejtalkalakok – makrofágszerű sejtek



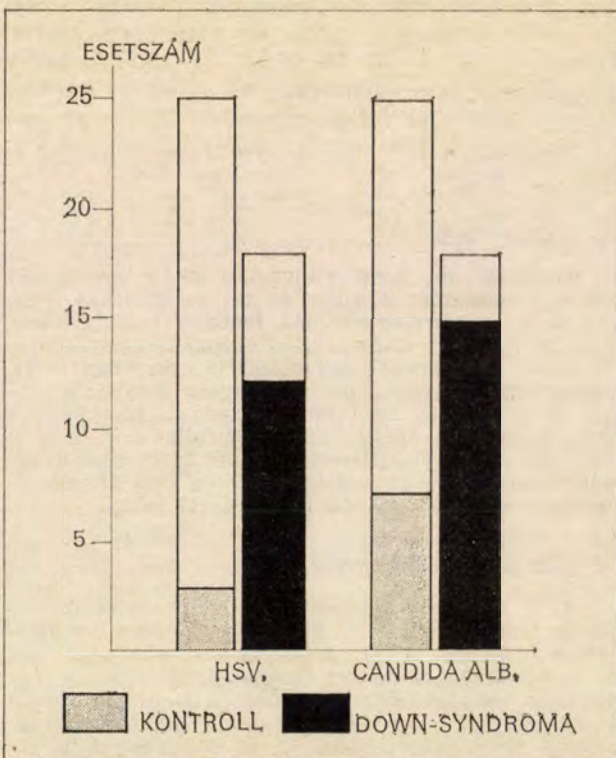
4. ábra: Herpes simplex (HSV, adeno- és influenza (INFL) vírus elleni antitestek előfordulása Down-kóros és kontroll gyermekek savóiban. Az oszlopokban az észlelt ellenanyag-titeret jeleztük

zotti blasztképződéssel válaszoló gyermekek arányát szemlélteti. Herpes simplex vírussal (HSV) a Down-syndromások 73,7%-a, míg a kontrolloknak csak 35,1%-a mutat szenzibilizáltságot. Adeno- és influenzavírus antigénnel nem találtunk lényeges különbséget a két csoport között.

A Down-syndromás gyermekek mononuclearis fehérvérsejtjei között több esetben találtunk halványabban festődő, chromatin-szegény, fellazult, feltöredezett struktúrát mutató károsodott sejteket, ami a tenyésztés alatt még fokozódott. Gyakran jelentek meg a lymphoblastokkal együtt vagy azok nélkül plasmasejtek, plasmablastok és makrofágszerű sejtek (2. és 3. ábra).

2. Komplementkötési reakcióval hasonlítottuk össze azon Down-syndromás gyermekek humorális immunválaszát, akikben kifejezett volt a szenzibilizáltságra utaló blastos transformatio. A betegek kis részében (20,8%) találtunk csak herpes simplex és adenovírus elleni, 37,5%-ában pedig influenzavírus elleni antitesteket. Ezekben az esetekben az ellenanyagtiter igen alacsony (1:2—1:4, ill. 1:8) volt (4. ábra). Az egészséges, azonos korú gyermekekben a vírusok elleni antitesteket a 4. ábrán látható magas százalékban és titerben találtuk meg.

3. Az immunfluoreszcens vizsgálatokkal azt találtuk, hogy a beteg gyermekekben a keringő lymphocyták herpesvírus antigén hordozása (15%) gyakorlatilag azonos a kontrollokéval (18%). Az adenovírus antigének Down-syndromások lymphocytáiban nagyobb gyakorisággal (30%) fordultak elő, mint a kontroll csoportban (9%).



5. ábra: Herpes simplex vírus (HSV) és Candida albicans előfordulása Down-syndromás és kontroll gyermekek nyálmintáiban

4. A vizsgált 18 Down-szindrómás gyermek nyálmintái közül 12-ben, míg a 25 kontroll közül csak háromban lehetett fertőző herpes simplex vírus kimutatni (5. ábra). Egyidejűleg felfigyeltünk arra, hogy a Down-szindrómás csoport nyálmintáiban gyakran volt jelen (25-ből 15 esetben) *Candida albicans* is, legtöbbször herpesvírussal együtt. A vizsgálat idején a gyermekekben aktív stomatitis, gingivitis nem fordult elő.

Megbeszélés

Down-szindrómásokban lényegesen gyakrabban fordul elő Australia antigén mint az átlagpopulációban (2, 30), valamint egyéb vírus-partikulákat is többször kimutattak (29). Mivel a kórképhez leukæmia is viszonylag gyakran társul, olyan vírusokkal vizsgáltuk a betegek lymphoid sejtjeinek reakcióképességét, melyek latenciára hajlamosak és oncogén potenciállal bírnak (11, 17, 19, 6, 9, 20). Megfigyelésünk szerint a herpes simplex vírussal a betegek kb. háromnegyed részének lymphocytái szenibilizáltságot mutattak. A jelenség oka még nem tisztázott, valószínű, hogy ez a fertőzésre való fokozott hajlam következménye. A betegek lymphocytái nagyobb gyakorisággal hordozzák a szintén oncogén képességű és integrálódásra képes adenovírus antigéneket is. Az influenzavírussal mindkét csoportban létrejött nagy arányú blasztképződés részben azzal magyarázható, hogy a vizsgálatok nagyobb része influenzajárvány idején történt, másrészt elképzelhető az is, hogy gyermekek esetében ezzel a vírussal is gyakori a késői hypersensitivitás.

Mivel az általunk alkalmazott szeparálási methodika révén vizsgált sejtjeink főként T lymphocyták voltak és ezen sejtekből a használt vírusantigének hatására nemcsak szokványos lymphoblastok, hanem plasmasejtek, atípusos sejtek is képződtek, ill. a sejtek egy része fokozott sérülékenységet mutatott, feltehető, hogy Down-kóros gyermekekben a celluláris immunfunkciók részleges zavara is fennáll. Az atípusos sejtek megjelenése több vírusfertőzésben jellemző (27, 26, 28, 11, 10). Bár a PHA-ra minden Down-kóros gyermek sejtje stimulációval reagáltak, azonban ennek mértéke (30–80%) az egészséges populációban észlelt 60–85% érték alatt maradt.

A celluláris immunválaszra utaló lymphocytatranszformációs vizsgálatok eredményeit egészítik ki a komplementkötési reakcióval nyert megfigyelések. A Down-szindrómás gyermekek többségében nem találtunk ellenanyagokat adeno-, herpes simplex és influenzavírusokkal szemben, noha ugyanezek a betegek a vírusokra blasztos transzformációval, stimulációval reagáltak. A néhány esetben kimutatható ellenanyagtiter is igen alacsony volt. Irodalmi adatok szerint hasonló korú egészséges gyermekekben a HSV elleni antitest 60–80%-ban (16), az adenovírus elleni pedig 30–50%-ban található meg (17). Úgy látszik tehát, hogy a vírusfertőzésre való fokozott készség az ellenanyag-termelés nem kielégítő voltával, ill. a T és B lymphocytarendszer cooperációjának zavarával is magyarázható.

A Down-kóros gyermekek nyálában az egészségesekhez képest gyakrabban talált herpes simplex vírus és a *Candida albicans* jelenléte ugyan csak a celluláris funkciók zavarára utal.

A vizsgálati eredmények alapján úgy tűnik, hogy a Down-szindrómában mind a celluláris, mind a humorális immunfunkcióknak részleges zavara áll fenn, legalábbis bizonyos vírusantigénnel szemben.

Összefoglalás. Szerzők Down-szindrómás és kontroll gyermekek lymphocytáinak szenibilizáltságát vizsgálták vírusantigénnel. Lymphocytatranszformációs teszttel adeno- és influenzavírusokkal nem találtak lényeges különbséget a két csoport között, míg a herpes simplex vírussal a betegek sejtjeinek szenibilizáltsága több mint kétszer gyakrabban fordult elő. Antivirális savókat alkalmazva, immunfluoreszcens módszerrel lényegesen gyakrabban észlelték az adenovírus antigének előfordulását Down-kóros gyermekekben. A jelentős szenibilizáltságot mutató beteg gyermekek savóit komplement kötéssel vizsgálva, adeno- és herpes vírusok ellen igen ritkán találtak ellenanyagokat, azt is csak alacsony titerben. A Down-kóros betegek sejtjei gyakran mutattak strukturális károsodást. Kontroll csoporttal összehasonlítva, a betegek nyálában magasabb arányban fordult elő infectív herpes simplex vírus. Valószínű, hogy Down-szindrómában mind a celluláris, mind a humorális immunfunkciók részleges zavara áll fenn.

Ezúton köszönjük a Fővárosi Nevelőotthonok Egészségügyi szolgálata vezetőinek, ill. a budapesti Csalogány utcai és Diószeghy utcai Gyermekeotthonok munkatársainak értékes segítségét.

IRODALOM: 1. Allison, A. C.: Ann. Inst. Pasteur. 1972, 123, 585. — 2. Campion, E. C., Wangel, A. G.: Med. J. Austr. 1975, 1/15, 468. — 3. Cell-mediated immunity and resistance to infection. WHO Chronicle, 1973, 27, 531. — 4. Coons, A. B., Kaplan, K. H.: J. Exp. Med. 1950, 91, 1. — 5. Dán P. és mtsai: Blut. 1971, 22, 211. — 6. Garfinkle, B., McAuslan, B. R.: Proc. Nat. Acad. Sci. USA. 1974, 71, 220. — 7. Gresser, J., Lang, J. D.: Progr. Med. Virol. 1966, 8, 62. — 8. Halpern, B. és mtsai: Méd. et Hyg. 1967, 25, 55. — 9. Klein, G.: Proc. Nat. Acad. Sci. USA. 1972, 69, 1056. — 10. Kraft, S. C., Kirsner, J. B.: Gastroenterology. 1971, 60, 922. — 11. Kulcsár G.: Kandidátusi értekezés. 1975, Budapest. — 12. Levin, S. és mtsai: Pediatrics. 1975, 56, 123. — 13. Madrafo, J. L. és mtsai: Ann. Exp. Pediatr. 1974, 7/5, 429. — 14. Mellman, W. J. és mtsai: Ann. N. Y. Acad. Sci. 1970, 171, 537. — 15. Miller, R. W.: Ann. N. Y. Acad. Sci. 1970, 171, 637. — 16. Nasemann, Th.: Die Infektionen durch das Herpes simplex-Virus. Monographie, Fischer Verlag, Jena, 1965. — 17. Nász I. és mtsai: Az adenovírusok és kórokozó szerepük. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1967. — 18. Nász I. és mtsai: Acta Microbiol. Acad. Sci. Hung. 1973, 20, 191. — 19. Nász I., Berencsi Gy.: Orv. Hétl. 1975, 116, 1503. — 20. Rapp, F., Duff, R.: Cancer Res. 1973, 33, 1527. — 21. Sallay, K. és mtsai: Arch. Derm. Forsch. 1971, 241, 15. — 22. Sutnick, A. és mtsai: J. Nat. Cancer Inst. 1971, 47, 923. — 23. Szigeti R. és mtsai: Orv. Hétl. 1974, 115, 2173. — 24. Takátsy Gy.: Acta Microbiol. Acad. Sci. Hung. 1955, 3, 191. — 25. Todaro, G. J., Martin, G. M.: Proc. Soc. Exp. Biol. Med. 1967, 124, 1232. — 26. Wheelock, E. F., Toy, S. T.: Adv. Immunol. 1973, 16, 123. — 27. Wood, T. A.: Amer. J. Med. 1967, 42, 923. — 28. Woodruff, J. F., Woodruff, J. J.: Progr. Med. Virol. 1975, 10, 120. — 29. Woods, L. K. és mtsai: N. Y. State J. Med. 1973, 73, 869. — 30. Zuckermann, A. J.: WHO Memoranda 1970, 957.

CLOSTILBEGYT[®]

gonadotropin-stimuláló

tabletta

A nem steroid szerkezetű hatóanyagot tartalmazó készítmény anovulatiós cyclusú betegek nagy százalékában ovulatio kiváltására alkalmas.

Feltehetően a hypothalamust, illetőleg a hypophysist befolyásolva stimulálja a gonadotropin-termelést.

ÖSSZETÉTEL

Clomifenum citricum 50 mg/tabletta.

JAVALLATOK

1. Ovulatio kiváltása anovulatiós cyclusú nőkben, terhesség elérése céljából.
2. Centrális hypothalamikus eredetű anovulatorikus cycluszavarok, különböző eredetű szekunder amenorrhoeák, ill. oligomenorrhoea.
3. Postcontraceptiv amenorrhoea.
4. Galactorrhoea (ha a tumoros eredet kizárható).
5. Stein-Leventhal-tünetcsoport.
6. Chiari-Frommel-syndroma.
7. Oligospermia.

ELLENJAVALLATOK

Terhesség.

Májbetegség vagy a májfunkció zavarai.

Ovariumcysta, neoplasiák, valamint az agyalapi mirigy működésének kiesése.

Különböző eredetű, nem megmagyarázott vérzések.

Átmeneti látáskárosító hatása miatt járművezetőknek, magasban vagy gépen dolgozóknak szintén ellenjavallt.

ADAGOLÁS

A készítmény adagját és a kezelés időtartamát előre megszabni nem lehet, mert az a betegtípustól, illetőleg az ovarium érzékenységétől függ.

Cyclusosan vérző beteg kezelését mindig a cyclus 5. napján célszerű elkezdeni 50 mg/die adagban, 5 napig. Az ovarialis választ klinikai és laboratóriumi vizsgálatokkal ellenőrizni kell. Az ovulatio általában a cyclus 11. és 15. napja között következik be.

Ha az első kezelés hatására nincs ovulatio, akkor a második kúrában a következő cyclus 5. napjától a gyógyszer adagja 100 mg/die, 5 napon át. Ha ekkor sem következik be ovulatio, a következő cyclusban az 5. napos kúrát 100 mg/die adagban még egyszer meg lehet ismételni. Sikertelenség esetén 3 hónapos szünet után még egy 3 hónapos kúra ajánlható. További kezelésnek nincs értelme. Az egy cyclusban adott gyógyszer mennyiség a 750 mg-ot lehetőleg ne haladja meg.

Postcontraceptiv amenorrhoeában 50 mg/die az adagolás. 5 napi kezelés általában már az első kúra során eredményes.

Oligospermia esetében 50 mg naponta, 6 hétig.

MELLÉKHATÁSOK

Rendszerint nagyobb dózisok adagolásakor előfordulhat szédülés, fejfájás, émelygés, hányinger; ritkán hányás, depressio, fáradtság, idegfeszültség, álmatlanság, hízás, alhasi fájdalom, vasomotor-tünetek formájában. Ritkán urticaria vagy allergiás dermatitis, mellfájás, dysmenorrhoea tapasztalható.

Előfordulhat a petefészek cystikus megnagyobbodása is, különösen Stein-Leventhal-syndromában. Ilyenkor az ovariumok 4–8 cm nagyságúak lehetnek, ezért az alaphőmérsékletet ellenőrizni kell, és amint bifázisúvá válik, a kezelést abba kell hagyni. Hosszabb kúra esetén reversibilis hajhullás előfordulhat. A vizelet mennyisége és gyakorisága is fokozódhat.

A kezelés során tapasztalt hőhullámok és látászavarok a kúra befejezése után megszűnnek.

Ikerterhesség Clostilbegyt kezelés során is előfordulhat.

FIGYELMEZTETÉS

A kezelés megkezdése előtt ajánlatos májfunkciós próbát végezni. A terápiát mindig gondos nőgyógyászati vizsgálat előzze meg. Olyan esetekben célszerű a készítményt alkalmazni, amelyekben a vizelet összgonadotropin értéke a normális szint alsó határa alatt van vagy normális értékű, az ovarium normális tapintatú, a pajzsmirigy és a mellékvese működése pedig rendezett. Peteérés elégtelensége esetén a terméketlenség egyéb lehetséges okát ki kell zárni, vagy a gyógyszer használata előtt kezelni kell. Az esetben, ha az ovarium megnagyobbodása és cystás átalakulása a kezeléskor megállapítható, a készítményt addig adagolni nem szabad, amíg az ovarium normális nagyságú nem lesz. Ezután a kúra adagját vagy időtartamát csökkenteni kell. Az ovarium rendszeres vizsgálata a kezelés alatt is szükséges.

Clostilbegyt hatására az ovulatio sokszor nehezen időzíthető, és ezt követően gyakori a sárgatest-elégtelenség, ezért a fogamzás után ajánlatos prophylaktikus progesteron-kezelést kezdeni.

A gyógyszer csak állandó nőgyógyászati ellenőrzés mellett szedhető!

Csak vényre adható ki, az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető. Területileg, illetőleg szakmailag illetékes fekvőbeteg ellátó osztály, szakrendelés (gondozó) szakorvosának javaslatára rendelhető.

Téritési díj: 10 tablettá 2 Ft.



Egyt Gyógyszervegyészeti Gyar,
Budapest

Semmelweis Orvostudományi Egyetem,
IV. Belgyógyászati Klinika
(igazgató: Gábor György dr.),
Psychiatriai Klinika
(igazgató: Juhász Pál dr.)

Van-e „primaer Raynaud syndroma”?

Káli András dr., Gloviczki Zoltán dr.
és Urai László dr.

A modern funkcionális angiológia változatlanul nem kevés diagnosztikai gondot okozó kórképe az a tünetegyüttes, amelyet a tankönyvek „sui generis” Raynaud-kór, „primaer Raynaud-syndroma” címen tartanak nyilván.

Az „elsődleges” Raynaud-syndroma diagnózisa biztonsággal csak akkor mondható ki, ha gondos megfigyelés mellett sem derül ki olyan alapbetegség, amelynek „másodlagos” tünete lehetne az ujjak rohamszerűen jelentkező elszíneződése. Ez a tünet — ismerten — kísérő jelensége lehet pl. a felső végtagot ellátó erek thrombo-emboliás elzáródásának. Az ilyen felsővégtagi embolisatiók jelentős része, a mellkas kimeneti szakaszán nyomás alatt álló arteria subclaviából származik — a neurovascularis vállöv syndroma arteriás compressiójának következményeként (7, 8, 9, 14). Az ún. „raynaud-os elszíneződések” azonban e betegségben érelzáródások nélkül is kialakulhatnak. Nevezetesen a nyomásnak kitett ideg, a plexus brachialis sympathicus rostjainak izgalma, irritációja adhatja az ilyen esetek pathogenetikai magyarázatát (9, 12).

Caldwell és mtsai (5) a plexus brachialisban alul futó és általában először sérülő nervus ulnaris (motoros rostjai) vezetési sebességének meghatározásával (UNCV = ulnar nerve conduction velocity) objectív és egzakt módszert dolgoztak ki, a plexus compressio bizonyítására. A nyomásnak kitett ideg vezetési sebessége ugyanis, a compressio helyének megfelelően csökken. Saját vizsgálataink szerint az *egészséges emberek nervus ulnaris motoros rostjainak vezetési sebessége* — a mellkas kimeneti szakaszon átlagban $75,6 \pm 1,6$ m/sec (9), a normális legalsó határa (anyagunkban) 63 m/sec volt!

Jelen vizsgálataink arra kerestek feleletet, vajon az ún. „primaer Raynaud-syndroma” (az el-

sődleges Raynaud-betegség) egyes eseteiben nem lehet-e a plexus brachialis compressióját igazolni, vagyis a korábban „primaernek” hitt Raynaud-kóros esetek valóban primaer Raynaud-betegségnek és nem — egy ez ideig nem detektált — neurovascularis vállöv syndromát kísérő secundaer Raynaud-syndromának felelnek-e meg?

Betegek és módszer

210 Raynaud-syndromás beteg kivizsgálása során elvégeztük a complex háttérű syndromával kapcsolatos valamennyi rutin és obligát vizsgálatot. 17 betegen azonban (5 férfi, 12 nő, életkoruk 21—70 év között, átlag 41 év) a tüneteket magyarázó alapbetegséget nem tudtuk bizonyítani. Az anamnesis felvétele, a körültekintő physicalis vizsgálat mellett számos laboratóriumi vizsgálat (elfo, LE-sejt, antinuclearis factor, hidegagglutinin, kryoglobulin, latex, süllýedés stb.), a nyelöcsöröl, nyaki gerincről és a vállövről készített rtg-felvételek, valamint a felsővégtagi érendszer Doppler-vizsgálata zárta ki — a 17 betegen — azokat a feltételezhető alapbetegségeket, melyek secundaer Raynaud-syndroma kialakulásával járhatnak.

Külön kiemeljük, hogy Doppler-vizsgálat a vascularis compressióval járó (!) neurovascularis vállöv syndroma lehetőségét is kizárta.

Mind a 17 beteg megfelelt a „primaer Raynaud-syndroma” Allen—Brown-féle kritériumainak (1, 2), vagyis

1. a hideg provokálta elszíneződések a kézen,
2. symmetricusan jelentkeztek,
3. seb, illetve gangraena nem volt,
4. kimutatható alapbetegség sem volt,
5. a tünetek legalább 2 éve fennálltak.

E 17 ún. „primaer Raynaud-syndromás” beteg nervus ulnaris vezetési sebességét 2 csatornás DISA készülékkel mértük meg az alábbiak szerint:

Az ingerlés felszíni bipolaris elektródával történt (13K 69 typ.) a csuklónál, könyöknél, az axillában és az ún. Erb-ponton (= supraclavicularisan a musculus omohyoideus felett), az EMG készülék stimulator egységét használva. Supramaximalis inger és 0,1—0,5 msec ingertartam mellett a leggyorsabban vezető motoros rostok vezetését határoztuk meg.

A levezetés a musculus abductor digiti quintiból történt, a rutin EMG vizsgálatához is használt concentricus tú elektródával (13K 0031 typ.).

Az ingerlési pontok közötti távolságokat — mely a vezetési sebesség meghatározásához szükséges — az alkaron (csukló-könyök) és a felkaron (könyök-axilla) egyszerűen centiméterrel mértük, az Erb-pont—axilla között, vagyis a mellkasi kimenetnek megfelelően pedig fém „craniometer” (fejkörfogat méréséhez használt eszköz) segítségével határoztuk meg.

Mértük a distalis latentia-időt és meghatároztuk a vezetési sebességet a csukló-könyök; könyök-axilla és az Erb-pont—axilla közötti szakaszon. Ezen adatok közül a plexus brachialis compressióját az Erb-pont—axilla szakaszon — tehát a mellkas kimenetnek megfelelően — lassuló vezetési sebesség bizonyíthatja. A vizsgálat fekvő testhelyzetben történt, karok a törzs mellett nyugalmi helyzetben voltak, mely során az elevatio egyetlen esetben sem haladott meg 45 fokot. Ez a helyzet az actualis compressio miatti vezetési blockot kizárta.

Eredmények

A mellkas kimeneti szakaszon a vezetési sebesség értékeit *táblázatban* foglaltuk össze. (A felkaron és alkaron valamennyi betegen normális vezetési sebességet mértünk.)

Táblázat. **A nervus ulnaris motoros rostjainak vezetési sebessége az Erb pont-axilla közötti szakaszon**

		j. o.	b. o.
1. K. L.	41 éves nőbeteg	41 m/sec	52 m/sec
2. H. L.	43 éves nőbeteg	41 m/sec	30 m/sec
3. S. L.	32 éves nőbeteg	49 m/sec	53 m/sec
4. B. P.	49 éves nőbeteg	55 m/sec	46 m/sec
5. H. J.	55 éves nőbeteg	38 m/sec	45 m/sec
6. R. K.	21 éves nőbeteg	47 m/sec	47 m/sec
7. B. L.	47 éves nőbeteg	33 m/sec	37 m/sec
8. M. J.	29 éves férfibeteg	36 m/sec	55 m/sec
9. P. J.	48 éves férfibeteg	42 m/sec	38 m/sec
10. P. T.	70 éves férfibeteg	52 m/sec	40 m/sec
11. O. L.	57 éves férfibeteg	51 m/sec	32 m/sec
12. R. J.	30 éves férfibeteg	54 m/sec	41 m/sec
13. L. B.	55 éves nőbeteg	49 m/sec	63 m/sec
14. B. M.	28 éves nőbeteg	50 m/sec	63 m/sec
15. K. O.	34 éves nőbeteg	63 m/sec	63 m/sec
16. L. A.	24 éves nőbeteg	85 m/sec	62 m/sec
17. K. R.	45 éves nőbeteg	66 msec	79 m/sec

A 17 beteg közül 12-ben a mérési eredmények *mindkét oldalon* (!) plexus brachialis compressiót bizonyítottak.

Két betegen (13. és 14. eset) az egyik oldalon egyértelműen kóros (49, ill. 50), a másik oldalon pedig a normális kóros határára eső (63 m/sec) vezetési sebesség értékeket mértünk. Egy betegen pedig mindkét oldalon ilyen határértéket észleltünk. Ezeket a betegeket a mérési eredmények és a klinikai kép is *kétoldali* plexus compressiót valószínűsítettek.

Végül 2 betegen (16. és 17. eset) *kétoldali* plexus brachialis compressio nem volt kimutatható; tehát ezekben a két oldalon jelentkező Raynaud-syndroma hátterében kétoldali plexus brachialis compressio nem volt igazolható.

Összefoglalva tehát, a 17 beteg közül 12-ben egyértelműen kétoldali plexus brachialis compressio volt igazolható (további háromban pedig — a vezetési sebesség határértékei és a klinikai kép alapján — ugyanez csak feltételezhető). *A 12 betegnek tehát vascularis compressióval nem, csupán plexus compressióval járó neurovascularis vállöv syndromája volt.* A rohamszerűen jelentkező kéz elszíneződések e betegség következményei és így a körképet nem primaer Raynaud-betegségnek, hanem secundaer Raynaud-syndromának kell tartani!

Megbeszélés és következtetések

M. Raynaud mintegy száz évvel ezelőtt (13) még egy látszólag ismeretlen eredetű betegséget írt le, melyről azóta számos részlet vált világossá. Jól tudjuk, hogy például az autoimmun betegségek, érelzáródások, bizonyos foglalkozási ártalmak, idegrendszeri bántalmak, a vér fokozott viscositá-

sával járó betegségek, és még sok egyéb elváltozás járhat a kéz hideg provokálta *secundaer Raynaud-syndromás* elszíneződésével. Egyes esetekben azonban körültekintő, részletes és modern diagnosztikus eljárások segítségével sem sikerül alapteregséget kimutatni. Az ilyen ismeretlen eredetű, ún. „*primaer Raynaud-syndroma*” létezését *Birnstingl* (3), *McGrath* (11), *Schoop* (15), *Heidrich* (6) és *Bolinger* (4) is elfogadja.

Diagnosztikus módszereink fejlődésével azonban egyre több esetben bizonyíthatunk kiváltó okot, alapteregséget. Például a kéz ereinek angiographiás és a tenyéri arteriás keringés Dopplervizsgálata eredményezte 7 évvel ezelőtt az ún. *hypothernar hammer syndrome* (10) felismerését, mely a korábban primaer Raynaud-betegségnek hitt esetek egy részében aetiopathogenetikai magyarázatot adott.

A kéz és ujjak arteriái és arterioláinak simaizmában levő, alpha receptorokra ható sympathicus impulsusok vasoconstrictiót hoznak létre. E területre ható direkt sympathicus vasodilatator vagy parasympathicus vasodilatator rostok nem ismeretesek (11). Így jól érthető, hogy a plexus brachialis compressiója neurovascularis vállöv syndroma során — a benne futó sympathicus rostok kiváltott izgalma miatt — adottan a Raynaud-syndroma oka lehet. A plexus brachialis compressióját pedig a nervus ulnaris vezetési sebességének mérésével tudjuk igazolni.

E vizsgálatokból az alábbi következtetésekre jutottunk:

1. A primaer Raynaud-syndroma megállapítása — még az Allen—Brown-féle kritériumok figyelembevételével mellett is — csupán kizárásos diagnózis. Csak akkor állapítjuk meg, ha semmilyen alapteregséget nem tudunk kimutatni.

A nervus ulnaris vezetési sebesség mérésével további esetekben is sikerülhet az okot megállapítani és bizonyítani az észlelt Raynaud-syndroma következményes secundaer jellegét.

Joggal merül fel ezért a kérdés: szabad-e egyáltalán primaer „*sui generis*” Raynaud-betegségről beszélni? Az ilyen esetekben ugyanis, talán a diagnosztikus lehetőségeink *jelenlegi* fogyatékossága miatt nem sikerül egyelőre a valódi okot megtalálni, és kényszerülünk — jobb híján — a primaer Raynaud-syndroma feltételezésére. Nem helyesebb-e a Raynaud-syndromát minden esetben valamilyen konkrét (vagy egyelőre még ismeretlen) alapteregség következményének — de mindenképpen következménynek — tartani?

A nervus ulnaris vezetési sebesség mérésével a korábban primaer Raynaud-syndromának hitt esetek újabb csoportjában lehet az alapteregséget kimutatni. *Természetesen maradnak így is esetek, melyeket változatlanul primaer Raynaud-syndromának „kell” (?) tartanunk; a rejtett plexus brachialis compressio kimutatásának példája azonban a primaer Raynaud-syndroma létezését kétségbe vonja vagy legalábbis megkérdőjelezi.* Ha pedig ez így van, akkor az Allen—Brown-féle kritériumok meghatározó diagnosztikai jelentőségét *revisio alá kell venni!*

2. Vizsgálataink során 17 primaernek hitt Raynaud-syndromás beteg közül 12-ben a nervus ulnaris vezetési sebesség mérésének segítségével sikerült alapbetegséget kimutatni. Megítélésünk szerint ezért a Raynaud-syndromás betegek eddig is szokásos kivizsgálása során a nervus ulnaris vezetési sebesség mérését is el kell végezni.

A módszer a Raynaud-syndroma kivizsgálásának hasznos diagnosztikai eszköze!

Összefoglalás. A szerzők 17, korábban „primaer Raynaud-syndromának” vélt betegen végeztek nervus ulnaris vezetési sebesség meghatározást. 12 betegen a mellkas kimeneti szakaszon a plexus brachialis compressiója volt igazolható, és így a Raynaud-syndroma tünetei nem primaerek, hanem e betegség (neurovascularis vállöv syndroma) talaján alakultak ki. Hangsúlyozzák a módszer jelentőségét, diagnosztikus lehetőségeit a Raynaud-syndroma kivizsgálása során.

IRODALOM: 1. Allen, E. V., Brown, G. E.: JAMA. 1932, 183, 187. — 2. Allen, E. V., Brown, G. E.: JAMA. 1932, 99, 1472. — 3. Birnstingl, M.: Postgrad. Med. J. 1971, 47, 297. — 4. Bollinger, A., Butti, P.: Schweiz. Med. Wschr. 1976, 106, 415. — 5. Caldwell, J. W. és mtsai: Southern. Med. J. 1971, 64, 210. — 6. Heidrich, H.: Dtsch. Med. J. 1972, 23, 375. — 7. Judy, J., Heymann, R.: Amer. J. Surg. 1972, 123, 521. — 8. Káli A., Urai L.: Orv. Hetil. 1976, 117, 3023. — 9. Káli A., Glo-

viczki Z., Urai L.: Orv. Hetil. Közlés alatt. — 10. Káli A., Urai L., Csobály S.: Orv. Hetil. 1977, 118, 200. — 11. McGrath, M. A., Penny, R.: Med. J. Aust. 1974, 2, 32. — 12. McGrath, M. A., Penny, R.: Med. J. Aust. 1974, 2, 367. — 13. Raynaud, M.: Arch. Gen. Med. (Paris) 1874, 1, 189. — 14. Rob, C. G., Standoven, A.: Brit. Med. J. 1958, 2, 709. — 15. Schoop, W.: Dtsch. Med. Wschr. 1967, 92, 1975. — 16. Urschell, H. C., Razuk, M. A. és mtsai: Ann. Thor. Surg. 1971, 12, 608.

Szerkesztőségi megjegyzés:

Nem tudjuk, hogy vajon a szerzők elegendő bizonyosságot szereztek-e önmaguk és az olvasó meggyőzésére, hogy a „primaer” Raynaud-syndromát megkérdőjelezhessék? A magunk részéről ezt korainak tartjuk. Természetesen nem lehet kizárni, hogy idővel a „primaer” Raynaud-syndromák számára adaequat aetiopathologiai magyarázatot találjunk. Ugyanakkor nem feledkezhetünk meg arról, hogy általában a Raynaud-syndroma egyik feltételének tartják a tünetek szimmetrikus jelenlétét, továbbá arról sem, hogy a sclerodermiát rendkívül gyakran szimmetrikus Raynaud-syndroma vezet be. Ezzel szemben valószínűtlennek tartjuk, hogy a neurocirculatoros vállövi jelenségek következetesen bilaterálishan lépnének fel, ha a kétoldali fellépés lehetőség fenn is áll. Nem mulaszthatjuk el továbbá, hogy figyelmeztessünk az idegvezetési sebesség mérési eredményeinek óvatos értékelésére, a methodikai nehézségekre és az időnként csekély eltérések kritikus megítélésére.

MIRA

Glaubersós gyógyvíz

Magyarországon több évtizedes tapasztalat alapján eredményesen alkalmazzuk a máj és epehólyag megbetegedések kezelésében a MIRA glaubersós gyógyvizet.

Gyakori betegség az epehólyag és az epeutak hurutja: a kőképződésre való hajlam. A MIRA glaubersós gyógyvízzel végzett ivókúra a hurutos váladékot és baktériumokat eltávolítja, a túl sűrű epét felhígítja.

Megakadályozza a kőképződés folyamatának megindulását. Előmozdítja az epehomok és a kisebb kövek távozását. Röntgen-ellenőrzéssel kimutatható, hogy a MIRA glaubersós gyógyvíz hatására az epehólyag megkisebbedik, az epe kiürül.

A MIRA glaubersós gyógyvízzel végzett ivókúra időtartama 4 hét.

Naponta háromszor, étkezés előtt 1 órával 2 deciliter 38–40 °C hőmérsékletű, a beteg állapotának megfelelő hígításban lassan, kortyonként (4–5 perc alatt) kell fogyasztani. Ajánlatos utána fél óra fekvés májtájékra helyezett termoforral.

Az ivókúrát évente kétszer ismételjük meg. Ezen idő alatt kerüljük a zsíros, fűszeres ételek és a szeszes italok fogyasztását.



Semmelweis Orvostudományi Egyetem,
I. Nőgyógyászati Klinika
(igazgató: Csömör Sándor dr.)

Vena cava inferior syndroma és foetalis distress

Paulin Ferenc dr. és Szinnyai Miklós dr.

Első alkalommal 1951-ben *McRoberts* hívta fel a figyelmet a terhesség végén időnként jelentkező, többé-kevésbé súlyos hypotoniára (13). Azóta több hazai szerző is foglalkozott ezzel a terhesség utolsó trimeszterében előforduló, nem túl gyakori, de a beteg számára sok kellemetlenséget, az orvos számára diagnosztikus problémát jelentő kórképpel (4, 9, 22). A syndromával kapcsolatos EKG elváltozásokat *Szinnyai* ismertette (20).

A kórkép jellemzője, hogy a terhesség utolsó harmadában, hanyatt fekvő helyzetben a gravidák néhány százalékán (2–5%, klinikánk anyagában 1,3%) rosszulért jelentkezik, mely gyengeségből, ájulásérzésből áll, verejtékezés kíséri és collapsushoz vezethet. Vizsgálatkor különböző mértékű hypotoniát, tachycardiát, kivételesen bradycardiát észlelünk. Oldaltfektetésre mind a szubjektív, mind az objektív tünetek megszűnnek. A syndroma viszonylagos ritkaságának magyarázata a terhesség alatt jól kifejlődött collateralis hálózat, ill. a perctérfogat-csökkenést kompenzáló vasoconstrictio.

A kórképet az angolszász irodalom „supine hypotensive syndrome” néven tárgyalja, de leírták már „inferior vena caval syndrome”, „aortocaval compression”, és „physiologic shock” néven is. A kórkép jelentőségére utal, hogy császármetszés alatti narcosis halálesetek okaként is ismertették már (3, 8). *Mengert* (14) és *Sege* (18) a syndromának a részleges korai lepényleválásban, *Veszely* (22) az uteroplacentaris apoplexiában játszott szerepét hangsúlyozza.

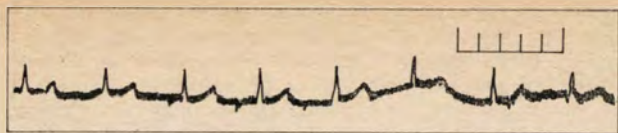
Bár *Kerr* (10) már 1965-ben felvetette, hogy a kórkép esetleg magzati hypoxiát is okozhat, a kérdésnek ezzel az oldalával eddig kevesen foglalkoztak. Közleményünkben ismertett esetünk *Kerr* feltételezését támasztja alá.

Esetismertetés

K. M., 24 éves primiparát 1975. január 20-án vetük fel a klinikára. A szülés számított terminusa január 19-e volt. Felvételi statusa: előlfekvő rész a bemenetben, kis segmentummal rögzült fej, burok áll. 10–15 perces fájások, ujjkúpnyi méhszáj. A fájások hamarosan megszűnnek, ezért negatív eredményű amnioscopiás vizsgálat után osztályra helyezük. Rutin labor eredmények eltérés nélkül. Január 21-én ismét renyhe contractiók jelentkeznek. Az elkészített terhesfelvétel és az ultrahang vizsgálat kihordott magzatot ír le. Ez utóbbi vizsgálat során a magzati szív-frequenciát 120/min-nak találjuk. Január 23-ára intravénás oxytocinos szülésindítást határoztunk el. Az ezt megelőző éjszaka azonban 6–8 perces fájások kezdődnek, ezért a beteget ismételten a szülőszobára helyezük. Magzati szív-frequentia 140/min. Feltűnő volt, hogy a terhes fájásszünetekben mindig oldalára fordult. A fájások reggelre renyhülnek, a szülés nem halad, ezért intravénás oxytocinos fájáserősítést kezdünk. A beteg az infusiót nehezen viseli el, több alkalommal rosszullétről panaszskodik és ismételten oldalára fordult. Panaszait ekkor az elhúzódó szüléssel kapcsolatos rossz toleranciájának tulajdonítjuk. Magzati szív-frequentia az infusio alatt 110–120/min, ritmosos. A fájáserősítés sikertelenül végződött, a méhszáj állapota nem változott, ezért negatív amnioscopiás lelet birtokában observatio mellett döntünk. Január 24-én délután spon-tán burokrepedés történik, rendszeres fájások indulnak, méhszáj szűken 2 ujjnyi. Intenzív észlelést kezdünk, melynek során magzati direkt elektrodát és intraamniális nyomásmérő katetert helyezünk fel. Magzati szív-frequentia 120/min. A hanyatt fekvő terhes a manipuláció alatt fokozódó rosszullétről, ájulásérzésről panaszskodik. Kb. 10 perc elteltével sápadt, pulzusa 76/min, könnyen elnyomható. Vérnyomás 60/40 Hgmm. Néhány percen belül állapota tovább romlik, erősen verejtékezik, vérnyomása mérhetetlen, pulzus 56–60/min. Vena cava inferior syndromára gondolva a beteget bal oldalára fektetjük. Állapota és közérzete néhány perc alatt lényegesen javult. Pulzus 66/min, vérnyomás 90/70 Hgmm. Eközben észleljük, hogy a magzati szív-frequentia — még az anyai állapotjavulást is megelőzve — 110/min értékről hirtelen 160/min értékre emelkedik, és ezen a szinten marad (1. ábra). Kb. fél perc múlva anyai EKG ellenőrzés mellett megkíséreljük a syndromát provokálni. A tünetek néhány percen belül jelentkeznek, a kórképet azonban az anyára és magzatra való tekintettel nem hagyjuk teljesen kifejlődni. Az anyai EKG-n a tünetek kifejlő-



1. ábra.



2. ábra.

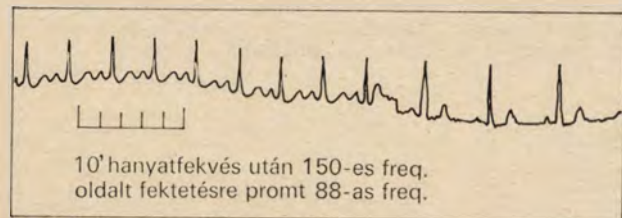
désével párhuzamosan pitvar-kamrai dissociatio parasystolés formája észlelhető (2. ábra).

Állandó oldalfektetés után a magzati szívfrekvencia 140–150/min értéken stabilizálódik. A befolyásolhatatlan fájásgyengeség miatt sectio caesareát határozunk el. Seduxen, Atropin előkészítés után a beteg lemosása félig oldaltfekvő helyzetben történt, gyors cseppszámú Ringer-infusio egyidejű alkalmazásával. A műtétet alsó medián laparotómiában végeztük, az asztal mérsékelt bal oldalra döntésével (semilateral position). Intratrachealis narcosisban (0,4 g Barbiturát, 70 mg Succinylcholin, O₂, majd O₂ + N₂O) a magzat kiemelése 4 percig tartott, ezalatt mérsékelt hypotonia (85/60 Hgmm) és tachycardia 120/min jelentkezett. A 2950 g súlyú, 52 cm hosszú fiú újszülött tünetmentes. Apgar 9,10. A magzat kiemelése és a lepény eltávolítása után visszaállítottuk a normál hanyatt fekvő helyzetet. Tensio 110/70 Hgmm, pulzus 76/min. A műtét és a postoperatív szak a továbbiakban eseménytelen.

Megbeszélés

A vena cava inferior syndroma pathomechanizmusával kapcsolatos ismeretek a szülész számára rendkívül fontosak. A diagnózist akkor állíthatjuk fel, ha 10 perces hanyatt fekvés alatt típusos klinikai tünetek jelentkeznek, ill. ezzel együtt vagy ettől függetlenül az anyai systolés vérnyomás 30 Hgmm-rel, ill. 80 Hgmm alá csökken, és a fenti tünetek hasonló idejű hanyatt fektetés esetén reprodukálhatók. Lees (12), Kerr (11) és Ullery (21) vizsgálatai egybehangzóan azt mutatják, hogy a terhesség végén hanyatt fekvő helyzetben a vena cava inferior folyamatos compressio alá kerül, a megkevesedett vénás visszafolyás pedig a perctérfogat különböző mértékű csökkenését eredményezi (Kerr 25^{0/0}, Ullery 14^{0/0}).

Ismertetett esetünkben a vena cava inferior syndroma ritkább bradycardiás formájával álltunk szemben. Összehasonlításképpen bemutatjuk a gyakoribb tachycardiás forma EKG képét is (3. ábra). A bradycardiás alak kifejlődésében Kerr-rel együtt magunk is a fokozott parasymphaticus tónusnak és a vasovagális reflexnek tulajdonítunk szerepet. E forma jelentősége abban áll, hogy a tachycardia compensáló hatása hiányzik, ennek megfelelően a tünetek kifejezettebbek lesznek és gyorsan súlyos shock állapot alakulhat ki. Császármetszés kapcsán a spinális vagy epiduralis anaesthesia, ill. az altatás a periferiás vasoconstruc-



3. ábra.

tio lehetőségét kikapcsolhatja. A sectiók alatti váratlan halálesetek egy része ezzel magyarázható (8).

Poseiro (16) szerint fájások alatt a hanyatt fekvő terhesek 30^{0/0}-ában csökken a vérnyomás az arteria femoralisban (Poseiro-effect). Ez a jelenség méhösszehúzódások alatt bekövetkező részleges aorta compressio következménye, melyet Bieniarz (2) röntgenvizsgálatai is igazoltak. Ugyancsak Bieniarz (1) eredményei utalnak arra, hogy a placen-táris keringést döntően az anyai arteriás vérnyomás szabályozza. A vénás visszafolyás megkevesbedése a perctérfogat csökkenésével jár, ez viszont a fájások alatt még társuló aorta compressiókkal az uterus vérátáramlásának csökkenését is maga után vonja, mely kedvezőtlen esetben a magzat hypoxiáját eredményezheti (1, 6, 7).

Ezt a feltételezést támasztja alá Reed (17) közlése is, aki egy 35. terhességi héten levő fiatal primiparán regisztrált, az anyai tünetek mellett, irregularis magzati bradycardiát. Provokálásra a 78/min-os foetalis bradycardia 5 perc alatt jelentkezett.

Saját esetünkben a több alkalommal észlelt alacsony magzati szív-frekvenciát jellegzetes anyai tünetek eleinte nem kísérték. Ezt a lehetőséget tehát minden, többé-kevésbé fixált hanyatt fekvő helyzetben végzett vizsgálat (ultrahang, cardiocographia), ill. szülés közbeni intenzív észlelés alkalmával a magzati szív-frekvencia értékelésekor figyelembe kell venni. Különösen jelentős a vena cava inferior syndroma felismerése, amennyiben sectio caesarea műtéte válik szükségessé. Ilyenkor az előkészítést és a műtétet félig vagy egészen oldaltfekvő helyzetben kell végezni. Ez utóbbi technikáját Waldron és Wood dolgozták ki (23).

Spinalis vagy epiduralis anaesthesia kontraindikált. Praemedicatio és combinált narcosis kapcsán kerülni kell mindazokat a szereket, melyek vérnyomásesést okozhatnak.

Összefoglalás. Szerzők egy 24 éves I. para esetét ismertetik, akin szülés közben, műszeres intenzív észlelés mellett vena cava inferior syndroma ritkább bradycardiás formája alakult ki. Oldaltfektetés hatására az anyai tünetek megszűntek, és ezzel egy időben az addig észlelt magzati bradycardia is rendeződött. Szerzők megerősítve látják azt a feltételezést, hogy terhesség végén a hanyatt fekvő helyzet az esetek egy részében az uteroplacentalis vérátáramlás csökkenését és következményes magzati hypoxiát eredményez. Ezt a tényt a szülés előtt hanyatt fekvő helyzetben végzett műszeres vizsgálatok (terheléses cardiocographia, ultrahang), a szülés alatti monitorizálás, illetve császármetszések esetén figyelembe kell venni.

IRODALOM: 1. Bieniarz, J., Sepulveda, R. F., Caldeyro-Barcia, R.: Amer. J. Obstet. Gynec. 1965, 92, 821. — 2. Bieniarz, J., Yoshida, T., Romero-Salanias, C.: Amer. J. Obstet. Gynec. 1969, 103, 19. — 3. Courtney, L.: Brit. Med. J. 1970, 1, 797. — 4. Csanik A., Hegedűs M., Kovács I.: Magy. Nőorv. Lapja. 1970, 5, 423. — 5. Goodlin, R. C.: Obstet. Gynec. 1971, 37, 698. — 6. Goodlin, R. C.: Obstet. Gynec.

1971, 37, 702. — 7. Hall, G. J.: Med. J. Aust. 1965, 2, 668. — 8. Holmes, F.: Anaesthesia. 1960, 15, 298. — 9. Karátson A.: Orv. Hetil. 1969, 110, 928. — 10. Kerr, M. G.: J. Obstet. Gynaec. Brit. Cwlth. 1965, 72, 513. — 11. Kerr, M. G., Scott, D. B.: J. Obstet. Gynaec. Brit. Cwlth. 1965, 70, 1044. — 12. Lees, M. M. és mtsai: J. Obstet. Gynaec. Brit. Cwlth. 1968, 75, 546. — 13. McRoberts, W.: Amer. J. Obstet. Gynec. 1951, 62, 627. — 14. Mengert, W. F. és mtsai: Amer. J. Obstet. Gynec. 1953, 66, 1104. — 15. Pietsch, P.: Zbl. Gynäk. 1967, 32, 1178. — 16. Poseiro, J. J., Mendez-

Bauer, C., Pose, S. U.: Perinatal Factors Affecting Human Development. Ed. by R. Caldeyro-Barcia, Washington, WHO 1969, p. 185. — 17. Reed, N. E. és mtsai: Obstet. Gynec. 1970, 36, 462. — 18. Seger, R.: Geburtsh. Frauenheilk. 1974, 34, 175. — 19. Stiebler, H. S.: Geburtsh. Frauenheilk. 1968, 4, 335. — 20. Szinnyai M.: Orv. Hetil. 1973, 114, 1668. — 21. Ullery, J. C., Vorys, N., Handsek, G. E.: Amer. J. Obstet. Gynec. 1961, 82, 1312. — 22. Veszely E.: Orv. Hetil. 1968, 109, 2604. — 23. Waldron, K. W., Wood, G.: Obstet. Gynec. 1971, 37, 706.

IMAP

szuszpenziós
injekció

KÖBÁNYAI
GYÓGYSZER-
ÁRUGYÁR,
Budapest X.

ÖSSZETÉTEL

1 amp. (2 ml) 4 mg fluspirilenum microcyst., 0,20 mg thiomersalumot tartalmaz.

JAVALLATOK

Elősorban az elmeosztályról elbocsátott schizophreniás betegek hosszú időn át végzendő, ún. fenntartó kezelése. Idült paranoid schizophreniás betegek rehabilitációja, munkaterápiába állítása és a társadalomba való beilleszkedése. Súlyosabb izgalmi állapotok esetén előnyösen kombinálható erősebb pszichosedatív hatású, nem fluorozott neuroleptikumokkal és relaxációs ES-kezeléssel.

ELLENJAVALLATOK

Parkinson-syndroma, mozgászavarokkal járó betegségek, depressziós állapotok.

ADAGOLÁS

Kizárólag intramuscularisan, lehetőleg intraglutealisan adható, az ampulla használat előtt felrázandó. Az injekciót hetenként egyszer adjuk. A kezdő adag általában 3 ml, amely a szükségeslehet mértén 4, majd 5 ml-re emelhető. Az optimális hatás elérése után az adag fokozatosan és lassan csökkenthető a fenntartó heti 1–3 ml (2–6 mg)-ig. Tartós kezelés esetén 3–4 hetenként az injiciálás egy alkalommal elhagyható.

A kúra időtartama 3–6 hónap, de egyes esetekben 1 év is lehet. Az Imap szuszpenziós injekció tartós hatású neurolepticum, az injiciált mennyiség 60%-a a szervezetben még a beadás után 7 nappal is kimutatható.

MELLEKHATÁSOK

Extrapiramidális hypokinesis vagy különböző dyskinesisek enyhébb formában kb. a betegek 25%-ában lépnek fel. Kivételes esetben akathisia is jelentkezhet. Mivel az extrapiramidális mellékhatások az injekció beadását követő 6–12 óra múlva jelentkeznek és mintegy 24–48 óráig tartanak, helyes, ha az Imap injekcióhoz – annak adagjától függően – 1–3 ml Tremblex injekciót szívunk fel, hogy a két készítmény együttes adásával a mellékhatások jelentkezését megakadályozzuk. Az extrapiramidális melléktünetek sohasem érik el a Haloperidol-kezelés kapcsán észlelt erősségi fokot és a kezelés megszüntetését egy alkalommal sem teszik szükségessé. Tartós kezelés soványodást, gyengeséget, álmatlanságot okozhat, ami megfelelő gyógyszerekkel megszüntethető. Egyes esetekben a paranoid tünetek megszüntetésével egyidejűleg kifejezett depresszió alakulhat ki, amely Imipramin- vagy ES-kezelést tehet szükségessé. Bár teratogén, embriotoxikus hatása a vizsgálatok szerint nincs, a terhesség első harmadában – más központi idegrendszerre ható gyógyszerekhez hasonlóan – alkalmazása nem ajánlatos. E gyógyszer hatása alatt fokozott elővigyázatosság szükséges. A gyógyszer bevétele után 8–10 órán belül vagy folyamatos szedés esetén a kúra időtartama alatt járművet vezetni, magasban vagy veszélyes gépen dolgozni tilos. Alkalmazásának időtartama alatt tilos szeszes italt fogyasztani.

MEGJEGYZÉS

✱✱ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető. Az a szakrendelés (gondozó) szakorvosa rendelheti, aki a gyógyszer javallatai szerinti betegség esetén a beteg gyógykezelésére területileg és szakmailag illetékes.

CSOMAGOLÁS

3 × 2 ml amp. térítési díj: 4,40 Ft
50 × 2 ml amp. térítési díj: 74,- Ft



Szegedi Orvostudományi Egyetem,
I. Belgyógyászati Klinika
(igazgató: Varró Vince dr.)

Colitis ulcerosát utánzó yersiniosis

Döbrönte Zoltán dr. és Náfrádi József dr.

A *Yersinia enterocolitica* (továbbiakban *Y. e.*) human-pathogen voltának felismerése az utolsó 12 évre esik. 1964-ben francia szerzők számoltak be elsőként az akkor még „Germ X”-nek vagy „Pasteurella X”-nek ismert Gram negatív baktérium emberi fertőzést okozó eseteiről (12). A *Y. e.* első hazai izolálása *Szita*, valamint *Rédey és mtsainak* a nevéhez fűződik (16, 18). Az utóbbi években egyre szaporodó számú közlemények alapján nyilvánvaló, hogy a *Y. e.* infectio világszerte elterjedten sokkal gyakoribb mint azt korábbi ismereteink alapján gondoltuk. Azt, hogy diagnosisuk mégis ritkaságnak számít, részben a gyakori enyhe lefolyás melletti spontán gyógyulás, valamint néha a diagnosztikus bizonytalanságot okozó sokszínű tünetegyüttes hozza létre.

A *Y. e.* okozta fertőzés minden életkorban előfordul, mégis gyakoribb gyermekkorban. Legáltalánosabb tünete a hasmenés és a hőemelkedés vagy láz. Csecsemő- és kisgyermekkorban rendszerint enterocolitis tünetegyüttesében manifesztálódik, míg nagyobb gyermekekben és fiatalokban elsősorban appendicitiszzerű, hasi fájdalommal járó formában jelentkezik, szövettanilag nem specifikus mesenterialis lymphadenitis vagy *acut ileitis terminalis* szövettani képével. Mindegyik lefolyási formát kísérheti, követheti vagy helyettesítheti — főleg felnőttkori fertőzés esetén — számos járulékos tünet, leggyakrabban arthritis, erythema nodosum, bőrkiütések, carditis. Ritkán sepsist is okoz.

A *Y. e.* általában heveny, ritkábban krónikus formában manifesztálódik (10, 16, 17, 21).

A diagnózist a kórokozó izolálása vagy az emelkedett ellenanyagtiter kimutatása biztosítja. Tenyésztésekor dúsító eljárásokat alkalmaznak (19). A *Y. e.* elkülönítése a többi Gram negatív bélbaktériumtól karakterisztikus biokémiai próbák alapján lehetséges. Az antitesttiter általában a betegség 2. hetétől emelkedett, de ellenanyag — bár csökkenő mértékben — gyakran 4–12 hónapig is kimutatható (1, 18).

Sz. A., 5 és fél éves fiúgyermek anamnesisében közel két év óta szerepeltek 2–3 havonként visszatérő hasmenéses periódusok, többnyire lázzal, esetenként hányással. Panaszai 1974 augusztusában jelentkeztek első ízben, ekkor spontán szűntek, de mint kiderült, csak átmenetileg.

1975 szeptemberében véres-nyákos hasmenés miatt fertőzőosztályra került, ahol a dysenteriát kizárták. Ezt követően a Fővárosi Heim Pál Gyermekkorházban történt kivizsgálás során colitis ulcerosát diagnosztizáltak. A széklet salmonella és shigella, valamint a parazitológiai vizsgálatok eredménye negatív volt. A diagnózist a rectoscopos és az irrigoscopiás kép támogatta.

Rectoscopia: kifejezetten vérbő nyálkahártya, néhány helyen rizsszemnyi vérző fekély (Rác dr.). **Irrigoscopia:** a rectum és a sigma megnyúlt, csaknem csőszerű, hausrálsága csökkent. Relief-képben ez a terület szabálytalan redőzettel ábrázolódik. A colon descendens alsó szakaszának fala oedemásnak imponál, hozzá a kontrasztanyag nehezen tapad, a redőzet kissé megnyúlt (Bitvai dr.). A *gyomor-vékonybél passage* során fokozott tónusú gyomrot, szakaszosan elmosódó, foltos telődésű, durva, vaskos redőzetű jejunumot és viszonylag egyenletes telődésű, de durvább redőzetű ileumot láttak. Süllyedése, vérképe normális volt, a fizikális vizsgálat lényeges eltérést nem adott. A felszívódási vizsgálatok normális zsírfelszívódásra utaltak.

Salazopyrin, Reasec és vitaminok adása mellett székürítése rendeződött. Négyhónapos jó intervallum után újultak ki ismét panaszai láz, hányinger, véres-nyákos hasmenéses székürítés formájában. Ismét gyógyintézetbe került, ahol állapotát colitis ulcerosa aktiválódásának tartva Salazopyrint, Reasecet, kamillás—Depersolonos instillálásokat, antibiotikumként Erythromycint kapott. Ekkor ismételtén küldtek székletmintát bakteriológiai és protozoológiai tenyésztésre és székletéből *Y. e.* tenyésztet ki. A gyermek étvágya a lázas periódusoktól eltekintve végig jó volt, testsúlya nem csökkent, hanem inkább növekedett.

A szegedi I. sz. Belgyógyászati Klinikára 1976 áprilisában került felvételre. Fizikális statusában obesitásban (bő 10 kg-os testsúlyfelesleg) és mindkét oldali cryptorchismuson kívül eltérés nem volt. Szellemi fejlettségét korának megfelelőnek találtuk, kifejezetten vidám, mozgékony volt. Napi 4–5, majd 2 alkalommal volt formált széklete, időnként subfebrilitás észleltünk. Laboratóriumi értékei közül süllyedése, haematokrit és haemoglobin értéke normális volt, fvs. 8900, majd 8000, 5⁰/₆-os eosinophilával, ezenkívül mérsékelt fokú hypokalaemia és hyposiderinaemia volt megállapítható.

Az ekkor végzett rectoscopos vizsgálat során macroscoposan ép rectum-nyálkahártyát, a biopsiás mintában szabályos szöveti szerkezetet találtunk. Ellenőrző irrigoscopiát betegünk korára való tekintettel sugárvelemli szempontok miatt nem végeztünk.

A széklettenyésztés *Y. e.*-ra nézve több mintában negatív eredményt adott, a yersinia fertőzés lezajlását azonban az emelkedett agglutinációs titer (1 : 320 pozitív) alapján bizonyítottan vehettük. Az antigen-szerkezet alapján a fertőzést okozó baktériumtörzs „0 3” serológiai típusúnak bizonyult (OKI).

Betegünket 3 hetes Sumetrolim kezelésben részesítettük. Az ismételt ellenőrzött antitesttiter a Sumetrolim adását követően fokozatos csökkenést mutatott (2 hónap múlva 1 : 80 pozitív, később pedig negatívvá vált). Másfél év óta betegünk gyakorlatilag panaszmentes, láza, véres széklete nem volt.

Megbeszélés

A colitis ulcerosa cardinalis tünetei a rectalis vérzés és a hasmenés. A diagnózist a rectoscopia és az irrigoscopia, valamint a colonoscopia, esetenként a szövettan biztosítja. Rendkívül fontos emellett azoknak a pathogen mikrobák jelenlété-

nek a kizárása, amelyek a colitis ulcerosához hasonló tüneteket okozhatnak.

Esetünkben a kórfolyamat a colitis ulcerosát utánozta. A bakteriális és az amoebás dysenteria kizárására végzett széklettenyésztések negatív eredményt adtak. A recidiváló véres-nyákos hasmenés és az acut szakban proctitis ulcerosa haemorrhagica képét mutató rectoscopia mellett az irrigoscopia is támogatta e kórismét.

A *Y. e.* infectio lezajlását mind a baktérium székletből törént izolálása, mind az emelkedett antitesttiter bizonyította. A külföldi adatokkal egyezően hazánkban is 1:80 vagy efeletti antitesttitert tekinthetünk diagnosztikus értékűnek. Pozitív bakteriológiai bizonyítékunk a rectalis vérzés kiújulásának időszakától van. Az ekkori tünetek teljes mértékben egyeztek az első schub tüneteivel. Mivel a betegség elején nem végeztek *Y. e.* tenyésztést és ellenanyagtiter-meghatározást, 100%-osan mégsem tudjuk bizonyítani a *Y. e.* kóroktani szerepét a fekélyes proctitis kialakulásában. Ennek ellenére több adat támogatja ezt az elképzelést. A klinikai képből colitis ulcerosa ellen szól a beteg habitusa. Az obesitas, a kimondottan vidám, társaságkedvelő, közlékeny, beszédes karakter ellentétben áll a colitis ulcerosások ismert somatikus és psychés alkotáival. A radiológiai vizsgálat az első kórházi észleléskor a vékonybélben is gyulladással járó jeleket mutatott, mely legkifejezettebb volt a jejunum területén. Colitis ulcerosában legfeljebb a terminalis ileumra terjed ki a gyulladással járó folyamat. Az irodalomban 1974-ben *Leino* számolt be 28 éves férfi *Y. e.* okozta, krónikus colitis ulcerosa típusú megbetegedéséről, akin a folyamat progressziója miatt később subtotalis colectomiát kellett végezni (10). Más szerzők is közöltek adatokat arról, hogy a *Y. e.* ulcerosus gyulladást okozott a colon, ill. a rectum területén (22, 23).

A helyes diagnózis korai felállítása az adaequat therapia mielőbbi elkezdését és a felesleges — a iatrogenia veszélyeit magában rejtő — gyógykezelés elkerülését teszi lehetővé. A *Y. e.* a legtöbb széles spektrumú antibiotikumra érzékeny, az irodalomban legjobban ajánlott szerek a trimethoprim-sulfametoxazol és a tetracyclin (8, 10, 21). Betegünk korábbi észlelései során — a *Y. e.* kimutatása előtt — Salazopyrint, lokálisan steroidot, anti-

biotikumként pedig Erythromycint kapott. Az utóbbit azok között az antibiotikumok között tartják számon, amelyre a *Y. e.* rezisztens. Mivel a yersiniosis spontán is gyógyulhat, nem volt eldönthető egyértelműen, hogy a klinikai észlelés idején talált tünetmentesség a gyógyulás jelének vagy a chronicus gyulladás latens szakának tekinthető-e, ezért elhúzódoan adott Sumetrolim kezelést alkalmaztunk.

Esetünk az utóbbi évek irodalmi tapasztalataival együtt arra hívja fel a figyelmet, hogy ulcerosus bélgyulladások esetén a yersiniosis lehetőségét is figyelembe kell venni, és támogatja azt a véleményét, hogy aetiologailag tisztázatlan eredetű enterocolitis esetén gondolni kell a *Y. e.* kóroki szerepére is.

Összefoglalás. A szerzők colitis ulcerosát utánzó chronicus enterocolitis esetét ismertetik, felhívva a figyelmet arra, hogy az ulcerosus bélgyulladások differenciáldiagnosztikájában mint ritka lehetőséget, a yersiniosist is szem előtt kell tartani.

IRODALOM: 1. *Adamis É. és mtsai:* Egészségtud. 1974, 18, 182. — 2. *Ahvonon, P.:* Ann. Clin. Res. 1972, 4, 30. — 3. *Ahvonon, P.:* Ann. Clin. Res. 1972, 4, 39. — 4. *Bognár I.:* Gyermekgyógyászat. 1974, 25, 410. — 5. *Chessum, B. és mtsai:* Brit. Med. J. 1971, 3, 466. — 6. *Grimm, H., Schröter, G.:* Infection. 1973, 1, 59. — 7. *Hinderaker, S. és mtsai:* Lancet. 1973, II, 322. — 8. *Jedlickova, Z., Aldova, E.:* Zschr. inn. Med. 1972, 27, 41. — 9. *Káli M. és mtsai:* Egészségtud. 1972, 16, 39. — 10. *Leino, R., Kalliomäki, J. L.:* Ann. Int. Med. 1974, 81, 458. — 11. *Mollaret, H. H.:* Path. et Biol. 1971, 19, 189. — 12. *Mollaret, H. H., Destombes, P.:* Presse méd. 1964, 72, 2913. — 13. *Nilehn, B.:* Acta path. microbiol. scand. Suppl. 1969, 1, 206. — 14. *Nyomárkai J. és mtsai:* Budapesti Közélet. 1973, 5, 68. — 15. *Randall, C., Bannatyne, R. M.:* Can. Med. Ass. J. 1975, 113, 479. — 16. *Rédey B. és mtsai:* Egészségtud. 1971, 15, Suppl. 94. — 17. *Sonnenwirth, A. C., Weaver, R. E.:* N. Engl. J. Med. 1970, 283, 1468. — 18. *Szita J.:* Egészségtud. 1971, 15, 92. — 19. *Szita J., Svidró A.:* Acta microbiol. Acad. Sci. hung. 1976, 23, 191. — 20. *Winblad, S. és mtsai:* Brit. med. J. 1966, 2, 1363. — 21. *Zillessen, E. és mtsai:* Med. Klin. 1975, 70, 1615. — 22. *Bradford, W. D. és mtsai:* Arch. Pathol. 1974, 98, 17. — 23. *Vantrappen, G. és mtsai:* Gastroenterology. 1977, 72, 220.

MEGRENDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett

az ORVOSI HETILAP-ot

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



Debreceni Orvostudományi Egyetem,

I. Belgyógyászati Klinika

(igazgató: Leövey András dr.),

Semmelweis Orvostudományi Egyetem,

II. Belgyógyászati Klinika

(igazgató: Petrányi Gyula dr.)

Átmeneti pacemaker kezelés a vena subclavián át intracardialis EKG ellenőrzéssel

Wórum Ferenc dr., Wórum Imre dr.,
Lőrincz István dr., Kovács Péter dr.,
Fazakas László dr. és Leövey András dr.

Alig negyedszázada annak, hogy Paul Zoll közzétette megfigyeléseit a szív elektrostimulációjáról (98), és majdnem 20 éve, hogy Seymour Furman a jobb kamrába vezetett katéter-elektroddal (a továbbiakban KE) sikeres ingerlést végzett (17). Parsonnet és mtsai nevéhez fűződik a bipoláris KE alkalmazása (55), míg az ágy mellett is elvégezhető percutan KE felvezetések technikáját Kimball és Killipp (38), továbbá Haris és mtsai (27) dolgozták ki.

Hazánkban az első pacemaker-beültetéseket Sárközy és Lónyai (65, 66), illetőleg Kudász és mtsai (39) végezték. Ezt követően Holländer és Bodnár (32), illetve Lozsády és Árvay (45) számoltak be sikeres pacemakerimplantációról. 1974-ben jelent meg Solti és Szabó Pacemaker-Therapia című könyve (70), mely igen nagy segítséget jelentett a témával foglalkozó szakembereknek. Hosszú ideig a végleges pacemaker-implantációk álltak az érdeklődés előterében, bár a szívsebészeti centrumok beszámoltak ideiglenes pacemaker kezeléseikről is (66, 71, 76, 77, 84, 86).

1965-ben jelent meg Naszladý és Bocskay (52), 1972-ben pedig Gedeon és mtsai cikke (18). Ők intracavitális EKG ellenőrzése mellett endocardialis elektrodot vezettek fel. Az intracardialis EKG-val történő KE lokalizáció Hecht (30), Battro és Bidoggia (7), továbbá Levine és mtsai (41) érdeme. Hazánkban Romoda és mtsai 1963-ban két cikkükben írták le az intracardialis EKG jelentőségét szívkatéteres vizsgálatoknál (61, 62).

Munkacsoportunk 1973-ban ismertette a vena subclavián át történő KE felvezetés hazai első esetét (47, 90). Az utóbbi években a vena subclavián át történő pacemaker KE bevezetésekről mind a külföldi (6, 20, 23, 53), mind a magyar irodalomban jelentek meg közlemények, illetve többen tartottak kongresszusi beszámolókat (16, 26, 75, 78, 79, 82, 83, 85).

Az elmúlt időszakban a személyi és tárgyi feltételek javulása következtében megnövekedett azoknak az intézeteknek a száma, ahol vállalkoznak átmeneti pacemaker kezelésre. Több kórházban viszont a beavatkozás megoldható lenne, de egyelőre nem merik vállalni a kockázatot, pedig e módszerrel elérhető eredmény bőven ellensúlyozná a gyakorlattal nagyrészt elkerülhető veszélyeket.

Módszer

A beavatkozás biztonsága érdekében törekedünk arra, hogy a katéterező laboratórium vagy intenzív osztály rendelkezék leválasztó transzformátorral és a fémtárgyak ekvipotenciálisak legyenek. Az áramszivárgás legfeljebb 10 mikroamper lehet, mert a katéteren keresztül folyó ennél nagyobb áram kamra-fibrillációt okozhat (10, 48, 89). A vezetékeket természetesen árnyékolni kell (12).

A beavatkozás előtt — lehetőség szerint — vér-gáz és sav-bázis, valamint ionszint meghatározásokat végzünk, és a talált anomáliákat korrigáljuk. Az intracardialis manipuláció súlyos ingerképzési és vezetési zavarokat okozhat (1, 25, 35, 46), különösen, ha ehhez acidosis, hypoxia és hypokalaemia társul (4, 29, 66). A resuscitatio (intubatio, gépi lélegeztetés stb.) felszereléseit, továbbá a sürgősségi gyógyszereket már előre oda kell készíteni. Vénafenntartás céljára infúziót kötünk be.

A KE-okat intracardialis EKG ellenőrzésével, a vena subclavia infraclavicularis percutan punctiója útján (3), Seldinger-technika (67) felhasználásával vezetjük fel. Mi is gondosan ügyelünk a sebészi sterilizációra (80, 81). A tájékozódási pontok megkeresését, a punctio menetének részleteit korábban ismertettük (90, 92, 93). A helyi érzéstelenítéshez Lidocaint használva gondolunk arra, hogy megromlott ingervezetés esetén asystoliát okozhat (43).

Arteria subclavia véletlen punctiója esetén 15–20 perces nyomásos vérzéscsillapítást ajánlunk. Amennyiben a punctio elhúzdódik (75), negyedórás eredménytelen próbálkozás után mellkas röntgenfelvételt készítetünk, hogy nem okoztunk-e pneumothoraxot vagy más szövődeményt (80, 81). Ezután a beavatkozást a másik oldalon megismételjük.

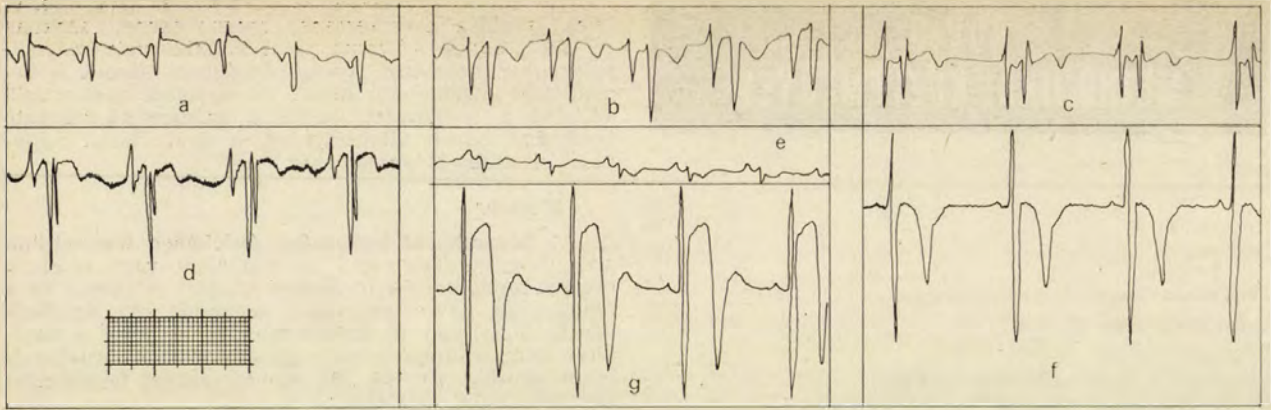
Sikeres punctio után a tú lumenén keresztül bevezetjük a KE-ot. Az első években Hellige típusú KE-ot használtunk, később áttértünk a Cordis F 4-es és 5-ös bipoláris katéterekre.

Amikor a KE ingerlő vége áthaladt a Seldinger-tűn, a negatív (distalis) pólusát EKG készülék mellkasi elvezetéséhez kapcsoljuk. Többsugaras oscilloscop esetén mind a negatív, mind a pozitív pólust külön csatornára köthetjük unipoláris Wilson-kapcsolásban. E módszerrel a lokalizáció sokkal pontosabbá válik. Ezután a KE-dal lassan befelé haladva figyeljük az intracardialis EKG alakulását. Először a vena cava superior görbéje jelenik meg az oscilloscopen (1/a ábra). Jellemző rá a negatív monofázisos P hullám, negatív kamrai főlegés, negatív T hullám. A katétert továbbvezetve, a pitvarra jellemző bifázisos P hullámot láthatjuk, melynek főlegése a pitvar felső részén negatív (1/b ábra), ehhez negatív kamrai főlegés és negatív T hullám csatlakozik. A pitvar középső részén (1/c ábra) a bifázisos P hullám pozitív és negatív lenge egyenlő nagyságú lesz, míg az alsó részén (1/d ábra) a P hullám pozitív része dominál. A QRST morfológiája az előzőekhez hasonló.

A továbbiakban a következő lehetőségekkel kell számolni:

1. A KE felsavarodik a pitvarban. Ezt jelzi az alsó pitvari görbe után újból megjelenő középső, majd felső pitvari EKG kép. Többsugaras oscilloscops módszerünkkel a KE distalis végének megfordulása miatt a negatív pólus a középső, a pozitív pedig az alsó pitvari görbét regisztrálja. Teendő: a katétert visszahúzzuk és horalis vagy antihorális rotációval megpróbálunk a kamrába jutni.

2. A katéter vége a vena cava inferiorba jut (1/e ábra). Ez esetben a P hullám monofázissá és pozitívvá válik, a kamrai főlegés is pozitív. Az egész képre



a low voltage jellemző. Teendő: visszahúzás és az előbbi eljárás.

3. A KE beakad a sinus coronariusba. Ilyenkor megszűnik az EKG légzéssel szinkron változása. A pitvari bifázisos P hullám megmarad és qR komplexus alakul ki. Ha a stimulációt innen végezzük, jobb szárblock-kép keletkezik (15, 49, 50, 68, 87). Teendő: az előbbi eljárás.

4. Sikeres esetben a katétervég bejut a jobb kamrába (1/f ábra). Hirtelen megjelennek a nagy amplitúdójú, intraventricularis EKG-ra jellemző görbék (15, 18). Itt pozitív monofázisos P hullámhoz rS komplexus és negatív T hullám társul. Bal Tawara-szárblock esetében pozitív T hullámot kapunk, míg jobb Tawara-szárblocknál az S hullám felrostozódása és az ST szakasz jellegzetes elevatioja alakul ki.

Ezután következik a katétervég ideális pozícióba juttatása. E műveletet megkönnyíti a fenti többsugaras oscilloscopos módszer. Amennyiben a distalis katétervég (negatív pólus) jó kontaktusba kerül a kamrafallal (1/g ábra), többnyire impactálódik a trabecularis izmok közé, megjelenik a sértési áram (15, 18, 19, 46): 3–4 mm-nél nagyobb ST elevatio ebben az elvezetésben. Ugyanakkor a proximalis (pozitív pólus) továbbra is a lebegő katéter kamrai görbéjét adja (1/f ábra).

Ezt követően a KE-ot külső pacemaker-generátorhoz kapcsoljuk, majd ingerküszöbmérést végzünk. A generátor bekapcsolásakor vigyázzunk arra, hogy a vulnerabilis fázist elkerüljük. Ezért a műveletet demand üzemmódban (24, 25), az EKG scopját állandóan figyelve, úgy hajtjuk végre, hogy az első spike a T hullám után a diastolés fázisba essen (29, 44, 46, 57, 88).

Ha az ingerküszöb 2 mA felett van, változtatunk a KE pozícióján. Amennyiben sikerült az optimális helyet megtalálni, a beteget megköhöggtetjük, és ellenőrizzük, hogy a katétervég nem mozdult-e ki. Erre az intracardialis EKG, a pacemaker spike-ot követő EKG jel, valamint az ingerküszöb megváltozása utalnak. Ezután kihúzzuk a Seldinger-tűt, a KE ellentartásával, nehogy az dislocalódjék. A katétert két bőröltéssel rögzítjük. A behatolási hely ellátása után a kötés felett két biztonsági hurkot képzünk a KE-ből. Véletlen meghúzás esetén e hurkok oldódnak és dislocatio nem következik be. Végül kétirányú mellkas röntgenfelvételt készíttetünk.

A generátor frekvenciáját bradyarrhythmiaiban — keringésjavítás céljából — kellő szaporaságúra állítjuk. Intermittáló asystolia, block eseteiben célszerű a lassú frekvenciájú demand típusú elektromos szív-ingerlés. Tachyarrhythmiaiban magas frekvenciájú ingerlést alkalmazunk. A KE csatlakozásokat leragasztani nem szabad, mert ez elfedheti az érintkezés megszakadását. Naponta ellenőrizzük az ingerküszöböt, a telepfeszültséget, és ha lehetséges, az intracardialis EKG-t, hogy a dislocatiót időben felismerjük (31, 33). Minden nap pár másodpercre kikapcsoljuk a generátort, ezzel a block esetleges kialakítását észlelhetjük. Tachyarrhythmia esetén a kikapcsolásokat ritkábban

és nagyobb körültekintéssel kell végezni, mert a rhythmus-zavar visszatérhet.

A technikai jellegű hibák életveszélyességük miatt gyors diagnózist és beavatkozást igényelnek (36). Felismerésükben a beteg panaszai, fizikális vizsgálata, az állandó monitorozás, kétirányú rtg-felvétel, a hagyományos és intracardialis EKG vizsgálatok nyújthatnak segítséget. Ritkán előfordul, hogy komplikáció nélküli ingerléskor a szokásostól eltérően jobb Tawara-szárblock kép jelentkezik (2, 50, 87). Ennek felismerése a KE repozíciójától kímélheti meg a beteget. Fix ingerléskor megtörténhet, hogy pár nap múlva, az ingervezetés javulása miatt kompetíció alakul ki és a szív működés kaotikussá válik (33). Ilyenkor demand üzemmódra kell áttérni antiarrhythmias kezelés mellett.

Az elektród bevezetése után néhány órát feküdni kell, mert ekkor a legnagyobb a dislocatio veszélye. A későbbiekben a nagyobb mozgást, erősebb köhögést, erőlködést kerülni kell. A beavatkozás után 10–14 napig várunk, hogy az elváltozás reversibilis vagy irreversibilis voltát megállapíthassuk. Az ingerképzési vagy -vezetési zavar megszűnése után a KE-ot még egy héti ajánlatos benttartani, mert ebben az időszakban váratlan Adams—Stokes-roham jelentkezik. Intermittáló block vagy asystolia esetében ezen időszakban a monitort 10/min-mal, a generátort 15/min-mal állítjuk a beteg saját szívfrekvenciája alá. Így az ingervezetés fokozatos romlásakor a monitor már a generátor bekapcsolása előtt riasztó jelzést ad.

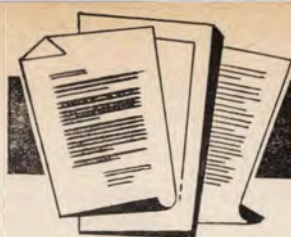
A megfigyelési időszakban tisztázzuk az alapbetegséget is. Abban az esetben, ha a várakozási idő alatt javulási tendencia nem mutatkozik, és az implantatio nem kontraindikált, szívsebészeti konzilium után a műtét megtörténhet.

Katéter pacemakereink egy részét resuscitatióban, cardiogen shockban vezettük fel. Ilyenkor a fenti optimális körülmények jó részéről kénytelenek voltunk lemondani.

Az átmeneti pacemaker-kezelés itt részletezett módszerének előnye az, hogy kisebb kórházakban, szerényebb feltételek mellett is megvalósítható, mert minimális felszerelésként elegendő hozzá egy oscilloscopos EKG, Seldinger-felszerelés, pacemaker-generátor és KE.

Összefoglalás. A szerzők ismertetik az átmeneti pacemaker kezelés során alkalmazott módszerüket. Katéter-elektrodáikat intracardialis EKG ellenőrzésével, a vena subclavia percutan punctiója útján, a Seldinger-technika felhasználásával vezetik fel. Foglalkoznak a biztonságtechnikai feltételek megteremtésével, a beavatkozás előkészítésével. Ismertetik többsugaras oscilloscopos módszerüket, mely pontosabb teszi a katéter-elektrod lokalizálását. Végigkövetik a katéter lehetséges útjait, és elemzik az ezzel kapcsolatos intracardialis EKG görbéket. Ismertetik a pacemaker-generátor és monitor helyes beszabályozásának gyakorlatát.

Az egyesített irodalomjegyzéket a II. rész (Eredmények) után közöljük.



BESZÁMOLÓK, JEGYZŐKÖNYVEK

A IV. közép-amerikai mikrobiológiai és parazitológiai kongresszusról. (San José — Costa Rica, 1976 december 8—11.).

A Latin-Amerikai Parazitológusok Társasága 1976. decemberében San Joséban rendezte negyedik kongresszusát, amelyen résztvettem. A kongresszuson 498 bejelentett résztvevő volt, 446-an Latin-Amerikából s 30-an Észak-Amerikából; európaiak 9-en voltunk.

235 előadás (145 parazitológiai, 90 bakteriológiai) közül 21-et portugál, 55-öt angol, a többiit spanyol nyelven tartották; ezen kívül 14 kerekasztal-konferencia volt spanyol nyelven.

Az előzetes előadások közül négy szerző a mikroba (parazita, protozoon, baktérium) ellenes szerek túladagolásának veszélyeivel foglalkozott. A fejlődő országokban az ilyen gyógyszer-túladagolásnak a veszélyei nagyobbak, mint a fejlett országokban, mert az általános erőnlét rosszabb, valamint meglehetősen könnyen nyúlnak az orvosok erős hatású szerekhez. Dutz (Wien-Richmond) a perinatalis stress hatásával foglalkozott, amely a csecsemők és gyermekek életjelenségeire rányomja bélyegét. A fejlődő országok újszülöttei gyakran fertőzöttek féreggel, alultápláltak, emiatt testi és szellemi fejlődésük lelassul, ill. visszamarad. Az alultápláltság és a fertőzések magas IgE-értékekkel járnak. Az olajtermelő országok termékeiket exportálják, emiatt náluk tüdőrák nincs, más daganat is viszonylag ritka. Közel-Keleten Izrael magas életszínvonalával és fejlett egészségügyével éles ellentétet képez, itt viszont gyakoriak a daganatok.

Kiemelést érdemel, hogy a kongresszus hivatalos megnyitásakor a Costa Rica-i Köztársaság alelnöke hangoztatta országának jelentőségét a latin-amerikai tudományok fejlesztésében, de rámutatott a kongresszusok fontosságára az ország fejlődésében s mint kis ország, csak így tudja felhívni magára a figyelmet. A megnyitó előadás a latin-amerikai parazitológusok működésének fontosságára mutatott rá. Az ételmeiszterhiány és a féregfertőzések együttesen kedvezőtlenül hatnak a gyermekek fejlődésére s e hatás késői következményekkel is rendelkezik. Fontos fegyver az egészségnevelés, de a helytelen irányítás rosszabb a semminél. Megállapítható, hogy az elhaltak 25%-a nem tudja betegségének okát s másik 25% nem tudja magát gyógykezeltetni. Ki kell terjeszteni a társadalombiztosítást.

Az egész kongresszusról képet adni messze meghaladná e beszámoló terjedelmét s ehelyett csak

néhány előadásra ill. előadássorozatra mutatok rá.

Az első napon ételmeiszter-mikrobiológiai kerekasztal-megbeszélésen vettem részt. Többen hangoztatták, hogy az ételmeiszter-bakteriológiai standardizálás fontos a kereskedelem szempontjából, az ételmeiszterek romlásának megakadályozása jelentős lépés az éhség elleni küzdelemben. Az ételmeiszterekben található baktériumokat újabban veszélyességük szerint csoportosítják. Kétszerezések a spórák, *E. coli*, *Enterococcus*, *Staphylococcus*, nagyon veszedelmesek a *Cl. botulinum*, *S. typhi*, más *Salmonellák*, *Sh. dysenteriae*, *V. cholerae*, *Brucellák*; a lebontó mikroba csak károsak. *A. B. cereus*-t ma még sok orvos-mikrobiológus nem ismeri fel s ezért a kényelmesebb módszert választva, inkább nem ismeri el. Az ételmérgezések jelentősége az utóbbi években fokozódik. Latin-Amerikában elsősorban a *Salmonellák* és a *Cl. perfringens* okoznak többségükben enyhe lefolyású ételmérgezéseket, újabban derítették fel, hogy pathogen, de nem a *Dyspepsia coli* csoportba tartozó *Escherichia* gyakran felelősek utazók gastroenteritis megbetegedéséért, nemcsak azzal, hogy idegenek a befogadó szervezetnek; vannak viszonylag új próbák a pathogen képesség kimutatására. E betegségek elsősorban zöldségekkel, salátákkal és ivóvízzel terjednek. Több előadás hangozott el halak és tengeri termékek flórájáról. Általában ezeket nem ismerik még eléggé, a halak betegségeit hidegtűró mikroba okozzák, ezek emberre nem veszedelmesek, de mind a halak, mind a kagylók felvehetik a vízből köröközőket; a kagylótelepek főleg a szennyvízcsatornák beömlésénél található.

Vitát váltott ki a hűskészítmények flórájával foglalkozó előadás, főleg a *Staphylococcus*ok jelentőségével kapcsolatban. Az a vélemény alakult ki, hogy *Staphylococcus* számos ételben jelen lehet alacsony csfraszámokban, hogy csak szelektív táptalajokkal mutatható ki. Ez önmagában nem veszélyes, ha elszaporodik igen. Ez úgy jön létre, hogy az ételmeiszter összetétele számára kedvező, megfelel a tárolási hőmérséklet is s nincsenek a termékben olyan mikroba, amelyek a *Staphylococcus* elnyomják.

Fejlődő országokban nagy probléma a májrák, ezért az ételmeiszterekben elszaporodó aflatoxint termelő penészek a felelősek. *Sittenfeld* (Costa Rica) kimutatta, hogy hazájában a májrák gyakorisága megfelel a penészgombák szaporodására kedvező klimatikus tényezőknek.

dására kedvező klimatikus tényezőknek.

Alina Ratto (Peru) számolt be egy nemzeti eddel bakteriológiai minőségéről. Megállapítható, hogy a bizonyos húsleves a készítés helyén megfelelő minőségű, de minél távolabb vannak az elárúsító helyek, annál inkább szennyezettebbek a termékek bélbaktériumokkal és egyéb csírákkal, sőt 100 minta közül 14-ből *Salmonellák* tenyésztek ki.

Latin-Amerika kedvezőbb helyzetben volt az ételmeiszter-mikrobiológia területén, mint Európa; az első élm.bakt. tanszéket 1943-ban alapították Limában. A háború után Európa felfejlődött, ma ismét az Új-Világ halad jobban, hazánkkal szemben feltétlenül.

A bakteriológiai előadások közül kiemelést érdemel *Moore* és mtsai előadása a béltartalom mikroflórájáról. Az emberi bélben 400—500 speciesből álló 8×10^{10} /g élőcsíra található, 95%-uk obligat anaerob, ezek közül 70—80 fajt már leírtak, mint kórokozót.

Haenel és mtsai adatai, akik részletes székletelemzést végeznek kb. 20 éve, ma már elavultak. Sajnos nálunk még elterjedt az a feltevés, hogy az első életévig a bélfloórát a tejsavbacilus, *B. bifidum* alkotja s csak azután alakul ki a *Coli*-flóra. Az *E. coli* a széklet csíráinak kevesebb, mint 1%-át alkotja.

Helybeli szerzők (*Lehmann Bruner* és mtsai) foglalkoztak a spórátlan anaerobok pathogenitásával. E baktériumokat írták le műtéti gennyedések, tályogok, tüdőelváltozások okozóiként, meglehetősen igényesek s ezért kimutatásuk nehéz, gyakran ún. „steril tályogok” mögött e mikroba vannak.

Közép-Amerikában gyakoriak a *Streptococcus*ok által okozott gyuladások (otitis, pharyngitis, stb), érdekes módon e betegségek több országban a tengerszint magasságtól függenek, 400 m felett alig fordulnak elő. Több előadás foglalkozott a tuberculosissal, e betegség a fejlődő országokban nincs visszaszorítva s a chemotherapia fejlettsége önmagában nem elegendő a fertőzések leküzdésére. Nem ritkák az atypusos *Mycobacterium*ok, ezek nem reagálnak a tuberculostatikus kezelésre.

A vírusbetegségek közül Közép-Amerikában gyakori a hepatitis, e megbetegedés, az általános gyenge erőnlét és az ellenanyagok hiánya miatt súlyosabb, mint Európában, a kétféle kórokozó, A és B típus által előidézett megbetegedések nem különíthetők el egymástól élesen, az újabb időkben találtak olyan hepatitis vírust, amely nem azonos a már ismertekkel. (C típus?) Moszkítókat vettek gyanúba, mint terjesztőket, de e feltevés még nem igazolódott.

Ismeretes, hogy fejlődő országok városaiban a vízvezetési víz nem ivóvíz minőségű, ugyanez a hely-

zet Costa Ricában is, ahol a vízvezetési vízből több ízben tenyésztettek ki Poliomyelitis és Cocksackie vírusokat, ugyanezen vírusokat megtalálták a szennyvizekben is. Az Arbovírusok incidenciáját az elmúlt években sikerült csökkenteni, de részben a turizmus fejlődése, részben a DDT indokolatlan betiltása miatt e fertőzések számá-

nak a növekedése várható a következő években.

Egy előadás foglalkozott a reumás arthritisszel, a laboratóriumi adatok szerint a betegségre jellemző anaemia, emelkedett vvt-súlylyedés, hypergamma-globulinaemia, magas IgM-értékek, eosinophilia ritkán van. A betegek nagy részének vére reagált Latex—S és —B antigénekkel.

Ezúton mondok köszönetet a Latin-Amerikai Parazitologiai Társaság vezetőségének (Pedro Moreira dr. és Mario Vargas dr.) a meghívásért és a vendéglátásért, továbbá itthoni fölötteseimnek (Tari Endre dr. és Molnár Miklós dr.), hogy utamat elősegítették.

Nikodemusz István dr.

HALOPERIDOL tabletta, injekció és csepp

ÖSSZETÉTEL: 1 ampulla (1 ml) 5 mg, 1 tablettá 1,5 mg, 1 üveg (10 ml) 20 mg haloperidolt tartalmaz.

JAVALLATOK: Minden olyan kórkép, amely motoros és pszichés agitációval jár, mania, paranoid hallucinatoros oligophrenia és epileptiformis psychosik, delirium tremens. Csillapíthatatlan hányás.

ELLENJAVALLATOK: Pyramidalis vagy extrapyramidalis tünetcsoporttal járó kórképek. Hysteria.

ADAGOLÁS: Az injekció alkalmazása általában akkor javallt, amikor az oralis adagolás valamilyen okból lehetetlen (pl. nagyfokú agitatio). Adagja ilyenkor 1 ampulla (5 mg) intramuscularisan.

Az átlagos oralis napi adag 2–4 mg. Az egyéni töröképesség és szükséglet figyelembevételével azonban a napi adag 1,5–10 mg között váltakozhat, egyenlő részekre osztva.

Gyermekek napi dózisa 5 éves korig a felnőtt dózis negyede, 6–15 éves korig a felnőtt dózis fele.

MELLEKHATASOK: Huzamosabb ideig tartó kezelés után parkinsonszerű tünetek léphetnek fel.

MEGJEGYZÉS: ✖ Injekció: „Az a szakrendelés (gondozó) szakorvosa rendelheti, aki a gyógyszer javallatai szerinti betegség esetén a beteg gyógykezelésére területileg és szakmailag illetékes.

Csak vénre adható ki és az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtető.

Tabletta és cseppek: „Az orvos csak akkor rendelheti a gyógyszert, ha azt a területileg, illetőleg szakmailag illetékes fekvőbeteg-ellátó osztály, szakrendelés (gondozó) szakorvosa javasolja. Csak vénre adható ki és az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtető.”





A resuscitatio kérdései

Laikusok szerepe a resuscitációban. Lund, I., Skulberg, A. (Ullevål Hospital, University of Oslo): *Lancet*, 1976, 2. 702.

Az oslói Ullevål Hospital anaesthesiológiai osztályának mentőköcsija 1975-ben 631 esetben vonult ki helyszíni újraélesztéshez. 75 esetben (12%) az újraélesztést laikusok kezdték meg. E 75-ből 27 beteg (36%) végül gyógyultan távozott a kórházból. 556 esetben a mentőegység (anaesthesiológus és nővér) kezdte meg a resuscitációt, s 43 beteg (8%) maradt életben. Miután a coronaria eredetű halálos esetek 60%-a kórházon kívül következik be, a mentőkocsi helyszínre érkezése pedig átlagosan nyolc percet vett igénybe, a szerzők nagy fontosságot tulajdonítanak a laikusok resuscitációs tevékenységének. A sikeres kimenetel szempontjából az alapfolyamat pathológiai tényezői mellett a legfontosabbnak az anoxia-időt tartják, vagyis azt az időt, mely a keringés megszűnte és a resuscitatio megkezdése között eltelik. Ez 526 esetben volt ismert, részben a szemtanúk szolgáltatotta adatok, részben a kivonulási adatok alapján. Egy percnél rövidebb anoxia-idő esetén a betegek 61%-a gyógyult meg végül; 1—5 perces anoxia-idő mellett az arány 17% volt, 5—10 perc között 9%, végül a tíz percet meghaladó anoxiát a betegeknek mindössze egy százaléka élte túl.

Összesen 70 beteget (11%) bocsátották ki a kórházból. Ezek közül nyolcnak súlyos agykárosodása maradt vissza; másik hatnál csak enyhe agyi dysfunctio, mely később nem volt feltűnő.

A laikusok által leggyakrabban elkövetett hiba az volt, hogy vagy csak a légzést, vagy csak a keringést pótolták. A szerzők az adatok ismeretében szorgalmazzák a laikusok újraélesztésre való oktatását. Hangsúlyozzák az alapvető diagnosztikai lépések fontosságát, és felhívják a figyelmet az oktatás és gyakorlás kiterjesztésének nehézségeire.

Göbl Gábor dr.

A mentőszemélyzet szerepe a prachospitalis betegellátásban: a brightoni resuscitációs mentőkocsik. Briggs, R. S. és mtsai (Royal Sussex County Hospital): *Brit. med. J.* 1976, 2. 1155.

A Brighton körzetében működő mentőkocsik közül hármát speciális felszereléssel láttak el, és különlegesen képzett ápolók teljesítik rajtuk szolgálatot. E resus-

citációs — orvos nélküli — mentőegységek riasztásáról a központ a bejelentés alapján dönt: speciális kocsit küldenek, ha a telefonáló orvos myocardium-infarctust valószínűsít, vagy ha laikus elmondása alapján erről, vagy más jellegű heveny életveszélyes állapotról van szó.

A több lépcsőből álló tanfolyamot sikerrel elvégzett mentőközépkáderek orvos felügyelete nélkül, önállóan defibrillálhatnak, körültekintően megválasztott indikációk figyelembevételével, de lényegében saját belátásuk szerint iv. lidocaint és atropint adhatnak; intubálhatnak; hypovolaemiás shock esetén dextran 70 infúziót köthetnek be. A kocsik felszerelése eltér az átlagostól: a hordozható defibrillátorskop egységgel késedelem nélkül lehet észlelni a ritmuszavart, és azonnal defibrillálni (a mellkasra helyezett defibrillátor-elektrodák biztosítják az EKG-elvezetést); a beteg szállítás alatt folyamatosan monitorozható, s a készülékhez csatlakoztatott magnetofonszalagról az ápoló diagnosztikus és terápiás teljesítménye utólag ellenőrizhető. A kórházat a mentők központján keresztül lehet értesíteni: a súlyos állapotú, esetleg resuscitált beteget ilyenkor előzetes helybiztosítás nélkül, azonnal fogadják.

A közlemény két év (1974—75) eredményeit foglalja össze. 2253 esetben vonultak ki a resuscitációs mentőegységek. 207 betegen történt keringésmegállás miatt resuscitációs kísérlet, 160 esetben kamrafibrillatio volt a háttérben. 66 beteg szívüködése legalább átmenetileg rendeződött, végül 27-en távoztak gyógyultan. A betegek több mint fele a fő tünetek fellépését követő két órán belül kórházba került. Eredményeik alapján a szerzők igazolva látják azt, hogy a mentő-középkáder értékes és életmentő szerepet játszhat a prachospitalis betegellátásban.

Göbl Gábor dr.

Légzés- és keringésmegállás a műtőben I. (1965—1974). Minuck, M. (St. Boniface General Hospital, Manitoba): *Canad. Anaesth. Soc. Journ.*, 1976, 23, 357—365.

A közlemény a műtét alatt és az ébredő helyiségben bekövetkezett légzés- és keringésmegállás eseteit elemzi, vizsgálja és értékeli a resuscitatio eredményességét, elsősorban abból a szempontból, hogy külső vagy belső szívmasszázs történt-e. A vizsgálatból kizárták a moribund eseteket.

A 625 ágyas akut általános kórházban, amelyben mindenféle se-

bészi szakma működik, tíz év alatt 94 543 sebészi beavatkozást végeztek, közülük 88 331-et általános anaesthesiában, 6622-t local anaesthesiában, vagy általános anaesthesiával kiegészített local anaesthesiában.

Az összes sebészi beavatkozást tekintve a váratlan halál aránya 1:1356 volt, ez 70 beteget jelent. Közülük 29 (41,4%) resuscitációja vezetett tartós eredményre, ezáltal a mortalitási arány 1:2316. (A váratlan halál előfordulása a mellkasebészetben 1:788, az idegsebészetben 1:252, nyitott szívműtéteknél 1:122.) Anaesthesiológiai beavatkozással kapcsolatba hozható légzés- és keringésmegállás eseteinek a száma 42, ez 1:2260 arányt jelent. A 42 betegből 24 (57,1%) resuscitációja járt tartós sikerrel, így a mortalitási arány 1:5593.

Az anaesthesia alatt váratlanul bekövetkező halálról szóló irodalom csaknem olyan régi, mint magának az anaesthesiának az irodalma. Az első halálos szövödményt 1848. jan. 28-án chloroform anaesthesia kapcsán észlelték. (Ref.: *Az első sikeres narcosist Morton 1846. okt. 16-án végezte aetherrel.*) A műtét alatt bekövetkező váratlan halálból 1867. jún. 19-én resuscitáltak először sikerrel, erről John Stetson számol be.

[Ref.: *A világon az első sikeres resuscitációt Balassa János végezte, 1858-ban. Az esetről az Orvosi Hetilap második évfolyamában (Orv. Hetil., 1858, 2, 653—659) írt cikke élvezetes olvasmány, szelleme, stílusa az orvosi közlés példája lehet ma is.*]

A resuscitatio módszerét illetően: Külső szívmasszázs 50 esetben végeztek, közülük 23 (46%) távozott a kórházból. 14 beteg közül, akiknél direkt szívmasszázszt végeztek (főleg nyitott mellkasi műtétek esetei), 5 esetben (35,7%) volt tartós az eredmény. Ezután a szerző 6 olyan esetről, amelyben a kezdeti indirekt kompressziókat direkt masszázssal váltották fel (közöttük csak egy túlélő volt), három esetet részletesen ismertet. Ezek alapján arra a következtetésre jut, hogy ha a külső kompresszióról hamarabb direkt módszerre tértek volna át, minthogy annak effektusa nagyobb, jobb eredményt értek volna el. Ennek alapján házi használatú sérmájukat úgy módosították, hogy ha a műtőben bekövetkező légzés- és keringésmegállás eseteiben a külső masszázis hatására 1—2 perc alatt nem indul meg a keringés, thoracotomiát végeznek és direkt szívmasszázszt.

Barna Béla dr.

Resuscitációs oktató szoba egy területi általános kórházban. Bassett, P. J. F. és mtsai (Bristol Royal Infirmary, Bristol): *British Med. J.*, 1976, 1, 568—571.

A cardiopulmonalis resuscitatio (cpr.) technikájának elsajátítása az orvosok és az egészségügyi dolgo-

zók számára alapkövetelmény, de még laikusoktól is elvárható bizonyos jártasság. A cpr. igazán csak gyakorlattal sajátítható el, a nagy hallgatóságnak tartott előadások értéke csekély, és csak az elméleti háttérrel adhatja meg. Azonban éppen a „jártasság”, a gyakorlati készség megszerzése okoz gondot, mert a kiképzendők sokaságához az oktatók száma, és főleg erre fordítható idejük kevés.

Olyan módszert igyekeztek kialakítani, amelyben előadás alapján, legfeljebb bemutató után a hallgatók akár tanár nélkül gyakorolhatják a cpr. teendőit. Az elképzelés megvalósításaként létrehoztak egy resuscitációs oktatóhelyiséget, amely a nap mind a 24 órájában rendelkezésre áll a gyakorolni szándékozók számára. Olyan eszközöket válogattak össze, amelyeken a gyakorló önmaga kontrollálni tudja, hogy helyesen végezte-e az előírt eljárást. A szobát az alábbi eszközökkel rendezték be: Recording Resusci Anne, Arrhythmia Resusci Anne, oscilloscop, DC-defibrillátor, kétféle intubációs modell (Vitalograph és Laerdal), entonox lélegeztetőeszköz, magnetofonok gyakorló kazettákkal, vetítógép, vászon, a szükséges gyógyszerek imitációja, tábla, kréta, oktató falitáblák.

Minden eszközhöz tartozik egy magnetofon. A behelyezett kazetta elmondja, hogy hogyan kell helyesen elvégezni a gyakorlatot. A szöveget fali táblák és diák illusztrálják. A gyakorlót fény, vagy hangjelzés, vagy regisztráló készülék nomogramja tájékoztatja arról, hogy helyesen végezte el a feladatot. Pl. csengő szólal meg, ha intubálás közben a mulázs felső fogorán túl nagy erővel támaszkodik a laryngoscop. Az aspecifikus alapellátástól a speciális esetek ellátásáig leckékre osztották a resuscitatio folyamatát. Minden leckét külön kazetta tartalmaz. Mindenki azt a fázist gyakorolhatja, amelyiknek leginkább szükségét érzi. Oktatót csak a veszélyes eszközök, pl. a defibrillátor használatának tanulásához kell kérni. Erre különféle módokon figyelmeztetik a gyakorlókat.

A szerzők külön értékelik az egyes eszközök használhatóságát, előnyös és hátrányos adataikat, a használat során észlelt hiányosságokat, tapasztalatokat, tanulságokat.

A kezdeti lelkesedés lelohadaása után is népszerű a resuscitációs oktatószoba. Orvosok, középkáderek, medikusok és laikusok is végzik a gyakorlatokat, egyénileg vagy csoportosan. A hét végéig relatíve kihasználtnak, de egyébként minden időszakban, nappal és éjjel is használják; átlagban napi két, három órát.

Összegezve: módszerüket a resuscitatio gyakorlati oktatására alkalmasnak és hasonló intézetek számára követhetőnek tartják.

Barna Béla dr.

Élettan

A sómentesítés korszakainak élettani és megelőző szükségessége. Paque, Cl (Hôpital Avicenne, Rabat, Marokko): Ann. Hyg. L. Fr. 1976, 12, 393—397.

Állandó és emelkedett sófogyasztás — néhány kivételtől eltekintve — a jelenlegi ismereteink szerint az élettani reakciókkal összeférhetetlen. A Tarfaya-Cap-Juby környéken lakó szahariánok (nomádok) olyan kutakkal rendelkeznek, amelyek vize sok nátrium és chlor ionot tartalmaz (literenként több mint 1,104 mg nátrium). Ételeik elkészítését konyhasó nélkül végzik, s elektrolit szükségletüket elsősorban az ivóvíz biztosítja. A szervezetük már évszázadok óta hozzászokott ehhez. Más szervezeteknek viszont (emberi gyógykezelés vagy állatkísérlet során) időnként van arra szüksége, hogy sómentesítsék; ez általában egyszerű sómentes diétával elérhető. Ilyen korszakok biztosítják a mellékvesekéreg védekezőreakciók készségét s ezenkívül az adaptációs készséget esetleges új követelményekhez. Ilyen sószegény korszakok nagyon jelentősek a magas vérnyomás megelőzésében.

Nikodemusz István dr.

Néhány megjegyzés a nátriummentesítés első korszakaihoz egészséges egyéneknek. Paque, Cl. (Hôpital Avicenne, Rabat, Marokko): Ann. Hy. L. Fr. 1976, 12, 399—402.

A nátrium hiány, amely egészséges egyéneknek nátrium-mentes diétával elérhető, több szempontból előnyös lehet: 1. Teljesen helyreáll a mellékvesekéreg működése, amely a stress elleni védekezés fontos alkatrésze. Ezenkívül teljes mértékben működik a „Renin-Angiotensin-Aldosteron (RAA)-rendszer. 2. E funkciók az ún. „check-up”-periódusba kerülnek. 3. Jól lehet tanulmányozni az RAA-rendszert, amely életkortól és a sóbeviteltől függ, s össze lehet hasonlítani olyan népcsoportok adataival, akik kevés sót vesznek magukhoz. A szerző ezt elsősorban marokkói viszonyokra adaptálja, ott egyes szaharalakók sót egyáltalán nem fogyasztanak, az ivóvizük viszont magas (literenként 1,104 mg) nátrium tartalmú.

Nikodemusz István dr.

Serum albumin. Újabb haladás struktúrájának és biosynthesisének értelmében. Peters, Th. (The Mary Imogene Bassett Hospital, Cooperstown, N. Y.): Clinical Chemistry, 1977, 23, 5—12.

A serum albumin a vérkeringésben résztvevő fehérjék között a legnagyobb mennyiségű, vízben oldódik, biológiai félideje kb. 20 nap. A kétlétűek lárváinak a vérében és a csontos halakban az em-

lősökéhez hasonló albumin található. Az evolúciót tekintve a keringő protein koncentrációja a vérnyomással párhuzamosan változik.

Az albumin meghatározásának nagy diagnosztikai jelentősége van a vascularis integritas, a fehérje ellátás és a májfunctiók szempontjából.

Az albumin több mint 580 aminosavból álló egyes peptid lánc, amelyet disulfid kötések által képezett dupla kacsok sorozata alkot. A kacs-lánc szerkezet megmagyarázza az albumin jól ismert flexibilitását és stabilitását. Pl. pH 4 alatt a kacsok elektrostatikus tasztítása következtében az albumin reversibilisen kitágul és ebben a helyzetben a disulfid hidak gátolják a molekula nagyobb deformálódását.

A molekula kacsos elrendeződésében ismétlődő hármass alakzat figyelhető meg, melynek alapján a molekulát három régióra osztjuk: 1—3, 4—6 és 7—9 kacsok régiója. A három regio aminosav sorrendjében némi hasonlóság van. Minden régiónak más a functiója.

Ozmotikus hatása folytán az albumin a legfontosabb tényező a keringő folyadékmennyiség fenntartásában. Az albumin megköti és szállítja a hosszú láncú zsírsavakat, a nem conjugált bilirubint és részt vesz a thyreoidea és a steroid hormonok szállításában is. Meghatározott kacsban a kötőhelye a nem conjugált bilirubinnak, a pyridoxalnak, a zsírsavaknak, a réznek és a nikkelnek.

Az albumin a májban termelődik. Biosynthesisise oly szorosan összefügg az aminosav ellátással, hogy valószínűleg minden étkezés után növekszik az albumin képződése. Az albuminnak kicsi a nutritiv szerepe, kb. 5%-ban járul hozzá a perifériás szövetek aminosav ellátásához.

Az albuminnal azonos mennyiségű globulin is képződik a májban, azonban ennek turn over-e gyorsabb, ezért a globulin koncentrációja a serumban kisebb az albuminénál.

Az albumin először mint proalbumin jelenik meg az endoplasmikus reticulumban. Ez egy kis peptiddel hosszabb az albuminnál és valószínűleg csak ilyen alakban maradhat inaktív intracellularisan a ligand kötő képessége.

Az albumint praecipitációs technikával, elektroforesissal, immunkémiai eljárásokkal és a festék kötő képessége alapján vizsgálhatjuk.

Kollár Lajos dr.

A fekete és a fehér gyermekek tüdő-functiója. Binder, R. E. és mtsai (Yale University Lung Research Center, 333 Cedar St., New Haven, Conn. 06510): American Review of Respiratory Disease 1976, 114, 955—959.

158 fekete és 235 fehér gyermek légzés-functióját vizsgálták. A nem

dohányos fehér fiú gyermekek vitalcapacitása 18⁰/₀-kal, a nem dohányos fehér lányoké pedig 11⁰/₀-kal nagyobb volt, mint a feketéké. Hasonló eltérést mutatott a Tiffeneau-próba és a maximális kilégzési áramlás is. A gyermekek életkora, magassága és testsúlya egyébként azonos volt. Ha azonban ezeket az értékeket a fokozott vitalcapacitás szerint átszámították a tüdő nagyságára, akkor a fekete gyermekek Tiffeneau-értéke és maximális kilégzési áramlása nagyobb lett, mint a fehéreké. Végül táblázatban közlik faj, nem, életkor, testmagasság és testsúly szerint az egészséges nem dohányos gyermekek légzés funkcióit.

Pongor Ferenc dr.

A phospholipidek anyagcseréje a tüdőben. Van Golde, L. M. G. (Laboratory of Veterinary Biochemistry, State University of Utrecht, Bilstraa 172, Utrecht, The Netherlands): American Review of Respiratory Disease 1976, 114, 977—1000.

A légzés mechanizmusában nagy szerepe van a felületfeszültségi anyagnak: megelőzi az alveolusok összeesését és beivódását. A felületfeszültségi anyag dipalmitoyl-PC mellett phospholipideket is tartalmaz. Ezek 54⁰/₀-a phosphatidylcholin, 20⁰/₀-a phosphatidylethanolamin és 12⁰/₀-a sphingomyelin. A lipid synthesishez szükséges zsírsavak részben a vérből, részben a keringő lipoproteinekből, glücosból és glicerinből származnak. Részt vesznek a felületfeszültségi anyag képzésében az alveolaris típusú II, valamint a hörgőkben a Clara-sejtek is. A felületfeszültségi anyag a magzat tüdejében közvetlenül a szülés előtt keletkezik, hiánya súlyos légútelégtelenséghez, esetleg halálhoz vezet.

Pongor Ferenc dr.

Mikrobiológia és fertőző betegségek

A fontos fertőző betegségek járványtana. Kindler, U. (Klinische Anstalten der Universität Düsseldorf, I. Medizinische Klinik A.): Deutsche Medizinische Wochenschrift, 1975, 150, 2401—2405.

A szerző összefoglalja azokat a leglényegesebb változásokat, amelyek a jelentősebb fertőző betegségek epidemiológiája terén az utóbbi ötven esztendőben végbementek. A változások alapvető okai a kemoterápiás, antibiotikus kezelések és a védőoltások elterjedése, amelyek együttesen a fertőző betegségek többségében a morbiditás, a mortalitás és a letalitás csökkenését okozták.

A Meningococcus okozta megbetegedések között, a kemoterápia bevezetése óta a nyakszirtmereve-

dés járványos fellépése Európában megszűnt. A Streptococcus okozta megbetegedések száma pedig lényegesen csökkent. Ez elsősorban az erysipelasra és a sebfertőzésekre, de a Streptococcus-anginára, és a vörhenyre is vonatkozik. Jóval ritkábban fordul elő újabban a Streptococcus-sepsis és endocarditis is. A Pneumococcus okozta kruppos pneumoniák száma az NSZK-ban 1932-höz viszonyítva, 1970-ben egy tizedére csökkent. A gonorrhoea és lues terjedésének fékezése nehézségekkel jár, bár mindkettő terápiásan jól befolyásolható. Ezek a nehézségek onnan erednek, hogy a fertőzés útja nem, vagy csak nehezen szakítható meg. A gonococcus megbetegedések 1955-ben számszerűen jelentéktelenné váltak. 1955—1960 óta azonban néhány alkalamban ismét emelkedik a morbiditási arányszámuk, aminek okait szociális és civilizációs eredetükkel magyarázzák. A gonorrhoea megbetegedések számszerű emelkedése a serdülőkorú lakosság részarányával mutat összefüggést. Hasonló folyamat figyelhető meg a lues epidemiológiájában is. A tertier lues és a metalues nagyon ritka volt. 1955 után a megbetegedések száma ismét emelkedik, anélkül azonban, hogy a második világháború előtti állapotot elérné.

A poliomyelitist az alkalmazott oltási akciókkal egész Európából, az USA-ból és Kanadából kiirtották. A végleges eredményt a Sabin-féle élő oltóanyag hozta a hatvanas évek elején, midőn a vaccinatio államilag megszervezve történt. A szerző külön kiemeli a kelet-európai, szocialista országokban e téren elért sikereket, ahol a poliomyelitis eltűnt. A vaccinatio azokban a nyugati országokban is átütő sikerrel járt, amelyekben önkéntes oltási akciókkal, többszöri ismétléssel a fiatal lakosság többségét beoltották. A harmadik világban a poliomyelitis esetek száma gyarapodik, ami a védőoltások nem kielégítő alkalmazása esetében a behurcolás veszélyét jelentheti poliomyelitistól mentes országokba.

A kanyaró, amióta 1960-ban a védőoltás lehetőségét megismerték, az USA-ban és a Szovjetunióban megszűnt. Az első, átütő sikerek után azonban az USA-ban a kanyaróesetek száma ismét növekedésnek indult. miután 1969-ben az oltási intenzitás alábbhagyott.

Az anthroppo-zoonózisok — veszettség, brucellosis és bovin tbc. — megszüntetése a terjesztők kiirtásával válik lehetségessé. Ez idő szerint a veszettség úgy látszik nem szüntethető meg teljesen, amíg a vadon élő állatok körterjesztő szerepét nem tudjuk megszüntetni. A brucellosis és bovin-tbc. terén sikerült a háziállat-állomány szanálása révén e betegségek terjedését megakadályozni.

Az influenza morbiditási arányszámai messzemenően változatlanok maradtak. A vaccinatio az egyén szempontjából hatásos le-

het, de a járványtani folyamatot nem befolyásolja. Az influenza terén az egyes megbetegedések lefolyása és a járványfolyamat terén nincs lényeges változás, legfeljebb a szövődmények csökkentek. Semmi lehetőségünk sincs még az újabb influenza pandemiák meggátolására. A nátha, a kanyaró, a mumps és a vörheny általános védőoltások lehetőségének hiányában azonos morbiditási szinten maradtak, de a korszerű terápia révén a szövődmények általában ritkák és a letalitás nagymértékben csökken. A hepatitis morbiditása a civilizált országokban növekszik.

A salmonellosisok száma nyolcven éve nagymértékben ingadozik de a mortalitás jelentős mértékben csökkent. Elterjedtségüknek oka elsősorban az élelmiszerhygiéne fogyatékoságaiban és a csoportos ételmezés elterjedtségében keresendő.

A tbc. még mindig a leggyakoribb bejelentésre kötelezett fertőző betegség az NSZK-ban, de a mortalitás terén már 1900 és 1940 között kezdődött a lényeges csökkenés. 1946 és 1970 között a BCG oltások és a kemoterápia révén sokkal intenzívebb csökkenés következett be. Az NSZK-ban 1958—1968-ig a 100 000 lakosra vonatkozó halálzási arányszám 17,3-ról 10,4-re csökkent. Közép-Európában a tbc reservoirok „kiszáradásáról” beszélhetünk.

Befejezésül a feketehimlőről írja, hogy a WHO adatai szerint 1950 és 1960 között nagymértékben csökkent az előfordulása és 1970-ben volt a legkisebb mértékű, 31 318 eset. 1971 végéig a himlő endemiás országok száma négyre csökkent. Európában a himlő kivételes behurcolásokra korlátozódott. 1972-ben Jugoszláviában volt egy kisebb járvány, egy Mekkából hazatérő zarándok révén. Ennek kapcsán 173 megbetegedés és 34 haláleset fordult elő. Az NSZK-ban egyetlen behurcolt eset fordult elő ezzel a járvánnyal összefüggésben, de azt is lokalizálták. (A közlemény megjelenése óta a WHO újabb sikerekről számolt be a himlő elleni küzdelem terén. A jelenlegi etiopiai háborúskodás miatt újabb adatokkal nem rendelkezünk, de visszaesssel számolhatunk a térségben. Ref.) A szerző véleménye szerint lehetséges, hogy a következő évtizedben az általános himlő védőoltások szükségletlené válnak.

Fischer György dr.

Erythema infectiosum. Egy iskolai járvány tapasztalatai. B. A. Lauer, J. N. Mac Cormack, C. Wilfert (Bureau of Epidemiology, Center for Disease Control, Atlanta): Am. J. Dis. Child. 1976, 130, 252—254.

Az „ötödik betegség” oka, pathogenesis, átvitelének módja a számos járvány ellenére még ma sem tisztázott. A jellegzetes kiütés

általában a betegség egyetlen tünete és a diagnosis basisa. Az exanthema vöröses maculosus, vagy maculopapulosus „pillangó” formájú az arcon. A beteg kipirult arca olyan, mint akit felpofoztak. A kiütés a törzsre és nyakra tovább terjedve reticularis, vagy csipkés formát ölt. Néhány nap alatt a tünet megszűnik, de nem ritkán még hetek múltával is kiújul, napozás, fürdés, vagy izgalom alkalmával. Egyéb tünet (enyhe viszketés és elsősorban felnőtteken ritkán kialakuló arthralgia) igen ritka. A betegséget ismeretlen vírus okozza. A néha kitenyészett echo- vagy rubeola vírus nem bizonyított kórokozója a betegségnek.

A szerzők vizsgálataikat egy hegyek között eldugott település egyetlen iskolájában végezték, ahol több száz gyerek típusos tünetekkel betegedett meg, néhány kontakt felnőttön is észlelték a kiütéseket, amelyek általában 1–28 napig tartottak. A vizsgált betegek torokváladékából vírust nem sikerült izolálni. Számos érintett gyerek régebben rubeola védőoltásban részesült. Ez a tény, továbbá az, hogy rubeola vírust sem sikerült a torokváladékokból kitenyészteni — arra utal, hogy az erythema infectiosumot bizonyára nem a rubeola vírus okozza.

Vadász György dr.

Reovírus-szerű ágens (Rota-vírus) gyermekkori gastroenteritisben Ørstavik, I., és mtsai: Scandinavian Journal of Infectious Diseases 1976, 8, 1–5.

59 gastroenteritises gyermek közül 26-ban (44%) az elektronmikroszkópos vizsgálat rota-vírust mutatott ki. A kontroll vizsgálatok negatívak voltak.

A rota-vírus gastroenteritisek leggyakrabban a késő őszi—kora téli időszakban jelentkeznek fél—3 éves kisdedeknekél.

Úgy tűnik, a kórokozó ágens azonos az újszülött borjak, csecsemők epizootikus hasmenését okozó vírussal.

Vásárhelyi Katalin dr.

Tapasztalatok amoxicillinnel a gyermekkori hastypus kezelésében. Scragg, J. N. (Department of Pediatrics and Child Health, University of Natal Medical School, Congella, Natal): Brit. med. J. 1976, 2, 1031.

Korábbi vizsgálatait folytatásaként a szerző 155, haemoculturával igazolt hastypusos afrikai gyermekeken hasonlította össze az amoxicillin terápiás hatását a chloramphenicolal. 85 gyermeket amoxicillinnel kezelt, 100 mg/kg/nap dosissal; 70 gyermeket chloramphenicolal, 50 mg/kg/nap dosissal. Mindkét szert 21 napig adta, a napi adagot négyszerre osztva. A csoportok súlyosság és szövődmények szempontjából komparabilisak voltak.

Bár mindkét csoport valamennyi tagja meggyógyult, az amoxicillin a láz és a többi klinikai tünetek megszűnése szempontjából statisztikailag szignifikánsan jobbnak bizonyult a chloramphenicolnál. Az amoxicillin-csoportban nem volt relapsus és egy gyermek sem maradt ürítő, míg a chloramphenicol-csoportban 2 gyermek lázas maradt, továbbá egy relapsust és 6 reconvalescens baktériumürítést észleltek.

Figyelemreméltó, hogy a chloramphenicol-kezelésre nem reagáló két gyermek, s a relapsusban szenvedő gyermek amoxicillin-kezelésre jól reagált, s a 21 napos amoxicillin-kezelés a hat reconvalescens ürítőt is tartósan bakteriológiailag negatívvá tette.

Az eredmények alapján a szerző az amoxicillint tartja a hastypus elsőként választandó gyógyszerének.

Nyerges Gábor dr.

Hastypusos betegek amoxicillin-kezelése a chloramphenicol-kezelés haematológiai kontraindikációja esetén. Afifi, A. M., Adnan, M., El Garf, A. A. (Maadi Armed Forces Hospital, Cairo): Brit. med. J. 1976, 2, 1033.

Amoxicillinnel kezelték 30 olyan hastypusos beteget, akiknél a chloramphenicol-kezelésnek haematológiai kontraindikációja volt. A kontraindikációt 18 esetben a glucose-6-phosphat dehydrogenasehiány mediterrán változata képezte, ezek vörösvérsejtjeiben az enzimaktivitás 0–3% volt, míg 12 esetben korábbi chloramphenicol terápiára jelentkező súlyos, de reverzibilis myelosuppressio miatt választották az amoxicillint. Kontrollként 30 haematológiailag egészséges, hastypusos beteg szolgált, akiket chloramphenicolal kezelték. Az amoxicillint átlagban 14 napig 6 óránként 1,0 g-os adagban adták. A chloramphenicol a láz megszűntéig 8 óránként 1,0 g-ként, majd egy héttig még 6 óránként 0,5 g-ként. Mindkét gyógyszer per os adták.

A kielégítő klinikai javulás és a láz megszűnése az amoxicillinnel kezelték között valamivel hamarabb (6,2 ill. 7,5 nap) következett be átlagban, mint a chloramphenicolal kezelték között (8,8 ill. 10,0 nap). A 15. napon az amoxicillin csoportban a haemocultura mind negatív, míg a másik csoportból 2 pozitív volt. Szövődmény vagy haláleset az amoxicillinnel kezelték között nem volt, míg a chloramphenicolal kezelték között 2 szövődmény és 1 haláleset fordult elő.

A G-6-PD-hiányos betegekben az amoxicillin kezelés alatt csak enyhe vagy mérsékelt haemolysis volt észlelhető.

A szerzők a chloramphenicol-kezelés haematológiai kontraindikációja esetén hastypus kezelésére az amoxicillint ajánlják.

Nyerges Gábor dr.

Mykoplasmák kimutatása acridin-származékokkal történő fluorochrom festéssel. Stübner, G. (Bakteriologisch—Serologisches Institut des Allgemeinen Krankenhauses St. Georg, 2000 Hamburg, 1.): Deutsche Medizinische Wochenschrift 1976, 101, 1259—1260.

Acridin-származékokkal festett mykoplasmák sötétlátóterezs kondenzorral és olajimmersióval nézve sárgán-zöldesen fluoreszkáló pontok, ill. különböző nagyságú foltok alakjában láthatók. A szerző a speciális agar táptalajon levő telepről tárgylemezre lenyomatot készített, majd a lenyomatra 1 csepp 9—aminoacridin-chlorid—1—hydrat oldatot vitt, és azt fedőlemezrel fedte.

A fénylés intenzitása az acridin-oldat koncentrációjától függött. A mykoplasmákhoz kontrollként kevert Gram-negatív baktériumok csak gyenge fluoreszcenciát adtak, és a fluoreszkáló foltok nagysága is eltért a mykoplasmákétól. Ha a készítményt nemcsak 9—aminoacridin-chlorid—1—hydrattal, hanem acridinorange-val is megfestették, a baktériumsejttel zöldes, a protoplasma sötétvörös fluoreszcenciát mutatott. Ez a metachromasiás festődés a mykoplasmák és baktériumok elkülönítését még egyértelműbbé tette.

Vizetletüledékekből és ejakulátumokból kitenyészett mykoplasmákat sikerült acridin-festéssel a vizsgálati anyagból közvetlenül is kimutatni.

Az egyes mykoplasma-típusok eldifferenciálására a módszer nem alkalmas.

Marton Anna dr.

Paul-Bunnell negatív mononucleosis. Wobser, E. és mtsai (Med. Poliklin. der Univ. Bonn): Medizinische Klinik 1976, 71, 2211—2213.

A cytomegalovírus betegségeket hosszú időn keresztül az újszülöttek ritka megbetegedésének tekintették. 1904-ben írta le a patológus Ribbert halva született gyermekek parotisának és veséjének jellegzetes óriássejtjeit, melynek alapján Goodpasture és Talbot 1921-ben a kórképnek a „cytomegalia infantum” nevet adta. 1957-ben sikerült a kórokozó vírust izolálni, ezt követően indulhattak meg a serológiai és epidemiológiai vizsgálatok. Felnőtteken antitesthiány-syndromában, ill. immunológiai defectusok esetén észlelték az első cytomegalia betegségeket, szívműtétet kísérő nagyvolumenű transfúsiók, ill. szervátültetések miatt alkalmazott immunosuppressív terápiák kapcsán. A szerzők egy 23 éves betegük kórtörténetét ismertették, akin mononucleosis típusos klinikai képét találták, s a diagnózist a típusos perifériás vérkép is megerősítette, vírusserológiai vizsgálatok alkalmával azonban nem az Epstein—Barr vírus, hanem cytomegalovírus jelenléte volt kimutatható.

A fiatal férfi 6 hete panaszolt bizonytalan, hol görcsösen, hol szúrás formájában jelentkező fájdalmakat, melyek a jobb bordaív alatt is jelentkeztek. Korábban 5 napon át tartó, max. 38,0 °C-ig emelkedő hőmérséklete volt. Fölvétele időpontjában végtagfájdalmakat, fejfájást, hányingert jelzett, hányni nem hányt, nagyon gyöngének érezte magát. Vizsgálata alkalmával borsónyi, erősen nyomásérzékeny nyirokcsomókat tapintottak a tarkó tájon, bal oldalt cervicalisan, supraclavicularisan valamint jobb oldalt axillarisan. A máj és a lép két-két haránt ujjal haladta meg a bordaívet. A fölvételét követő 5. napon a beteg torokfájdalmat, nyelési panaszokat jelzett, ezek hátterében a lágy szájpad erythemája volt kimutatható, angina tonsillaris jelei nélkül.

Súlyyede mérsékelt emelkedett volt, a vvt-szám, hb-tartalom és thrombocytaszám normális. 11 500-as leukocytosis, a kenetben 77% mononuclearis sejt mutatkozott. A sternumpunctatumban a granulopoesis kifejezett balra tolódása, az erythrocytopoesis kismérvű fokozódása, a lymphoreticularis sejtek fölszaporodása volt észlelhető. Serum gamma-GT 108 U/l, SGOT 60 IE, SGPT 123 IE, LDH 442 IE, alkalikus phosphatase 573 IE volt. Utóbbi eltérések a máj érintettségére utaltak.

Paul—Bunnell reactio, Sabin—Feldmann teszt, toxoplamosisra utaló complementkötési reactio 9 héten át vizsgálva, több alkalommal is negatív volt. A cytomegalovírus complementkötési reactio 1:20, ill. 1:40 erősségű volt.

Symptomás therápia, analgeticum adása teljes sikerrel járt. Két hónappal az első panaszok föllépte után a nyirokcsomó-megnagyobbadások és a hepatosplenomegalia regrediáltak. A transaminase-ok és a gamma-GT mérsékelt emelkedettségén kívül a korábban eltéréseket mutató leletek is normalizálódtak.

A szerzők részletesen ismertetik a cytomegalia-betegség foeto- és embryopathiás, újszülött- ill. csecsemőkori generalizált és localis chronikus formáit, és a felnőttkori előfordulás klinikai jellemzőit. Utóbbi általában atipusos tünetekkel jár, magas láz, hepatosplenomegalia, hányás, hasmenés, terminalisan kialakuló icterus ill. pancytopenia jellemzik. Bár általában immundefekt állapotokban, transfúsiók után vagy szívűtettek kapcsán alakul ki a betegség, teljesen egészséges embereken is fölléphet, mint azt az ismertetett eset is bizonyítja. Ilyenkor mononucleosis-szerűen játszódik le, a Paul—Bunnell reactio azonban mindig negatív, s angina sem észlelhető. Negatív Paul—Bunnell reactiójú egyébként a mononucleosis klinikai képével egyező megbetegedés esetén ezért gondolni kell a cytomegalia vírus fertőzésre!

A felnőttkori Pneumocystis carinii-pneumonia immunológiai vonatkozásai. Jehn, U. és mtsai (Med. Univ.-Klinik, Köln): Medizinische Welt 1976, 27, 1489—1492.

A pneumocystosis olyan betegek fertőző betegsége, akik gyengült „védekező” reactióval rendelkeznek. Korábban úgy gondolták, hogy e körkép csak koraszülötteken, ill. 3—4 hónapos csecsemőn észlelhető, tehát olyankor, amikor „physiologias” hypoimmunoglobulinaemia is fönnáll. Újabb azonban növekvő gyakorisággal észlelik immunhiány-szindrómában szenvedő felnötteken is. Nagydosisú, tartós tumor-chemoterápia, intenzív immun-suppressziós kezelés elősegítik gyakoribbá válását. A betegség ma már a légzési elégtelenség differenciáldiagnosztikájának nem elhanyagolható komponense, megfelelő rutin vizsgálómódszerek hiányában azonban — mint azt az alább közlésre kerülő kazisztika is alátámasztja — fölismerése nehéz, leggyakrabban csak autopsiásan lehetséges.

A 61 éves beteg 1973-ban ulcus duodeni miatt gyomorresectiót végeztek, A műteti terület átvizsgálásakor a lép jelentős megnagyobbodását, a máj bal lebenyének szélén tömött tapintatú csomó fönnálltát észlelték. A biopsia lymphogranulomatosis (IV. a stádium) állapotot meg. 1973. márciusától 1975-ig összesen 14 alkalommal kapott a beteg ún. synchronisációs lökéskészletet (2 × 1 Vincristin + 2 gramm Endoxan + 150 mg Solu-Decortin), mely gyorsan teljes remissióhoz vezetett. 1975-ben jelentkezett állapotának hirtelen rosszabbodása első ízben, magas láza volt, erős éjszakai verejtékezésről, köhögésről panaszkodott. A tüdő rtg-vizsgálata a jobb alsó lebenyben hálózatos köteges infiltratum-szerű árnyékot mutatott, mely konfluáló foltos árnyék formájában mindkét tüdőszárnyra gyorsan kiterjedt. A köpet és a bronchiolus-secretum bacteriológiai, ill. virológiai vizsgálata (ornithosis, mykoplasma, influenza, adeno-, herpes-, respiratory syncytial vírusfertőzés) negatív volt. Leukocytosis — a granulocyták túlsúlyával —, lymphocytopenia, átmeneti eosinophilia jelentkezett. Az eosinophilia idején jelentősen csökkent a segment-szám (92%—10%), és emelkedett a monocyták száma (25%). Az IgA és IgG mennyiség jelentősen csökkent, az IgM nem változott. A foudroyans lefolyás alapján diffúz pneumoniára gondoltak, de fölmerült pulmonalis Hodgkin-betegség lehetősége is. Nagydosisú antibioticum kezelést (gentamicin, cephaecetril, carbenicillin, clotrimazolom, nystatin), és gamma-globulin therápiát alkalmaztak. 20 nap elteltével a beteg lázlatanná vált, a rtg-kép azonban változást nem mutatott ezért a Hodgkin-betegség diagnosit látták alátámasztottnak. 1975 áprilisától

kezdve így a cytostatikus kezelés szokásos lémáját alkalmazták. A hilus-lymphoma regrediált, s a beteg októberig munkaképes volt, akkor azonban nagyfokú dyspnoe jelentkezett. Az újabb részletes kivizsgálás során fölmerült a már korábban fölvetettek mellett allergiás alveolitis, cytomegalia-vírus-pneumonia, Pneumocystis carinii fertőzés, ill. mykosis-pneumonia lehetőség. A bevezetett komplex kezelés nem segített azonban, a beteg légzési elégtelenség tünetei között meghalt. A sectio megerősítette lymphogranulomatosis fönnálltát, emellett azonban histológiai vizsgálattal (Gömöri-féle methenamin-ezüst festés) Pneumocystis carinii jelenléte is igazolható volt.

Irodalmi adatok szerint a reticulo-histiocytar rendszer neoplasmás betegségei önmagukban is jelentős praedispositiót jelentenek pneumocystosis föllépte szempontjából, a szükségszerűen megkezdett tumor-chemoterápia pedig tovább növeli a rizikót. A körkép prognosisa kedvezőtlen, 40—50%-os közvetlen mortalitással jár. E társinfectio létrejöttének pontos pathológiai factora nem ismert, a humoralis immunválasz zavarát teszik általában felelőssé. Leggyakrabban az IgG csökkenése észlelhető, melyet az IgA egyidejű csökkenése is rendszerint kísér. Újabb kutatások egyre inkább azt a nézetet támasztják alá, hogy a cellularis immunmechanizmus károsodása is szerepet játszik a pathomechanizmusban.

Winkler Gábor dr.

Pneumocystis carinii-pneumoniák felnőttkorban. Göbel D. (Med. Abteil. der Paracelsus-Klinik, Karlsruhe-Durlach): Medizinische Welt 1976, 27, 1493—1495.

Míg a csecsemő-, ill. kisgyermekkorban Pneumocystis-pneumoniák száma irodalmi adatok szerint az utóbbi időben lényegesen csökkent, gyakoribbá váltak a felnőttkorban észlelt esetek. 1956-ig 6 felnőttkori megbetegedést közöltek, 1962-ig ez a szám 26-ra emelkedett, 1970-ben pedig már 120 esetről tudunk. A megbetegedettek legnagyobb része malignus betegségben szenvedett (elsősorban leukaemia, ill. lymphogranulomatosis), vagy valamilyen okból az immunrendszerre ható gyógyszeres kezelésben részesült. 1961-ben írtak először primer felnőttkori Pneumocystis carinii pneumoniáról, azóta még néhány eset ismeretes.

A kórokozó egy protozoon. Az egész világon elterjedt, állatok közt és emberi populációkban is kimutatható jelenléte, normális körülmények közt azonban apathogen. Jirovek és Vanek mutatták ki, hogy koraszülöttek, ill. legyengült állapotú csecsemők plasmasejtes pneumoniájának hátterében Pneumocystis carinii fertőzés áll. Az infectio aerogen terjedésű. Föltétele-

zik, hogy az immunválasz gyöngesége a virulenciát elősegítő tényező. Felnőttkorban is az immunrendszer károsodása a betegség létrejöttének alapja. Ezzel magyarázható az a megfigyelés, hogy vese-, ill. szívatültetésen átesett betegek pneumocystosist észlelték, e betegek ui. folyamatos immunosuppresszióban részesültek.

A klinikai képet általában a lassan kialakuló pneumonia jellemzi. A bevezető tünetek közé tartozik a mérsékelt láz vagy hőemelkedés és a köhögés. Ezt az általános állapot fokozatos romlása, dyspnoe, tachycardia követi. Hallgatódzással a súlyos klinikai képpel ellentétesen, csak discret elváltozások észlelhetők.

A rtg-kép rendszerint kétoldali, közél szimmetrikus, kis-, ill. közepes nagyságú foltos árnyékoltságot mutat, hálózatos köteges árnyékokkal. Leginkább az alsó, ill. középső tüdőréseket érintettek. A hilus nyirokcsomók általában nem nagyobbodnak meg. A betegség későbbi stádiumában diffúz confluatio észlelhető. A rtg-kép gyakran megelőzi a típusos klinikai kép kialakulását.

A kórkép diagnózisa felnőttkorban nehéz, gyakran csak post mortem lehetséges. Ennek egyik oka, hogy korábbi raritás volta miatt a differenciáldiagnózisban nem gondolnak rá. Fischer és mtsai szerint a felnőttkori pneumocystosist a következő triász jellemzi: súlyos respiratorikus insufficiencia, kiterjedt tüdő-infiltrátumok, csekély fizikális lelet. Értékelhetőségét azonban nagyban megnehezíti, hogy e triász a víruspneumoniákra is általában jellemző. A bronchiolus-secretum laboratóriumi vizsgálata általában eredménytelen. Újabbban javasolják nyitott tüdőbiopsziák végzését, mert az így nyert szövetminták földolgozásával a kórokozó kimutatása nagy gyakorisággal lehetséges. Ennek végzését azonban csak bizonytalan rtg-lelet esetén ajánlják, mivel a típusos rtg-kép önmagában elegendő a megfelelő terápia bevezetéséhez. Diagnosztikai fegyvertárunk újabb lehetősége a Pneumocystis carinii-antitestek kimutatása. Negatív reactio azonban nem zárja ki a fertőzés fennálltát, hisz az immunrendszer gyöngesége a negatív reactio oka lehet (elégtelenül-, ill. nem termelődő ellenanyag)!

A differenciáldiagnózisban Hamman-Rich syndroma, pulmonalis alveolaris proteinosis, sarcoidosis, cytomegalia-pneumonia, periarteriitis nodosa, miliaris tbc, lymphangiosis carcinomatosa jönnek számításba.

Gyermekgyógyászati gyakorlatban kedvező tapasztalatokat szereztek pentamidin-nel, mely egy aromás diamin, s protozoonosisokban általában eredményesen adható. Felnőttkorban azonban ez a szer nem váltotta be a hozzá fűzött reményeket. A nyitott tüdőbiopszia nyújtotta korai helyes

diagnózis birtokában azonban újabbán jobb eredményekről számoltak be. Leukaemiás betegeken a 4 mg/testsúlykg dosist ajánlják im., legalább 14 napon át. A pontos diagnózis a szer számos, nem jelentéktelen mellékhatása miatt is fontos.

Winkler Gábor dr.

Antibioticum érzékeny Shigella sonnei okozta kiterjedt városi járvány. Farrar, W. E. és mtsai (Dep. of Med., Medical University of South Carolina, 80 Barre St. Charleston, SC 29 401): JAMA, 1976, 235, 1026.

Az 1950-es évek elején Japánban ismerték fel a Shigellák R faktorról kapcsolatos antibiotikus polyresistentiáját. 1967 végén Japánban a Shigella törzsek több mint 80%-a volt már két vagy több antibiotikummal szemben resistens. De mást is hasonló resistencia fokozásról tájékoztattak. Pl. a Londonban izolált Shigella sonnei törzsek kb. 95%-a antibiotikum resistens volt. Az ampicillinnel szembeni resistencia pedig 6%-ról 95%-ra emelkedett. Az USA-ban is fokozódott a polyresistentia aránya. A szerzők kórházukban 1967 óta az első 3 évben évente 250–300 Shigellosis esetet észleltek. E periódusban a Shigella sonnei okozta fertőzések száma (40%-ról 71%-ra) emelkedett. Az antibioticum resistencia aránya 15–20% volt. A vizsgálatok 4. évében vérhasjárvány fordult elő a városban. A kórokozó Shigella sonnei törzsek legtöbbje érzékeny volt a tesztelné használt antibiotikumokra (ampicillin, streptomycin, tetracyclin, chloramphenicol, kanamycin, neomycin, cephalothin, polymyxin-B, sulfisoxazol). A járvány évében az 537 Shigellosis eset kétszerese volt az előző évek átlagának, a járványcsúcs májusban volt. A kórokozót az esetek 90%-ában izolálták. Antibioticum resistenciájuk feltűnően csökkent: 5,6% volt sulfonamidokkal, 3,4% streptomycinnel és 2–2% tetracyclinnel, ill. ampicillinnel szemben. A korábbi éveken a Shigellák 20%-a bizonyult antibiotikum resistensnek.

Horváth Gyöngyi dr.

Geotrichum septicaemia. Sheely, Th. W. és mtsai (Veterans Administration Hosp. 700 S 19th St. Birmingham, AL 35 233.): JAMA, 1976, 235, 1035.

A Geotrichum candidum a természetben elterjedt gomba, többek között része az emberi bőr és gastrointestinalis tractus normál florájának. Ritkán helyileg invazív válik, tüdőbetegségekben immunosuppressív és hosszantartó széles-spectrumú antibiotikus therapia, hosszas parenteralis táplálás, iv. infúziók során, vagy terminalis betegség miatt megváltozott resistencia esetén.

A szerzők az irodalom hetedik disseminált geotrichosis esetét ismertetik. A 42 éves alkoholista férfit, 2 éve tartó hasi fájdalom, jelentős fogyás, visszatérő láz panaszok miatt három ízben operálták. Diagnózis: chronikus pancreatitis, pseudocysta. A máj szövettani vizsgálata portalis cirrhosist igazolt. A korábbi panaszok miatt újra felvett cachexiás beteget napi 3000 caloriával parenteralisan táplálták, ennek ellenére súlya tovább csökkent. A subclavia katheteren keresztül történő táplálás tizedik napján hidegrázás, magas láz lépett fel, a tüdő rtg jobb oldali alsó lebeny infiltrátumot mutatott. A haemocultura, a köpet, a subclavia katheter csúcsának leoltásából egyaránt Geotrichum candidum nőtt ki. A perifériás vérkenetben a neutrophil granulocyták 48%-ában phagocytált arthrosporákat láttak, melyek 32 óra múlva már nem voltak láthatók. Mivel a tápoldatok többször is sterilnek bizonyultak, feltételezték, hogy a subclavia katheter vagy a tüdőinfiltrátum a fungaemia forrása. A beteg gastrointestinalis vérzést követően meghalt. A boncoláskor májabscessust (E. coli) és pancreasfej carcinomát találtak, mely a környezetet infiltrálta és a nyirokutakon keresztül terjedve arrodálta az oesophagus mucosát. Geotrichum szöveti invasiót a vizsgálatok nem igazoltak.

Az eddig ismertetett 7 geotrichosisos betegből 4 meghalt az alapbetegség következtében (miliaris tbc., colon cc., bronchogen cc.). A szöveti invasiót egy esetben igazolták, amikor a bronchogen cc. mellett a tüdőben, myocardiumban és a lépben arthrospora csoportokat találtak.

Végül a perifériás vérkenet vizsgálatát ajánlják a gomba-septicemia gyors kóriszmézés érdekében, melyben a hyphák és arthrosporák láthatók. Megemlítik, hogy a Geotrichum candidum infekciók terapiája még bizonytalan.

Horváth Gyöngyi dr.

Aspergillus oryzae meningitis. Gordon, M. A. és mtsai (Laboratories for Mycology, Division of Laboratories and Research, New York State Department of Health, and the Department of Medicine and Neurology, New York University School of Medicine, New York): JAMA, 1976, 235, 2122–2123.

Disseminált aspergillosis esetén a központi idegrendszer involválódása viszonylag gyakran következik be, ugyanakkor a csak meningitisben megnyilvánuló idegrendszeri manifesztáció az extrém ritkaságok közé tartozik.

A szerzők egy 34 éves nőbeteg izolált Aspergillus oryzae okozta infectiójáról számolnak be. A narcomaniás beteg (heroin intravenás valamint cocain nasalis instillációja) rhinitis pharyngitis tüneteit

mutatta, ezt ampicillin orális adásával kezelték 4 napon át. Rövid idő múlva nyakában fájdalom jelentkezett, majd merevvé vált. Organikus neurologiai kórjele nem volt. A liquor cerebrospinalisban pleocytosis (548/3 sejt, 85%-ban lymphocyták), az összfehérje 44 mg⁰/₀. Egyéb leletei negatívak voltak. Fejfájás jelentkezett, mely fokozódott. A liquorból Langhans-típusú óriássejtek voltak kimutathatók, bennük gombafonalakkal. A serológiai vizsgálatok megerősítették az *A. oryzae* infectio kórisméjét. Amphotericin B és flucitosin terapia sikeres volt.

Az eset ritkasága miatt tarthat érdeklődésre számot.

Kovács Miklós dr.

Veszetségi fertőzések szaporodása. Szerkesztőségi apró közlemény: Deutsche med. Wschr. 1976, 101, 632.

Az NSZK-ban a legújabb állatorvosi statisztikai adatok szerint a vad- és háziállatok veszetségi fertőzése 1975-ben az előző évvel szemben mintegy 30%-kal emelkedett. A fertőzés leggyakoribb közvetítője a róka, ezeknek 34,7%-a fertőzött. A fertőzés emelkedése kutyákon 12%, macskákon 20%, szarvasmarhákon pedig 45% volt. A veszetség klinikai megjelenési formája a háziállatokon az utóbbi esztendőknél jelentősen változott. A veszetségi harapas, a dühöngés, ami a betegség nevét is adta —, alig tapasztalható („csendes veszetség”). A kutyák veszetsége legtöbbször rendellenes viselkedéssel kezdődik: aluszékonyság, rekedtség, ugatás, üveges tekintet; a végzakaszban benuál lép fel, s ha ez jelentkezett, a fertőzés mindig halálos.

Ugyanez vonatkozik az emberi fertőzésre is, amelyet legtöbbször kutya, macska, ritkábban szarvasmarha fertőzése okoz. A háziállatok veszetségi elleni megelőző védőoltása a fertőzési láncot megszünteti. Az oltott állatok nem ürítenek rabies vírust és gazdáikat nem veszélyeztetik.

ifj. Pastinszky István dr.

Lehetségesek-e idegrendszeri szövődmények influenza védőoltás után? Schumann, F.: Deutsche med. Wschr. 1976, 101, 720.

Általában véve csaknem minden védőoltás után megfigyeltek neurologiai szövődeményeket, azonban eddig az évente több millió esetben inaktív anyaggal végzett grippeoltás után csak nagyon ritkán. Az ilyen grippevédőoltás utáni idegrendszeri szövődmények az irodalmi adatok szerint a következőkben nyilvánulhatnak: encephalopathia, meningoencephalitis, encephalomyeloneuritis, myelopathia, polyneuropathia, hemiparesis, amit később sclerosis multiplex követett. Az idegrendszeri szövődmények né-

hány órán belül—29 napig jelentkeztek. Eddigi ismereteink szerint a jellegzetes megbetegedés oki összefüggése nem bizonyítható, mert tisztáza véletlen is szerepelhet, de más oltásokkal kapcsolatos analógia alapján feltehető. Kóroktanilag a szövődmények pathomechanizmusában immunológiai reakciók szerepelhetnek, így pl. egy addig lappangó immunológiai folyamat „triggermechanizmusa”, vagy egy lappangó vírusfertőzés aktiválódása.

ifj. Pastinszky István dr.

Diagnosztikai kérdések

Endomyocardialis biopsia. Aschermann, M. és Mitsai (III. interní klinika a I. Patologicko-anatomický ústv FVL UK Praha): Časopis lékařů českých 1976, 115, 1409—1411.

A szerzők klinikájukon bevezették az endomyocardialis biopsiát a más módszerekkel megbízhatóan el nem különíthető szívbetegségek (elsősorban primer és sekunder cardiomyopathia) differenciáldiagnosztikájában. Eddig 14 vizsgálatot végeztek. Közleményükben ismertetik az eljárás rövid történetét és technikáját. Saját és irodalmi adatok alapján megállapítják, hogy az eljárás nem jár súlyosabb szövődménnyel és — elsősorban a nagy külföldi anyagok alapján — diagnosztikus értéke nagy (70—100%).

Fentiek ellenére úgy vélik, hogy az eljárás nem válik általánossá, de két területen felhasználása jelentős eredményeket hozhat: 1. Primer és sekunder cardiomyopathiák elkülönítése (viruspartikulák kimutatása). 2. Mint klinikai experimentalis eljárás a szívizom metabolizmusának kutatásában (lehetővé teszi az élő szívből nyert subendocardialis szövet morfológiai és hisztokémiai vizsgálatát).

Hisznyan Géza

A phaeochromocytoma diagnosztizálásának lehetőségei. Ziegler, W. H. (Abt. Klin. Pharmacol. des Departm. für. Inn. Med., Univ. Zürich): Deutsche medizinische Wochenschrift 1977, 102, 325—327.

Phaeochromocytoma, ill. paraganglioma (P.) klinikai tünetei e tumorok catecholamin termelésére vezethetők vissza. A typosus klinikai jelek megjelenését hosszú időn, esetleg éveken keresztül megelőzhet bizonyos symptomák, melyek más betegség képét ölthetik, s így a helyes kórismézést esetleg késleltetik. Így a fejfájás, hypertonia, fokozott verejtékezés, hyperthyreosis gyanúját keltheti, máskor enyhe diabetes mellitus vagy bizonytalan hasi fájdalmak állnak a panaszok előterében. Fokozott catecholamin ürítés vagy vérszintjük emelkedése az első jel lehet, mely a helyes diagnózisra irányítja a figyelmet.

Vannak olyan rutin labor.-vizsgálatok, melyek eredménye megerősítheti a fölvetett P. gyanút; pl. az emelkedett het-érték, leukocytosis, az éhomi vércukor szintjének emelkedése, az FFA-tartalom növekedése, glykosuria. E leletek keltette gyanú esetén kerülhet sor a speciális laboratóriumi vizsgálatokra. Az esetek 1/3-ében nem szükséges a catecholaminok közvetlen kimutatása — ez az eljárás meglehetősen költséges —, egyes metabolitok ürülése — vanilynmandulasav, metanephrin — is kellő diagnosztikus támpontot jelent. Miután a catecholamin secretio időleges fokozódása is előfordulhat, e vizsgálatok egyszeri negatív eredménye diagnosztikus értékkel nem rendelkezik, azokat több alkalommal ismételni kell. A meghatározások idejére, és legalább 2 nappal korábban a következő ételféleségeket kell az étrendből kiiktatni: vanília (minden formában, fagyaltot, puddingot, sodót stb. is beleértve), banán, narancs, dió, kávé és erős tea. Levodopa és alfa-methyl dopa a kezelésből elhagyandók, egyébként a ma általában használatos antihypertensivumok — alfa- és béta-receptorblokkolók is — adhatók, diureticumok és digitális úgyszintén. Ha a vizelet catecholamin tartalma emelkedettnek bizonyul, a dopamin meghatározás elvégzése is célszerű annak eldöntésére, hogy nem malignus, már metastatizáló phaeochromoblastomáról van-e szó. Fokozott dopamin ürítés ennek gyanúját támasztja alá.

Nem szabad szem elől téveszteni, hogy fokozott catecholaminsecretió időlegesen más betegségek is okozhatnak, pl. súlyos stressz situatiók, ill. a sympathikus idegrendszer fokozott működését kiváltó kórképek, — acut myocardialis infarctus, súlyos szívelégtelenség, apoplexia, sebészi beavatkozások.

Tesztvizsgálatok is segítik a pontosabb diagnosztizálást. Jól alkalmazható a phentolamin teszt: valódi P. főnnálltator már 1 mg iv. adását is a korábban magas vérnyomás jelentős csökkenése követi. Noradrenalin mindig legyen a teszt végzésekor készenlétben. A vérnyomás 35/25 Hgmm-es vagy ezt meghaladó csökkenése diagnosztikus értékű. Uraemia, ill. sedativ kezelés hamis eredményt adhat.

Alfa-blokkád védelmében provokatív tesztek is végezhetők. Rohammentes időben adott 0,02 mg histamin iv. a catecholamin ürítés fokozódásához vezethet. Az alkalmazandó dosis nem haladhatja meg a 0,001 mg/testsúlykg adagot, Regitin készenlétben tartandó. Hamis negatív eredmények nem szoktak előfordulni, a próba során fejfájás, szívdobogásérzet és verejtékezés fordulhat elő. A másik alkalmazható teszt-anyag a tyramin, mely a histaminnal szemben nem a catecholamin-raktárak reflektorikus kiürítését okozza, hanem hamis mediátorként a sympathikus idegvégződésekön megkötődik, s így követ-

kezményes catecholaminsecretiót vált ki. Az alkalmazandó dosis 0,025 és 0,050 mg/testsúlykg közötti. Hamis negatív eredmények 25%-ban várhatók.

További kórimzési lehetőséget a radiológiai vizsgálatok jelentenek, ezek sorába tartozik a pyelographia és az angiographia. Tensiókiugrások főleg utóbbi esetében várhatók, Regitin ilyenkor is készenlétben tartandó.

Winkler Gábor dr.

Az alfa-1 antitrypsin diagnosztikus jelentősége. Streuli, R., Grob, J. (Departm. für Inn. Med., Univ. Zürich): Deutsche medizinische Wochenschrift 1977, 102, 398—400.

Az alfa-1 antitrypsin (A.) és az emphysema közti kapcsolatról először 1964-ben jelent meg közlemény. Azóta mind újabb ismeretek kerültek napvilágra, s ma már az emphysemán kívül más betegséggel való kapcsolatáról is vannak adatok.

Az A. glykoproteid természetű fehérje, molekulásúlya 54 000 dalton. Fehérjerészenek egyik fontos komponense a neuraminsav. A molekula 86%-a fehérje, 12%-a szénhidrát. Ismert — feltehetően egyetlen — képződési helye a máj, synthesise már az embrionális élet 30. napján megindul. Biológiai jelentőségét protease-inhibitor természetű adja. A trypsin mellett a proteaseok egész sorának aktivitását gátolja, így a chymotrypsinét, plasminét, thrombinét és a kallikreinét is. A hat serum inhibitor egyike. Az A. serumconcentrációja 2,2 g/l, tehát az alfa-2 makroglobulin után a proteinase inhibitorok második legmagasabb koncentrációjában jelenlevő tagja.

Az A. az ún. „early inflammatory proteinek” közé tartozik, serum szintje sérülések, gyulladások, bármilyen a szervezetet ért „izgalom” hatására percekben belül megemelkedik.

Létrejöttének típusát 17 allelpár határozza meg (B, D, E, F, „F”, G, I, L, M, V, X, Y normális serumconcentrációkat biztosítanak, P, W, S, Z és „nulla” alacsony koncentrációk kialakulásához vezet). A Z allele által létrehozott A. esetében a biokémiai defektus természetű is ismert: hiányzik a molekula neuraminsav komponense, ezáltal a májban normális mértékben szintetizálódó vegyület sejtől való kijutása nehezítetté válik. A laesio következtében az A. májkoncentrációja emelkedik, ennek alapján a genetikai ártalom diagnosztizálható is, de ilyenkor sem csökken a normálérték 20%-a alá. A serumszint immunológiai módszerekkel pontosan meghatározható.

ZZ homozygota természetű A. hiány esetén 10—20%-kal nő a kisgyermekkorban kialakulásának veszélye. Ha a kora gyermekkorban ez az ártalom nem jön létre, a későbbi életkorban cirrhosis

főllépte már nem várható. Ha cirrhosis nem alakult ki, a korai emphysema kialakulásával lehet számolni. 10—30% azon ZZ homozygoták száma, akiket sem a koragyermekkorban cirrhosis, sem az emphysema nem alakult ki. Dohányzás a korai emphysema kialakulását elősegíti. A gyermekkorban cirrhosis e típusára jellemző, hogy a génártalom hordozóján születéskor icterus prolongatus észlelhető, mely jóval megelőzheti a manifeszt cirrhosis tüneteit. Ha a gyermekek születéskor icterus prolongatus észlelhető, korai cirrhosis vagy emphysema, ill. gyors progressiójú emphysema alakult ki. A meghatározás végzése célszerű. ZZ allél esetén az aetiologia tisztázottnak tekinthető. MS, ill. MZ heterozygota esetén az A.-vérszint meghatározása diagnosztikus jelentőséggel nem rendelkezik.

Genetikusan determinált A. esetén oki terápia nem alkalmazható. A molekula igen rövid felezési ideje folytán substitúciós kezeléssel jöhet szóba. Az egyetlen lehetőség, a szervezetet „ingerként” erő noxák minél teljesebb elhárítása, elsősorban a dohányzás mellőzése, proteínase tartalmú sprayk és mosószeres használatának kerülése.

Winkler Gábor dr.

Fejlődési rendellenességek

Az 1500 gramm alatti súllyal született újszülöttek és a fejlődési rendellenességek. Fortune, D. W. és mtsai (Royal Women's Hospital, Melbourne, and University Melbourne): Medical Journal of Australia 1977, 1, 239—242.

1966 februárja és 1970 márciusa között hozzávetőleg 3200 szülés zajlott le a Melbourne-i szülészeten. 675 újszülött született 1500 grammal, vagy kisebb súllyal. 169 maradt életben, és ezek legtöbbször legalább 5 évig figyelemmel kísérték. 15 született enyhe malformációval, ami vagy spontán, vagy sebészeti korrekcióval rendeződött.

Az 506 meghalt kisméretű magzatból 51-en találtak fejlődési rendellenességet, melyből 30 az élettel összeegyeztethetetlen volt.

A szerzők a magzatokat 3 csoportba osztották. A halva született kategóriába 179, a neonatalis halálozási csoportba 322 és a túlélő csoportba 169 gyermek került. Egy részletes táblázatban tüntetik fel őket súlyszerinti elosztásban 200 grammtól 1500 gramm-ig. A fejlődési rendellenességeket letális, súlyos és enyhe formákba sorolják, és a táblázaton a súlycsoportok mellé párosítják őket. Az 51 fejlődési rendellenesség közül 30 letális, 10 súlyos és 11 enyhe formának bizonyult.

A szerzők felvetik, hogy az újszülöttek intenzív ellátása az utóbbi években rohamosan fejlődött, s valószínű, hogy néhány esetben

eredményesen tudták volna alkalmazni a resuscitációt, ha adott időben már rendelkezésükre álltak volna az eszközök. Ugyanakkor felmerül az etikai probléma, hogy milyen esetekben érdemes és mikor reménytelen intenzív szobába helyezni a fejlődési rendellenességgel született gyermeket.

Összevetik tanulmányukat más szerzők hasonló témakörű cikkeivel, és azok eredményeivel. Végül megemlíti, hogy a fejlődési rendellenességek nagyobb számban fordulnak elő relatíve érettebb, dysmaturus gyermekekben.

Hegedűs Tibor dr.

Az anencephalus, spina bifida és a congenitalis hydrocephalus epidemiológiájáról. Szerkesztőségi közlemény: British Medical Journal 1976, 2, 1156.

Az alfa-foetoprotein értékelése korai terhességben nagy előrehaladást hozott az anencephalus, spina bifida és congenitalis hydrocephalus diagnosztikájában.

Rogers és Weatherall kimutatta, hogy ezek a betegségek előfordulása az elmúlt 100 év alatt állandóan növekedett. A csúcs 1942-ben volt, amikor 1000 szülésre 2,1 halott jutott. A következő 5 évben jelentős csökkenés következett, majd a háborút követően ismét nőtt a betegségekkel született gyermekek száma. 1960-ig egyértelmű csökkenés volt észlelhető.

Ezt követően a helyi eloszlási variációkat taglalja a cikk 1960—1972 között Wales viszonylatában. Megemlíti a szezonális, anyai életkori és szocio-ökonomiai tényezőket. Rogers és Morris felvetik a familiaris örökletes faktorokat, valamint a környezeti behatásokat. Felmerült az adott populáció genetikai érintettségének problémája.

Végül hasznosnak tartják ezeket az adatokat, amelyek következtetésekkel feldolgozták a gyermekkor egyik legszörnyűbb betegségét.

Hegedűs Tibor dr.

Az anyai serum alpha-foetoprotein-szint discordans ikerterhességben anencephaliás esetben. J. D. Vince és mtsai (Dept. of Med. Genet., Royal Hosp., Glasgow): Lancet, 1977, 1, No. 8001, 43.

Ismert, hogy az anyai serum alpha-foetoprotein (AFP) mérésével idegrendszeri záródási defectusok esetén végzett terhes-szűrés téves pozitív és téves negatív eredményt adhat. Ikerterhesség fennállása is diagnosztikus nehézséget jelenthet. A szerzők 30 normál ikerterhesség esetén végeztek serum AFP-szint mérést a graviditas 15—20. hetében. Az anyai serum AFP 99 percentil felett volt egyik esetükben a 15—17. gestatiós héten (114 μ g és 171 μ g/l). Ultrahangvizsgálat nem jelzett ikerterhességet. A 19. héten a magzatban AFP

koncentrációja 25,2 mg/l (a normál átlag 2 standard deviációján belül). Hydramnion fejlődött ki, és a 33. héten a rgt-vizsgálat ikerterhességet igazolt, az egyiküket exomphalnak jelezték. *László Aranka dr.*

A magzat gyomor-bél fejlődési rendellenessége és az AFP szint növekedése terhességben. P. C. Clarke és mtsai (St. Bartholomew's Hospital Medical College and the London Hospital Medical College London): British Journal of Obstetrics and Gynaecology 1977, 84, 285—289.

1973 óta a gerinccsatorna defektusának kimutatását az anyai vér és a magzatvíz AFP szintjének segítségével végzik. A későbbiekben kiderült, hogy egyéb elváltozásoknál is megfigyelhető az AFP növekedése: ikerterhesség, missed ab, exomphalos, oesophagus atresia, congenitalis nephrosis és sacralis teratoma. A szerzők az AFP szint emelkedés és a gastrointestinalis traktus rendellenességeinek összefüggéseit vizsgálták.

19 esetet dolgoztak fel, ahol a foetuson, ill. újszülötton gyomor-bél fejlődési rendellenességet lehetett identifikálni (6 exomphalos, 5 oesophagus atresia, 2 diaphragma hernia és 1—1 gastroschisis, bőrrel borított köldöksér, colon atresia, vakon végződő sigmoid colon, imperforált anus, biliaris atresia). 7 esethez egyéb fejlődési rendellenesség társult.

A talált eredmények alapján 3 terhességet befejeztek a 20., 21. és a 27. héten. 5 halvaszülést észleltek és 2 újszülött halált.

A szerzők elemzik az AFP kezelésének és emelkedésének valószínű okát a magzatvízben az ilyen esetekben.

Megemlítik, hogy a magzati Hirschprung-betegségnél az érintett anyáknál a 10., 16. és 21. héten levett vérmintákban az AFP szint normál értéket mutatott.

Hegedűs Tibor dr.

Az oesophagus atresia és a társuló anomáliák. German, E. J. és mtsai (Pediatric Surgery, Orange County Medical Center, 101 City Drive South Orange, Calif. 92 668): Journal of Pediatric Surgery, 1976, 11, 299—306.

Az oesophagus atresiához (oe. a.) társuló anomáliákat a szerzők az általuk gyűjtött irodalomban 30—50%-os gyakoriságúnak találták, és eltérő véleményeket olvashattak a leggyakoribb szervrendszeri eltérések vonatkozásában is. Ezért vált indokolttá 102 betegükről az átfogó adatgyűjtés és annak közzététele. Tapasztalataikat az anatómiai situatio Gross szerint A-tól E-ig jelzett típusai, valamint Waterson által a születési súly, az életfontos

szervek hibái és a súlyos szövődmények együttes figyelembevétele alapján A-tól G-ig kategorizált ún. rizikó csoportok kialakításával elemezték.

A járulékos congenitalis anomáliák anyagukban 70%-os incidenciát mutattak, és mivel sok esetben egy betegben többet is regisztráltak, számuk elérte a 237-et. Csoportosításuk alapján feltűnő, hogy a 2,5 kg fölötti súllyal születetteknél csak 1,6; a 2—2,5 kg közöttieknél 2,4; a 2 kg alattiaknál már 4,4 anomália jutott átlagban egy oe. a.-ás újszülötthez. A csontváz és izomrendszer eltérései minden negyedik, a szív és érrendszer, valamint a gastrointestinalis tractus hibái minden ötödik, a húgyúti, az arc és a központi idegrendszer anomáliái csaknem minden tizedik betegükön előfordultak. Feltűnő, hogy az amúgyis 80%-os túlsúlyú C típusú oe. a.-hoz (csak alul sipolyozó forma) társul a legnagyobb számban és csaknem minden fajta congenitalis hiba.

Szervrendszerek szerint az alábbiakat érdemes megemlíteni. A csontváz és izom eltérések gyakorisági sorrendje: csigolya, borda fejlődési zavarok, radius hiány, ujj-eltérések, pes varus. A szív és nagyerek hibái: kamrai septum defectus, ductus arteriosus persistens, egyetlen arteria umbilicalis, jobb aorta iv. A gastrointestinalis anomáliák: anus atresia, malrotatio, duodenális atresia, pancreas és epevezeték eltérések, Meckel diverticulum. A társuló húgyúti és genitális fejlődési zavarok: a veselebenyezettség és malpositio, ureter abnormálisítások, hernia inguinalis, hypospadiasis. A congenitalis arc anomáliáknál a choanal stenosis vagy atresia, fül rendellenességek a gyakorisági sorrend.

A szerzők szerint az oe. a.-ok rizikó csoportosítása igen hasznos, annál is inkább, mivel közvetlen kapcsolat mutatható ki az anomáliák számának növekedése, az alacsony születési súly és a halálozás között. A jelenlegi helyzetre az a jellemző, hogy a halálesetek több mint fele a durva szervfejlődési zavarok, és 45%-a az oe. a. szövődeményeinek a következménye. Valószínű, hogy az intrauterin növekedési zavar és a durva anomáliák társulása az organogenesis kritikus idejében, a terminusra születettek többnyire izolált oe. a.-ja az organogenesis végén ható eseményre utal.

(Ref.: Mivel a társuló anomáliák nagy része már az első szemrevételezéskor feltűnhet, a neonatológiai gyakorlatban lényeges ezen társuló anomáliák szerepe úgy is, mint alarmírozó jeleket, melyek a polyhydramnion mellett az oe. a.-át korán jelzik. Így a társuló hibák értékelése közvetve a gyorsabb diagnosishoz vezethet el.)

Wilhelm Ottó dr.

Gastroschisis és alpha-foetoprotein. D. L. Douglas (City Hosp. Nottingham): Lancet, 1977, I, No. 8001, 42.

A szerzők 2 gastroschisis esetet észleltek, amelyekben az anyai serum alpha-foetoprotein (AFP) szintjét mérték a terhesség 2. trimeszterében. Az anamnesisben idegrendszeri defectus előzetes előfordulására nem volt támpont. Mindkét gravida magzatvizének AFP szintje kifejezetten magas volt (450 μ g/l a 20. héten az egyik esetben, és 340 μ g/l a 22. héten a másik esetben). A kontroll 99 percentiles érték 109 és 130 μ g/l volt. Mindkét esetben spontán szüléssel gastro-schisis újszülött született.

Weinberg és mtsai szerint az AFP-szint emelkedés mechanizmusa duodenalis oesophagealis atresia esetében: 1. a gyomornedv és amnialis folyadék AFP tartalmának regurgitációja nagyobb mérvű, 2. az epe, duodenalis nedv és az amnialis folyadék normális passage-ának zavara a foetalis bélén át, amely gátolja a normális abszorbtót, ill. a magzatvíz proteinjeinek degradációját.

Gastroschisisben és exomphalos esetében a bél és a máj az AFP direkt diffúzióját lehetővé teszi az amnialis folyadékba. Bár ezen mechanizmus kérdéses, az 1. és 2. mód előfordulhat gastroschisisben is. A foetalis bél kórosan rövid és malrotált gastroschisis esetén, és minden esetben postnatalis funkcionális obstructióhoz vezet. Az esetek 12,5%-ában egyidejűleg magas bél-atresia van jelen.

Mint duodenalis és oesophagealis atresia esetében, gastroschisis kapcsán is előfordulhat egyéb társuló súlyos fejlődési rendellenesség.

László Aranka dr.

Hydramnion és magzati veseanomalia. M. Perlman, G. Potashnik, S. Wise (Ber Sheva, Israel): Am. J. Obstetrics and Gynecology 1976, 125, 966.

Hydramnionnal kapcsolatban a közlemények ritkán említik renalis anomáliát, szemben a jól ismert veseanomalia-oligohydramnion tünetcsoporttal. A szerzők 4 veseanomaliával született újszülöttest ismertettek, ahol a hydramnion valószínű oka a foetalis polyuria volt.

Az első 2 esetben részleges obstructio miatt kialakult hydronephrosist találtak. Az egyik újszülötton pyeloplastikát végeztek, a beteg meggyógyult, a másik septicaemiában meghalt. A következő 2 eset egy testvérpárt elemez, akiken tumoros eredetű hydronephrosist és az ezt követő fatális hyperosmolaris dehydratiót észleltek.

A 4 esetre a közös jellemző a hydramnion, a neonatalis polyuria és a vesék funkcionális károsodása volt.

PH

A szerzők ezt követően áttekin-
tést nyújtanak, hogy milyen össze-
függés lehet a hydramnion és a
magzati vesekárosodás között. Meg-
említik, hogy a szülések 1,5⁰/₀-a
társul hydroamnionnal, s ezek 25—
50⁰/₀-a ismeretlen eredetű. Vélemé-
nyük szerint gondos vizsgálatot ígé-
nyel a hydramnion és a magzati
renális dysfunctiók összefüggése.

Hegedűs Tibor dr.

**A Down-szindrómás gyermekek
születési súlya.** Pueschel, S. M. és
mtsai (Rhode Island Hospital, 593
Eddy Street, Providence, RI 02903,
USA): Amer. J. Ment. Defic. 1976,
80, 442—445.

135 Down-kóros gyermek közül
93-nak volt egy, vagy több testvére.
Közülük 76 esetben sikerült a ter-
hességi és szülési eredményeket és
a testvérek születési adatait tisztá-
zni.

Az eredmények szerint a Down-
szindrómások átlagos születési sú-
lya 3,07 kg volt az összes testvér
3,52 kg-os átlagával szemben. Az
egy családon belüli különbsé-
gek átlaga 0,28 kg volt, 0,18 és 0,37
kg közötti 90⁰/₀-os megbízhatósági
határral.

A születési súlyra ható számos
tényező vizsgálatok csak két kü-
lönbséget találtak: 1. A Down-syn-
dromások terhessége alatt több
emocionális stresszről számoltak be,
mint a testvérek terhessége idején.
2. A graviditással nem összefüggő
„egyéb orvosi panaszok” száma ma-
gasabb volt Down-kórosban, mint
a testvéreket eredményező terhessé-
gek alatt.

A különbségek tehát éppen a sok
hibaforrással járó, szubjektív szem-
pontoknál merültek fel, míg az
objektív mérhető tényezőkben
nem volt eltérés. Mindezek alap-
ján a tanulmány újabb adatot szol-
gáltat ahhoz, hogy a 21-es trisómia
kedvezőtlenül befolyásolja a mag-
zat növekedését. Méhes Károly dr.

**Down-szindrómás személyek
gyógyszeres kezelésének áttekin-
tése.** Share, J. B. (Calif. State Univ.,
Northridge, CA 91324, USA): Amer.
J. Ment. Defic. 1976, 80, 388—393.

Az irodalmi összefoglaló a Down-
kórosok gyógyszeres kezelésének
eddiggi tapasztalataival és eredmé-
nyeivel foglalkozik.

Legelterjedtebben, főleg az inté-
zetben ápolat betegek között, a tran-
quillansokat alkalmazzák. Ez két-
ségtelenül segít az agresszivitás,
hypermotilitás visszaszorításában,
de csak az éberség és a tanulási
készség csökkentése árán.

Nagy reményekre jogosított a
thyreoida-kezelés. Az első kísérle-
tek látszólagos sikere után a kellő
kontrollal rendelkező vizsgálatok-
ban a pajzsmirigy-hormon teljesen
eredménytelennek bizonyultak. Ha-
sonlóképpen nem váltak be a hypo-
physis-kivonatok sem. Nem vezet-

tek javuláshoz a vitamin-kúrák
sem, kivéve azokat a ritka eseteket,
amelyekben valamely hypovitaminó-
sis állt fenn.

A Down-kórosok alacsony serum
serotonin-szintje alapján remé-
nyekkel kecsegtetett a serotonin,
vagy precursora, az 5-hydroxytry-
ptophan adása. *Bazelon* és mtsai
(Lancet 1967, 1, 1130) valóban ked-
vező akut hatásról számoltak be:
csökkent az izom-hypotonia és a
nyelvöltögetés, nőtt a gyermekek
aktivitása. Az utánvizsgálatok
azonban csalódást okoztak: az 5-
hydroxytryptophannak, vagy trypt-
taminnak hosszabb távon semmi-
lyen kedvező tartós hatása sem
volt.

Az értelmi fogyatékoság kezelé-
sében széles körben alkalmazott
glutaminsav kérdése még nem le-
zárt, de Down-kórosban feltehetőleg
hatástalan.

Az embryonalis sejtek (siccacell)
stimuláló hatásáról az USA-ban
nincsenek tapasztalatok, mert ott
tilos ezt a terapiát alkalmazni.
Azokban a vizsgálatokban, ahol
megfelelő kontroll csoportot is nyo-
mon követtek, a kezelésnek semmi-
féle kedvező hatását nem észlelték.

Több próbálkozás történt kom-
binált hormon, vitamin és ásványi
só adásával, de meggyőző javulást
ezekkel sem találtak.

A különböző kezelésekre eredmé-
nyét nehéz lemérni, mert többnyire
kellő kontroll csoportok és standar-
dizálás nélkül végezték a vizsgá-
latokat. Ugyanakkor erősen zavarnak
a pszichés, szubjektív tényezők is; a
therapia megkezdése után fokozot-
tan figyel gyermekekben a szülők
és a kutatók is hajlamosak gyors
javulást észlelni, igaz, hogy ez vak
kísérletben a placeboval kezelt be-
tegeknél is előfordul.

A Down-betegségben gyógyszeres
kezeléssel egyelőre nem lehet lé-
nyeges javulást elérni. A további
kutatásnak jól megtervezett, alapo-
san kontrollált vizsgálatokkal kell
újabb gyógyszerek hatását tisztá-
zni. Méhes Károly dr.

**Choriomeningitis lymphocytica
által okozott diaplacentalis fertőzé-
sek.** Ackermann, R. (Abt. Virologie
Nervenklinik, Köln): Münch. med.
Wschr. 1976, 118, 689—690.

A terhesség alatt lezajlott choriomeningitis lymphocytica magzati károsodásokat okozhat, amint arra 1955-ben Komrover és mtsai felhívták a figyelmet. A szerző, Körver, Turss, Wonne és Hochgesand 1971-ben és 1972-ben észlelték anyai choriomeningitis lymphocytica (CML) fertőzések után született gyermekeken hydrocephalus inter-nust és chorioretinitist. Mindkét fertőzés aranyhórcsóg közvetítése által keletkezett. Jelen munkájukban terhes majmokon végzett kísérletes CML fertőzések eredményeiről számolnak be. Megállapítják, hogy a terhesség első felében lezajlott fertőzés a magzatban különböző fejlő-

dési rendellenességeket eredmé-
nyez, a terhesség második felében
agy- és szembetegségek alakulnak ki.
Az NSZK-ban évente kb. 1000 CML
esetet észlelnek, melyek forrása a
közönséges házigér. Hasonló ve-
szélyt az aranyhórcsóg is jelent. Bi-
zonyítható, hogy a CML vírusa
diaplacentalisan átjut a magzatba
és arra nézve jelentős veszélyt je-
lent. Az anyai infectio diagnosztizá-
lása nem mindig lehetséges, így a
magzati veszélyt nem lehet pontos-
san felismerni.

Berkessy Sándor dr.

Csecsemő- és gyermekgyógyászat

**A gyermekkori vesicoureteralis
reflux klinikai és radiológiai szem-
lélete.** G. Vlatković és mtsai (De-
partment of Nephrology and De-
partment of Pediatric Radiology,
Childrens University Hospital
„Salata”, Zagreb.): Europ. J. Pediat
1976, 122, 281—288.

A szerzők a hugyuti (hu) obst-
ructiók és malformatiók gyanúja,
valamint a recurráló hu. infectiók
miatt 1321 cystourethrogrammot
végeztek el. Vizsgálataik során 300
vesicoureteralis refluxos (vur.) be-
teget észleltek. A vur. ismert ve-
szélyei (pyelonephritises hegese-
dés, a veseparenchyma nyomásos
atrophiája) miatt ezen állapot tü-
zetesebb klinikai és radiológiai
elemzését tűzték ki céljuknak.

A statisztikai összesítés során
kiderült, hogy anyagukban a leány-
nyok aránya háromszorosa a fiúké-
hoz képest. A vur. kb. 60⁰/₀-ban a
6 év alattiakon észlelhető; ugyan-
ilyen arányban unilaterális, és túl-
nyomóan a bal uretet érinti. A
reflux a legtöbb esetben egyetlen
eltérésként jelentkezett, ami az
ureter szájadék durva hibájára
utal.

Tapasztalataik alapján az urete-
ralis eltérések szerint, valamint a
pelvicalealis rendszer és a vese-
parenchyma állapotától függően a
vur.-t négy fokozatra érdemes osztá-
ni. Az elsőt a visszafolyás az
uretert, a másodikban már a pel-
vicalealis rendszert is érinti. A
harmadik fokozatban a refluxon
túl nyilvánvalókká válnak a felső
hu. rendszer szélességbeli, alaki és
perisztaltikus elváltozásai. Az utol-
só csoportban pedig a durva tor-
zulásokon és a dilatióon túl a pel-
vicalealis rendszer kifejezett duzza-
nata, valamint a veseparenchyma
zsugorodása észlelhető. E kategóri-
zálnak megfelelően vur. eseteik
1/4-ét már a 3. és 4. típusba kellett
sorolniuk. Ezen súlyosabb betegek
cystoscopiás vizsgálatok kiderült,
hogy a hólyaggyulladás a 3. fokoza-
tú csoportban 3/4 részben, a 4. fo-
kozatúakban minden esetben elő-
fordult. Az ureter szájadék anomá-
liáját a 3. típusban 5/6 arányban, a
4. típusban mindenkin észlelték.
Míg a 3. típusban a koncentráció
2/3, a phenolsulphophthalein teszt
közel 1/2, a creatinin clearance 2/5,

a fehérjementes serum nitrogén 1/5 arányban — a 4. típusban a koncentráció és a phenolsulphophthaléin teszt csaknem minden esetben, a creatinin clearance és a fehérjementes serum nitrogén $\frac{2}{3}$ részben volt kóros.

Az igen súlyos anomáliákat és az idegen testes betegeket kihagyva 61 refluxos gyermeket 8 hónapig konzervatív kezelték. Míg a 3. és 4. típusúak leg többjénél a vur. persistált, addig a 28 gyógyult nagyrészt az alacsonyabb fokozatúak közül került ki.

Eredményeik alapján a szerzők a vur. tipizálását a súlyosság mértékének rögzítésén túl éppen a terápiás teendők érdekében tartják szükségesnek. Tapasztalataikból kiindulva az 1. és a 2. típusban a konzervatívumot javasolják, avval a megszorítással, hogy a 2. csoport a 6 hónapos antibiotikus kúra után radiológiai kontrollt igényel. A súlyosabb esetek korrekt kezeléséhez a cystoscopiás vizsgálatot nélkülözhetetlennek tartják, mivel egyes anomáliák pontosabb felismerése már a reflux irreverzibilitására utalhat. Állásfoglalásuk szerint a műtét ideje akkor optimális, ha még az ureter, vagy a vesemedence tágulatát, illetve a veseszövet károsítottóságát megelőzi. A 4. típus mindig sebészti beavatkozást igényel, hiszen ezt csaknem kizárólag húgyúti malformatio idézi elő.

Wilhelm Ottó dr.

A húgyúti infectio jelzése a 3–5 év közötti korcsoportú leányoknál az anya által használt nitrít indikátor csík segítségével. Kunin, C. M. és mtsai (Medical Service, Veterans Administration Hospital, Departments of Medicine and Urology, University of Wisconsin, School of Medicine, Madison.) Pediatrics, 1976, 57, 829–835.

Az iskoláskor előtti években a vizelet egzakt bakteriológiai vizsgálatához a mintavételt leghibátlanabbul csak a suprapubikus punctió útján nyerhetjük. Azonban sem így, sem pedig a tisztán ürített vizeletből a „dip slide” (merített lemez) módszerrel végzett csíraszámolás nem felel meg a kiterjedt szűrések feltételeinek munkaigényessége, technikai követelményei, valamint költségessége miatt. Ezért a plasztik csíkra erősített nitrít indikátor lemez ma a tömeges szűrések legalkalmasabb eszköze, bár természetesen csak a nitrifikáló, azaz Gram negatív baktériumok jelenlétét igazolja.

A Madison—Dane megyében a szerzők, a saját és a többi tömegkommunikációs lehetőség felhasználásával 1974 novemberében a 3–5 éves leánypopuláció 21%-át sikerült átvizsgálni oly módon, hogy három egymást követő reggeli, tehát első vizeletbe a teszteszköt az anya belemártotta. A közel 1600 kisleány közül 18 esetben (1,1%) észlelték a szülők elszíneződést. A

céltott populáción kívüli korcsoport pozitivitása 2,7–4,7% között mozgott. Az így kiválogatott további 8 gyermeket is a kórházba rendelték és tisztán levett vizeletmintáikból lemezöntéses módszerrel csíraszámolást végeztek. Utólag 5 esetben téves pozitívítást észleltek, mivel ezek ismételt kultúrái negatívak lettek, és az üledékben sem láttak gennysejteket.

Az asymptomatikus, vagy preklinikai beteganyagban azonban még vagy pyuriát, vagy korábbi húgyúti infectio eseményt is kiderítettek. Egyharmad részükben pedig már immunglobulinnal bevont baktériumokat is láttak immunfluorescein mikroszkópos technikával; ez mai ismereteink szerint a veseszövet károsítása nyomán kialakult védekezői mechanizmus jele. Az urológiai vizsgálatok során 23 gyermekben végezték el az iv. urographiát, illetve mictiós cystourethographiát. Ezen eljárások alapján kehelytágulat 2, vesicoureteralis reflux 5, szűk urethra, vagy meatus stenosis 10 kisleánynál derült ki. A 24 identifikált baktériumtörzsből 22 E. Colinak bizonyult.

A szerzők végül hangsúlyozzák az olcsó, egyszerű, biztonságos találati arányt garantáló eljárás hasznosságát, mely nem igényel sem laboretographiát. Ezen eljárások alapjához egészségügyi személyzetet. További fontos előnye az, hogy otthon végezhető és ezáltal is hozzáférhetőbbé teszi a szűrést ebben, a koránál fogva nehezen vizsgálható populációban. Wilhelm Ottó dr.

Vizelettenyésztés hólyagpunctió segítségével. E módszer összehasonlítása a vizelet középső harmadának felhasználásával. Parra Hernandez, R., Perez-Stable, M., Iglesias, F. (Hosp. Infant. „A. Aballi” La Habana, Kuba): Rev. Cuban. Pediatr. 1976, 48, 125–136.

A szerzők 104 gyermek vizeletének flóráját vizsgálták hólyagpunctióval és a vizeletminta középső sugarának felhasználásával párhuzamosan. 60 páciens 2 évnél fiatalabb volt, 44 páciens 2 és 14 év között. Az eredmények 80 esetben azonosak voltak, 24 esetben nem. Punctióval a következők mikrobák tenyésztettek ki: E. coli 11-szer, Proteus 4-szer, Aerobacter 1-szer, Staphylococcus aureus 1-szer, Citrobacter 1-szer. A vizelet középső részéből a következők voltak kimutathatók: E. coli 12-szer, Proteus 6-szor, Aerobacter, Pseudomonas, Staphylococcus aureus és Citrobacter 1–1 alkalommal.

A hólyagpunctiók következtében soha sem tapasztaltak szövödményt, ezért ezt a módszert olyan alkalmakkor, ha nem lehet a vizelet második részéből megbízható mintát nyerni, alkalmazhatónak tartják a minőségi vizsgálat céljaira.

Nikodemus István dr.

A glomerulonephritis alakváltozása. G. Hüttig, D. Gekle (Egyetemi Gyermekklinika, Würzburg, NSZK): Mschr. f. Kinderheilk. 1977, 125, 185.

Míg a gyermekkori klasszikus akut glomerulonephritis egyre ritkábbá vált az évek folyamán, addig több oligosymptomás formát diagnosztizálnak. Ezeknek az eseteknek morfológiailag akut, vagy krónikus forma egyaránt megfelelehet. Ezt igazolta 1969–75 között a würzburgi gyermekklinikán elvégzett 133 percutan vesesebiopsia, amely 2–14 éves korú betegeken történt. Glomerulonephritis diagnosisa 76 esetben igazolódott. Ezek közül mindössze 11%-ban (8 esetben) zajlottak le glomerulonephritis típusos akut poststreptococcusos klinikai tünetei (makrohaematuria, proteinuria, A. S. T. titer emelkedés, latens oedema, hypertensio). Hat betegben zajlott le megelőző angina vagy scarlatina, ill. bronchitis. A továbbiakban 7 beteg Henoch—Schönlein betegségben szenvedett, míg a többi 61 (80%) csak mono- vagy oligosymptomás betegségben, elsősorban haematuria, vagy proteinuria tünetével. A betegek túlnyomó többsége fiúgyermek. 76 nephritiszes beteg biopsiás veseszöveti elváltozása Thoenes besorolása alapján a következő volt: 7 poststreptococcus nephritis esetében könnyebb diffúz glomerulus elváltozásokkal korai exsudatív-proliferatív stádiumig. Ezzel szemben a 61 oligosymptomás esetben a kórszöveti lelet a focalis-segmentalis sclerotizáló glomerulonephritis minden variációját bemutatta, a minimális elváltozástól a súlyos alakig. Egy alkalommal semmiféle kórosat nem találtak, a 7 Henoch—Schönlein nephritis esetében pedig nagyjából a focalis-segmentalis proliferatív glomerulonephritis ismert képét nyerték. A klinikai tünetek és a morfológiai substratum közötti korreláció nem volt található, de meg kell jegyezni, hogy míg a postinfectiós típusos glomerulonephritis képeben lezajló esetekben általában diffúz, de mérsékelt glomerulus laesiókat találtak, addig a mono-, ill. oligosymptomás betegek vesesebiopsiás szövétani leletében diffúz intra- és extracapillaris proliferatív elváltozásokat és focalis-segmentalis sclerotizáló formát egyaránt.

Nem valószínű, hogy a nephritis visszavonulásának vagy formaváltozásának oka a streptococcus patogénitásának megváltozása (enyhülése) lenne, inkább feltehető, hogy az ok az antibioticumok streptococcus infectiók esetén való széles körű alkalmazása. Hasonló a helyzet manapság a scarlatinával és a febris rheumaticával. — Másrészt a régebben „idiopathikus haematuria”-nak nevezett oligosymptomás megbetegedést ma már glomerulonephritisnek tartjuk a szövétani lelet alapján. Ezért nő-

vekszik a vesebiopsia jelentősége. Végül ismét felmerül a glomerulonephritis aetiológiájában más bacteriumok vagy vírusok kórokozó jelentősége a streptococcuson kívül. Az utóbbira utal, hogy a post-streptococcus nephritisek esetében több alkalommal mutattak ki magas títret Epstein-Barr, valamint Cossackie vírus különböző típusaival szemben.

Vadász György dr.

Gyermekek gümős agyhártyagyulladás az INH előtt és azóta. Mintz, A. A. (Gener. Hosp., Dallas): Sth. Med. J. 1976, 69, 1051—1062.

A tuberkulin pozitív egyedek chemoprophilaxisa meglehetősen elterjedt és eredményes. A szerző a pozitívoknak a kontaktokra gyakorolt hatását vizsgálta, ez gyermekkorban a gümős agyhártyagyulladásban is megnyilvánul. 1950-ben 806 700 egyént ellenőrzött, az ellenőrzéseket évente folytatta 1974-ig, amikor is 1 741 912 ember került vizsgálatra.

64 meningitis tuberculosában szenvedett gyermek adatait szedték össze, a betegséget akkor tekintették bizonyítottnak, ha: 1. pozitív volt a tuberkulinpróba, s a liquorlelet megfelelt a képek, 2. ha a liquorból kitenyészett a M. tuberculosis és 3. ha a bonclelet megfelelő volt.

A betegek közül 53 fiatalabb volt két évnél, 48 reagált tuberkulinra, 5 nem, és 11 esetben nem jegyezték fel az eredményt. 1950—1955 között a betegek kezelésére streptomycint és PAS-t használtak, ekkor 38 beteg közül 5 halt meg. Azóta 18 éven át INH-val végezték a kezelést, ebből az időből 21 beteg közül 5 halt meg. Az 1957 óta kezelt 22 beteg közül 14-nek károsodott a központi idegrendszere.

A halálozás csökkenése drámainak mondható, 1957-ig 42 halálos eset volt Texasban gümős agyhártyagyulladás miatt, 1966—73 között csak 9.

A szerző javasolja, hogy kiterjedten ellenőrizzék az iskolai személyzetet, a fiatalok védelme szempontjából ez döntő.

Nikodemusz István dr.

A gyermekkori subacut bacterialis endocarditis orális kezelése. B. Phillips, G. H. Watson (Royal Manchester Children, Hospital, and Dept. of Child Health Manchester University): Arch. Dis. Child. 1977, 52, 235.

Az endocarditis lenta klinikai és bacteriológiai spectruma az utóbbi húsz évben sokat változott: a fiatal felnőt korból az idősebb korosztályok felé tolódott; szokatlan kórokozók jelentek meg, és invazív szövődmények alakultak ki. A gyermekkorban észlelt kórokozók közül változatlanul a streptococcus

viridans a leggyakoribb, mellette a staphylococcusok és enterococcusok játszanak — kisebb — szerepet. Az esetek 90%-ában congenitalis cardiovascularis megbetegedés szerepel az anamnesisben. A megfigyelők nagy része még ma is a betegség parenteralis kezelése mellett kardoskodik a következő okokból: 1. A múlt eredményes tapasztalatai; 2. ma is akadhat olyan infectio, amelynek kórokozója ellen csakis parenteralisan adható antibioticum a legeredményesebb; 3. orális antibioticumok inkább vezetnek gyomor- bél panaszokhoz; 4. a betegek otthon esetleg nem szedik a gyógyszert; 5. a bélből netán rosszul szívódnak fel egyes orálisan adott gyógyszerek. — Ezzel szemben a szájon át adható antibioticumok előnye a hosszas injectiós kúrával szemben a fájdalom és a gyermek velejáró félelmének hiánya, továbbá oltási szövődmények (abscessus, thrombophlebitis, sepsis) kizárása. A szerzők tapasztalata szerint az orális kezelés 11 betegük 14 kúrája során kitűnően bevált. A gyógyszerek elsősorban semiszintetikus penicillin fajták voltak. A kezelés megkezdése előtt a haemocultúrákból 8 esetben streptococcus viridans, 3-ban egyéb strepto- ill. enterococcus, három esetben pedig staphylococcus tenyésztett ki. A betegeket hetekig kórházban kezelték, csak lényeges javulás után folytatták otthon a kúrát — gyakori orvosi ellenőrzés mellett. — Több esetben mérték az orálisan adott antibioticum serum koncentrációját és azt megfelelőnek találták. Az orális kezelés nem okozott szövődményeket a kezelt gyermekeken: sem étvágytalanság, sem hányás vagy hasmenés nem alakult ki, sem más bacteriumokkal való „felülfertőzés”. Relapsusok néhány esetben — csakúgy mint a parenteralisan kezelteknél — évek múltán itt is előfordultak. Mivel azonban ilyen alkalmakkor a kórokozó mindig más volt mint eredetileg, bizonyosan nem az „inadequat” kezelés volt a relapsus oka. — A régebbi hosszadalmas kúrák helyett manapság általában a 4—6 hetesek látszanak célszerűnek.

Vadász György dr.

Erythema infectiosum és encephalopathia. C. B. Hall, F. A. Horner. [Dept. of Pediatrics, University of Rochester (NY.) School of Medicine]: Am. J. Dis. Child. 1977, 131, 65.

A benignus erythema infectiosum („ötödik betegség”) a szakirodalomban egyre nagyobb teret kap; az O. H-ban is részletesen tárgyalta egy dolgozat (1977, 118, 1277). Ezért klasszikus klinikai tüneteit itt csak röviden említjük: scarlatiniform exanthemák testszerte, „felkért arc”. A tünetek gyakran átmenetileg megszűnnek, majd visszatérnek; szövődményként csak igen elvétve említenek arthritist, arthral-

giát, pneumoniát, haemolytikus anaemiát, és az eddigiekben mindössze egy esetben encephalitist.

A szerzők egy 9 hónapos csecsemő esetében az erythema inf. és az encephalopathia klinikai képe egy időben alakult ki. A liquorban méréselt fehérjeszaporulaton kívül egyéb kórosat az ismételt vizsgálatok során sem találtak. Az encephalopathia klinikai tüneteit generalizált görcsrohamok, hányás jelezték; EEG-elváltozásokat szintén észleltek. Bacteriumot vagy vírust nem sikerült kimutatni. Betegsége lezajlása után egy évvel a gyermek jelentős psychomotoros retardációt találtak.

Természetesen felmerül annak lehetősége, hogy a két betegség egyidejű kialakulása szövődményeszerű-e, vagy véletlen? Ugyancsak felvetődik a régen vitatott kérdés: azonos betegség-e az erythema inf. és a rubeola? Az igenlő választ erősíti, hogy van, aki az esetek 10%-ában rubeola-vírust izolált, továbbá, hogy rubeolában és erythema inf.-ban egyaránt előfordul arthralgia és arthritissel felnöttekben; végül, hogy rubeolában ismert az encephalitis szövődmény.

Vadász György dr.

Akupunktúra

Az akupunktúra kritikája. G. Dotzauer (Institut für Rechtsmedizin der Universität, 5000 Köln 30, Melatengürtel 60—62, BRD), O. Prokop (Institut für Gerichtliche Medizin der Universität, DDR-1040 Berlin, Hannoversche Strasse 6): Deutsche Medizinische Wochenschrift, 1978, 103, 470—477.

A szerzők kommentálják az akupunktúra jelenlegi divatját, amely különösen a műtési fájdalomcsillapítás terén bontakozott ki. Ezt a divatot károsnak tartják, az akupunktúra ártalmaira hívják fel a figyelmet. Az akupunktúra hívói hajlamosak arra, hogy megfeledezzenek a szugesztióra, hisztériára, hipnózisra és a placebo-problematikára vonatkozó ismereteinkről.

Ugyanakkor az orvoslás történelmével foglalkozók jól ismerik az ilyen fajta divatok jelenségét. Az első hasonló orvosi divat a mesmerizmus volt, amely később a hipnózis fogalmkörébe vonódott. A mesmerizmus is fantasztikus, a korabeli orvoslás számára érthetetlen hatásmechanizmusokat és különleges gyógyeredményeket tételezett fel. Különösen a fájdalomcsillapítás terén állítottak eredményeket. Műtéteket végeztek hipnotikus fájdalomcsillapításban, köztük nagyon komoly, és általában igen fájdalmas műtéteket.

Ez az akupunkturával elért fájdalomcsillapítás megítéléséhez fontos adalék lehet. Különösen akkor, ha hozzávesszük, hogy műtéteket mindenféle hipnózis vagy szugesz-

tió nélkül is végeztek már, és autogén training segítségével is elérte J. H. Schultz 1500 esetének felében a fájdalomérzékenység csökkentését. Ez arra mutat, hogy az akupunktúrával elért fájdalommentesség eseteiben be kellene bizonyítani a specifikus többletet a szuggesztív és hipnotikus fájdalomcsillapítással szemben.

A szerzők megemlítik a hiszterohipnózis fogalmát, amely azt jelenti, hogy meghatározott személyiségstruktúrák esetében hipnotikus hatások jöhetnek létre, amelyek nem járnak együtt a tudat beszűkülésével. Ilyenfajta hatások szélsőséges lelki szituációkban hipnózis nélkül is kialakulhatnak. A hisztériás lelkiállapotok, különösen a fájdalom iránti érzékenység csökkentése hasonlóak az akupunktúrával elért eredményekhez, ezt a szerzők összehasonlító táblázatban mutatják be.

Az akupunktúrás fájdalomcsillapítás művelői mindinkább áttérnek az elektrostimulációra, ezzel azonban abba is hagyják az akupunktúrát, hiszen ezáltal a beszűrési pontok specifikus jellege érdektelenné válik, az áram ugyanis más pontokon és „meridiánokon” is áthalad, a hatásban pedig a beidegzési szegmentumok ingerlése játszik szerepet.

A szerzők szerint az akupunktúrának a beszűrési pontoknak nincs jelentőségük. Az akupunktúra alkalmazása hasonlít a homöopathiához, és tartalmazza a homöopathikus gondolkodás minden hibáját. A szerzők ezt is táblázatban ábrázolják. Egy táblázat a szakirodalomból azokat az idézeteket sorolja fel, amelyek az akupunktúra hatásának és a placebo-hatásnak azonoságát bizonyítják a hyp- és analgesia területén.

Külön részletezik a szerzők az akupunktúra veszélyeit, ezek egy része közvetlenül a beszűrésből származik, más része a szükséges orvosi beavatkozások elmaradásából. A szerzők intenek az akupunktúra óvatlan alkalmazásától és dívatjának terjedésétől, következtéseikben az eljárás szabályozását, korlátozását igénylik.

A cikk 95 irodalmi hivatkozás alapján készült, ezek túlnyomó többsége az utóbbi 3—4 évből származik, nagyjából amerikai szerzők munkája. Buda Béla dr.

A krónikus fájdalom kezelése intracerebrális stimulatorokkal.
Mundinger, F. (Abteilung Stereo-

taxie und Neuronuklearmedizin, Abteilungsgruppe, Neurochirurgische Universitätsklinik im Klinikum der Universität Freiburg im Breisgau): Dtsch. med. Wschr., 1977, 102, 1227—1229.

A szerző új módszert alkalmazott a más, esetenként destruktív műtéti megoldások után is fennálló krónikus intractabilis fájdalom kezelésére. Összesen 9 (a közlemény megjelenéséig pedig további 11) betegbe implantált stereotaktikus módszerrel 4 pólusú igen finom (0,65 mm átmérőjű) intracerebralis elektródát, melyet substernalisan beültetett kisméretű érzékelővel kötött össze. A rendszert a beteg önmaga, tetszés szerint aktiválhatja az érzékelő fölé a bőrre helyezett, kör alakú antennával ellátott kis teleskopos stimulator bekapcsolásával. A stimulatio időtartama 20—30 perc, s előzetes tesztelesek során beállítható az optimális frekvencia (50—200 Hz között) és a feszültség (2—15 V közt).

Minden esetben el lehetett érni különböző fokú fájdalomcsillapítást, a legjobb eredményt a medialis mesencephalicus lemniscus, a sensoro-motorikus thalamus magvak stimulációja adta. A 21 hónapos megfigyelési időszak során az egyszeri stimulálás hatása átlagosan 7 órán át tartott, s a betegek által naponta 3-szor végzett stimulálás elegendőnek bizonyult. Az egy esetben észlelt átmeneti oculomotorius paresisen kívül más szövődeményt eddig nem észlelt.

Mivel a módszer reverzibilis és nem destruktív jellegű, s lényegét tekintve funkcionális stimulációs technika, alkalmazása a krónikus intractabilis fájdalom kezelésében előnyösebb, mint az irreverzibilis coagulációs módszer.

[Ref.: A módszer bevezetésének jelenleg sokkal nagyobb az elméleti, mint a közvetlen gyakorlati jelentősége. Ugyanis újabb közvetlen bizonyítékot ad arra vonatkozóan, hogy emberben a központi idegrendszer bizonyos struktúráinak elektromos stimulációjával analgesia kiváltható.]

A technika tulajdonképpen egyen folytatása a Melzack—Wall-féle „gate control” teórián alapuló és azt alátámasztó elektrostimulációs módszereknek (a perifériás idegek transcutan stimulációja, valamint a „dorsal column stimulation” = DSC). Ezek határfoka a szerző által is idézett irodalmi adatok szerint 10—60% közt mozog. Nem sokkal jobb az „ultima ratio”-ként 1954 óta alkalmazott,

thalamus- és köztiagy-struktúrák stereotaktikus coagulációjának effektusa sem (32% a fantom-fájdalmak, 42% a herpes zoster neuralgia, 70% a thalamus-syndroma, 90% a malignus tumorok okozta fájdalmak esetén). E számadatokból nem annyira az egyes módszerek hatásosságára vagy kevésbé hatásos voltára lehet következtetni, mint inkább a krónikus fájdalom syndromák komplex jellegére.

Bár az esetek száma aránylag kevés, az eredmények figyelemre méltók, mert a szerző olyan esetekben alkalmazta az intracerebralis stimulációt, amelyekben vagy a DCS módszer, vagy a destruktív stereotaktikus coagulációs módszerek valamelyike előzetesen már hatástalannak bizonyult.]

Boros Mihály dr.

Akupunktúrát követő hepatitis West Midlandsban 1977-ben. Szerk. közl. Brit. med. J. 1977, 2, No. 6102, 1610.

Birminghamban egy akupunktúrát alkalmazó klinikán 1977-ben 34 személy betegedett meg hepatitis B-infécióban kezelésük után. 27 esetben a serológiai vizsgálatok hepatitis-B-surface antigen (HB_s Ag) igazoltak. 3 frissen fertőzöttben core-antigen elleni antitestet (anti-HB_c), vagy surface antigen elleni antitestet (anti-HB_s), vagy mindkettőt találtak. 4 betegnek a serológiai vizsgálatát nem végezték el. A fentieken kívül 2 másodlagos esetet is megfigyelték: az egyik beteg barátnőjét és egy másik feleségét.

Az epidemiológiai vizsgálatok feltárták, hogy a klinika 1976 második felében ápolott egy vírus hordozót, aki a fertőzés forrása lehetett. A betegek legtöbbje az év első felében feküdt a klinikán, általában 2 hétig. A sárgaság 1977 januárjától novemberig jelentkezett.

A vírus átvitele üreges injekciós tűkkel történhetett, amelyekkel az akupunktúrát végezték. Ezenkívül a sterilizálásukat is elhanyagolták, amint ez a betegek beszámolójából kitűnik.

A hepatitisesek mindegyike meggyógyult, és legtöbbjük serológiai-lag is negatív lett HB_s Ag-re.

1977 júliusában a közegészségügyi hatóságok az alapvető hygiénés feltételek biztosításával elejét vették a további fertőzésnek.

Péter Károly dr.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

(237/c)

Pest megyei Közegészségügyi-Jár-
ványügyi Allomás igazgatója (1428 Bu-
dapest VIII., Stáhy u. 7.) pályázatot
hirdet a dabasi Járási Közegészségügyi-
Járványügyi Kirendeltségen megürese-
dett vezető állami közegészségügyi-jár-
ványügyi felügyelői állásra.

Az álláshoz kétszobás összkomfortos
tanácsi bériakás biztosított.

Az állás betöltésénél közegészség-
tanjárványtan képesítéssel rendelkezők
előnyben részesülnek.

Pályázhatnak más szakorvosi képe-
séssel rendelkezők, általános orvosok is.
Szakorvosoknak egyes szakokon (fül-
orr-gégészet, gyermekgyógyászat, ideg-
gyógyászat) rendelőintézeti foglalkoztatás
mellékkálásban biztosítható.

A pályázati kérelmet a szolgálati út
betartásával 1428 Budapest VIII., Stáhy
u. 7. címre kérem beküldeni.

Madár János dr.
igazgató

(238/b)

A Budapest XXI., Tanács Egyesített
Gyógyító-Megelőző Intézmény igazgató
főorvosa (1751 Budapest XXI., Déli u.
11.) pályázatot hirdet a járóbetegellátás
területén traumatológiai utókezelő ve-
zető főorvosi állásra.

Az állás betöltéséhez sebész, baleseti,
vagy orthopaed sebész szakorvosi képe-
sítés szükséges.

Mittler István dr.
főigazgató főorvos

(239/b)

A Budapest XXI., Tanács Egyesített
Gyógyító-Megelőző Intézmény főigaz-
gató főorvosa (1751 Budapest XXI., Déli
u. 11.) pályázatot hirdet a Bőr- és Ne-
mbetegrendelő Intézet vezető főorvosi
állásra.

Képesítés és bérezés a 3/1977. (VIII.
19.) EÜM-MüM számú együttes rende-
letben foglaltak szerint.

Mittler István dr.
főigazgató főorvos

(240/b)

Az Egercsehi Községi Közös Tanács
elnöke (Egercsehi 3341 Április 4. út 8.)
pályázatot hirdet a megüresedett
Egercsehi II. körzeti orvosi állás be-
töltésére.

A körzet lakossága 1600 fő, melyből
Bekőice kapcsolt községre 100 fő esik.
A kapcsolt község a székhely községtől
3 km távolságra van.

Illetmény az érvényben levő bérutasi-
tások szerint, szolgálati időtől függően.
Hétvégi ügyelet az 1 km-re levő
Egercsehi I. sz. körzettel felváltva
megoldható.

2 szobás, komfortos, a rendelővel egy
épületben levő szolgálati lakás áll ren-
delkezésre.

Nagy Józsefné
tanácselnök

(243/b)

Budapest Főváros XXI. Tanács Egye-
sített Gyógyító-Megelőző Intézmény
(1751 Budapest XXI., Déli u. 11.) fő-
igazgató főorvosa pályázatot hirdet a
járóbetegellátás területén megüresedett:

- 1 fő EKG szakorvosi,
- 1 fő reumatológus szakorvosi,
- 1 fő laboratóriumi szakorvosi,
- 1 fő röntgen szakorvosi,
- 1 fő ideggyógyász szakorvosi,
- 1 fő szülés-nőgyógyász szakorvosi,
- 1 fő körzeti orvosi,
- 1 fő bőrgyógyász szakorvosi állásra.

Az illetmény megállapítása a kulcs-
számok megfelelően, a szakképzettség
és szolgálati idő figyelembevételével
történik.

Mittler István dr.
főigazgató főorvos

(244/b)

Budapest XXI., Tanács Egyesített
Gyógyító-Megelőző Intézmény (1751 Bu-
dapest XXI., Déli u. 11.) főigazgató fő-
orvosa pályázatot hirdet a kórház rtg
osztályán megüresedett 1 fő rtg szakor-
vosi állásra, változó munkahellyel.

4 évet meghaladó szakorvosi képe-
sítés esetén adjunktusi kinevezés is szó-
ba jöhet.

Az alkalmazás és bérezés feltételeit a
fennálló rendelkezések határozzák meg.

Mittler István dr.
főigazgató főorvos

(246/b)

Egyek Községi Tanács V. B. Szak-
igazgatási Szerve (4069 Egyek, Vörös
Hadsereg útja 13., debreceni járás) pá-
lyázatot hirdet a nagyközösségben üresen
levő védőnői állásra.

Illetménye a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM-
MüM együttes rendelet alapján.

Lakás biztosítva van.

Az állás azonnal elfoglalható.

Jámbor Endre dr.
járás főorvos

(254/b)

Budapest XXI., Tanács Egyesített
Gyógyító-Megelőző Intézmény főigaz-
gató főorvosa (1751 Budapest, Déli u.
11.) pályázatot hirdet a járóbetegellátás
fül-orr-gégészeti szakrendelésén meg-
üresedett 1 fő gégész szakorvosi állás
betöltésére.

Szakorvosi képesítés hiányában gégé-
szeti gyakorlattal rendelkezők is pályáz-
hatnak.

Bérezés a jelenleg érvényben levő
utasításnak megfelelően, megegyezés
tárgyát képezi. Az állás azonnal betöl-
tethető.

Mittler István dr.
főigazgató főorvos

(255/a)

Budapest XXI., Tanács Egyesített Gyó-
gyító-Megelőző Intézmény főigazgató
főorvosa (1751 Budapest, Déli u. 11.) pá-
lyázatot hirdet a járóbetegellátás moz-
gászervi rendelésén 1 fő reumatológus
szakorvosi állás betöltésére.

Szakorvosi képesítés hiányában rum-
matológus gyakorlattal rendelkezők is
pályázhatnak.

Bérezés a jelenleg érvényben levő
utasításnak megfelelően, megegyezés tár-
gyát képezi. Az állás azonnal betöl-
tethető.

Mittler István dr.
főigazgató főorvos

(256/a)

A Kőbányai Gyógyszerárnyagár felvé-
telei keres Orvostudományi osztályára
egy klinikai farmakológiai gyakorlattal
rendelkező vagy a téma után érdeklődő,
új gyógyszerek értékelésében járatos
lehetőleg szakképesítéssel rendelkező
több idegen nyelvet társalgási szinten
ismerő orvost.

Önéletrajzot jelentkezést a Személy-
zeti Főosztályra kérünk 1475 Budapest
10. Pf. 27. Telefon: 273-047.

Sós János
munkaügyi és szociális
főoszt. vez.

(262)

A Nagykőrösi Városi Tanács Kórház-
Rendelőintézet igazgató főorvosa (2750
Nagykőrös, Fáskert u. 1.) pályázatot
hirdet a fül-orr-gége osztályon áthelye-
zés folytán megüresedett 1 fő másod-
orvosi állásra.

Az állást kezdőorvos is betöltheti. A
lakás megbeszélés tárgyát képezi.

Illetmény a szolgálati idő és szakkép-
zettség figyelembevételével az érvény-
ben levő bérszabály alapján.

Varga Sándor dr.
mb. kórház-ri. igazgató

(263)

Nagykanizsa Városi Tanács Végre-
hajtó Bizottsága nevében pályázatot hir-
detünk a városi kórház-rendelőintézet-
nél elhalalozás folytán megüresedett
2102 ksz.-ú járóbetegellátó igazgató he-
lyettesi állásra, valamint a Városi Ta-
nács V. B. Egészségügyi Osztályon 6108
ksz.-ú osztályvezető helyettesi állásra.

Bérezés a 2/1977. (EÜ. K. 21.) EÜM-
MüM sz. együttes utasítás, illetve a
15/1977. (XII. 1.) MüM sz. rendelet alap-
ján.

A pályázatot a Városi Tanács V. B.
Egészségügyi osztálya részére kérjük
30 napon belül benyújtani.

Nemesvári Márta dr.
osztályvezető

(264)

A Testnevelési Főiskola Tudományos
Kutató Intézete pályázatot hirdet tu-
dományos segédmunkatársi, illetve tu-

dományos munkatársi munkakörbe az
Intézet Élettani Osztályára.

Pályázhatnak dokumentálható tudó-
mányos tevékenységgel, sportismerettel,
és nyelvtudással orvosok, biológusok.

Az intézet alkalmazott humán élettani
vizsgálatokat végez a kardiopulmo-
torikus diagnosztika, az izomszinten tör-
ténő alkalmazkodás területén.

Bérezés a megfelelő kulcsszám szer-
rint.

A pályázatnak az alábbiakat kell tar-
talmaznia:

— önéletrajz, amely tartalmazza a pá-
lyázó eddigi szakmai pályafutását,
eddig munkahelyét, beosztását, fizeté-
sét, érdeklődési területét, nyelvismere-
tét,

— egyetemi oklevél másolata,

— tudományos közlemények jegyzéke.

— erkölcsi bizonyítvány.

A pályázatot jelen hirdetésnyel megje-
lenését követő 21 napon belül kell be-
nyújtani az Intézet igazgatójához az
alábbi címre: Magyar Testnevelési Főis-
kola Tudományos Kutató Intézete 1123
Budapest XII., Győri u. 13.

Nádori László dr.
igazgató

(265)

Komárom Városi Tanács Kórház-
Rendelőintézet igazgató főorvosa pálya-
zatot hirdet a komáromi rendelőinté-
zetben egy fő gyermekszakorvosi állás-
ra, valamint a kórházi belgyógyászati
osztályon egy fő belgyógyász szakorvosi
állásra. A gyermekszakorvosi állás
azonnal, a kórházi belszakorvosi állás
1978. október 1-től foglalható el.

Fizetés a szolgálati idő és a szak-
képesítés alapján a 3/1977. sz. EÜM-
MüM számú rendelet alapján. Mellék-
állás vállalására van lehetőség.

Lakás megbeszélés tárgyát képezi.

Szőnyi László dr.
osztályvezető főorvos
kórházigazgató

(266)

Budapest III. ker. Tanács V. B. Egye-
sített Felnőtt Gyógyító-Megelőző In-
tézmény igazgató főorvosa (1032 Bud-
apest, III., Bécsi út 132.) pályázatot hir-
det a Szakorvosi Rendelőintézetben el-
halalozás folytán megüresedett fogszak-
orvosi állásra.

Illetmény a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM-
MüM számú együttes rendelet szerint.

Pályázati kérelmeket a szolgálati út
betartásával a hirdetésnyel megjelenésé-
től számított 15 napon belül kérem be-
nyújtani.

Markovits György dr.
Kórház-Rendelőintézet
igazgató főorvos

(267)

A Hévízi Állami Gyógyfürdő-kórház
igazgató főorvosa (Hévíz) pályázatot
hirdet 2201-es kulcsszámú, B jelű vezető
főgyógyászati állás betöltésére.

Alapbér: a 3/1977. EÜM-MüM együt-
tes rendelet szerint, szolgálati időtől
függően.

Az intézet lakást biztosítani nem tud.
Pályázati határidő a hirdetés megje-
lenésétől számított 15 nap.

Az állás azonnal elfoglalható.

Strecker Ottó dr.
igazgató főorvos

(268)

A Föv. János Kórház-Rendelőintézet
főigazgató főorvosa (1125 Bp., Diósárok
u. 1.) pályázatot hirdet az alábbi állás-
okra:

2 fő röntgen szakorvosi állásra.

Az állás elnyeréséhez szakorvosi ké-
pesítés szükséges.

1 fő intézeti beosztott gyógyszerészi
állásra.

Pályázhatnak legalább 2 éves diplo-
mával rendelkező gyógyszerészek.
Kórházi gyakorlattal rendelkezők
előnyben részesülnek.

1 fő klinikai pszichológus állásra.

Pályázhatnak 2-3 éves gyakorlattal
rendelkezők, akik a 3/1976. (II. 11.)
MüM-OM-EÜM számú rendeletben és
a 38/1977. (EÜ. K. 25.) EÜM számú uta-
sításban előírt követelményeknek meg-
felelnek.

Bérezés a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM-MüM
sz. együttes rendelete szerint.

Az állások azonnal elfoglalhatók.

Sinkovics Máttyás dr.
főigazgató főorvos



Az akupunktúra problémájáról.

T. Szerkesztőség! Jól tudjuk, hogy nem szokásos szerkesztőségi közleményekkel vitába szállni (Orv. Hetil. 1977, 118, 2627). Mégis erre kényszerülünk, mert e közlemény egy jelenleg is vitatható és nyitott kérdésben meglehetősen egyoldalú elkötelezettséget tükröz. Nyilván ebből az egyoldalú szemléletből adódik az a megjegyzés is: „Nem látjuk továbbra sem bizonyítottnak, hogy a tűszúrásos terápia tényleg több-e, mint placebo hatás vagy szuggesztió. Ezt az alapvető kérdést ugyanis egyik közlemény sem igyekezett tisztázni. Boros Mihály dr. elméleti dolgozata szót ejt ugyan róla, de valójában megkerüli ezt a kérdést.”

Nem kívánunk ismétlésbe bocsátkozni, de e fontos kérdéstről nemcsak szót ejtünk, hanem megfelelő helyeken: így pl. a hatásmechanizmussal kapcsolatos elképzelések közt is — úgy véljük, kellő súllyal és részletességgel — felhívjuk rá a figyelmet. Az irodalmi áttekintést nyújtó dolgozat reálisnak tűnő konklúziója az, hogy ma még nem lehet véglegesen állást foglalni többek közt a hatásmechanizmus kérdésében sem, és így természetes, hogy nyitva kell hagyni, vagy ha úgy tetszik: meg kell kerülni ezt a kérdést. Úgy látjuk, e pillanatban nem lehet mást tenni, és a jelek szerint így vélekedik a szerkesztőség is, amikor a referálásra került anyagát oly módon szelektálta, hogy abban *nem kizárólag* a placebo hatást sugalló közlemények kerültek ismertetésre.

Úgy tűnik, a megoldás kulcsát éppúgy adhatják a suggestióra, az endorfin hatásra, valamint a neurofiziológiai elképzelésekre vonatkozó vizsgálatok. A helyzetet talán jól jellemzi a sokat idézett Melzack és Wall szerzőpáros állásfoglalása: Wall a suggestio mellett adta le voksát, míg Melzack saját ilyen irányú vizsgálataira alapozva úgy véli, hogy az akupunktio beilleszthető a „gate control” teóriába,

Nem szeretnénk íróasztal melletti spekulációkba bocsátkozni, de úgy látjuk, hogy placebo hatást igazoló vizsgálatokban csak a stimulus lokalizációjára fordítanak figyelmet, és nem, vagy lényegesen kevesebbet annak módjára (manuális?, elektromos?), időtartamára és intenzitására. Hogy egy triviális hasonlattal éljünk: ha valaki pl. 10 önkéntesen azt találja, hogy 1 mg morfin nem okozott számottevő hatást, úgy ebből még nem következethet arra, hogy a morfin általában és egészében hatástalan. Másszóval: az objektívnek tűnő vizsgálatokban figyelmen kívül hagynak egy lényeges dolgot: a stimulus dózist.

Igyekeztünk elkerülni, hogy belenyúljunk a terápiás vonatkozásokba, mert ez ingoványos terület. Mégis megjegyezzük: ha csak a szoroson vett terápiás akupunktión van szó, nem értünk egyet azzal, hogy: „Mindenképpen jogos tehát az akupunktúra specifikumát keresni a szuggesztió túlmenően is, mert ez a módszer csak ilyen specifikum bizonyítása esetén válik létjogosulttá”. Ezt még a placebo hatást feltételezők sem állítják. Példaként hadd idézzük a referáló rovatban — nyilván fontossága miatt — kétféle változatban (JAMA és Newsweek) is tárgyalt és „nagyon tárgyilagos”-nak minősített Lee—Modell munkacsoport közleményének konklúzióját: „Másrésről ahelyett, hogy azt mondjuk: a betegek csak 18%-a javult tartósan az akupunktós terápia révén, hangsúlyozható az a tény, hogy az olyan betegek 18%-a, akiknél a nyugati típusú terápia kudarcot vallott, kedvezően reagált az akupunktúra kezelésre”. Így tehát „... az akupunktúra terápiának helye lehet a kezelési eljárásaink közt olyan krónikus fájdalom szindrómás betegek esetében, akik más módszerekre reizisztensek”.

Bizonyos létjogosultsága tehát elvileg akkor is lehet a módszernek, ha az történetesen placebo, csak tudjuk, hogy az, és azt is, hogy mikor nyúlhatunk hozzá. Ha ezt ma biztosan tudnánk, akkor e tényt deklarálnunk kellene, és a kérdést egyszer s mindenkorra levehetnénk a napirendről azzal, hogy kiknél ez a gyógymód látszik hatásosnak a szokványos kezelése kudarca után, hát próbálkozzanak vele az erre hajlamos orvosok.

A kételyt ma még nem lehet eloszlatni, és ez nyomasztóbb, mint a bizonyosság, legyen az placebo, vagy más „specifikum”.

Végezetül legyen szabad megemlítenünk: teljesen egyetértünk a szerkesztőséggel abban, hogy „... érdemesebb kutatási célkitűzéseket is ismerünk”. Am ismerünk olyanokat is — nálunk és másutt is —, melyek kevésbé érdemesek, és amelyek anyagi és erkölcsi támogatást is élveznek. Elgondolkoztató, hogy számos országban jónévvű intézetekben foglalkoznak az akupunktúrával kapcsolatos és objektívítésre törekvő kutatásokkal. Egy biztos: bármi is legyen a végső konklúzió ebben a szövevényes ügyben, az ilyen jellegű vizsgálatok eddig is hozzájárultak a fájdalomérzésről alkotott hiányos elképzeléseink fejlődéséhez, valamint az elektromos áram perifériás idegekre és ezeken keresztül a központi idegrendszerre gyakorolt hatásainak alaposabb ismeretéhez. Ezek

gyakorlati haszna máris nyilvánvaló abban, hogy az elektroanalgesia, a perifériás idegek transcutan stimulációja, a krónikus fájdalom syndroma egyik elfogadott kezelési módja lett.

Nem volt alkalmunk arra, hogy korábban megpróbáljunk válaszolni a klinikai összehasonlító vizsgálatunkkal kapcsolatban felmerült kritikai megjegyzésekre. Ezeket ugyanis sajnálatos módon csak a szerkesztőségi közleményben olvashattuk.

A szerkesztőség „mondhatni természetesen” nem látja nyomát a törekvésnek a kettős vak elv alkalmazására. A helyzet az, hogy a kettős vak elv alkalmazásra került néhány olyan paraméter esetében, mint a keringő vértérfogat, a catecholamin meghatározások, valamint a postoperatív szakban mért adatok, beleértve az analgesia megítélését is. (A meghatározásokat végzők nem tudták, hogy EA vagy kontroll csoporthoz tartozó betegről volt-e szó.) Utólag sajnáljuk, hogy ezt a dolgot nem említettük, de nem tartottuk lényegesnek, hiszen egyrészt a méréseket végzők személyétől független, objektív adatokról volt szó, másrészt a postoperatív analgeticum igény kivételével nem vontunk le ezek alapján kedvező következtetéseket az EA javára.

Ami azonban döntő: mi nem látunk lehetőséget a kettős vak elv alkalmazására a műtét alatt mért többi paraméter és az analgesia megítélésére. Ugyanis elképzelhetetlen, hogy az anaesthesiológusok, vagy külső „független szakemberek” bármilyen értékelhető adatot kapnának anélkül, hogy egész idő alatt egy pillantást se vessenek a betegre és a monitorra. (Örülünk volna, ha a szerkesztőség pontosabban körvonalazta volna, milyen módon látja kivitelezhetőnek a dupla vak próbát.)

Meg kellett tehát elégednünk a kontroll csoportos és szimpla vak próbás elrendezéssel. Ilyen háttér mellett úgy véljük, reálisak a keringési hatásokra, a diuresisre, a pupilla reakcióra, gyógyszerfelhasználásra vonatkozó mérések és adatok. Ha ezek hitelességéhez is kétség fér, akkor megkérdőjelezhetnénk minden más kontroll csoportos mérés és megfigyelés helyességét is. Ilyenre azonban — dolgozatunkat kivéve — eddig még nemigen akadt példa. Ami a műtét elvégzését lehetővé tevő analgesia megítélését illeti: a tévedés kockázatának csökkentésére az analgesia fennállását vagy insufficienssé válását folyamatosan két anaesthesiológus ellenőrizte ismert és részletezett direkt és indirekt jelek alapján, s a betegeket nem tájékoztattuk a módszer alkalmazásáról. Elvileg mégsem lehet kizárni annak a lehetőségét, hogy orvosok és betegek egyaránt és

minden esetben tévedtünk az EA javára, ennek azonban igen kicsi a valószínűsége.

A szerkesztőséget megnyugtatja, hogy „...a betegek olyan — hagyományos — anaesthesiológiai ellátásban részesültek, amelyek a műtét elvégzését kellően szolgálják”. Majd tovább: „...ehhez képest az akupunktúra és az *elektromos ingerlés* (kiemelés tőlünk) tényezőjének súlya valószínűleg elhanyagolható, és ...nem választható el a hatásmegítélés szubjektív tévedési lehetőségeitől ... ill. placebo elemektől”.

Sajnos, a dolog nem ilyen egyszerű. Tudvalevőleg az induktiót követően nem lehet valakit végig „altatni” kizárólag 50% dinitro-oxidral részleges relaxatióban. Ez még a több mint 5 óras szívműtétekben sem képzelhető el, ilyen „módszer” a műtétek elvégzését nem szolgálhatja kellően, és nincs olyan anaesthesiológus, aki ennek tudatos alkalmazására vetemedett volna. Szükséges tehát az analgesia. És, hogy ezt placebo elemekkel nem lehet pótolni, arra példa az egyik EA csoport, melyben az esetek jelentékeny részében megtalálhatók voltak az insufficiens, és gyógyszeres kiegészítésre szoruló analgesia direkt és indirekt jelei egyaránt. Ezzel szemben nincs okunk feltételezni azt, hogy a másik EA csoport kivétel nélkül, a műtéti fájdalmat keleti közönnnyel tűrő és vegetatív reakciókat sem mutató páciensekből verbuválódott volna.

Nem hisszük, hogy ebben az esetben a megoldást adó „conditio sine qua non” lenne a szerkesztőség javaslata: „... az analgetikus hatás bizonyítására az analgesiaát végzőktől független szakemberek megfigyeléseit kellene felhasználni”. A szóban forgó EA módszert ugyanis ilyen módon ellenőrizték már a nálunk sokkal nagyobb anyaggal rendelkező és a módszert lényegében kidolgozó Richter munkacsoport esetében.

A fentiek előrebocsátása után nyilvánvaló, hogy a jelenségek, azaz „... az akupunkturás érzéstelenítés (egyébként viszonylag csekély) eredményei...” magyarázatához nem szükséges föltétlenül a „... betegre irányuló fokozott odafigyelés vagy a jóhiszemű tévedés, a megítélés hibahatárokra belüli módosulása...” körében keresgélni.

Hol lehet tehát a racionális orvosi gondolkodás számára is elfogadható magyarázat?

Ismét hangsúlyozzuk — bár erre a referáló dolgozatban is felhívtuk a figyelmet —, hogy az itt alkalmazott EA technika lényegesen különbözik mind a terápiás, mind pedig a Kínában általában alkalmazott anaesthesiológiai akupunktions eljárásoktól. Eppen ezért nem alkalmas arra, hogy az itt észleltet az ezek körül dúló vitákban, a placebo — nem placebo kérdésben akár pro, akár kontra felhasználhassuk.

Nem vizsgáltuk ezt a kérdést, de a józan ész azt diktálja, hogy a *lényeg nem a tűszúrásokon, és nem is azon van, hogy a pontok specifikusak-e, vagy sem, hanem azon, hogy a fejre, a nyakra és a karokra bocsátott igen jelentős intenzitású és terápiás célokra fel nem használható, folyamatosan alkalmazott elektromos áramnak lehetnek definiálható hatásai*. Ezért talán a szalonképebb elektroanalgesia kifejezést is használhattuk volna.

Erdemes megjegyezni, hogy analóg lokalizációban alkalmazott hasonló elektromos stimuláció alattott kutyákban is jellegzetes keringési reakcióit vált ki.

Összegezve: Egyetértünk abban, hogy az alkalmazott módszerben az akupunktúra súlya valószínűleg elhanyagolható, de korántsem hagyható figyelmen kívül az elektromos ingerlés, melynek intenzitása a terápiás célokra felhasználható és elviselhetőnek a sokszorososa.

Úgy is fogalmazhatunk tehát: az elektro-akupunktio (EA) szóhasználatban a hangsúly az elektro szón, és nem az akupunktión van. Ezzel szemben úgy látjuk, hogy a szerkesztőség teljes figyelmét az az akupunktúra irányította, és nem vett tudomást arról, hogy ez az áram nemcsak „figyelemelterelő” és kellemes bizsergést okozó hatású lehetett.

Boros Mihály dr.

Matkó Ida dr.

Kovács Gábor dr.

Tanos Béla dr.

Tárnok Klára dr.

T. Szerkesztőség! Az Orv. Hetil. 1977. 44. számában több cikk és egy Szerkesztőségi közlemény foglalkozik az akupunktúra, vagy akupunktio problémáival. Ezen utóbbi hozzászólásra készíti az olvasókat. Magam nem egy „megfelelően kontrollált tapasztalatok közlésének helyet biztosítunk” elvét reprezentáló közlést szorítokom, csupán az *orvosetika oldaláról* szeretnék néhány kérdést megfogalmazni — válaszok nélkül.

A racionális orvosi gondolkodás és a racionális orvosi etika problémái igen érdekes gondolatokat vehetnek fel. Ha én az orvos, ma, itt és nálunk, valamilyen gyógyítási módszert alkalmazok, „melynek hatásmechanizmusa ismeretlen, vagy nem kellően tisztázott”, *vét-hetek-e az orvosi etika ellen?* Az Orv. Hetil. 1977. 41. számában megjelent „Hipnózissal szerzett tapasztalataink a szülés alatti fájdalomcsillapításban” c. cikkben ez olvasható: „Annak ellenére, hogy a hipnózis pszichofiziológiai alapjai még nem kellően tisztázottak, a fájdalomcsillapításnak ezt a módját mind kiterjedtebben alkalmazzák.” Hány hivatalosan elfogadott *gyógyszert* alkalmazunk mi „racionális orvosi gondolkodású” orvosok, melyeknek támadáspontja, hatásmechanizmusa ma még nem kellően ismert és tisztázott? A

még ma is füvekkel, teával gyógyító nép, ismeri-e a gyógyszerintertani hatástanát tudományos szinten a mezőn szedett gyógynövényeknek? Hogyan függhet össze a *népi gyógyászat és az etika* ma — *egymással?* Alkalmazhatók-e etikai vétéség nélkül olyan gyógyítói módszert, anyagot, mely „hazánkban sem tartozik az elfogadott eljárások közé”?

Mikor vagyok etikus? Ha *minden eszközt, tapasztalatot* felhasználok a beteg gyógyításának érdekében, vagy *csak a hivatalos eljárásokat*, módszereket alkalmazom? Konkrét példát mondok. Hatéves epilepsziás gyermekről van szó. A szülők a racionális orvostudomány ma és nálunk, valamint néhány külföldről beszerzett gyógyszereit megszerelték számára, eredményt nem értek el. Ajánlottak egy orvost. Elvitték hozzá a gyereket. *Saját összeállítású, és természetesen titokban tartott* gyógyszerrel látta el a gyereket, akinek azóta — egyetlen rohama sem volt, már 5 éve. Mit mondana erre — a hivatalos orvos-etika nálunk?

Hol a határ medicina, paramedicina, esetleg mágia között? *Hol az etika éles határa* ma itt és nálunk? *Para-orvosi etika* nem létezik? Az etika az orvos lelkiismerete is. Csak a racionális orvosi gondolkodással lehet-e egyértelműen lelkiismeretesnek lenni, vagy lehet paramedicinális mágiával is? Itt most kétféle lelkiismeret van, vagy ugyanazon lelkiismeret két oldalával állunk szemben? *És mind a kettő lehet nagyon is emberi, segítőkész, vagy csak anyagi érdekeket szolgáló!*

Veress Sándor dr.

T. Szerkesztőség! Az Orv. Hetil. 1977. okt. 30. számában megjelent Boros Mihály dr. „Az acupunctio dilemma: paramedicinális mágia vagy potenciális anaesthesiológiai módszer?” című cikke megnyitotta végre a szakajtó kapuját is az akupunktúra előtt. Ez a késői kapunyitás hasznos és termékeny eszmecsérét ígér. Boros dr. cikkét azért tartom értékesnek, mert a nálunk ez ideig aláértékelt és kompromittált orvosi tevékenység eredményeit tárta az olvasó elé. Az akupunktúra létjogosultságát és eredményeit megkérdőjelezők számára csak a Boros dr. cikkéhez hasonló közlemények és szakkönyvek adhatnak választ.

Közleményével kapcsolatban legyen szabad egy megjegyzést és egy szerény bírálatot is közölnöm annak kihangsúlyozásával, hogy cikkét nagyra értékelem és úttörőnek tartom.

A meridián szó használata rossz és félrevezető, mert földrajzi fogalmat — délkört jelez és ennek orvosi vagy biológiai vonatkozása nincs. *J. Bischo* is mentegetőzik könyvében (1.) és megjegyzi, hogy az angol King's rossz fordításaként lopta be magát az irodalomba. Kívánatos lenne, hogy a magyar szakiroda-

lomba ne plántáljuk be a „sajtóhiba”-ként született elnevezést, hanem áramlatokról írjunk és beszéljünk, mert az értelemszerűen közeli meg azt a fogalmat, mely közelebb áll az elektrobiológiához, mint földrajzi délkörhöz.

„Jelenleg az akupunktó csak kísérletes módszernek tekinthető és nem sorolható az elfogadott orvosi eljárások közé. Esetleges szélesebb körű alkalmazásához és a hatásmechanizmus pontosabb tisztázásához még további objektív klinikai és experimentális vizsgálatok szükségesek.” Boros dr. cikkének a két utolsó mondatával nem egészen értek egyet, mert ha ezt a gyakorlatot alkalmazzuk a gyógyszeres terápia területén, akkor a bevált jód és nitroglycerin terápia ma is experimentális állapotban várna bevezetésre csak azért, mert hatásmechanizmusáról alig tudunk valamit.

„Az akupunktúra problémája” című szerkesztőségi közleménnyel jó részt egyetértve kívánom megjegyezni, hogy egy évezredek hagyományokon alapuló gyógyjárásra természetszerűen rakódott rá sok olyan tevékenység, mely joggal váltja ki a kételkedést és a bírálatot. Azzal, hogy az akupunktúra művelése az orvosi tevékenység körébe került, időszzerűvé vált az is, hogy az eredményeket számon tartsuk, a sarlatánkodástól megszabadítsuk és annak elméleti és gyakorlati kérdéseit kiműveljük.

Ma amikor felbecsülhetően több száz orvos végez akupunktúrás tevékenységet, joggal merül fel a kérdés is, milyen színvonalon gyakorolják, amikor e témakörrel egyetlen magyar nyelvű könyv sem jelent meg. Ha arra gondolunk, hogy a pedikűrös és a gyógy-massage tevékenységhez is szükséges az elméleti és gyakorlati előképzés, akkor feltétlen hiányérzetet kell éreznünk az autodidakta akupunktőrök tevékenységének kapcsán. A sok ezer már kezelt páciens közül sokan úgy értékelik az akupunktúrás gyógyítást, mint egy „szúrd, ahol éred” mozgalmat. Ennek a szemléletnek a megváltoztatása érdekében van szükség sok jó közleményre és bírálatra, de legfőképpen egy gyakorló orvos számára irandó kézikönyvre.

Szakolyi András dr.

IRODALOM: Johannes Bischko „Einführung in die Akupunktur” 9. kiadás 14. oldal 1977.

A szerkesztőség válasza:

Az akupunktúrával kapcsolatos szerkesztőségi közleményünkben (Orv. Hetil. 1977, 118, 2677) hangsúlyoztuk, hogy nem kívánjuk a vitát lezárni, „érdemi hozzászólásoknak, megfelelően kontrollált tapasztalatok közlésének helyet biztosítunk, és az itt felmerült kérdésekre a későbbiekben visszatérünk”, írtuk.

A szerkesztőségi közlemény megjelenése óta három hozzászólás érkezett, ezeket közzétettük.

Boros Mihály dr. és munkacsoportja hozzászólása az, amelyre legrészletesebben és leginkább érdemben kell válaszolnunk. Ez a hozzászólás nagyon sok gondolatot vet fel, minden tételére nem térhetünk ki, csak a legfontosabbakra kívánunk reflektálni.

Bár a szerkesztőségi közlemény minden gondolatával ma is azonosak vagyunk, megván a hajlandóság bennünk arra is, hogy elismerjük azt, amiben tévedtünk. A hozzászólás alapján két fő problémában vetődik fel a szerzőcsoport érve alapján tévedésünk lehetősége:

1. A kettős vak módszer alkalmazása.

Készséggel elfogadjuk, hogy a kettős vak módszer nem mindenütt alkalmazható az elektroakupunktó vizsgálatában. A leírt nehézségek valóban nagyok. A legszigorúbb kontrollra való törekvés azonban mindenképpen szükséges. Maguk a hozzászólók is elismerték ennek jogosságát, Boros dr. pl. azt írja a kínai ingerlési pontokkal kapcsolatban, hogy a kérdést „dupla-vak kísérletek döntik el, amelyekben a tradicionális kínai pontokat megfelelő placebo pontokkal hasonlítják össze” (2628. old. első sorok). A dolgozat egy másik helyén Boros dr. így vélekedik: „Az akupunktúrára ugyanazok a szabályok érvényesek, mint amelyeket valamely új gyógyszer, vagy eljárás első klinikai kipróbálásakor követünk” (2630. old.). Ezek után tehát úgy érezzük, a kontroll, a bizonyítás igénye tekintetében nincs lényeges eltérés a hozzászólók és a szerkesztőség között.

Ha tehát a legkövetkezősebb kontroll-elv, a kettős vak próba elve tekintetében nem is vehettük számításba az elv anaesthesiológiai alkalmazásának sajátos nehézségeit, az elv képviselőjét változatlanul szükségesnek és helyesnek tartjuk, a hozzászólókkal egyetértésben. Egyébként bizonyos fokig elképzeltük a nehézségeket és ezért fogalmaztunk óvatossággal, előbb úgy, hogy „a kettős vak módszerhez hasonló vizsgálati rendszerben” kellene megközelíteni a kérdést, majd pedig úgy, hogy Boros dr. és munkacsoportja közleményében „nincsen nyoma törekvésnek a kettős vak elv alkalmazására sem”. A hangsúly tehát a törekvésen, az elv szellemében lefolytatott eljárás van. A hozzászólás most tájékoztat bennünket arról, hogy volt ilyen törekvés, ám ez a kéziratban nem kapott hangot.

2. Az elektromos ingerlés hatása. Ebben a kérdésben a szerkesztőség valóban nem realizálta, hogy milyen nagy az alkalmazott elektromos ingerlés intenzitása. Ez valóban igen lényeges kérdés, olyannyira, hogy ezt valóban érdemes lett volna a dolgozatban jobban kiemelni. Az olvasók többsége nyil-

ván nem szakértő az elektromos ingerlés kérdéseiben, ezért csupán az alkalmazott ingerlés adatai alapján nem vehetik észre azt, amit a hozzászólók most nagyon aláhúznak, hogy „igen jelentős intenzitású és terápiás célokra fel nem használható” elektromos ingerlésről, mégpedig folyamatos ingerlésről volt szó.

Ez pedig valóban rendkívül lényeges! A szerkesztőség nem kívánja azt állítani, hogy ilyen nagy intenzitású áramnak nem lehet analgesias hatása! Sőt meggyőződésünk — és ez nagyon régen ismert —, hogy minden jelentősebb fájdalmat okozó inger tolerabilitásabbá teszi az egyént más indukált, avagy szervi eredetű fájdalommal szemben. Nem akarjuk vitatni, hogy az erős és tartósan alkalmazott áram hatékony tényező lehet a műteti érzéstelenítésben. Ezt a momentumot valóban nem méltányoltuk kellőképpen a dolgozatban, ezért el kell ismernünk, hogy a hozzászólóknak igazuk van abban a megállapításukban, hogy „a szerkesztőség teljes figyelmét az akupunktúra irányította, és nem vett tudomást arról, hogy ez az áram nemcsak „figyelemelterelő” és kellemes bizsergést okozó hatású lehetett”.

De ezért a hozzászólókat — és különösen Boros dr.-t terheli első sorban a felelősség! Nem lehet eléggé hangsúlyozni annak a néhány sornak a fontosságát, amelyet a hozzászólók maguk is aláhúzva — tehát kurzíválási igénnyel — közölnek: amely szerint: „a lényeg nem a tűszúrás, és nem is azon van, hogy a pontok specifikusak-e vagy sem, hanem azon, hogy a fejre, a nyakra és a karokra bocsátott igen jelentős intenzitású és terápiás célokra fel nem használható, folyamatosan alkalmazott elektromos áramnak lehetnek definiálható hatásai”.

De mi nem bántuk volna, ha az idézett rész utáni mondatot is külön kiemelik: „Ezért talán a szalonképebb elektroanalgesia kifejezést is használhattuk volna”.

Valóban használhatták volna, de ezt nem tették. Boros dr. nem azt tartotta szükségesnek, hogy az elektroanalgesiaról írjon összefoglaló referátumot (pedig talán erről az orvosi közvélemény kevesebbet tud, mint az akupunktúráról, hiszen a napi sajtóból és a magazinokból aligha tájékozódhat ilyen részletesen), hanem azt, hogy az akupunktúrát tárgyalja! Emlékeztünk rá: cikkének címe: „Az acupunctió dilemma: paramedicinális mágia vagy potenciális anaesthesiológiai módszer?” Vajon nem bizonyítja-e ez a tény is önmagában, hogy nem az elektroanalgesianak, hanem az akupunktúrának vált elkötelezettjévé? Kell-e tovább érvelnünk amellett, hogy ha az akupunktúra nem lett volna annyira fontos számára, az elektroanalgesia kutatása jegyében bizonyosan felvetődött volna ben-

ne, hogy az elektromos ingerlést *bárho*, a test más, nem akupunktúrás helyén alkalmazza, vagy legalábbis ellenőrizni igyekezzen az akupunktúrás beszüri helyek hatását? Hajlandók vagyunk elismerni, sőt vállaljuk „elfogultságunkat” az akupunktúrával szemben, de ugyanakkor a hozzászóló munkacsoport sem mentesíthető az ellenkező elfogultság vádjától. Óriási különbséget látunk azonban a kétféle elfogultság között. A szerkesztőség a természettudományos alapon álló medicina mellett elfogult! Ha Boros dr. nem ír „electro-acupunctió” kísérleteit ismertető közleményük elé elvi tanulmányt, és a dolgozat a kurzivált szöveget is tartalmazza, akkor a szerkesztőségnek sokkal könnyebb dolga lett volna: mindössze felhívtuk volna az olvasók figyelmét arra, hogy a konkrét esetben elektrostimulációról és nem akupunktúráról van szó.

A hozzászólás többi kérdésében a szerkesztőség álláspontja változatlanul eltér. Úgy véljük, a hozzászólók túlértékelik az akupunktúra jelentőségét a fájdalomkutatás szempontjából. Ennek történetéből jól kitűnik, hogy a jelentős fejlemények függetlenek az akupunktúrától. Így a Wall—Melzack-elmélet kialakulásában sem volt szerepe az akupunktúrás tapasztalatoknak, a kapcsolódás csak később jött létre, az elmélet kínálkozott az akupunktúra magyarázatára (2). Leegyszerűsítik viszont a placebo-kérdés jelentőségét. Logikájuk szerint bármely szer placebo-tényező-jének volna létjogosultsága. Abban igazuk van, hogy a placebo-hatás lényegében megismerése és olykor, jól megfontolt esetekben való alkalmazása fontos, ez azonban nem adhat menlevelet különböző módszerek általános használatára. Köz tudott, hogy egyébként nehezen befolyásolható, ismeretlen vagy pluri-faktorális kóroktanú betegségekben a legkülönbözőbb kezelési módoknak van kb. akkora hatása, mint a placebo-tényezőnek. Az ilyen betegek mindig több orvossal megfordulnak, és amikor ez a placebo-tényező hat rájuk, mindig megfogalmazható a hatás úgy, hogy volt létjogosultsága, hiszen más módszerekkel nem befolyásolható esetekben érték el hatást vele. Mint a szerkesztőségi közleményben említettük is, nagyon sok elfogadott és alkalmazott légyógymód hatása sem több ennél, létjogosultságot az orvosi praxis értelmében teljesen tagadni célszerűtlen tehát. Az *akupunktúra esetében a divat, a megalapozatlan hírverés, és az eljárásban rejlő miszticizmus az, ami miatt a szerkesztőség szükségesnek látja a határozott állásfoglalást.* Jól tudjuk, vannak a módszernek potenciálisan veszélyes oldalai is, ilyenek érezzük az idegi eredetű siketség kezelését, amelynek során betegekben és hozzátartozókban hiú reményeket ébresztenek, és sok más hasonló kérdést. Megemlítjük,

hogy szerkesztőségi archívumunkban őrzünk dokumentumot acut appendicitis akupunktúrás „gyógyításról” is.

A referátumokat válogatás nélkül tettük közzé, úgy amint azokat kaptuk. *Az akupunktúráról való felfogásunkat ugyanis a józan ész által eldönthető problémák kategóriájába soroljuk. Valóban józan ésszel fel nem foghatónak tartjuk a hagyományos akupunktúra elméleti alapjait: a meridiánokon- és a fülkagylón elhelyezkedő pontokat. Természettudományi alapokon álló orvos ilyen már eleve a józan gondolkodással össze nem egyeztethető „gondolatrendszer” elfogadhatatlannak tart.*

Sajnáljuk a kutatók erre elpazarolt energiáját, de teljesen egyetértünk Boros dr. és munkatársai-val abban, hogy hasonló s már kutatásra nem érdemes témák sokaságával találkozhatunk a modern orvosi irodalomban. Ezek azonban nem adhatnak szabad utat azoknak a kutatásoknak, amelyekkel az akupunktúra természettudományos alapjait gondolják bizonyítani.

Boros dr. és munkatársai hozzászólásához utolsó gondolatként említjük, hogy a különböző szerkesztőségek hasonló viszonyulása nem ritka. Nemrég került kezünkbe egy közlemény, amely anaesthesiológiai szaklapban jelent meg, 500 szívsebészeti elektroakupunktúrás analgesiaról szól, a szerkesztőség ebben az esetben is kommentárt íratott egy ismert szakemberrel (3). Ismerjük neves anaesthesiológusok véleményét is, néhány évvel ezelőtt Huguénard — aki pedig igen elismert szakértőnek számít — is szükségét érezte, hogy az akupunktúrás anaesthesia „demithifikációjáról” közleményt írjon (1).

Veress és Szakolyi kollégák hozzászólásában közös az az érv, amelyről röviden szólunk: a medicina nagyon sok olyan eljárást alkalmaz, ami még nem vált hivatalossá vagy hatása nem bizonyosodott be. Még inkább így volt ez régebben, amikor számos hatékony módszert már használtak, mielőtt még a győgeredményt megfelelően bizonyítani tudták volna. Veress dr. az etika oldaláról is felveti a kérdést, sugallja, hogy az etika arra ösztönöz, hogy a beteg gyógyítása érdekében minden eszközt használjon fel az orvos.

Ezzel az érveléssel nem tudunk egyetérteni. A medicina egyetlen fejlődési lehetősége egészen a legutóbbi időkig az egyszerű, gyakorlati empiria volt. Ennek jegyében sok tévedés és ártalmas győgmód mellett hasznos és ma is érvényes gyógyító eljárások születtek, egyformán az empiria alapján. Ma azonban rendelkezünk megfelelő ellenőrző módszerekkel, sokat tudunk a kipróbálások jóhízmű tévedési lehetőségeiről, ma tehát aligha hagyatkozhatunk az ellenőrizetlen közvetlen tapasztalatra. A jövő

fejlődési iránya az, hogy valóban hatékony és nem ártalmas szerek és módszerek kerüljenek csak alkalmazásra. Ennek ellentmondani látszik a gyógyszerkészítmények enormis nagy száma és túlnyomó többségük hatástalansága, a különféle csodaszerek tömegének rövid tündöklése, majd csendes elmerülése a feledés homályába. De már kezdünk tisztábban látni a különféle győgmódok kérdésében. Már volt egy orvos-politikus, Salvador Allende chilei elnök, aki célul tűzte ki, hogy csak az a győgszer kerüljön országában forgalomba, ami az Egyesült Államokban vagy más országokban árusításának kezdetétől számított hat év múlva is használatos még. Továbbá ma már egyre szigorúbb szabályok igyekeznek biztosítani, hogy a győgszerek ne ártsanak. Véleményünk szerint ellenőrizhetetlen, titokban tartott, ismeretlen vagy érthetetlen hatásmechanizmusú szer vagy győgmód alkalmazására egyetlen orvost sem jogosít fel az orvosi etika. Egy-egy eset javulása aligha írható valamely szer javára! Ha nem így volna, szükségtelen lenne az egész ketős-vak elv, nem kellene logikával foglalkoznunk és nyugodtan megfelelkezhetnénk a „post hoc ergo propter hoc” közismert csapdjáról. Igen nagy felelősséget vesz magára az orvos azzal, ha titkos és misztikus kezelési módokat ajánl vagy végez: nem lehet tisztában az ártalmakkal sem, és azok fellépése esetében ő a felelős, nem lehet mentsége az, hogy ő jót akart, a beteg érdekében járt el. Az esetleges etikai dilemmákban szerintünk világosan eligazít a „primum nil nocere” szabály.

Veress dr. hibásan hasonlítja össze az akupunktúrát a hipnózissal, arra hivatkozva, hogy a hipnózis pszichofiziológiai alapjai még nem kellően tisztázottak, mégis használják. Igen nagy a különbség a nem kellően tisztázott, és a teljességgel ismeretlen és megmagyarázhatatlan — a logikus orvosi gondolkodásba beilleszthető és a józan ésszel össze nem egyeztethető között. De nem is a hatásmechanizmus maga az érdekes, ezt egy szer kipróbálásakor lehet „fekete dobozba” helyezni, a lényeges maga a hatás, ezt kellene igazolni. A hipnózis hatása egyértelműen bizonyított, mechanizmusáról is igen sokat tudunk, és a hipnózis és a szuggesztio közel visz a placebo-kérdés lényegéhez, amely olyan nagy szerepet játszik a sokféle győgszer és győgmód alkalmazásában. Az akupunktúrát és a hipnózist aligha lehet tehát egy napon említeni, noha igen valószínű, hogy a hipnózisban rejlő szuggesztio folyamatai érik el az akupunktúra hatásait.

Szakolyi dr. igényét akupunktúrával foglalkozó könyv kiadására szükségtelenné tartjuk. Az akupunktúra divat módszereit propagálni káros lenne. Hasonló divatok állandóan vannak, mindig nagy hírverés veszi körül őket, mindig

hisz bennük egy sereg orvos, a betegek pedig különösen hisznek, mert csupa olyan betegség esetében vetődnek felszínre a divatok, amelyek egyébként gyógyíthatatlanok, nehezen gyógyíthatók, avagy kezelésük hatása nehezen bizonyítható! Nem véletlen, hogy a csodálatos új eljárások igazi terepe mindig a kóroktanukban és pathogenezisükben ismeretlen avagy kevésbé ismert betegségek kezelése volt.

A hozzászólásokra adott választ azzal az állásfoglalással zárjuk, hogy a szerkesztőség az akupunktúrát kétséges hatékonyságú, a placebo-hatásnál és a szuggesztív módszernek tartja, alkalmazását csak ilyen tudatban, igen körülírt indikációval (leginkább a fizioterápia vagy az eszközös pszichoterápia terén) tartja alkalmazhatónak, kifejezetten károsnak tartja

viszont a módszer körül kialakult propagandakampányt, amely betegek ezreit-tizezreit iatrogenizálja hamis remények ébresztésével, hiábavaló próbálkozások kudarcával. Az ilyen iatrogenizált esetek nem válhatnak áldozatává annak, hogy a betegek egy hányadában éppen ez a placebo-módszer bizonyul hatékonynak. Orvosoknak ezért távol kell tartaniuk magukat ettől a kampánytól, sőt, felvilágosító szóval lebeszélni a hírverésről a hetilapok, ismeretterjesztő lapok újságíró munkatársait is.

Az akupunktúrába vetett hitet a szerkesztőség az orvosi gondolkodásban a babonás, mágikus szemlélet melegágyának tartja. Legszívesebben nem foglalkozna többet ezzel a kérdéssel, mivel azonban feladata a tudományos orvosi gondolkodás fejlesztése is, nem zárható ki, hogy az akupunktúra ügyére —

hiába tartjuk azt paramedicinális mágiának, mint ahogyan Boros dr. cikkének címében kérdőjelesen felvetette, vagy az orvosi okkultizmus, ill. paramedicina részének, mint pl. Prokop (4) — nem szívesen bár — adott esetben még vizsgálva kell térnünk.

B. B. dr.
T. T. dr.

IRODALOM: 1. Huguenard, P.: Ann. Anesth. Franc. 1975, 16, 413. — 2. Melzack, R.: A fájdalom rejtélye, 1977, Gondolat, Budapest. — 3. Pongratz, W. és mtsai: Anaesth. Prax. 1977, 13, 19. — 4. Prokop, O.: Medizinischer Okkultismus, Paramedizin, 1973, VEB Gustav Fischer, Jena.

Megjegyzés a korrektúránál: a Dtsch. med. Wschr. 1978, 103, 11. számában G. Dotzauer és O. Prokop tollából értékes tanulmány jelent meg, amelynek ismertetését szükségesnek láttuk közzétenni „Folyóiratpreferátumok” rovatunkban.

DEPERSOLON

kenőcs (0,25%-os)



A Depersolon kenőcs localisan alkalmazható, gyulladáscsökkentő és antiallergiás hatású glycocorticoid 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 deperolonum hydrochloricumot tartalmaz, lemosható kenőcsalapanyagban.

MEGJEGYZES: ✖

„Csak vényre kiadható és az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtető.”

Téritési díj: 3,30 Ft.

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.

Az Egészségügyi Minisztérium tájékoztatója az 1978. február havi fertőző megbetegedésekről

A járványügyi helyzet általános jellemzése.

Az enterális fertőző betegségek közül a salmonellosis és dysentéria megbetegedések száma csökkent, míg a dyspepsia coli eseteké kissé emelkedett, néhány intézeti halmozódás előfordulása következtében. A hepatitis infectiosa megbetegedések száma a csaknem félévi állandóság után jelentősen csökkent.

A cseppfertőzéssel terjedő betegségek közül a scarlatina megbetegedések száma csökkent. A morbiditás azonban jelentősen magasabb maradt mint az előző év azonos hónapjában. Ugyancsak csökkent a mumpsz megbetegedések száma. Az eseteknek mintegy fele a fővárosban és Pest megyében fordult elő. A rubeola esetek száma az előző hónaphoz viszonyítva mérsékelten emelkedett, és ez év februárjában csaknem kétszer annyi esetet jelentettek be mint 1977 hasonló időszakában. Az emelkedés Békés megye néhány városában és községében zajló járvány eredménye volt.

A lyssa epizootia november óta fokozódott, ennek következtében a lyssa fertőzésre gyanús sérülések száma nőtt.

Kiemelésre érdemes járványügyi események.

A január közepén kibontakozó influenzajárvány februárban folytatódott. Mintegy 950 000 influenzaszerű megbetegedést jelentettek be. A járvány kezdetétől február végéig előfordult megbetegedések száma megközelítette az 1 200 000-t; azaz ezen idő alatt az ország lakosságának 11,1%-a vészelt át a fertőzést. A járvány kiterjedt az egész országra. A betegek között a januárhoz képest csökkent a 25 éven aluliak aránya, mely elsősorban azzal magyarázható, hogy a H1 N1 altípusú törzsek előfordulási gyakorisága csökkent, míg a H3 N2 altípusúaké nőtt. Február hónapban az ország vírusdiagnosztikai laboratóriumai 114 influenza A típusú vírust izoláltak. Ezek közül 80 törzs H3 N2 altípusnak, 34 törzs pedig H1 N1 altípusúnak bizonyult.

Dysentéria. Debrecenben az Elme Szociális Otthonban január-február hónapban Sh. flexneri 2a által okozott, elhúzódó, kontakt terjedésű dysentériajárvány alakult ki, mely alatt 25 ápolott megbetegedett, 6 pedig tünetmentes üritőnek bizonyult. A járvány terjedését elősegítette, hogy az intézményben átalakí-

tási munkálatok folytak, melyek nehezítették a higiénés rendszabályok betartását.

Hepatitis infectiosa. Kunmadarason (Szolnok megye) 1977. november és 1978. február között 33 hepatitis infectiosa megbetegedés fordult elő. Hetente 1-4 eset került felderítésre. A betegek 3 kivételével 15 évesnél fiatalabbak voltak. Kisebb halmozódások a gyermekközösségekben jelentkeztek. Két óvodában 4, ill. 5 megbetegedést észleltek, 11-16 napon belül, ami közös, ismeretlen fertőzőforrásra utalt. Az általános iskola 835 tanulója 6 különálló épületben levő 31 osztályban tanult. A megbetegedett 19 tanuló 11 osztályba járt, melyek 3 különböző épületben helyezkedtek el. A betegek környezetében 773 személyt oltottak gamma-globulinnal. Az egyes közösségekben csak az oltások utáni 11 napon belül fordult elő további 6 megbetegedés. A járvány lefolyása, a betegek kor szerinti megoszlása, a gamma-globulin védőhatása típusos hepatitis A vírus okozta járványra utal.


Bejelentett fertőző megbetegedések Magyarországon 1978. február

Betegség	Február*		Január 1–február 28.			
	1978	1977	Medián 1972–76	1978	1977	Medián 1972–76
Typhus abdominalis	–	2	7	1	5	9
Paratyphus	–	–	1	–	–	2
Salmonellosis	127	230	176	328	467	319
Dysentéria	253	296	450	550	715	873
Dyspepsia coli	78	83	74	119	164	181
Hepatitis inf.	576	580	676	1311	1349	1320
Poliomyelitis	–	1	1	–	1	–
Diphtheria	1	2	–	1	2	–
Scarlatina	1006	660	1067	2148	1359	1983
Morbilli	14	17	321	29	41	554
Rubeola	686	366	–	1310	716	–
Parotitis epid.	3694	4115	–	7880	8982	–
Pertussis	2	3	3	5	3	6
Meningitis epid.	6	8	6	11	14	12
Meningitis serosa	18	24	17	45	55	33
Encephalitis inf.	5	8	3	13	15	9
Mononucleosis inf.	44	34	40	84	75	79
Keratoconj. epid.	1	2	3	2	2	7
Malária	–	–	–	1*	–	–
Typhus exanth.	–	–	–	–	–	–
Staphylococcus	27	20	32	45	45	47
Tetanus	2	1	3	3	1	6
Anthrax	–	–	–	–	–	–
Brucellosis	2	15	10	5	22	15
Leptospirosis	–	3	2	3	5	3
Ornithosis	1	–	–	1	1	1
Tularémia	–	–	–	–	–	1
Lyssa fertőzésre gyanús sérülés	221	139	–	407	209	–

* Előzetes, részben tisztított adatok.

* Importált eset.

LABORATÓRIUMI ÜVEGÁRUK ÉS ESZKÖZÖK, GYÓGYSZERTÁRI FELSZERELÉSEK kiállítása

az  BEMUTATÓTERMÉBEN

Budapest VI., Népköztársaság útja 36.

1978. május 9–12-ig naponta 9–16 óráig

Eugen Schreck: Differentialdiagnose in der Ophthalmologie. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 1977. 623 oldal, 5 színes séma. — Ára: 233,— DM.

Ezt a nagy és alapos munkát Erlangen—Nürnberg Egyetemi Szemklinikájának az igazgatója készítette; kezdete 1960-ig nyúlik vissza. Az előző *Helmholtz*-idézettel indul: „Az ember összes érzékszerve között a szem mindig mint a legkedvesebb ajándék és mint az alkotó természeti erő legcsodálatosabb terméke tekintendő... A szemünk világának érzett fáradozás az élet mellett a legkeményebb veszteségnek tűnik.” Következésként a látószervért kifejtett fáradozások annál előbbi és jobb segítséget hoznak, mennél inkább megismerhetők és megérthetők az elváltozások mögött rejlő okok.

A szerző feladatának lényegét abban látta, hogy a tünetektől ill. jelenségektől a diagnózishoz értelmes utat mutasson. Csoportosítási és rendezési alapelvként a klinikai és kóronctani kép különleges vonásait szolgálták. Vezető tüneteket dolgozott ki, amelyek — nyomdatechnikailag kiemelten — kiterjedt szöregészterben összeállítva található meg (70 oldal!). Ehhez járul a tökéletes névmutató, mint fontos tájékozódás a jelenségek, tünetek és szindrómák ma használatos tulajdonnévéhez. A figyelem minden részlelnél az egészre irányul. Különleges gondosság érvényesül a szemészet és a más orvosi disciplinák kereszteződésének ábrázolásában.

A könyv témájához tartozó tapasztalatai és ismeretanyag differenciálásához és eszmei elrendezéséhez, hogy a jelenségtől ill. tünettől a diagnózishoz vezessen, határozott, következetesen betartandó irányvonalakat kellett választani. A szemészeti, az organológiai dispositiókat követi az alábbi fejezetekben: 1. Szemhéjak (Palpebrae), 2. Könnyszervek (Organa lacrimalia), 3. Szemüreg (Orbita), 4. A szem mozgatókészüléke (Systema oculomotorium), 5. Kötőhártya (Conjunctiva), 6. Szaruhártya (Cornea), 7. Ínhártya (Sclera), 8. Elülső- és hátsó csarnok (Camera oculi anterior et posterior), 9. Lencse (Lens crystallina), 10. Üvegtest (Corpus vitreum), 11. Uvea (Tunica vasculosa oculi), 12. Látóhártya (Retina, Tunica nervae oculi), 13. Látópályák és látóközpontok (Opticus, Chiasma opticum, Tractus opticus, Corpus geniculatum laterale, Radiatio optica sec. Gratiolet, Cortex visualis), 14. A teljes szem, 15. Látószerv és általános betegségek. Az általános orvosi irányvonalak az egész emberi testen átvetnek a következő formában: 1.

Tractus respiratorius, 2. Tractus digestivus, 3. Tractus urogenitalis, 4. Kóztakaró (bőr és függelékei), 5. Keringés és anyagcsere, Endocrinium, Vitamin-háztartás, 6. Támasz- és izomsystema, 7. Idegrendszer.

Az így megszerkesztett vázlaton, ill. kijelölt kereten belül következik a differenciálás *veleszületett* és *szerzett* elváltozásokra. Ezeket belül ismét megkülönböztethetők: 1. Fejlődési rendellenességek (csíraplasmásan feltételes *dysgenetikus elváltozások* és ektogen *dysplastikus folyamatok*), 2. Gyulladások (*gyulladásos elváltozások*), 3. Sérülések és sugárártalmak (*traumás és sugaras elváltozások*), 4. Mérgezések (*intoxicatiók*), 5. A keringés és az anyagcsere zavarai (*keringési, dystrophiás és degeneratív elváltozások*), 6. Daganatok (*tumороk*).

Ily módon ez a szemészeti elkülönítő kórimzésnek szentelt könyv sok határterülettel és az orvostudomány más disciplináival is behatóan foglalkozik. Az idezártan kiértékelendő anyag olyan nagy terjedelművé nőtt, hogy egyetlen ember minden fáradozása mellett sem tudja összehozni és áttekinteni. Szükség van ezért támaszokra. Így *Heilmeyer* professzor (Ulm) az általa kiadott belgyógyászati tankönyvet bocsátotta a szerző rendelkezésére készségesen és nagyvonalúan. A bőr- és nemibetegségek beépítése a szerzőnek *Schönfeld* professzorral (Heidelberg) korábban folytatott szoros együttműködésén alapul. Igen gyümölcsöző volt a szerző számára hosszú évek óta tartó együttműködése a Német Szemorvos Társaság Concilium diagnosticum-ának munkatársaival is (*Bietti, Böck, Franceschetti, François, Nordmann, Rintelen*).

Az ilyen széles alapokra fektetett munka általában igyekszik minden részletre kiterjedni, ennek ellenére óhatatlanul maradnak apró pótolni valók. Ilyen pl. a szerző könyvének 11. részében a sympathiás ophthalmia elkülönítése a phako-antigen uveitistől, amelyre csupán utalás történt. Már pedig mind klinikailag, mind hisztológiaiilag lehetséges a differenciális diagnózis. Kétoldali phako-antigen uveitis esetében ugyanis az egyik szem már rendszerint nyugalmi állapotban van abban az időben, amikor a túloldali szemben a gyulladás kezdődik. Ezzel szemben a sympathiás ophthalmiánál a sympathizált szem még erős gyulladásban van a másik szem sympathizálása idején. Ez értékes diagnosztikus jel lehet, ha megkíséreljük elkülöníteni a klinikailag annyira hasonló két betegséget. A szövets-

tani szerkezet alapján szintén jól elkülöníthető egymástól a két körkép, amint erre nemrégiben *Easom* és *Zimmerman* szép példákat közölt. Ezek szerint a sympathiás szemben a chorioidea hátsó részében prominens lymphocyta beszűrődés található, emiatt megvastagodottnak látszik az érthártya. A phako-antigen uveitis esetében azonban intenzív granulomás reakció észlelhető a megrepedt lencsetok körül. Az érthártya ugyanakkor lényegileg normálisnak látszik. Különösen feltűnő a plasmasejtek nagy száma és a pigmentet phagocytáló epitheloidsejtek hiánya. A sejtes reakció egészében kevésbé diffúz, mint a sympathiás uveitis esetében.

A differenciális diagnosztikai problémák sokrétűségével együttjáróan ismétlődések gyakran előfordulnak. Így pl. a *Syndroma mucocutaneo-oculopitheliale allergicum* (*Schreck*) a könyvben 7 helyen kerül említésre (379, 380, 382, 426, 442, 443, 470. lapon). A teljességre való törekvésből kifolyóan a szerző nemcsak az orvosi köztudatban mindennapos diagnosztikai tüneteket, hanem a részben már feledésbe merülteket is felsorolja. Például szolgálhat erre többek között az endokrin exophthalmus, amelynél a *Graefe, Stellweg, Möbius* által leírt tüneteken kívül megtalálhatjuk a *Basedow, Dalrymple, Galata, Boston, Joffrou, Sinton, Kocher, Suker, Enroth, Jellinek, Gifford, E. Fuchs, Rosenbach, Abadie, Cowen, Knies, Loewi* nevéhez fűződő jelenségeket, ill. reakciókat is (a 493. lapon).

A világos stílusban, olvasmányosan megírt, a szerző életművének tekinthető, hatalmas adathalmazt tartalmazó könyv nagy nyereség az egész orvosi irodalom számára. Szemészeket kívül a bel-, bőr- és ideggógyászok, a reumatológusok, az allergológusok, az urológusok stb. érdeklődésére is számot tarthat. Hézagpótló alkotás.

Lugossy Gyula dr.

Wolfgang Kleemann: Geschwülste der Haut. VEB George Thieme Leipzig, 1977. 112 oldal, 61 ábra. Ára: 37 M.

A szerző, W. Kleemann monographiájában, tizenegy fejezetben tárgyalja a bőr tumorait.

Az I. fejezetben a daganatszerű, infectious eredetű elváltozásokat ismerteti, majd a II. fejezetben a daganatszerű fejlődési hibákat (a különböző naevus csoportokat), a III. fejezetben a benignus tumorokat tárgyalja (verejtékmirigyekből keletkező daganatokat, a vér és nyirokerek, a mesenchyma és idegrendszer daganatait). Külön fejezetben a IV. fejezetben foglalkozik a pseudocancerosisokkal.

Az V. fejezetben egy csoportban ismerteti a praecancerosisokat. Bár kiemeli, hogy bizonyos praecancerosisok, így a morbus Bowen, a morbus Paget, az erythroplasia,

a xeroderma pigmentosum és a melanosis praecancerosa Dubreuilh egyúttal obligat praecancerosusnak is tartható.

A VI. fejezetben a malignus epithelialis daganatokat elemzi a szerző (basalioma, basalsejtes carcinoma, carcinoma spinocellulare). Így részletezi gyakoriságukat, a localisatiót, a TNM classificatiót, a pathologiai és klinikai symptomatológiát, a sajátos localisatiókat, a prognosist, aetiológiát és a therápiát.

A VII. fejezetben a szerző a téma jelentőségének megfelelően, a monographia kereteit talán meghaladóan, kézikönyvszerű szakmai alapossgal tárja elénk a melanoma („Melanozytoblastoma”) kérdés sokoldalúságát. Különös tekintettel a korai diagnózis jelentőségére, s annak histologiai megerősítésére.

A VIII. fejezetben a bőr malignus tumorainak metastasisait vizsgálja.

A IX. fejezetben a sarcomákat, a X. fejezetben a reticulosisokat, a reticularis hyperplasiákat, a XI. fejezetben pedig a leukosisokat és erythrosisokat ismerteti.

A teljes, modern bibliographia (441 közlemény) emeli a könyv értékét. A szerző mindvégig világosan, tömör módon, jól illusztrálva tárgyalja anyagát. A könyvet onkologusok, pathologusok, és dermatologusok nemcsak szakorvosi működésük közben, hanem a gazdag adatai alapján kutatói tevékenységükhöz forrásmunkának is használhatják.

Az ízléses nyomdatechnikai kivitelezés, valamint a jól sikerült ábrák a kiadó nemzetközileg is elismert munkáját dicsérik.

Venkei Tibor dr.

G. A. von Harnack (Szerk.): Kinderheilkunde. Springer Verlag, Berlin—Heidelberg—New York. Negyedik, átdolgozott kiadás. 1977. 394 old., 193 kép. Ára: 39,— M.

A könyv célja a gyermekgyógyászat alapjainak „teljes terjedelmében” való ismertetése, olyan jól érthető nyelven, hogy ezzel az orvostan hallgató, valamint a nem gyermekorvos számára adjon a gyakorlat oldaláról aktuális információt.

A 1968-ban kiadott első megjelenés óta spanyol és olasz nyelvre is lefordították és ez gyors népszerűsége utal. E negyedik kiadásban a szerkesztő-csoport az egész anyagot a kor igényének megfelelően dolgozta át. A főszerkesztő Harnack mellett olyan ismert neveket találunk, mint Schröter, Ewerbeck, Seelemann, Lassrich, Bickel, Bierich! A patinás nevek feltehetően a cél fontosságát jelzik: egységes hivatalos álláspontok kialakítását — természetesen nem az oktatás módszere, hanem a szakma népszerűsítése terén. Ennek megfelelően a könyv — a számos szerző ellené-

re — igen egységesen és valóban egyszerűen szerkesztett, stílusa könnyed, nyelve jól érthető még az idegen ajkú számára is.

A 21 fejezet közé újként illeszkedik be a genetikai és exogen praenatalis károsodások csoportja. aktualitásához képest azonban rövid terjedelemmel.

Az egyes fejezetek előtt, a szűkségnek megfelelően, néhány mondatos élettani bevezetést találunk, a könnyebb érthetőség kedvéért; máshol világos és szemléletes (néha kissé terjengős) biokémiai ábrázolást. Általában a klinikai diagnózis ismertetése foglalja el az egyes fejezetek legnagyobb részét, jóval rövidebb — célkitűzésének megfelelően — a laboratóriumi és eszközös diagnosztika és az aetiopathogenesis tárgyalása, feltűnően kevésnek tűnik a terapia részletezése. Némely határterület (gyermek-neurológia, gyermek-bőrgyógyászat, pszichológia) önálló fejezetet kapott, másoknak (sebészet, urológia), csak néhány morzsa jutott a gyermekgyógyászat különböző területeiben. Gyermek-ortopédia — és szemészet szerepel a tankönyvben. Még mindig viszonylag nagy hely jut a tuberculosishoz (7 oldal) és a congenitalis luesnek (2 $\frac{1}{2}$).

Megállapítható, hogy a könyv könnyű felkészülést nyújt a medikus számára és egyszerű tájékoztatást az orvosnak. Ezt a célt szolgálja a nyomdatechnika is. A képek egyszerűek és kitűnően emlékeztetnek a vésődők. Az ábrák szemléletesek és mutatósak, helyenként valósággal autonómok. Sok helyütt, sematikus ábrázolásuk folytán, jó fényképnél is közérthetőbbek.

Vadász György dr.

M. V. Voino-Jasenetsky, T. Bakács: Pathogenesis of intestinal infections. Microbiological and pathological principles. 1977. Akadémiai Kiadó, Budapest. 419 oldal, 23 táblázat és 22 képeskép.

A könyv ritka szerencsés ötvözet enterális baktériumok pathogenitásával foglalkozó mikrobiológusok és pathologus-morphologusok munkájának. Hazai szerzők közül az elhunyt Bakács Tibor mellett Serény Béla nevével kell kiemelnünk, aki két fejezet szerzője. Szovjet részről a néhai kitűnő Novgorodskaya mellett a ma is aktív Voino-Jasenetsky és Polotsky érdemeit hangsúlyoznám, kik évtizedek óta foglalkoznak azokkal a mikroszkópos és elektronmikroszkópos változásokkal, melyek emberben, de még inkább kísérleti állatmodellekben jellemzőek lehetnek egy-egy enterális infekcióna és fényt vehetnek a pathomechanizmusra. Egy további, jól kirajzolódó törekvés, hogy a shigellosis, salmonellosis és különböző Escherichia coli nosologiai csoportok pathomechanizmusa ne csak egymás

mellettséget, de kritikai összehasonlítást is nyerjen és így — legálábbis mai ismereteink szintjén — rávilágítson az evolúciós összefüggésekre, a pathomechanizmus evolúciójára.

A könyv első részének általános ismertetéseket, modellt lehetőségeket tartalmazó adatai után a II. rész a humán dysenteria, valamint a tanulmányozásra alkalmas állatkísérletes modellek, virulencia-tesztek tapasztalatait foglalja össze és az irodalom kritikai értékelésével kísérletet megkísérlet alkottani a pathomechanizmusról. A III. rész a Salmonella infekciók, a IV. az Escherichia coli enteralis fertőzések — nevezetesen a coli dyspepsiae, a dysenteriform és enterotoxigén coli törzsek pathologiai sajátosságait tárgyalja ugyanebben a szellemben.

Az enterotoxigén coli törzsekre vonatkozó és az elmúlt években rendkívül gyorsan gyarapodó adatok miatt a szerzők „appendix”-ként még egy pótlólagos ismertetést illesztettek be a korrekúra során.

A kitűnő könyv nemcsak bőséges forrása az enterális mikrobák pathomechanizmusára vonatkozó ismereteknek, de a szerzők experimentális tapasztalatokon nyugvó értékelése biztosítéka nemcsak korszerűségének, de gondolatébresztő értékeinek is. A témakör iránt érdeklődő minden szakember hasznos forrásmunkának használhatja.

Kétyi Iván dr.

Rényi-Vámos Ferenc—Balogh Ferenc: Pyelonephritis. Akadémiai Kiadó Budapest, 1977. 196 oldal.

A könyv fejezetei a vese anatómiájával és az üregrendszer felépítésével, valamint a veseállomány és üregrendszer pathofiziológiájával foglalkoznak. Más fejezetek a pyelonephritis különböző megjelenési formáit és a pathogenesist elemzik. Külön fejezetként szerepel a pyelonephritis pathológiája. Ezek a fejezetek tulajdonképpen már a szerzők más műveiben is szerepelnek. Újnak számítanak a praedisponáló tényezők tárgyalása, valamint a bakteriuria és immunológiai kérdések felvetése. Értékes része a könyvnek a gyakorló szakorvos számára a két utolsó fejezet, mely a heveny pyelonephritis klinikumát és az idült pyelonephritis klinikumát részletezi. Ezek a fejezetek hasznos tudnivalókat tartalmaznak a megbetegedés felszámolásának különböző lehetőségeiről is. A szöveget nagyon jól egészíti ki a hét táblázat és 145 ábra. Külön ki kell emelni a röntgenábrákat, melyek technikai kivitelemesen nagyon szép és demonstratív. Úgy érzem, hogy a könyvet nagyon jól tudja forgatni minden érdeklődő, akár a pyelonephritis kialakulásával, akár histológiájával, vagy klinikumával, illetve gyógyításával kíván foglalkozni.

Magasi Péter dr.

A TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága 1978. május 15-én du. 2 órára tűzte ki **Ahi Olga dr.**: „*A hypophysis és mellékvesekéreg hormonok szerepe a glaucoma pathomechanizmusában*” c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA Nagytermében.

Az értekezés ellenfelei: **Szeghy Gergely dr.**, az orvostudományok kandidátusa, **Takáts István dr.**, az orvostudományok kandidátusa.

A TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága 1978. május 16-án du. 2 órára tűzte ki **Rubecz István dr.**: „*Kissúlyú újszülöttek orális és intravenás táplálásának energia- és tápanyagforgalmi hatásai*” c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA Nagytermében.

Az értekezés ellenfelei: **Kövéry Béla dr.**, az orvostudományok kandidátusa, **Kiss Szabó Antal dr.**, az orvostudományok kandidátusa.

A TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága 1978. május 18-án du. 2 órára tűzte ki **Smid István dr.**: „*Intrauterin synechiák (Asherman-szindróma)*” című kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA Nagytermében.

Az értekezés ellenfelei: **Gimes Rezső dr.**, az orvostudományok kandidátusa, **Szarvas Zoltán dr.**, az orvostudományok kandidátusa.

Orvos—Gyógyszerésznapi 1978. május 11—13-ig Miskolcon, a Megeyi Kórház—Rendelőintézet kultúrtermében.

1978. május 11., csütörtök 10.00 óra
Üléselnök: **Szabó István dr.**

Megnyitó.

Prof. Eckhardt Sándor: A daganatos betegségek gyógyszeres kezelése.

Gömöry Andor dr.: Az onkológiai ellátás egyes problémái Borsod megyében.

Szünet

14.00 óra

Kerekasztal-konferencia: Az *emlő rosszindulatú daganatainak diagnosztikája és terápiája.*

Moderátor: **prof. Eckhardt Sándor** (Budapest).

Részvevők: **Herczeg László dr.** (Miskolc), **Hindy Iván dr.** (Budapest), **prof. Sugár János** (Budapest), **Tóth Ferenc dr.** (Miskolc).

1978. május 12., péntek, 8.30 óra

Üléselnök: **Prónay Gábor dr.** (Miskolc).

Török Pál dr. (Miskolc): Az idegrendszeri daganatok korai diagnosztikája (30 perc).

Dévald József dr. (Miskolc): A gége daganatainak korai felismerése és ennek jelentősége a gyógyeredmények vonatkozásában (30 perc).

Vita

10.15 óra

Kerekasztal-konferencia: A *hörgő- és tüdő daganatainak diagnosztikája és terápiája.*

Moderátor: **prof. Schnitzler József** (Debrecen).

Részvevők: **Gomba Szabolcs dr.** (Debrecen), **Gondkiewicz Mária dr.** (Miskolc), **Sárady Kornél dr.** (Miskolc), **prof. Vargha Gyula dr.** (Debrecen), **Vezendi Sándor dr.-né** (Debrecen).

Szünet

14.00 óra

Kerekasztal-konferencia: A *vas- és végbéldaganatok diagnosztikája és terápiája.*

Moderátor: **Prónay Gábor dr.** (Miskolc).

Részvevők: **Herczeg László dr.** (Miskolc), **Hindy Iván dr.** (Bpest.), **Kassay László dr.** (Miskolc), **Minok Károly dr.** (Miskolc), **Ujzászy László dr.** (Miskolc), **prof. Varga Gyula dr.** (Debrecen).

14.00 óra

Kis tanácskozóterem (Klub)

Üléselnök: **Nádlér Viktor dr.**

1. **Kabayné Fekete Irén, Sólyomné Károly Valéria, Fábian Ferenc dr.** (Miskolc): Infúciókban adagolt gyógyszerek kölcsönhatásainak új szempontjai (15 perc).

2. **Simon Fiala János dr.** (Békéscsaba): A tumor immunológiai, farmakológiai vonatkozásai (15 perc).

3. **Mezey Géza dr.** (Szeged): Cytostaticumok kölcsönhatásai (15 perc).

4. **Kiss Józsefné, Boros Géza dr.** (Miskolc): Chemoterapeuticumok, antibiotikumok adása és veszélyei. (Kiemelten egyes betegség szindrómákra is. (10 perc).

5. **Dávid M. Ferenc dr., Hartay István dr., Barbás Emma dr.** (Pécs): Glucose infúziók és azokkal elegyített injectios oldatok stabilitása (15 perc).

6. **Pápay Tamás dr.** (Baja): A kórházi gyógyszer ismertetés, különös tekintettel az orvos—gyógyszerész kapcsolatokra. (10 perc).

7. **Écsy Zoltán dr.** (Miskolc): Gyakorlatban előforduló néhány interakció (20 perc).

8. **Porkoláb György dr.-né** (Miskolc): A gyógyszeres terápia aktuális kérdései (10 perc).

Vita

Május 13., szombat, 8.30 óra

Kerekasztal-konferencia: A *vérekező és nyirokrendszer rosszindulatú daganatainak diagnosztikája és terápiája.*

Moderátor: **prof. Rák Kálmán** (Debrecen).

Részvevők: **Berkessy Sándor dr.** (Miskolc), **Kassay László dr.** (Miskolc), **prof. Kelényi Gábor** (Pécs), **Kovács Péter dr.** (Debrecen), **Tóth Ferenc dr.** (Miskolc), **Velkey László dr.** (Miskolc).

Szünet

Üléselnök: **Sótonyi Gábor dr.** (Miskolc).

1. **Pintér József dr.** (Miskolc): Szemlélet változás a vesedaganatos betegek gyógykezelésében (15 perc).

2. **Szomor László dr.** (Miskolc): Radicalitást biztosító műtéti feltárások vesedaganat esetében (15 perc).

3. **Tóth László dr.** (Miskolc): Daganatos solitaer-vese kiterjedt resectioja hypothermiában (10 perc).

4. **Sallai Zoltán dr., Szomor László dr.** (Miskolc): Hólyagdaganatok gyógykezelésére alkalmazott transurethralis resectio (10 perc).

5. **Szokoly Viktor dr.** (Miskolc): Heredaganatok korszerű kezelése (15 perc).

Vita — Zárászó

A **Szegedi Akadémiai Bizottság** és a **Szegedi Orvostudományi Egyetem Tudományos Szakcsoportja** 1978. május 16-án, 16 órakor, az Akadémiai Bizottság Székház üléstermében (Somogyi Béla u. 7.) **tudományos ülést** tart.

Üléselnök: **prof. Ormos Jenő.**

A **bőr- és nemikórtani klinika előadásai**

1. **Heszler Erzsébet:** Laboratóriumi vizsgálatok jelentősége és értékelése a gombás betegségek diagnosztikájában.

2. **Husz Sándor, Varga Gyula, Tószegi Anna:** Non-Hodgkin lymphoma bőrtünete.

3. **Kovács László, Szekeres Lenke:** Systemás amyloidosis és myeloma multiplex.

4. **Tamás András:** Salabrasióval nyert tapasztalataink.

5. **Tamás András:** Hiperhidrosis palmo-plantáris kezelése viziontophoresissal.

Az **Esztergom Városi Tanács Egyesített Kórháza** 1978. május 25-én, de. 9 órakor, a Kórház tanácstermében „**érbetegségek**” témakörből **tudományos ülést** rendez.

Erdős Zsigmond dr.: Megnyitó.

Török Pál dr. (Miskolc): Az agyi érbetegségek műtéti kezelése (aneurysma, angioma, haematoma).

Ambrus Ilona dr. (Esztergom): Vascularis eredetű hirtelen halláscsökkenés.

Leel-Össy Lóránt dr. (Esztergom): Az agyi érbetegségek korszerű szemlélete és az érbetegségben szenvedők ellátási és gondozási nehézségei.

Vita — Szünet



Lélek István dr. (Esztergom): Újabb tényezők jelentősége az atherosclerosis pathomechanizmusában.

Zsembery Dezső dr., Pákh Gábor dr. (Esztergom): Diabetes és halál-okok.

Halmi Ottó dr., Román József dr. (Esztergom): Az érrendszer szerkezeti vonatkozásai.

Szontágh Csaba dr., Hambach József dr., Dinnyés József dr. (Esztergom): A Norris-féle coronaria prognosztikai index felhasználhatóságának vizsgálata.

Vita — Szünet

Du. 15 óra

Gyurkó György dr. (Debrecen): A láb mélyvéna thrombosisai (diagnosztika, szövödmény, kezelés).

Esztáry Piroksa dr. (Esztergom): Post-thromboticus szindrómás betegeink gondozásával kapcsolatos tapasztalataink.

Törös Péter dr. (Esztergom): Érsebészeti gondozás nyolcéves tapasztalata.

Vita

Schwarz Tibor dr., Kassay F. Sándor dr., Németh Gizella dr. (Tatabánya): Retroperitonealis vérzés okozó vese-haemangioma.

Lampérth András dr. (Esztergom): Arteria poplitea rekonstrukciós műtétek.

Teleki Balázs dr. (Esztergom): Felsővégtagi embolektomiák.

Vita — Zárszó

Dia- és írásvetítő az előadók rendelkezésére áll. Vidéki résztvevők szállásigényeiket Leel-Össy Lóránt dr., 2501 Esztergom, Kórház címre jelentsék be 1978. május 10-ig.

A Magyar Biológiai Társaság 1978. szeptember 28—30. között Budapesten rendezi meg a XIII. Biológiai Vándorgyűlést.

Főtéma: Az urbanizáció biológiai problémái.

Elfogadjuk a főtémához nem csatlakozó előadásokat is, a biológia bármely területéről. — A Vándorgyűlést két szekcióban kívánjuk lebonyolítani.

Az előadási idő a plenáris ülés referátumai esetében 30 perc, a szekciókban elhangzó előadásoknál 10 perc. A vitára előadásonként 5—5 perc jut. Az előadások 5×5 cm-es keretbe foglalt diaposzítívokkal szemléltethetők.

A jelentkezés az előadás rövid (150 szónál nem hosszabb) kivonatának a Magyar Biológiai Társaság lenti címére történő beküldésével történik. Határideje: 1978. május 10. A kivonatnak tartalmaznia kell az előadás címét, a szerző(k) nevét, munkahelyét és az előadás tartalmát.

A bejelentett előadások elfogadásáról a Magyar Biológiai Társaság elnöksége a következő szempontok alapján dönt: minden szerző csak egy előadással szerepelhet, illetve

társzerzőség esetén csak egyszer lehet első szerző; csak önálló, saját kutatásokon alapuló eredmények adhatók elő. Előnyben részesülnek természetesen a főtémához kapcsolódó előadások.

A vándorgyűlés részvételi díja 100,— Ft, amelyet a II. körlevéllel együtt megküldendő csekken kell befizetni.

A vidéki résztvevők utazását, szállását, étkezését saját maguk szervezik, e költségeket ők, illetve kiküldő munkahelyeiket terhelik. További információkkal a MBT Titkárságán Ujhelyi Györgyné egyesületi titkár szolgál, telefonja: 119—834.

A III. ker. Margit Kórház—Rendelőintézet 1978. május 12., péntek 14 órakor, a Rendelőintézet ebédlőjében (Vörösvári út 88—96. III. e.) tudományos ülést rendez.

Tárgy: A gondozás kérdései.

Program:

Makó Éva dr.: Az iskolaérettség-ről.

Kubinyi János dr., Pilishegyi János dr.: Magatartási törekvések a terhesség utolsó harmadában fellépő vérzés esetén.

Répay Judit dr.: Az óbudai tüdőgondozó tüdőrákos betegeinek gondozói ellátása 1960—1977-ig.

Magyar László dr.: Hogyan tehetjük hatékonyabbá a laboratóriumi diagnosztikai munkát a III. kerületben.

Az előadások időtartama 10 perc.

A Magyar Gastroenterológiai Társaság 1978. május 17—20. között Keszthelyen, a Művelődési Házban rendezi 20. Nagygyűlését.

1978. május 17., szerda, 15 óra

A kongresszus megnyitása
Szimpozium: Antikongenciensek okozta májártalmak.

Moderátor: Eckhardt Sándor.

1. **Strausz J., Schaff Zs., Riegler A., Lapis K.** (Bpest.): Orális fogamzásgátló-kezelés során kialakuló májadenomák morfológiai vizsgálata (10 perc).

2. **Bajtai A., Juhász J., Magyar É.** (Bpest.): Májadenoma kialakulása antikongenciensek okozta (10 perc).

3. **Balázs M.** (Bpest.): Antikongenciensek okozta májártalmak pathophysiologiai háttere (10 perc).

4. **Kulcsár A., Gergely J.** (Debrecen): Antikongenciensek májhatásainak experimentális vizsgálata (10 perc).

5. **Gógl A.** (Pécs): Antikongenciensek okozta májártalmak pathophysiologiai háttere (10 perc).

6. **Horváth T., Nagy I., Gógl A.** (Pécs): Orális fogamzásgátlók hepatikus hatásainak farmakogenetikai vonatkozásai (10 perc).

7. **Papp J.** (Bpest.): A májtumороk endoscopos diagnosisa (10 perc).

8. **Szebeni Á.** (Bpest.): Adatok a hepatoma echosonographiájához (10 perc).

9. **László B.** (Bpest.): Antikongenciensek okozta diffúz májkárosodások klinikuma (10 perc).

10. **Abonyi M., Kisfaludy S., Büki B., Szalay F.** (Bpest.): Hosszszan tartó antikongenciensek okozta májkárosodás (10 perc).

11. **Misz M., Neuwirth Gy., Rák K.** (Debrecen): Tartós orális contraceptív kezelésben részesített nők májműködési problémáinak elemzése (10 perc).

12. **E. Szabó L., Nagy I., Csikós F., De Castello A.** (Bpest.): Orális antikongenciensek és hepatoma (10 perc).

13. **Selmecci E.** (Bpest.): Antikongenciensek szedőinél fizikális és laboratóriumi vizsgálatokkal ambulancián kimutatott nem kívánatos mellékhatások (10 perc).

14. **Forgács L.** (Bpest.): Antikongenciensek okozta májártalom csökkentésének lehetőségei (10 perc).

1978. május 18., csütörtök, 9.00 óra

Főtéma: Emésztőszervi betegségek idős korban.

Referátumok:

Lusztig Gábor: Pathologia (20 perc).

Pénzes László: Pathophysiologia (15 perc).

Schwarczmán Pál: Belgyógyászat (20 perc).

Kun Miklós: Sebészet (20 perc).

Jakab Tivadar: Anaesthesiologia (10 perc).

Szünet

Vargha Gyula: Radiologia (15 perc).

Domján Lajos dr.: Endoszkopia (10 perc).

Geréby György dr.: Neuropsychiatria (15 perc).

Hun Nándor: Therapia (20 perc).

Villányi Piroksa: Szociális problémák (15 perc).

Főtémához csatlakozó előadások:

1. **Horváth Ö., Petri I., Csikós M., Imre J.** (Szeged): A nyelöcső-műtétek kockázata és a daganat miatt resecált nyelöcsővű betegek késői túlélése az idős korban (5 perc).

2. **Kiss J., Vörös A., Györki J., Bihari I.** (Bpest.): Idős korban végzett nyelöcső-műtétek (5 perc).

3. **Kéri Z., Forgács S., Mihók G.** (Bpest.): A nyelöcső időskori elváltozásai (presbyoesophagus) (5 perc).

15.00 óra

Főtémához csatlakozó előadások:

4. **Simon L., Figus I. A., Detki B., Zeke G., Szabó L., Nagy L., Orbán L., Salacz A.** (Jászberény, Hatvan, Mátészalka): Adatok az öregkori fekélyek klinikumához (8 perc).

5. **Balogh I., Toóth É., Csillag A., Lócza B., Székely M., Wittman I.** (Bpest.): Az öregkori óriás gyomor-

fekély diagnosztikai és terápiás problémái (5 perc).

6. *Siba S., Nádai M., Szakátsy E., Sik J.* (Bpest.): Öregkori gastroduodenalis ulcusok sajátosságai (5 perc).

7. *Györffy Á., Krajczár Cs., Kiss B., Várhelgyi I.* (Debrecen): Idős kori gyomorfekélyesek sajátosságai (5 perc).

8. *Zrínyi T., Vándorffy K.* (Bpest.): Idős korúak emésztőszervi betegségei kórházi beteganyagban (5 perc).

9. *Weltner J., Forgács A., Zsohár P., Görög D.* (Bpest.): Sebészeti kezelést igénylő idős korú gastroenterológiai betegek műtéti kockázatának felmérése (5 perc).

10. *Patty I., Rumi Gy., Solti I., Németh Á.* (Pécs): Fiberscopes vizsgálat idős kori gyomorfekélyes betegeken (retrospektív tanulmány) (5 perc).

11. *Vértés L., Hun N., Tóth K.* (Visegrád): Idős fekélybetegeinkről (5 perc).

12. *Petri I., Csikos M., Horváth Ö., Imre J.* (Szeged): Gyomor-carcinoma műtéti kockázata és a késői túlélés az idős korban (5 perc).

13. *Nádor I., Fencz M.* (Bpest.): Idős- és öregkorban végzett gastroenterológiai műtétek tapasztalatai (5 perc).

14. *Andrássy E., Czuz L., Kamuti I., Padányi I.* (Bpest.): Idős korúak acut hasi katasztrófájának problémái (5 perc).

15. *Holländer E.* (Bpest.): Metabolikus és ion-háztartás zavarok gastroenterológiai betegségeken (5 perc).

16. *Halász T., Laky J.* (Bpest.): Idős korban utókezelő osztályon talált gastroenterológiai betegségek, különös tekintettel a differenciál-diagnosztikai problémákra (5 perc).

17. *Fehér M., Gallyas K., Szabó K., Téglási Gy.* (Bpest.): Gastroenterológiai-geriatriai kórképek (8 perc).

Sz ü n e t

18. *Ecsedy G., Hüttl T.* (Bpest.): Idős- és öregkori epekőműtétek diagnosztikus és terápiás problémái (5 perc).

19. *Barda L.* (Bpest.): Hibák és tévedések az idős kori epekőbetegek kezelésében.

20. *Csikos M.* (Szeged): Epebetegség miatt végzett műtétek az idős korban (5 perc).

21. *Csillag A., Loczka B., Balogh I.* (Bpest.): Az epekő-ileus idős kori vonatkozásai (5 perc).

22. *Zámori Cs., Vertán Z.* (Gyula): Az idős kori epebetegség osztályunk 10 éves anyagában (5 perc).

23. *Szilágyi J., Végh T.* (Mosonmagyaróvár): Idős betegeinknél végzett epekőműtéteink eredményei (5 perc).

24. *Halmos F., Rozsos I., Dettre G.* (Kaposvár): A heveny cholecystitis és szövődményeinek előfordulása, gyógykezelésének lehetőségei az öregkorban (5 perc).

25. *Illés I., Somogyi J., Karlinger I.* (Pécs): Idős betegek arteria coeliaca compressiója (5 perc).

26. *Gallyas K., Fehér M., Tél K.* (Bpest.): Gastrointestinalis diverticulumok korról való összefüggése, illetve kóréredete (5 perc).

27. *Berkovits L., Kárpáti M.* (Bpest.): Colon diverticulosis és diverticulitis klinikai jelentősége és diagnosztikai problémái. (5 perc).

28. *Demeter J., Balogh I., Székely M., Bpest.):* A röntgenvizsgálat jelentősége a colon-diverticulosis és szövődményeinek diagnosztikájában (5 perc).

29. *Besnyő I.* (Bpest.): Az öregkori gastroenterológiai vérzések (5 perc).

30. *Szabó Zs., Lapis K., Schaff Zs., Papp I., Vajta G., Kovács L.* (Bpest.): Idős kori májbetegségek gyakoriságának felmérése a biopsziás anyagok és a boncolt esetek morfológiai vizsgálata alapján (8 perc).

31. *Hérics M., Keresztury S., Schaff Zs., Kolláth Z., Lapis K.* (Miskolc, Bpest.): Chronikus activ hepatitis idős korban (5 perc).

Várakozási listán:

32. *Lendvai I. Kádár A.* (Bpest.): Az idős kori gastroenterológiai megbetegedések epidemiológiai vonatkozásai kórházi belosztály 3 éves területi beteganyagának elemzése alapján (5 perc).

33. *Libor J., Gergely T., Kovács J.* (Gyula): Az idős kori fekélybetegek endoscopos megfigyelése és kezelésük során szerzett tapasztalataink (5 perc).

34. *Darvas K., Pulay I., Zétény D., Bihari I.* (Bpest.): Narkózis-típusok idős kori thoracalaparotómiából végzett nyelőcső és cardia műtéteknél (5 perc).

1978. május 19., péntek 9.00 óra

„Hetényi Géza” emlékelőadás

Prónay Gábor: Tapasztalatok a vastagbél-betegségek felismerése, kezelése és gondozása során.

10.00 óra

A Magyar Gastroenterológiai Társaság 1977. évi tudományos díjainak kiosztása.

„Wolf Rózsa és Wolf Dénes jutalmazási alapítványának” kiosztása.

10.35 óra

Külföldi résztvevők előadásai:

1. *H.-J. Schulz* (Berlin): Emésztés az idős korban (német, 10 perc).

2. *K. Virsik, S. Litomericky* (Bratislava): Az emésztőszervek leggyakoribb betegségei idős korban és azok pathophysiológiája (10 perc).

Sz ü n e t

15.00 óra

„A” szekció

Endoscopia

1. *Wittman I., Bodó M.* (Bpest.): Emésztőszervi endoscopos vizsgálatok szövődményei (8 perc).

2. *Kőszegi M., Ujszászy L., Nagy Gy., Minik K., Prónay G., Balogh M.* (Miskolc): Candida oesophagitis (5 perc).

3. *Bajtai A., Szántó I., Juhász J., Kun M., ifj. Surján L., Simon L., Figus I. A., Vámosi-Nagy I.* (Bpest., Jászberény): A gyomor lymphomáiról (8 perc).

4. *Pásztor P., Libor J., Satori Ö.* (Gyula): Vérző ulcus — endoscopia — műtét (5 perc).

5. *Toóth É., Huoránszki F., László P., Wittman I.* (Bpest.): Urgens felső panendoscopia idős betegeken (5 perc).

6. *Rumi Gy., Solt I., Patty I.* (Pécs): Helyszínen végzett sürgős fiberoscopes vizsgálat haematemesis és/vagy melaena esetében (5 perc).

7. *Szántó I., Kun M., Vámosi-Nagy I., Pászti I.* (Bpest.): A korai postoperatív szakban végzett endoscopos vérzéscsillapításról (5 perc).

8. *Pálfi I., Preisich P., Gerő G.* (Bpest.): Milyen esetekben indokolt a polypectomia a gyomorból? (5 perc).

9. *Preisich P., Farkas I., Bajnóczy B., Németh L.* (Bpest.): Lymphangiectasia intestinalis duodenoscopiával és célzott biopsiával felismert esete (5 perc).

Sz ü n e t

10. *Várkonyi S., Szabó A.* (Bpest.): Újabb megfigyeléseink laparoscopia és echosonographia sorozatos egybevetésével májbetegségeken (8 perc).

11. *Szalay F., Tulassay Zs., Papp J., Büki B.* (Bpest.): ERCP eltérések antimitochondriális antitest (AMA) — pozitív és AMA — negatív, icterussal járó krónikus májbetegségeken (5 perc).

12. *Farkas I., Pálfi I., Patkó A.* (Bpest.): Az ERCP szerepe az epe-útrendszer tumorainak diagnózisában (5 perc).

13. *Papp J., Tulassay Zs., Kollin É., Hajós E., Tihanyi T.* (Bpest.): Tapasztalataink endoscopos papillotomiával (5 perc).

14. *Döbrönte Z., Koch H., Rösch W., Demling L.* (Szeged, Erlangen—Nürnberg): Az endoscopos papillotomiával és epekő-eltávolítással szerzett tapasztalatok (5 perc).

Felkért hozzászóló: *Szántó I.* (Bpest.)

15. *Tulassay Zs., Papp J., Szabó A., Kollin É., Flautner L.* (Bpest.): A pancreas divisum klinikai jelentősége (5 perc).

16. *Kollin É., Papp J., Tulassay Zs., Hajós E.* (Bpest.): A ductus Santorini functionalis röntgen-morfológiai és esetleges pathológiai szerepéről a Vater papilla stenosisában (5 perc).

17. *Huoránszki F., László P.* (Bpest.): Adatok az endoscopos retrograd pancreatographia sensitivitásához és specificitásához. (5 perc).

18. *Dobó I., Simon L.* (Bpest., Jászberény): A colonoscopia additionalis módszerei (5 perc).



19. Török A., Szlamka I., Lendvai I., Balázs M., (Bpest.): Nem specifikus chronikus colitisek coloscopos elemzése (5 perc).

Váraozási listán:

20. Patkó A., Farkas I., Szebeni A. (Bpest.): Korszerű vizsgálati módszerek jelentősége chronikus calcificáló pancreatitisben (5 perc).

21. Koller O., Papp J., Tulassay Zs., Joós A. (Bpest.): Megfigyelések az időskori gyomorfekélyről (5 perc).

22. Szántó I., Vámosi-Nagy I., Bajtai A., Salfay G. (Bpest.): Két- és három pylorus esetei (5 perc).

15.00 óra

„B” szekció

Kutatói fórum

1. Dubecz S., Szombath D., Gelencsér F., Hideg J., Gáti T. (Bpest.): Vibráció és hypomia hatása a gyomor mukóbarrierjére patkányban (5 perc).

2. Fiegler M., Tárnok F., Laczkó T., Szilvás A., Mózsik Gy., Jávora T. (Pécs): Cimetidin hatásának vizsgálata pylorus-lekötött patkányokban (5 perc).

3. Sági I., Döbrönte Z., Pap I., Tichy B. (Szeged): A gyomornyalkahártya vérátfolyás vizsgálata neutralizációs clearance módszer segítségével (5 perc).

4. Holzinger G., Kovács I., Baláspiri L., Penke B., Varga L., Varró V. (Szeged): Védett és védőcsoport nélküli (természetes) pentagastrin metabolizmusának vizsgálata patkányban (5 perc).

5. Forgács A., Horányi J., Pulay I., Flautner L. (Bpest.): A Cysteamine fekélykeltő hatásának vizsgálata különböző módon vagotomizált patkányokon (5 perc).

6. Fáy E., Csabay L., Csákvári G. (Bpest.): Humoralis és neuralis faktorok szerepe a pylorus ligatura okozta sósavsecretio fokozódásában (5 perc).

7. Mózsik Gy., Kutas J., Nagy L., Tárnok F., Vízi F. (Pécs): Van-e hypoxia a gyomorfekélyes betegek fekély melletti nyálkahártya-szövetekben? (5 perc).

8. Várkonyi T. (Szeged): A vékonybéllyálkahártya cAMP- és cGmp-tartalmának vizsgálata glucagon- és insulin-kezelés hatására (5 perc).

9. Kovács L., Szabó M., Vajta G., Szende B., Lapis K. (Bpest.): A trimethyl-lysin vékonybélhám-proliferációs serkentő hatásának vizsgálata (5 perc).

10. Szatlóczky E., Csákvári G. (Bpest.): A phenylamin (Corontin) és a butylbiguanid (Adebit) glukoze felszívódást gátló hatásának összehasonlító vizsgálata (5 perc).

11. Beró T., Molnár L., Jávora T. (Pécs): Cytostatikumok hatása az intestinalis protein-vesztésre (5 perc).

12. Zséli J., Vízi E. Sz., Knoll J. (Bpest.): Hirschsprung-kór patho-

psziológiájának in vitro tanulmányozása (5 perc).

13. Kovács Á., Sjörgen H. O. (Bpest., Lund): Kísérletes colitis ulcerosa: embryonális colon-implantatum immunológiai hatása (5 perc).

14. Farkas S., Halmágyi Gy., Lantos J., Gecser G. (Pécs): Ischaemia és reperfusio hatása a pancreaszövet pH-viszonyaira (5 perc).

15. Lonovics J., Hajnal F., Varró V. (Szeged): Cholecystokinin-bontó aktivitás vizsgálata kutyavesében (5 perc).

16. Berger Z., Pap A., Varró V. (Szeged): Szójabab diéta hatása pancreasra patkányban (5 perc).

17. Varró A., Somogyi J., Schmidt F. H., Willig F. (Bpest.): Phenforminnal kiváltott laktacidózis szövetkárosító hatása gastrointestinális szervekben (5 perc).

18. Scháff Zs., Lapis K., Ihász M. (Bpest.): A májscanning elektronmikroszkópos vizsgálata ép és kóros körülmények között (5 perc).

19. Takács J., Schaff Zs., Lapis K., Papp J. (Bpest.): A kötőszövet-felzaporodás mértékének összehasonlító vizsgálata chronicus persistáló és agresszív hepatitisben morfometriai módszerekkel (5 perc).

20. Tichy B., Sonkodi S., Varga L., Mező I., Teplán I. (Szeged, Bpest.): A máj portalis keringésének szerepe az angiotensin octapeptid metabolizmusában (5 perc).

21. Hudák A., Tátrai E., Tóth N., Szeberényi Sz., Ungváry Gy. (Bpest.): A máj-regeneráció első 72 órája alkohollal kezelt patkányokban (5 perc).

22. Tátrai E., Hudák A., Ungváry Gy. (Bpest.): A vegyes funkciójú oxidáz-rendszer indukciójának indirekt bizonyítására alkalmas morfometriai módszer (5 perc).

Váraozási listán:

23. Nagy L., Beck Zs., Füzési Zs., Mózsik Gy., Jávora T. (Pécs): A gyomorszekréciót befolyásoló pharmaconok hatása az adrenalin-okozta haemorrhagiás gyomoreróziók kialakulására patkányban. (5 perc).

24. Szily J., Szinay Gy., Sótornyai P., Magyar A., Popik E., Varga Á. (Bpest.): Kísérletes acut pancreatitisben végzett összehasonlító morfológiai vizsgálatok (5 perc).

25. Pék K., Frenkl R. (Bpest.): Hisztidin-dekarboxiláz-inhibitor (HDI) és H₂-receptor -antagonisták hatása úsztatott és kontroll patkányok gyomorsav-elválasztására (5 perc).

26. Rozsos I., Kovács M., Merchenthaler I. (Kaposvár, Pécs): Ganglion coeliacum-kiirtás hatása az immobilizációs eróziók kialakulására (5 perc).

1978. május 20., szombat, 9.00 óra

Szabadon választott előadások

1. Kisfalvi I. (Bpest.): Bombesin által stimulált savsecretio gátlása secretinnel, glucagonnal és caeruleinnel nyombélfekélyes betegekben. (5 perc).

2. Nemes T., Sülle Cs., Kubinyi K., Iiegl K., Lelkes E., Szörényi E. (Kaposvár): Az atrophias gastritis funkcionális vizsgálata BSP próbával (5 perc).

3. Simon L., Figus I. A. (Jászberény): Cimetidine-kezelés terápiaresistens nyombélfekélyes betegekben (5 perc).

4. Németh Gy., Nagy L. (Pécs): Acut gastrointestinalis stress ulceratio előfordulása az intenzív terápiás gyakorlatban (5 perc).

5. Ihász M., Réfi M., Bátorfi J., Jámbor Gy., Szabó K. (Bpest.): A postvagotomiás dumping-syndroma, diarrhoea és a recidiv-ulcusok gyakorisága (5 perc).

6. Figus I., Detki B., Simon L. (Jászberény): Percután transhepaticus cholangiographia (PTC) és percután epeút-drainage alkalmazása obstructiós icterusban (5 perc).

7. Vezekényi Zs., Gógl Á., Simon K., Varga Gy., Jávora T. (Pécs): Epekő-oldási programjaink tapasztalatai (5 perc).

8. Orbán L., Podhragyay L., Kovács G. (Mátészalka): Epeműtétek kapcsán végzett májbiopsziák értékelése (5 perc).

9. Pár A., Bajtai G., Barna K., Ambrus M., Kovács M., Balázs M., Szalók I. (Pécs): A cellularis immunválasz és lymphocyt-subpopulációk vizsgálata krónikus hepatitisben (5 perc).

10. Büki B., Szalay F., Staub M. (Bpest.): Prednisolon + Imuran kezelés HBsAg pozitív krónikus májbetegségekben. A kezelés hatása a DNS polymerase szerumban mért aktivitására (8 perc).

11. Kendrey G., László B. (Bpest.): A máj morfológiai képe phenlaxint szedők idült májkárosodásában (8 perc).

12. Deák G., Feledi É. (Pécs): Amylase-creatinin-clearance-quotiens-vizsgálat klinikai jelentősége (5 perc).

13. Mészáros I., Góth L., Németh H. (Tapolca): Acut pancreatitis és hyperlipaemia (5 perc).

14. Pap Á., Varró V. (Szeged): Intranasalis cholecystokinin-octapeptid kezelés chronicus pancreatitisben (5 perc).

15. Tassonyi E., Kun M., Rózsa I. (Bpest.): Epidurális blokádnál az acut pancreatitis kezelésében: újabb eredmények (5 perc).

Szünet

16. B. Kovács J., Havass Z., Németh L., Nagy I. (Bpest., Szeged): A galactose-anyagcsere vizsgálata gyermekkorú gastrointestinalis kórképekben (8 perc).

17. Lőrincz P., Ambrus M., Beró T., Molnár Zs., Németh Á., Mózsik Gy. (Pécs): Immundeficithez társuló fehérjevesztő enteropathia esete (5 perc).

18. Kónai I., Pekka K. (Bpest.): Intraepithelialis lymphocyták különböző malabsorptiós állapotokban (8 perc).

19. Korányi Gy., Békefi D., Kovács J., Bucski P., Kósnai L. (Bpest.): Congenitalis intestinalis lymphangiectasia középszlénlancú (MCT) triglicerid kezelése (8 perc).

20. Dobi S., Lukács G., Szabó M. (Debrecen): Élőben diagnosztizált és gyógyított Whipple-kór esete. Pathogenetikai megfigyelések (8 perc).

21. Kovács L., Lapis K. (Bpest.): A fény- és elektronmikroszkópos módszerek jelentősége a giardiasis diagnosztikájában (5 perc).

22. Torgyán S., Wagner L., Pakuts B., Csányi M., Palásty E. (Budapest): Gyulladáscsökkentő gyógyszerek és gyógyszerkombinációk hatása az enterális vérvesztésre (5 perc).

23. Ujszászy L., Nagy Gy., Barna B., Prónay G. (Miskolc): A colorectalis carcinoma epidemiológiai vonatkozásai Borsodban (5 perc).

24. Ritter L., Földes F., Szelezky M. (Bpest.): Rostdús diéta jelentősége a proctológiai műtéten átesett betegek utókezelésében és a recidiva megelőzésében (5 perc).

25. Popik E., Magyar A., Szily J., Varga A. (Bpest.): Lipase meghatározások hasüregi szervek felszínén (5 perc).

Várakozási listán:

26. Tárnok F., Jávör T., Mózsik Gy., Nagy L., Patty L., Rumi Gy., Solt I. (Pécs): Különböző gyógyszeres kezelések összehasonlító vizsgálata duodenális ulcusos betegekben (prospektív tanulmány).

27. Szabó B., Kávay M., Csorba S., Szabó J., Nagy B. (Debrecen): A primer bélfelszívódási zavarok néhány immunológiai aspektusa.

28. Juhász L., Strausz J., Lapis K., Csák L., Váci I., Prónay G., Kiss K., Kassai L. (Miskolc, Bp.): Tartósan szedett, nagy dózisú psychopharmakonok májra gyakorolt hatásának vizsgálata.

A kongresszus zárása.

Általános tudnivalók

Jelentkezés, regisztrálás, elhelyezés, étkezés: Helikon Szálló, Keszthely.

Kongresszusi iroda: Művelődési ház, Keszthely.

A kongresszus részvételi díja: 150 Ft. Hozzá tartozó részvételi díjat nem fihetnek. Gyermek elhelyezését nem vállaljuk.

A lakás és ételmezés költségeit 1978. március 31-ig kellett a Danubius Utazási Irodának átutalni. Esetleges utólagos jelentkezés (szállodai elhelyezés, étkezés) ügyében kérjük a Danubius Utazási Irodát (1052 Budapest, Martinelli tér 8., Tel.: 173-652) megkeresni.

A Társaság, 35 évesnél fiatalabb tagjainak szállás és ételmezési költségeiből 500 Ft-ot magára vállal, amennyiben kiküldetési költségeit munkaadója nem fedezi. Ez a kedvezmény csak háromnapos részvételnél esetén vehető igénybe.

Vetítés: 5 x 5 cm-es diapozitívek. Kérjük a diapozitívak vetítésre alkalmas állásban a jobb felső sarokban számozni. Csak műanyag keretbe foglalt diapozitívak vetíthetők.

MEGJELENT

MAGYAR RADIOLÓGIA

1978. 1. szám

Varró József dr., Mezey Béla dr.: Fel-ső végtag angiográfia oxigén lélegeztes-tésben.

Hegy Attila dr., Turesán István dr.: Translumbalis aortográfia. Az alsó végtagok obliteratív érbetegségeinek angiográfiás vizsgálata.

Réfi Miklós dr., Wachtl István dr., Ihász Mihály dr.: A sebészi beavatko-zást igénylő Crohn-betegség röntgen vonatkozásai.

Berkovits László: A vékonybél szonda nélküli kettős kontraszt vizsgálata és diagnosztikus jelentősége.

Endes János dr., Csernyánszky Iván dr., Szabó Zoltán: Az ureter „jet fe-nomen” klinikai és radiológiai jelentőségéről.

Kárpáti Miklós dr., Vértés László dr.: A Baastrup-szindrómáról.

Nagy István dr., Czirják Sándor dr.: Az atlas hátsó ívének hiánya.

Vadon Gábor dr.: Patent kék érzékeny-ség: lymphangiográfia festék nélkül. Gottwald Gizella dr.: A korai felismerés jelentősége az emlőrák prognózisa és a kezelés esélyei szempontjából.

Karl Heinz Kärcher: A korszerű sugár-terápia fejlődési iránya.

Mózsa Szabolcs dr.: A humán vérkép-zés sugársérüléséről.

BÓRGYÓÁSZATI ES VENEROLÓGIAI SZEMLE

1978. 1. szám

Tronnier, H.: Fototerápia és fotokemo-terápia: jelenlegi álláspont és fejlé-dési tendenciák.

Soós Gyöngyvér és Király Kálmán dr.: Hidrokortizon-17-butirát, triamcinolon acetid, hidrokortizon-21-acetát kenő-csók dupla vak összehasonlító vizs-gálata.

Temesvári Erzsébet dr., Soós Gyöngy-vér, Krámer Márta dr. és Podányi Beáta dr.: Élelmiszerek színezékek és konzerválószerkekről krónikus urtica-riában.

Farkas Beatrix dr. és Heszler Erzsébet dr.: A sarjadzó gombák gyakorisága a fluor vaginalis kóroktanában.

Nagy Gyula dr., Husz Sándor dr. és Szűcs László dr.: Zosteriform lokali-zációjú lichen planus eset.

Radó György dr.: A célzott kompresz-szió szerepe az alsó végtag krónikus vénás insuficienciájának kezelésében (előzetes közlemény).

Horváth Péter dr.: A rosacea kezelése metronidazollal.

EGÉSZSÉGNEVELÉS

1978. 1. szám

Gonda György dr.: Az egészségnevelés és a népesedéspolitikai határozat vég-rehajtása.

Katona László dr.: Megjegyzések egé-zségnevelési stratégiánkhoz.

Székely Lajos dr.: Az egészségnevelésre felkészítés egészségügyi főiskolai okta-tásának kérdése.

Fekete János dr.: Az alkoholizmus elle-ni hatékonyabb társadalmi önvéde-lem szükségességéről.

Fritz János dr.: A Megyei Egészség-nevelési Csoport és a Vöröskereszt Megyei Szervezete közötti együttmű-ködés Csongrád megyében.

Kiss Ferenc dr.: Az ismeretterjesztés pedagógiai és pszichológiai kérdé-seiről.

Takács Ferenc dr.: Játzóter és egészségnevelés.

Marosi András dr.: Az egészségnevelés Szeged városában közszolgálatban.

Zakarlásné Varga Ilona: A járási egészségnevelő, szervező és koordiná-ció tevékenysége.

EGÉSZSÉGNEVELÉS

1978. 2. szám

Prof. Juhász István, Székács Béla dr.: A magas vérnyomás következményei Kállay Kálmán dr.: Amit a hipertónia eredetéről tudunk.

Török Eszter dr.: A fiatalkori magas vérnyomásról.

Szám István dr.: A hipertónia és a konyhasó.

Székács Béla dr., prof. Juhász István: A beteg-orvos kapcsolat jelentősége hipertóniás betegek ellátása folyamán - A betegek életmódja.

Arnold Csaba dr., Gyárfás Iván dr.: Hipertónia-szűrés és gondozás Buda-pest főváros XVII. kerületében.

Lelek Miklós dr., prof. Vedres István, Bágyoni Attila dr., Szám László dr.: Ötödéves orvostanhalgatók véleménye az egészségnevelés jelentőségéről kü-lönböző orvosi szakterületeken és munkakörökben.

Pető Eva dr., prof. Zalányi Sámuel: Az egészség-magatartás empirikus vizsgálata mezőgazdasági településeken.

Gonda György dr.: Néhány meghatá-rozás fogalmi tisztázásának időszerű-sége.

Marina Gyözőné: A mezőgazdasági mo-dellintézmények szerepe az egészség-nevelésben.

PNEUMONOLOGIA HUNGARICA

1978. 2. szám

Hutás Imre: Respirációs intenzív részleg felépítése és működése.

Scheiger Ottó, Czina Géza: A haemo-ptoe differenciáldiagnosztikai kérdé-sel.

Halmos Tamás: Esméletlen állapotok differenciáldiagnosztikai kérdése.

Vastag Endre, Magyar Pál, Nagy Lajos: Aramlás-terefogat görbe: normál stan-dardok.

Magyar Pál, Nagy Lajos, Vastag Endre, Orosz Márta: Izolált kislégúti asthma esete.

Fazekas Árpád, Kemény Lajos: A pneu-mothorax spontanea és a Marfan-syndroma.

Vasadi Ágnes, Vincze Egon, Somi-Ko-vács Tibor, Szűcs Hajnalka: Bal pit-vari óriás vérrög következményes cor bovinummal és tüdőinfarktussal.

Borbola György, Czina Géza, Borbola József: A tüdő gyógyszerallergiás reakcióról egy eset kapcsán.

Lengyel gyártmányú orvosi berendezések

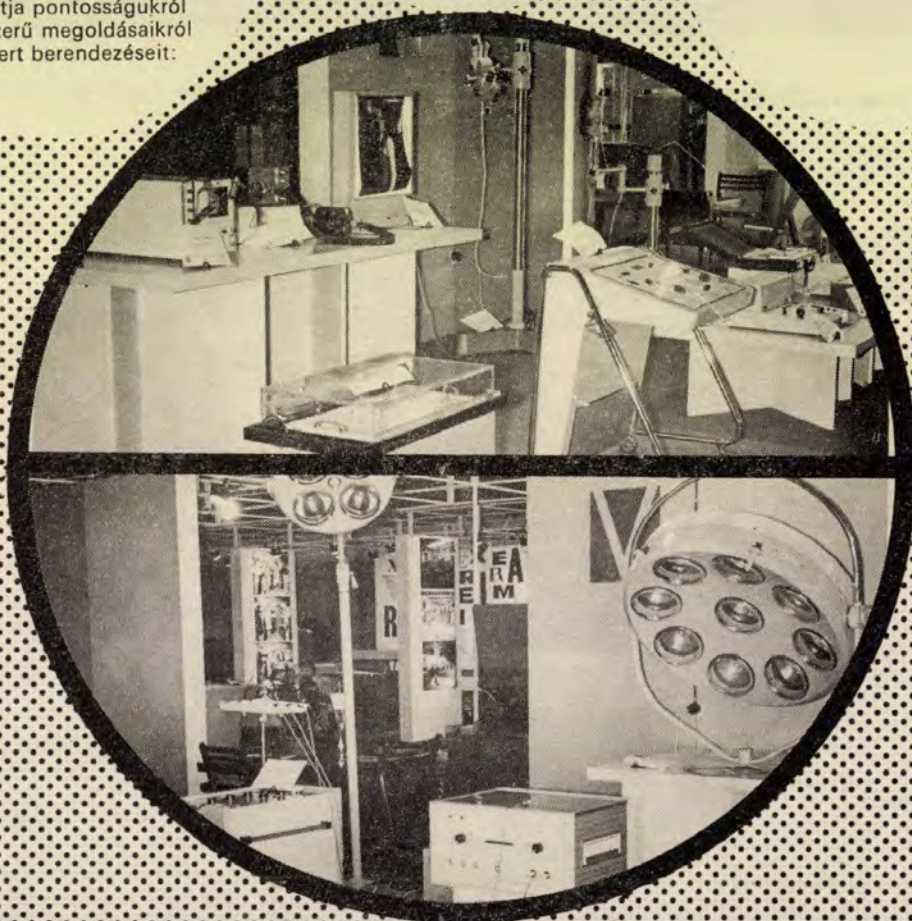
a Budapesti Nemzetközi Vásáron (1978. V. 17—25.)

VARIMEX

A Varimex Lengyel
Külkereskedelmi Vállalat
bemutatja pontosságukról
és korszerű megoldásaikról
jól ismert berendezéseit:

Intenzív betegellenőrző orvosi
berendezés
Ultrahangos orvosi berendezés
Elektroterápiás berendezés
Műtőlámpák
Mikroszkópok stb.

Látogassa meg kiállításunkat,
ahol szakembereink minden
kérdésre részletes felvilágosítást
adnak.



VARIMEX

Lengyel Külkereskedelmi Vállalat

Lengyelország, 00-679 Warszawa, ul. Wilcza 50/52.
Telex: 814311 Telefon: 28-80-41; 28-84-51

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

(269)

Főváros Tanács V. B. Csepel Vas- és Fémművek Üzemorvosi Rendelőintézet főorvosa (1751 Budapest, Pf. 93.) pályázatot hirdet megüresedett **nőgyógyász szakorvosi** állásra.

Illetmény a kulcsszámnak megfelelően, a szolgálati időtől függően. Mellékállás lehetséges.

Béleczky Lajos dr.
igazgató főorvos h.

(270)

Az Országos Korányi Tbc és Pulmónológiai Intézet (1529 Bp. XII., Pihenő u. 1.) főigazgató főorvosa pályázatot hirdet **anaesthesiológus szakorvosi állásra**. Az anaesthesiológia iránt érdeklődő, egyéb szakorvosi képesítéssel rendelkező fiatal is pályázhat.

Illetmény a 3/1977. sz. EÜM-MÜM együttes rendelet szerint + munkaköri + veszélyességi pótlék.

A pályázat beadásának határideje: a megjelenéstől számított két héten belül.

Hutás Imre dr.
főigazgató főorvos
c. egyetemi tanár

(271)

A Semmelweis Orvostudományi Egyetem rektora pályázatot hirdet a Gyógyteremtudományi Kar Szerves Vegytani Intézetében megüresedett 3622 ksz. tudományos munkatársi állásra. A kinevezendő személy feladata az intézetben működő Gyógyteremtudományi Kari Szerkezetkutató Laboratóriumában a magnágneses rezonancia spektrofotometriával kapcsolatos munkák ellátása.

Az állás betöltéséhez vegyész, gyógyszerészi, vagy gyógyszerészeti diploma, a tématerületből tudományos minősítés, vagy hosszabb szakmai gyakorlat szükséges.

Ezen kívül a pályázónak meg kell felelnie a kutató-fejlesztő munkát végző tudományos dolgozókkal szemben támasztott követelményeknek.

Az illetmény a 16/1977. (12. I.) MÜM rendelet alapján kerül megállapításra. A pályázat benyújtásának határideje a megjelenéstől számított 15 nap.

A szabályszerűen felszerelt, és a szolgálati út betartásával benyújtott pályázatokat az Egyetem Személyzeti és Oktatási Osztályára (Bp., VIII. ker. Üllői út 26. fszt. 9.) kell benyújtani a megjelenéstől számított 15 napon belül.

Lombos Lajos dr.
egyetemi főtitkár

(272)

Az Esztergom Városi Tanács Egyesített Kórházi Igazgató főorvosa (2500 Esztergom, Petőfi S. u. 26-28.) pályázatot hirdet — az urológiai osztályon üresen levő poliklinikai egységben működő **szakorvosi** állásra.

Illetmény a 3/1977. EÜM-MÜM sz. együttes rendelet szerint a szolgálati időtől függően.

Mellékállás vállalására lehetőség van. Az álláshoz lakást előzetes megbeszélés szerint biztosítunk.

Erdős Zsigmond dr.
kórházigazgató főorvos

(273)

A Budapest, Főváros XIII. kerületi Tanács V. B. Egyesített Gyógyító-Megelőző Intézmény (XIII., Róbert Károly krt. 82-84.) főigazgató főorvosa pályázatot hirdet az alábbi megüresedett orvosi állásokra:

- egy fő bőrgyógyász szakorvos,
- egy fő tüdőgyógyász szakorvos,
- egy fő sebész szakorvos
- egy fő röntgen-szakorvos,
- egy fő fogorvos.

Illetmény a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM-MÜM sz. együttes rendelet szerint, szolgálati időtől függően.

Pályázatokat az Intézmény Személyzeti Osztály vezetőjéhez kell címezni (1134 Budapest XIII., Róbert K. krt. 82-84.)

Selmec Imre dr.
főigazgató főorvos

(274)

A Fővárosi Weil Emil Kórház—Rendelőintézet főigazgató főorvosa (1145 Budapest, Uzsoki u. 29.) pályázatot hirdet egy fő laboratóriumi és egy fő szülész-nőgyógyász szakorvosi állásra.

Az állás betöltéséhez szakképzés és több éves szakmai gyakorlat szükséges.

Illetmény a szolgálati időtől függően a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM-MÜM sz. együttes rendelet szerint.

Vidosfalvy Magda dr.
főigazgató főorvos

(275)

A Komárom Megyei Tanács Egyesített Kórház—Rendelőintézet főigazgató főorvosa (2803 Tatabánya I., Semmelweis u. 2.) pályázatot hirdet:

- 1 fő rtg-szakorvosi,
- 1 fő bőrgyógyász szakorvosi,
- 1 fő szemész szakorvosi,
- 1 fő tüdőgyógyász szakorvosi,
- 1 fő gyermekgyógyász szakorvosi,
- 1 fő orthopaed szakorvosi,
- 1 fő urológus szakorvosi,
- 1 fő anaesthesiológus szakorvosi,
- 1 fő ideg-elmegyógyász szakorvosi állásokra.

Az állásokra pályázni lehet a szolgálati út betartásával a megjelenéstől számított 15 napon belül. Szakképzettség hiányában szakképzésnek is jelentkezhetnek.

Sándor József dr.
főigazgató főorvos

(276)

A Veszprém Megyei Tanács Kórház—Rendelőintézet igazgató főorvosa (Veszprém, Marx tér 8-9.) pályázatot hirdet:

— a **Traumatológiai Osztályon** áthelyezés folytán megüresedett **szakorvosi** állásra. Besorolás kulcsszám szerint, pályázhatnak legalább két éves általános sebészeti gyakorlattal rendelkezők is.

— a **Bőr-Nemibeteg Gondozó Intézetnél** áthelyezés folytán megüresedett **másodfőorvosi** állásra. Besorolás kulcsszám szerint.

— Az újonnan szervezett **Ideg-elmegondozói vezető főorvosi** állásra. Besorolás kulcsszám szerint + veszélyességi és munkaköri pótlék.

— A **Körbontani Osztályon** áthelyezés folytán megüresedett **szakorvosi** állásra. Besorolás kulcsszám szerint + veszélyességi és munkaköri pótlék. Megfelelő pályázó esetén másodfőorvosi besorolás is lehetséges.

Az állásokhoz a lakás biztosítása megbeszélés tárgyát képezi.

Paulik György dr.
főigazgató főorvos

(277)

Debrecen Megyei Városi Tanács Anya-Gyermek- és Ifjúságvédelmi Szolgálat vezetője (4011 Debrecen, Kosuth u. 12-14. Pf. 36.) pályázatot hirdet **körzeti gyermekszakorvosi, ifjúságorvosi és szülész-nőgyógyász szakorvosi** állásokra. Az állások elnyeréséhez gyermek-, belgyógyász-, illetve szülész-nőgyógyász szakorvosi képesítés szükséges.

Bérezés a 3/1977. EÜM-MÜM sz. együttes utasítás alapján.

Cs. Tóth Sándor dr.
igazgató főorvos

(278)

Az Országos Traumatológiai Intézet igazgatója (1082 Budapest, VIII., Baross u. 23-25.) pályázatot hirdet egy megüresedett 2122 kulcsszámú **rtg szakorvosi** állásra.

Röntgen jártassággal rendelkezők is jelentkezhetnek. Munkahely kórház—poliklinikai egységben változó munkahely a VIII., Szántó Kovács János u. 4. sz. alatti röntgen osztályunkkal.

Illetmény a megfelelő kulcsszám szerint, munkahelyi és 30% veszélyességi pótlékkal.

Jelentkezés az intézet személyzeti osztályán.

prof. Manninger Jenő dr.
intézeti igazgató

(279)

A Nógrád megyei Tanács V. B. Egészségügyi Osztályának vezetője (3101 Salgótarján, Rákóczi u. 192.) pályázatot hirdet a salgótarjáni Megyei Kórház fül-orr-gégészeti osztályán 1978. június 1-től megüresedett **vezető főorvosi** állásra és ehhez kapcsolódó megyei szakfőorvosi teendők ellátására.

Illetmény az érvényben levő jogszabályok alapján.

Lakás megbeszélés szerint.

Harakály Mária dr.
osztályvezető
megyei főorvos

(280)

A Nógrád megyei Tanács V. B. Egészségügyi Osztályának vezetője (3101 Salgótarján, Rákóczi u. 192.) pályázatot hirdet az 1978. augusztus hónapban megüresedett **anya- és gyermekvédelmi elöljáró orvosi** állásra.

Illetmény az érvényben levő jogszabályok alapján.

Előnyben részesülnek gyermekgyógyász és egészségügyi szervezési szakvizsgálóval rendelkezők.

Lakás megbeszélés szerint.

Harakály Mária dr.
osztályvezető
megyei főorvos

(281)

A Budai Járás érdei Szakorvosi Rendelőintézetének igazgató főorvosa pályázatot hirdet betöltésre váró **általános felülvizsgáló főorvosi** állásra.

Illetmény kulcsszám szerint és a felülvizsgáló főorvosokat megillető pótlék. Belgyógyász szakorvos, vagy hosszabb körzeti orvosi gyakorlattal rendelkező előnyben részesül.

Az állás Budapestreől ellátható, mivel a budai járás területére az intézet által biztosított gépkocsi viszi az orvost.

Bordnár Béla dr.
r. i. ig. főorvos

(282)

A balatonfüredi Állami Kórház igazgató főorvosa pályázatot hirdet 2 fő 2103 belgyógyász **osztályvezető főorvosi** állásra.

Cardiológiai és intenzív osztályos gyakorlattal, továbbá megfelelő nyelvtudással rendelkezők előnyben részesülnek.

Lakást az intézet nem tud biztosítani. Illetmény a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM-MÜM sz. együttes rendelet alapján kerül megállapításra.

Pályázatokat a szolgálati út betartásával az igazgató főorvos címére (8231 Balatonfüred, Pf. 13.) kell benyújtani.

Bőszörményi Ernő dr.
igazgató főorvos
egyetemi docens,
az orvostudományok doktora

(283)

A Fővárosi István Kórház—Rendelőintézet főigazgató főorvosa (1096 Budapest, Nagyvárad tér 1.) pályázatot hirdet áthelyezés folytán megüresedett **szakorvosi állásra a Körbontani osztályra**, valamint a II. Idegosztályon betegség miatt hosszán távollevő segédorvosi állásra, szerződéses munkaviszonyba.

Az állások azonnal betölthetők.

Az alkalmazás és bérezés feltételeit a fennálló rendelkezések határozzák meg.

Balázs Tamás dr.
főigazgató főorvos

(284)

Budapest Főváros III., Tanács V. B. Egészségügyi Osztályának vezetője (1033 Budapest III., Főtér 3.) pályázatot hirdet az Egyesített Felöltő Gyógyító-Megelőző Intézmény **Járóbetegellátás helyettesi** állásra.

Az állásra azok a főorvosok pályázhatnak, akik szervezési szakvizsgálóval vagy több éves szervezési gyakorlattal rendelkeznek.

Illetmény a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM-MÜM számú együttes rendelet alapján történik.

Pályázati kérelmeket a szolgálati út betartásával a hirdetmény megjelenésétől számított 30 napon belül benyújtani.

Ferenczi Erzsébet dr.
ker. főorvos eu. oszt. vezető



ELŐADÁSOK—ÜLÉSEK

Dátum	Helye	Időpont	Rendező	T á r g y
1978. május 8. hétfő	Orsz. Testnevelési és Sportegészségügyi Intézet tanácsterme XII., Alkotás u. 48.	délután 14.15 óra	Orsz. Testnevelési és Sportegészségügyi Intézet Orvosi Kara	Buda Béla: A cselekvés és viselkedés szabályozásának szintjei – sportpszichológiai és pszichoterapiás vonatkozások
1978. május 8. hétfő	Pécs OTE Központi Épület	délután 16 óra	Pécsi Orvostudományi Egyetem Tudományos Szakcsoportja	1. Predmerszky Tibor: A populációs szintű egészségügyi kockázat néhány kérdése (30 perc). 2. Harsányi László: A diagnosztikus tévedés, mint az orvosi tevékenység kockázata (20 perc). 3. Biró György: Rizikó tényezők a gyógyító megelőző ellátásban (15 perc)
1978. május 12. péntek	Szájsebészeti Klinika VIII., Mária u. 52.	délelőtt 8.30 óra	Magyar Fogorvosok Egyesülete Konzerváló Sectiója	Kerekasztal konferencia. Téma: A gyökérkezelés mai állása a gyakorló fogorvos szempontjából. Vitavezető: prof. Bánóczy Jolán. 1. Szentpétery József (Szeged): Az élő fogak gyökérkezelésének irányelvei. 2. Uj János (Pécs): Az elhalt fogbelüli fogak gyökérkezelésének irányelvei. 3. Lovász András: Problémák és nehézségek a gyökérkezelés terén az országos ellenőrzések tükrében. 4. Esztári Imre, Vass Zoltán: Az endodontia helyzete hazánkban, kérdőíves felmérés adatai alapján
1978. május 15. hétfő	Pécs OTE Központi Épület	délután 16 óra	Pécsi Orvostudományi Egyetem Tudományos Szakcsoportja	1. Szücs György, Kende Miklós, Uj Mária: Egy új human polyomavirus (B. K.) hazánkban (10 perc). 2. Ruzsás Csilla: Fusarium gomba toxinok hatása kísérleti állatok fertilitására (10 perc). 3. Józsa Rita, Vigh Sándor, Mess Béla: Csirke-embryo hypophysis funkcionális differenciálódásának tanulmányozása immunhistológiai módszerrel (15 perc). 4. Szirmai Imre ERD és CNV változások a szivritmus kondicionálás alatt, emberben (15 perc)
1978. május 17. szerda	Orsz. Reuma és Fizioterápiás Intézet klubterme II., Frankel L. u. 25.	délelőtt 7.30 óra	Orsz. Reuma- és Fizioterápiás Intézet	1. Böhm Ute: Komplement tényezők (C3 és C4) vizsgálatának differenciál diagnosztikai jelentősége. 2. Hodinka László: Nativ DNS-kötő ellenanyagok kimutatása: Counter-immuno-elektroforézis, radioimmunoassay és immunfluoreszcencia összehasonlítása. 3. Falus András, Bányai Barna: Immunkomplexek mérése. 4. Böhm Ute: Immunkomplexek összetétele. 5. Falus András: Beta-2-microglobulin szintek synovialis folyadékban. 6. Géher Pál: HLA B 27 antigén kimutatásának jelentősége spondylarthritisben. 7. Merétey Katalin: IgE szintek gyulladásos mozgásszervi betegségekben. 8. Merétey Katalin: Immunogram érték jelentősége és változásai rheumatoid arthritis basitherápiája során. 9. Merétey Katalin, Hodinka László: Rheumatoid arthritis basitherápiája során észlelt mellékhatások és immunológiai paraméterek kapcsolata
1978. május 18. csütörtök	Főv. János Kórház tanterme XII., Diósárok u. 1.	délután 14 óra	Főv. János Kórház Tudományos Bizottsága	1. Kerekasztal konferencia folytatása. Téma: Az antibioticus therapia mai helyzete (gyógyszer-mellékhatások). Moderátor: Pataky István: Részlvevők: Götte Árpád, Jánossy Tibor, Keszler Pál, Sassy-Dobray Gábor, Szám István, Wabrosch Géza. 2. Nagy Éva: A modern dermatológia néhány aktuális problémája (10 perc). 3. Tessényi Ildikó, Raffai Irén, Szücs Sándor: Beta stimulánsok és Intal hatása az exercise induced asthmára (10 perc)
1978. május 18. csütörtök	Főv. Merényi Gusztáv Kórház IX., Gyáli út 17–19.	délután 14 óra	Főv. Merényi Gusztáv Kórház Tudományos Köre	1. Kecskés Zoltán, Hévízi Miklós, Korányi György: Epekőileusos betegek utánvizsgálatának eredményei. 2. Jermendy György: Monocomponens insulink alkalmazása diabetes mellitusban
1978. május 18. csütörtök	Közp. Állami Kórház könyvtára XII., Kútvölgyi út 4.	délután 14 óra	Közp. Állami Kórház Tudományos Bizottsága	1. Prof. Antalóczy Zoltán, Biró Sándor, Szlávik Ferenc: A KFKI–OTKI kiegészítőgépes EKG diagnosztikai rendszer fejlesztésének helyzete és a KAK részvétele a kutatásokban. 2. Prof. Antalóczy Zoltán, Préda István, Kozmann György: A KFKI–OTKI felületi térképezési (body Surface mapping) kutatásai. 3. Ghyzsy Kálmán, B. Nagy András: Módszer és eredmények diagnosztikai célú klinikai kérdőívek felhasználásában

(Lapzárta: a kívánt, aktuális szám megjelenése előtt 18 nappal!)

Kiadja az Ifjúsági Lapkiadó Vállalat, 1374 Budapest VI., Révay u. 16. Megjelenik 17 000 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 hírlapüzletében 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: 325-109, ha nem felel: 327-530

Előfizetési díj egy évre 312,— Ft, negyedévre 78,— Ft, egyes szám ára 6,50 Ft



78.1159 Athenaeum Nyomda, Budapest — Íves maganyomás — Felelős vezető: Soproni Béla vezérigazgató

ISSN 0030—6002

INDEX: 25 674

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.
ECKHARDT SÁNDOR DR.
FISCHER ANTAL DR.
FÜZI ISTVÁN DR.
HIRSCHLER IMRE DR.
LENART GYÖRGY DR.
PETRI GÁBOR DR.
PETRÁNYI GYULA 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.
VÉRTES LÁSZLÓ DR.

*

119. ÉVFOLYAM

*

20. SZÁM

*

1978. MÁJUS 14.

TARTALOMJEGYZÉK

Knoll József dr.:

Azidomorfinok és homopirimidazolok:
új próbálkozás
az ideális fájdalomcsillapító megközelítésére 1203

PATHOLÓGIAI TANULMÁNYOK

Kendrey Gábor dr.:

Vírusok elektronmikroszkópos
kimutatásának jelentősége és lehetőségei
boncolási anyagban 1215

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

*Szűcs János dr., Steczek Katalin
és Takács Ilona:*

A calcitonin-érzékenység vizsgálata
vesebetegeken 1220

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Pálossy Béla dr. és Szaboles István dr.:

Az öregkori szívinfartusok klinikuma 1225

KAZUISZTIKA

Sülle Csaba dr. és Nemes Tihamér dr.:

Morgagni—Morel—Stewart-szindróma 1231

HORUS

Az 1977. évi orvosi Nobel-díj 1233

Johannes Fibiger 1236

Buddha halálloka 1237

Gaál Antal nagykallói orvosborbély 1238

A TMB hírei 1240

Folyóiratreferátumok 1243

Levelek a szerkesztőhöz 1257

Hírek 1262

Előadások, ülések 1264

OVIDON[®] tablettá

ÖSSZETÉTEL: 1 tablettá 0,25 mg d-norgestrelt és 0,05 mg aethinyloestradiolumot tartalmaz.

HATÁS: Az OVIDON két komponensű, orálsan alkalmazható anticoncipiens, amely az ovuláció gátlásával hat. Optimálisan alacsony hatóanyag-tartalma miatt ritkán okoz mellékhatást, a szervezetet nem károsítja, a későbbi – már kívánt – terhességet nem befolyásolja.

JAVALLAT: Orális fogamzásgátlás.

ELLENJAVALLATOK: Hepatitis utáni állapotok, súlyos idiopathiás terhességi icterus és súlyos terhességi pruritus az anamnesisben, Dubin–Johnson- és Rotor-syndroma, májműködési zavarok, cholecystitis, thrombosis-készség, súlyos organikus szívbetegség, chronikus colitis, az endochrin mirigyek betegségei, malignus tumorok, elsősorban emlőcarcinoma, továbbá lactatio és intolerancia.

ALKALMAZÁS ÉS ADAGOLÁS: Az OVIDON tablettá szedését a menstruatio első napjától számított 5. napon kell elkezdeni, és 21 napon át napi 1 tablettát kell azonos napszakban, lehetőleg este bevenni. Ezt követően 7 nap szünetet kell tartani, ami alatt menstruatio-szerű megvonásos vérzés jelentkezik. Függetlenül ennek bekövetkeztétől és tartamától az 1 hetes szünetet követő napon az újabb 21 napos kúra megkezdhető. A fenti adagolási mód mindaddig folytatható, amíg a terhesség megelőzése kívánatos. Rendszeres szedés esetén a fogamzásgátló hatás az 1 hetes tablettaszedési szünetre is kiterjed. Ha a tablettá bevétele egy napon elmarad, ezt legrövidebb időn belül pótolni kell. Nem tekinthető folyamatosnak az ovulációgátlás, ha a kúra folyamán 2 tablettá bevétele között 36 óránál hosszabb idő telik el. A kezelés során esetleg jelentkező enyhe, pecsételő vérzés nem indokolja a kúra megszakítását. Erősebb áttöréses vérzés esetén a tablettá szedését abba kell hagyni, és a vérzés 1. napjától számított 5. napon újabb 21 napos kúrát kell elkezdni. Az áttöréses és pecsételő vérzés jelentkezése az OVIDON-kúrák előrehaladtával csökken, majd rendszerint meg is szűnik. Functionális vérzészavarok, középidős fájdalom, dysmenorrhoea esetén az OVIDON tablettá therapiás értékű.

MELLÉKHATÁSOK: A kúra kezdetén esetleg jelentkező gastrointestinalis tünetek, mell-feszülés, testsúlynövekedés a folyamatos kezelés során rendszerint csökkennek vagy megszűnnek. Varicositasban, epilepsiában, hypertoniában, depressióval járó psychiatriai kör-képekben, diabetes mellitusban a készítmény alkalmazása körültekintést igényel.

MEGJEGYZÉS: ✕ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

CSOMAGOLÁS: 21 tablettá

Térítési díj: 2,20 Ft.

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.

Azidomorfinok és homopirimidazolok: új próbálkozás az ideális fájdalomcsillapító megközelítésére

Knoll József dr.

*Az Orvosi Hetilap újraindulásának 30. évfordulójára,
a szerkesztőség felkérésére írt tanulmány*

A modern gyógyszerkutatás célja, hogy a jó gyógyszerket jobbakkal váltsák fel. Noha számos jó fájdalomcsillapító van birtokunkban, alkalmazásuk nem problémamentes. Az ún. kábító fájdalomcsillapítók a legerősebb fájdalmak megszüntetésére is képesek, azonban egyfelől sok a mellékhatásuk, másfelől a tolerancia és dependencia kialakulásának veszélye korlátozza tartós adagolásukat. A nem kábító fájdalomcsillapítók az utóbbi veszélytől mentesek, azonban csak gyenge, vagy középérésű fájdalmak kezelésére használhatjuk őket eredményesen. Változatlanul intenzív kutatás tárgya tehát az ideálisnak minősíthető fájdalomcsillapítás, a krónikusan fennálló türelhetetlen fájdalmak mellékhatásuktól mentes megszüntetése. Ez a cél reális. Eléréséhez azonban számos bonyolult elméleti feladat vár még megoldásra. Az utóbbi évek kutatási eredményei, sztereospecifikus opiát receptorok agyi lokációjának és néhány alapvető sajátosságának megismerése, valamint e receptorokon hatékony endogén anyagok felfedezése (enkephalinok, endorfinok) még ez idő szerint nem felbecsülhetők a gyakorlati hasznosság szempontjából, de új impulzusokat adnak a további kutatáshoz. Egy ideális fájdalomcsillapítóként használható endogén anyag létezése még bizonyításra vár. Addig is intenzív kutatás folyik a jelenleginél jobb félszintetikus, ill. szintetikus fájdalomcsillapítók felismeréséért és a terápiába történő bevezetéséért. Tanulmányomban az elmúlt 10 esztendőben végzett kutatásainkat foglalom össze. Két új vegyület-család, az azidomorfinok és homopirimidazolok farmakológiáját dolgoztuk ki, melyek kombinációjával egy lépést remélünk tenni az ideális fájdalomcsillapítóhoz vezető, még hosszúnak tetsző úton.

Azidomorfinok

A kábító fájdalomcsillapítók alapvegyülete a tisztítatlan formájában ősidők óta használt, tiszta

formájában 1805-ben előállított morfin. A klinikusok zöme még ma is a morfin tartja a legkedvezőbb kábító fájdalomcsillapítónak, bár számos morfin származék és szintetikus vegyület ismeretes, melyek hasonló mechanizmussal, tehát az opiát-receptorokon fejtik ki hatásukat. Hasznos új vegyületnek azt tarthatjuk, mely akár a mellékhatás-spektrum, akár a tolerancia-dependencia kapacitás tekintetében előnyösebb emberen, mint a morfin. Az azidomorfinok olyan új, félszintetikus morfin származékoknak bizonyultak, melyek az experimentális és az eddigi klinikai vizsgálatok alapján mindkét szempont figyelembevételével előrelépést látszanak jelenteni. Az 1. ábra az azidomorfinok legfontosabb képviselőinek kémiai szerkezetét mutatja a morfinhoz, ill. az eddig ismert legfontosabb félszintetikus morfin származékokhoz hasonlítva. Egy originálisan új vegyület-családról van szó, melynek szintézise Bognár és Makleit nevéhez fűződik (1). Az azidomorfinok alapvegyülete az izomorfin, jellemzőjük, hogy a C6-os pozícióban egy azidocsoportot tartalmaznak.

Az azidomorfinok fájdalomcsillapító hatása

Vizsgálataink azt bizonyították, hogy a félszintetikus morfin származékok között az azidomorfinok a leghatékonyabb analgetikumok (2, 3, 4). Eddig a hidromorfon (dilaudid) és oximorfon (numorphan) volt a leghatékonyabb félszintetikus morfin származék, ezért az 1. táblázat néhány állatkísérletes teszten és emberen mutatja be a morfin, hidromorfon, oximorfon, valamint azidomorfin és 14-hidroxiázidomorfin morfinhoz viszonyított hatékonyságát.

Kitűnik, hogy az új vegyületek mintegy 40-szer erősebbek emberen mint a morfin. Egyébként az is látható a táblázatból, hogy a fájdalomcsillapítás esetében az állatkísérletes teszteken észlelt hatékonysági sorrend azonos az emberen tapasztalt hatáserősség sorrendjével, bizonyítva, hogy az analgetikumok kutatásában felhasznált állatkísérletes módszerek prediktív értéke jó (5).

Az azidomorfinok köhögéscsillapító hatása

Az azidomorfinok rendkívül erős köhögéscsillapítók (6, 7). Közülük az azidoetilmorfin per os adagolás mellett az eddig ismert leghatékonyabb félszintetikus morfin származék (8). A 2. táblázat néhány azidomorfin származék antitusszív hatását mutatja be, az ez idő szerint használt köhögéscsillapítókkal összehasonlítva. Az azidoetilmorfin kimagasló hatékonyságú, lévén 60-szor erősebb, mint a kodein. Az azidomorfinok a fájdalom, ill. köhögéscsillapító hatékonyságukhoz képest kevésbé depresszív hatást okoznak, mint a morfin és származékai (6, 7, 9, 10). Ez a tulajdonságuk gyakorlati szempontból is jelentős, mivel hozzájárul a vegyületek nagyobb hatásszélességéhez. A 3. táblázat bemutatja a fájdalom- és köhögéscsillapító hatásra vonatkozóan az azidomorfin és néhány származékának hatásszélességét, terápiásan használt referens anyagokhoz viszonyítva. Kitűnik a táblázatból, hogy az azidomorfin meglepően jó hatásszélességű a morfinhoz és néhány szintetikus fájdalomcsilla-

1. táblázat. Szemisztetikus morfin és azidomorfin származékok morfinhoz viszonyított fájdalomcsillapító hatékonysága állaton és emberen (morfin = 1)

Vegyület	Meleg lemez teszt egér	patkány	Vonaglási teszt, egér	Farokelrántás tesztje, patkány	Algotikus teszt, patkány	Tengerimalacbél*	Ember
Morfin	1	1	1	1	1	1	1
Hidromorfon	12	21	3	8	15	9	7
Oximorfon	29	58	6	14	50	1	10
Azidomorfin	60	128	20	150	75	29	40
14-OH-azidomorfin	67	128	25	62	75	28	40

* Longitudinális izom preparátum.

R ₁ R ₂ R ₃			Származék		
H	H	H	Normorfin	—	Norazidomorfin
H	H	CH ₃	Morfin	Hidromorfon	Azidomorfin
H	OH	CH ₃	—	Oximorfon	14-OH-azidomorfin
CH ₃	H	CH ₃	Kodein	Hidrokodein	Azidokodein
CH ₃	OH	CH ₃	—	Oxikodin	14-OH-azidokodein
C ₂ H ₅	H	CH ₃	Etilmorfin	—	Azidoetilmorfin
H	H	C ₃ H ₅	Nalorfin	—	N-allil-norazidomorfin
H	OH	C ₃ H ₅	—	Naloxon	N-allil-14-OH-norazidomorfin
H	H	▶ CH ₂	—	—	N-allil-ciklopropilmetil-norazidomorfin (CAM)
H	OH	▶ CH ₂	—	Naltrexon	N-allil-14-OH-ciklopropilmetilnorazidomorfin

1. ábra: Azidomorfinok kémiai szerkezete, a morfin, 7,8 dihidromorfin, valamint származékaik szerkezetével összehasonlítva

2. táblázat. Morfin és azidomorfin-származékok, valamint néhány gyógyszerként használt köhögéscsillapító kodeinhez viszonyított hatásossága patkányon orális adagolás mellett

Vegyület	AtD ₅₀ mg/kg	Kodeinre vonatkozó relatív hatékonyság
Kodein	100	(66,6–150,0) 1,00
Morfin	74	(51,0–107,3) 1,35
Etilmorfin	103,2	(92,1–152,2) 0,97
Hidrokodein	12,0	(10,5–13,6) 6,25
Oxikodon	3,5	(2,0–5,8) 28,57
Azidokodein	2,5	(1,6–3,7) 40,00
14-OH-azidokodein	3,2	(2,0–5,1) 31,25
6-OH-6-metilazidokodein	5,0	(3,7–6,9) 20,00
Azidoetilmorfin	1,67	(1,1–2,4) 59,88
Azidofolkodin	460	(396,6–533,6) 0,22
Oximetebanol	24	(17,8–32,4) 3,33
Libexin	450	(345–487) 0,24
Klofedanol (Baltix)	14,5	(7,6–27,5) 6,90
Benzonatát (Exangit)	220	(166–296) 0,45
Noscapin	300	(171–527) 0,33
Metadon	13,8	(8,8–21,5) 7,24
Fentanil	0,28	(0,1–0,5) 357,14
Petidin	15,8	(10,3–24) 6,32

pítőhoz képest, az azidokodein és azidoetilmorfin pedig sokkal nagyobb hatásszélességű köhögéscsillapító, mint a kodein.

Az azidomorfinok hatása a bélműködésre

Az azidomorfinok — fájdalomcsillapító hatékonyságukhoz viszonyítva — relatíve gyengén gátolják a bél motilitását. Míg pl. az azidomorfin egéren az alkalmazott vizsgálómódszerektől függetlenül 60–100-szor hatékonyabb fájdalomcsillapító, mint a morfin, a bélpaszszázst csak 10-szer erősebben gátolja (11, 12). Az azidomorfinok relatíve gyengébb hatékonysága a bélhuzamra terápiás alkalmazásuk szempontjából előnyös.

Az azidomorfinok tolerancia- és dependenciakapacitása

Az azidomorfinok kábító fájdalomcsillapítók, tehát tartós adagolásuk tolerancia és dependencia kialakulásával jár. Mindazonáltal nagyon figyelemreméltó disszociációt találtunk e hatás tekintetében az eddig ismert morfin származékokhoz és szintetikus kábító fájdalomcsillapítókhoz képest. Egéren, patkányon és majmon egyaránt lényegesen kisebbnek bizonyult az azidomorfin és szár-

3. táblázat. **Azidomorfin és származékainak fájdalom- (morfin = 1) és köhögéscsillapító (kodein = 1) hatására vonatkozó terápiás indexe néhány referens vegyülettel összehasonlítva**

Vegyület	Fájdalomcsillapítás vizsgálata patkányon (s. c. adagolás)				Köhögéscsillapítás vizsgálata patkányon (orális adagolás)		
	Meleg lemez teszt		Farokelrántás tesztje		Vegyület	Citromsav belélegez- tetéses teszt (Gösswald-módszer)	
	Relatív hatékonyság	LD ₅₀ /ED ₅₀	Relatív hatékonyság	LD ₅₀ /ED ₅₀		Relatív hatékonyság	LD ₅₀ /ED ₅₀
Morfin	1	66	1	172	Kodein	1,00	6,5
Dolargan	0,95	57	0,41	55	Etilmorfin	0,97	7,84
Depridol	2,47	15	1,12	18	Azidokodein	40,00	52,00
Pentazocin	0,51	31	0,14	23	Azidoetilmorfin	59,88	36,53
Azidomorfin	128	380	62	471			

4. táblázat. **Tolerancia és dependencia kialakulása patkányon azidomorfin, illetve 14-OH-azidomorfin kezelés során morfinnal, hidromorfonnal és oximorfonnal összehasonlítva**

Vegyület	Fájdalomcsil- lapító ED ₅₀ , mg/kg s. c. (meleg lemez teszt)	Napi adag* n × ED ₅₀ 1. n. 85. n.	Tole- rancia mérté- ke (DR)**	Dependen- cia mértéke (egység- gek)***
Morfin	4,6	4	30	28,0
Hidromorfon	0,22	2	20	7,8
Oximorfon	0,08	2	20	11,3
Azidomorfin	0,036	6	120	9,7
14-OH-azidomorfin	0,036	6	120	8,8

* Napi adag 2 részletben s. c. adva 9.30- és 10.30-kor.

** A kezelés 14. hetében vizsgálva

DR = ED₅₀ a kezelt állatokon
ED₅₀ az 1. napon (kontroll)

*** A kezelés 86. napján 2,5 mg/kg s. c. naloxonnal precipitált elvonási szindróma Buckett módszerével mérve (lásd 15.)

mazékainak dependencia-kapacitása, mint a morfiné (3, 4, 5, 13, 14, 15). Egy példát mutat a 4. táblázat, amely azt bizonyítja, hogy még ha tartós kezelés során az azidomorfin adagját 85 napon át oly módon emeltük, hogy végül már az eredetileg hatékony dózis 120-szorosát adtuk naponta, akkor sem értük el azt a mértékű toleranciát, amelyet már morfin kisebb adagjával elértünk és még jelentősebb volt a különbség a dependencia tekintetében. Ez ismét olyan tulajdonsága az azidomorfinoknak, mely gyakorlati szempontból reményteltető. Összehasonlítottuk hosszú kezelés során patkányon az azidokodein és azido-etilmorfin kodeinhez viszonyított dependencia-kapacitását (8). Az 5. táblázat mutatja, hogy a két azido származék dependencia-kapacitása kisebb mint a kodein, pedig már a kodein is tartósan adható köhögéscsillapítóként a dependencia kialakulásának veszélye nélkül. Az azido-etilmorfin, mely 60-szor hatékonyabb köhögéscsillapító per os mint a kodein, ebből a szempontból még biztonságosabb.

Azidomorfin mellékhatások emberen

Az azidomorfinok állatkísérletekben észlelt, a morfinhoz viszonyított nagy hatásszélessége azt a

reményt keltette, hogy a mellékhatások gyakorisága emberen is kisebb lesz mint a morfiné. A Semmelweis OTE III. Belgyógyászati Klinikáján, a *Rétsági György dr.* vezette klinikai farmakológiai munkacsoport vizsgálati eredményei azt bizonyították, hogy a fájdalomcsillapítók esetében az állatkísérletek prediktív értéke a mellékhatások szempontjából is jó (16). A 6. táblázat az azidomorfin és a morfin egyenlő erősségű analgetikus adagjainak beadását kísérő néhány jelentősebb mellékhatás megjelenésének gyakoriságát mutatja. A táblázat adatai világosan bizonyítják az azidomorfin előnyös tulajdonságait: a teljes fájdalommentességet eredményező azidomorfin dózis rendkívül kevés mellékhatás megjelenésével járt, míg az azonos hatékonyságú morfinadag az irodalmi adatoknak megfelelő gyakorisággal váltott ki mellékhatásokat.

5. táblázat. **Kodein, azidokodein és azidoetilmorfin dependencia kapacitásának összehasonlítása patkányon**

Vegyület	24 hetes kezelés után az elvonási szindróma antagonistával precipitálva (Buckett-egységek, lásd 4. táblázat)		
	Nalorfin 10 mg/kg i. p.	Naloxon 2,5 mg/kg i. p.	N-allil-14-OH- norazidomorfin 2,5 mg/kg i. p.
Kodein	4,62	4,50	6,00
Azidokodein	1,87	2,14	1,40
Azidoetilmorfin	0,00	2,00	1,60

6. táblázat. **Azidomorfin (0,5) és morfin (20 mg) beadását kísérő néhány fontosabb mellékhatás megjelenésének gyakorisága százalékban**

	Azidomorfin	Morfin
Elalvás (1/2 órán belül)	8,2	36
Látási-hallás panasz	0,006	33
Szájszárazság	1,0	30
Hányinger	1,3	53
Hányás	0,2	14
Vérnyomáscsökkenés	0,7	17
Székrekedés	0,2	19
Vizelési panasz	0,07	17
Allergiás bőrjelenség	0,0	7



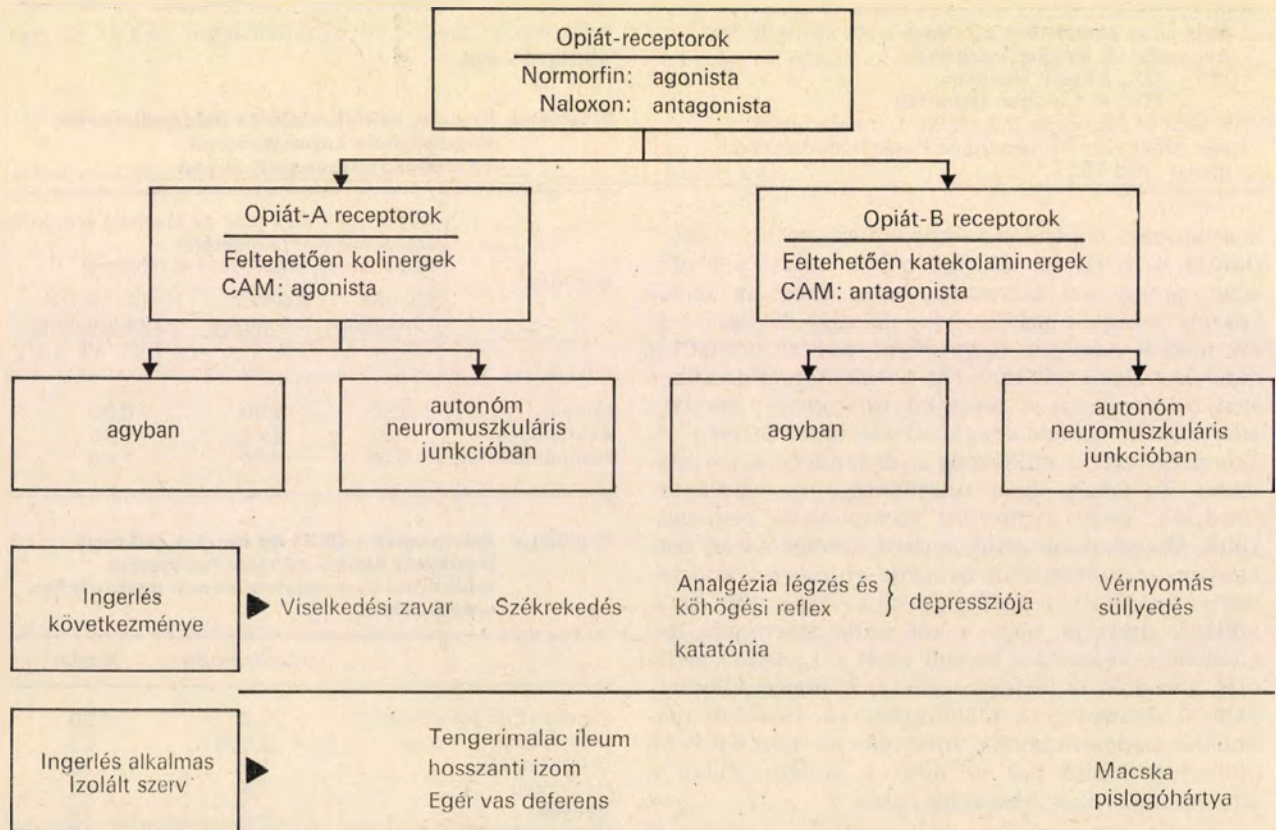
7. táblázat. **Homopirimidazolok és acetilszalicilsav fájdalomcsillapító hatékonyságának összehasonlítása (orális adagolás)**

Vegyület	LD 50 mM/kg (patkány)	ED 50 mM/kg meleg lemez teszt (patkány)	LD 50 per ED 50	Relatív hatékonyság	LD 50 mM/kg (egér)	ED 50 mM/kg vonaglászós teszt (egér)	LD 50 per ED 50	Relatív hatékonyság
Acetilszalicilsav	7,88	2,28	3,46	1,00	6,93	2,98	2,32	1,00
Probon	4,40	0,62	7,10	3,68	5,02	0,51	9,84	5,84
JATE 1023	2,77	0,15	18,47	15,20	2,12	0,056	37,84	53,21

Opiát-antagonista azidomorfin származékok

A morfin és hozzá hasonló kémiai szerkezetű vegyületek sztereospecifikus receptorokon, az ún. opiát-receptorokon fejtik ki farmakológiai hatásukat. A morfin egyes N-szubsztituált származékai erős morfin-antagonistaként viselkednek, mivel megtartják affinitásukat az opiát-receptorokhoz, de azokat nem ingerlik. Az ez idő szerint legerősebb opiát antagonisták, a naloxon és naltrexon, az oximorfon származékai. A naloxon az n-allil, a naltrexon az N-ciklopropilmetil származéka a nor-oximorfonnak. Az N-allil, illetve N-ciklopropilmetil norazidomorfin származékok is rendkívül erős opiát antagonisták (17, 18). Hatékonyságuk eléri, sőt egyes teszteken meghaladja a naloxonét. Van azonban egy egyedülálló új tulajdonságuk: míg ugyanis a naloxon minden opiát-receptoron

erős antagonistá, tehát a morfin minden farmakológiai hatását gátolja, addig az N-szubsztituált azidomorfinok rendkívül érdekes módon csak a morfin hatásainak egy részét, mégpedig a fájdalomcsillapító, a köhögéscsillapító, a légzést gátló, a katatoniat okozó és a vérnyomássüllyesztő hatást gátolják. A morfin okozta viselkedési zavarokat, EEG elváltozásokat, valamint bél-motilitásra kifejtett hatásokat nem gátolják, hanem e tekintetben erősebb agonisták, mint a morfin. Sajátos módon az N-szubsztituált azidomorfinok azokat az opiát agonista hatásokat gátolják, amelyek katekolaminerg neuronokhoz tartozó opiát-receptorok ingerlésével jönnek létre, míg azokat az opiát-receptorokat, melyek kolinerg neurotranszmisszióhoz tartoznak, stimulálják. Segítségükkel tehát az opiát-receptorok két típusát (opiát A és B recep-



2. ábra: Két típusú opiát receptor (A és B) N-ciklopropilmetil-norazidomorfin (CAM) segítségével történő differenciálását és megosztását bemutató séma

torok) lehet elkülöníteni (17). Az N-szubsztituált azidomorfinok közül az N-ciklopropilmetil-norazidomorfin (CAM) használjuk a két típusú opiát-receptor elkülönítésére. E vegyületek tulajdonságainak megismerése tehát az opiát-receptorok új klasszifikációját tette lehetővé, ezt a 2. ábra mutatja be. Még további kutatás tárgya marad, hogy milyen terápiás célra lehet felhasználni ezeket az érdekes hatásspektrumú N-szubsztituált azidomorfinokat, mindenesetre sajátos hatásmódjuk az opiát-receptorok további kutatásában jelentős szerepet játszhat.

Homopirimidazolok

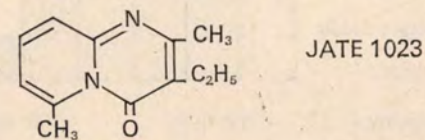
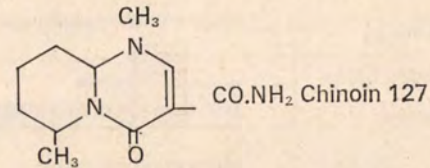
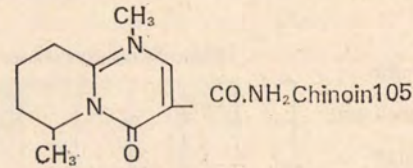
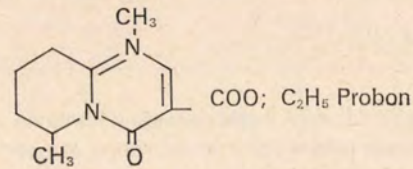
A nem kábító fájdalomcsillapítók farmakológiája aránylag csekély fejlődést mutatott az elmúlt évtizedekben. Az eddig ismert legjelentősebb három vegyületcsalád, az anilin, a pirazon származékok, valamint szalicilátok, sok évtizede ismert, és hozzájuk hasonló stabilitású és széles körben felhasznált új, nem kábító fájdalomcsillapító — még a gyógyszerkutatás 1950 utáni nagy fellendülése során sem — vonult be az orvosi gyakorlatba. Ugyanakkor az egyre szigorúbb gyógyszerellenőrzési tevékenység az anilin származékok gyakorlatilag teljes visszavonásához vezetett. Jelenleg a pirazonok végleges elavulásának vagyunk tanúi. A pirazonokat mellékhatásaik miatt, a fejlett országok nagy részben már nem használják, a WHO állásfoglalása alapján még ahol ma használatban vannak is, a jövőben várható a forgalomból való fokozatos kivonásuk. Jelenleg a szalicilátok csaknem egyeduralgó szerepet töltenek be a gyenge és középérésű fájdalomcsillapításban világszerte. Mellékhatásaik, különösen a gyomor-bél nyálkahártyára kifejtett károsító hatásuk miatt intenzív kutatás tárgyát képezi olyan új struktúrák megismerése, melyek a szalicilátoknál alkalmasabbak lehetnek a mindennapos orvosi gyakorlatban.

A nem kábító fájdalomcsillapítók problémájával is behatóan foglalkoztunk. Az analgetikus hatás mérésére felhasznált módszerek sorát párhuzamosan alkalmazva kerestünk alkalmas új struktúrákat. E kutatásaink eredményeként fedeztük fel, hogy 1,5-diazanaftalin (homopirimidazol) vázat tartalmazó struktúrák között olyanok vannak, melyek érdekes hatásspektrumú analgetikumok. A kémiai kutatómunka *Mészáros Zoltán* vezetése alatt folyt (19) és évek során a kémiai szerkezet és hatás összefüggésének elemzésével olyan fájdalomcsillapító hatású homopirimidazolokat szelektáltunk, melyek terápiás szempontból is ígéretesek (21—27). A 3. ábra az eddig megismert homopirimidazol fájdalomcsillapítók közül néhány, gyakorlati szempontból is ígéretes vegyület szerkezetét mutatja. Ez ideig még csak egy vegyület, a Probon került gyógyszerként forgalomba, melynek hatékonyságát emberen kettős vak kísérletekkel először *Gráber* igazolta (28).

Homopirimidazolok fájdalomcsillapító hatásának spektruma

A nem kábító fájdalomcsillapítók kevésbé hatékonyak az állatkísérletes teszteken. A kutatás-

Néhány hatékony homopirimidazol szerkezete

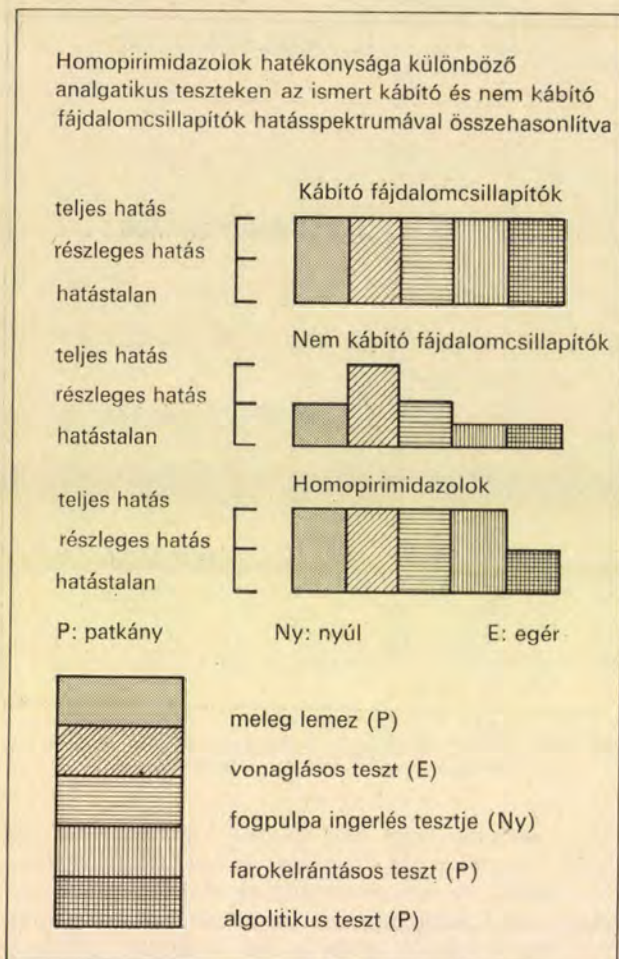


3. ábra: Néhány fájdalomcsillapító és gyulladásgátló homopirimidazol kémiai szerkezete

ban általában egy sor tesztet alkalmaznak egyszerre és valamely vegyületről csak az összes teszten észlelt eredmény együttese alapján lehet előre megjósolni hatékonyságát emberen. A 4. ábra áttekinthető módon mutatja be a kábító fájdalomcsillapítók és homopirimidazolok hatásspektrumát öt különböző állatkísérletes teszten vizsgálva. Míg a kábító fájdalomcsillapítók minden módszerrel mérve maximális hatásúaknak bizonyultak, addig a nem kábító fájdalomcsillapítók mindössze egy teszten voltak teljes hatásúak, két teszten csak részleges hatást fejtettek ki, kettőn pedig teljesen hatástalanok voltak. A homopirimidazolokkal, noha ezek nem kábító fájdalomcsillapítók, az öt teszt közül négyen maximális hatás érhető el.

A 7. táblázat a homopirimidazolok acetilszalicilsavhoz viszonyított hatékonyságát mutatja azon a fájdalomcsillapító teszten, amelyen a szalicilátokkal is maximális hatás érhető el (vonaglási teszt), valamint egy olyan teszten (meleg lemez), melyen a szalicilátok csak részlegesen hatékonyak. A homopirimidazolok lényegesen hatékonyabbnak bizonyultak, mint a szalicilátok, egyszersmind hatásszélességük az acetilszalicilsavnál nagyobb. Nagy jelentőségű a gyakorlat szempontjából, hogy az új vegyületek a szalicilátokkal ellentétben nem károsítják a gyomornyálkahártyát. A 8. táblázat mutatja a Probon és acetil-szalicilsav fájdalomcsillapító hatékonyságának és a gyomornyálkahártyát károsító effektusának viszonyát. A kísérletek-

ből kitűnik, hogy az acetilszalicilsav már a fájdalomcsillapító adagban károsítja a gyomornyálkahártyát, az analgetikus ED₅₀ kétszerese már súlyos károsodást okoz. A Probon esetében a fájdalom-



4. ábra: Homopirimidazolok hatékonysága különböző analgetikus teszteken.

8. táblázat. Probon és acetilszalicilsav gyomornyálkahártyakárosító hatásának összehasonlítása patkányon

Vegyület	ED ₅₀ mg/kg, orális (meleg lemez)	Dózis mg/kg (orális)	Nyálka- hártyakáro- sító hatás mértéke (egységek)	Meg- jegyzés
Probon	225	200	0	33%-ban letális
		400	0	
		800	0,4	
		1200	0,7	
Acetilszalicilsav	410	400	2,0	
		800	3,5	

Egységek: 0 = nincs lézió;
1 = pontszerű bevérzések;
2 = 1-5 kis ulcus;
3 = egy nagy ulcus;
4 = több nagy ulcus;
5 = perforált ulcus.

9. táblázat. Homopirimidazolok terápiás indexe acetilszalicilsavhoz és fenilbutazonhoz viszonyítva néhány, gyulladásgátló vizsgálatára használt, patkányteszten

	Chi- noin 127	Chi- noin 105	Acetil- szali- cilsav	Fenil- buta- zon	Indo- me- thacin
Carrageenen ödema tesztje	24,0	6,9	3,9	7,8	2,6
Kaolin ödema tesztje	11,2	23,0	4,8	4,9	1,8
Dextran ödema tesztje	7,2	8,3	3,5	2,1	1,4

csillapító hatású adag kétszeresében sincs semmiféle elváltozás, sőt még az ötszörös adag (1200 mg/kg) is, mely az állatok egyharmadának pusztulásához vezet, csak jelentéktelen nyálkahártyakárosodást okoz. A terápiás tapasztalatok teljes összhangban állnak az állatkísérletes adatokkal, a szalicilátokra jellemző gyomorpanaszok a Probonnal kezeltéken nem észlelhetők.

A homopirimidazolok gyulladásgátló hatása

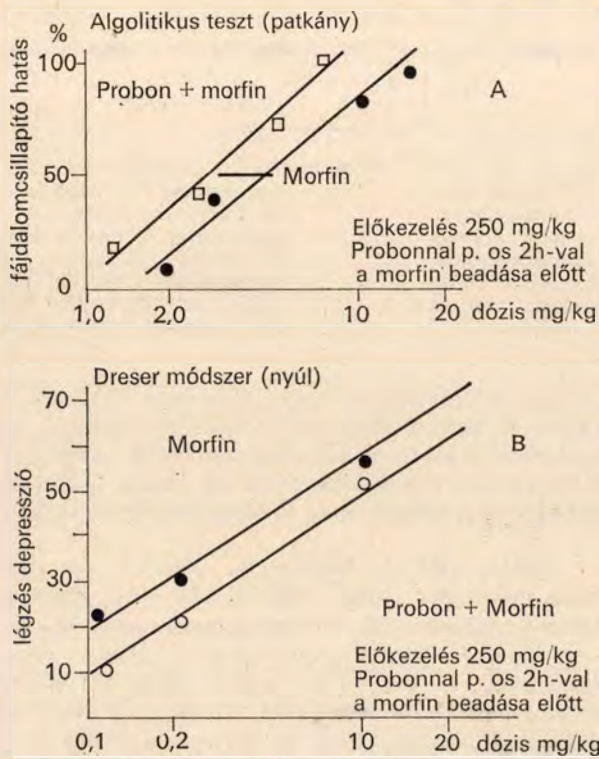
Mint a nem kábító hatású fájdalomcsillapítók általában, a homopirimidazolok is jelentős gyulladásgátló hatást fejtenek ki. A 9. táblázat a homopirimidazolok gyulladásgátló hatékonyságát a terápiában jelenleg használt fontosabb vegyületekhez viszonyítva illusztrálja. A még terápiás alkalmazásra nem került homopirimidazolok között lényegesen hatékonyabbak is vannak a Probonnál. Az újabb származékok terápiás értékét majd a jövő fogja eldönteni. Mindenesetre a hatás és vegyi szerkezet összefüggésének kutatása és az itt bemutatott néhány vegyület példája megengedi azt a következtetést, hogy egy ígéretes új vegyületszárladról van szó, melynek további származékait remélhetjük majd a terápiába bevezetni.

Azidomorfinok és homopirimidazolok kombinációja

A homopirimidazolok sajátos, eddig ismert nem kábító fájdalomcsillapítóktól eltérő tulajdonsága, hogy a kábító fájdalomcsillapítók hatását jelentősen fokozzák (21, 25, 29, 30). Az 5/a ábra példát mutat, hogyan fokozódik fájdalomcsillapító hatása olyan mennyiségű Probonnal együtt adva, mely még önmagában nem fejt ki számottevő analgetikus hatást. A morfin dózis-hatás görbéje, mint látjuk a Probon hatására erősen balra tolódik. E kombinatív hatás külön érdekessége, hogy a morfin légzést deprimáló hatása nem fokozódik Probonnal történő kombináció esetén, sőt ebben a vonatkozásban antagonizmust figyeltünk meg nyúlra. Az 5/b ábra mutat be kísérletet ennek az összefüggésnek demonstrálására. A Probon kedvező hatásait a légzésre klinikai alkalmazása során is gyakran megfigyelték. A jelenséggel először Gráber és mtsai (31), valamint Rétsági és mtsai (10) foglalkoztak.

Az állatkísérletek arra a megfontolásra vezetnek, hogy Probon alkalmazásával morfint lehet

megtakarítani, mivel kisebb morfin adagok hatékonyságával lehet számolni. Ezt a jelenséget bizonyítottuk olyan állatokon is, amelyeket előzetesen tartósan kezeltünk morfinnal és a kialakult nagy mértékű tolerancia állapotában vizsgáltuk a morfin és Probon kombinációjának hatását. A 6. ábra egy ilyen kísérletsorozat eredményét mutatja, látjuk, hogy a morfin-tolerancia állapotában a Probon milyen jelentősen fokozza a morfin hatását, hiszen a tartósan morfinnal kezelt állatokon a kezdetben hatékony adag közel 30-szorosával tudtunk ezzel azonos mértékű analgéziát kiváltani. Ha a morfin iránt már ilyen mértékben rezisztens állatok Probon is kaptak, mindössze a kezdetben hatékony morfin adag 3,9-szeresét igényelték.



5. ábra: A morfin fájdalomcsillapító hatásának potencirozása (A rész) és a légzés-depresszív hatás gátlása (B rész) Probonnal történő együttes adagolás kapcsán

10. táblázat. **Azidomorfin (0,5 mg) és Probon (150 mg) kombinációjának beadását követő néhány fontosabb mellékhatás megjelenésének gyakorisága százalékban, morfinhoz (20 mg) és pentazocinhoz (60 mg) hasonlítva**

	Azidomorfin + Probon	Morfine	Pentazocin
Látási-hallási panaszok	0,3	33	40
Izzadás	2,1	23	32
Hányás	0,7	14	19
Fejfájás	0,8	28	24
Székrekedés	0,2	19	4
Vizelési panaszok	0,07	17	9
Allergiás bőrtelenség	0,03	7	2

Ezt a jelenséget érdekes volt embereken is tanulmány tárgyává tenni. A 7. ábra az Országos Onkológiai Intézetben végzett kísérletsorozat (32), a 8. ábra a Semmelweis OTE III. Belgyógyászati Klinikáján végzett (33) vizsgálatok eredményeit mutatja be. Ezek a vizsgálatok azt bizonyították, hogy a Probon és morfin előnyösen kombinálható emberen is. Mint a 7. ábrából látjuk, Probonnal kezelt betegeken a hathetes megfigyelési időszak alatt nem kellett a morfin dózist szignifikánsan emelni, míg a kontroll csoportban a jól ismert jelenséget, a morfin-tolerancia megjelenését észlelték. A 8. ábra azidomorfin + Probon kombinációjának előnyét mutatja morfinnal szemben.

A homopirimidazolokkal történő kombináció számára az azidomorfin a morfinnal előnyösebb partner emberen. Ezt a Rétsági és mtsai által végzett vizsgálatok (33) állatkísérleteinkkel összhangban bizonyították.

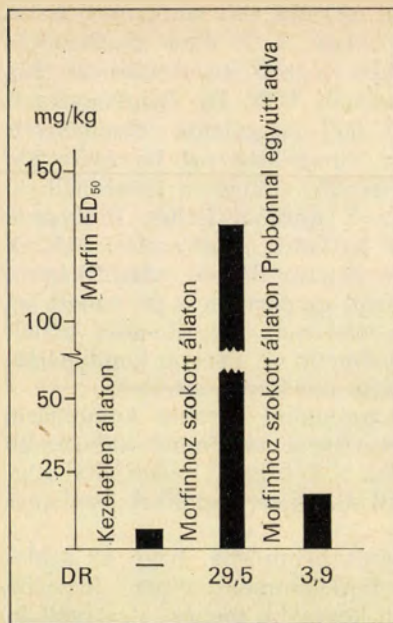
Már a 6. táblázat bemutatta, hogy az azidomorfin a teljes fájdalommentességet biztosító adagban lényegesen kevesebb mellékhatást vált ki mint az egyenértékű morfin dózis. A 10. táblázat a mellékhatások gyakoriságát mutatja olyan betegeken, akik fájdalomcsillapítás céljából ekvipotens adag morfint, pentazocint, illetve azidomorfin + Probon kombinációját kapták. A kombináció előnyei a morfinnal, ill. pentazocinnal szemben egyértelműen kitűnnek a táblázatból.

Állatkísérleteinkben tapasztaltuk, hogy az azidomorfin dependencia-kapacitása lényegesen kisebb mint a morfiné. A Rétsági és mtsai által végzett klinikai vizsgálatokban ez a probléma is analízisre került emberen (33). A 11. táblázat 9 azidomorfin + Probon kombinációval tartósan kezelt beteg mutatja be dependencia kialakulásának hiányát. A kombinációval huzamosan kezelt betegek intravénásan 10 mg/kg nalorfint kaptak és az elvonási tünetcsoport intenzitásának kiértékelése a Himmelsbach-módszer szerint történt. A kiértékelés lényege, hogy az elvonási tüneteket egységekben mérik. Az elérhető maximális elvonási szindróma értéke: 53 egység, 15 egységnél kisebb érték dependencia kialakulásának hiányát jelenti. A táb-

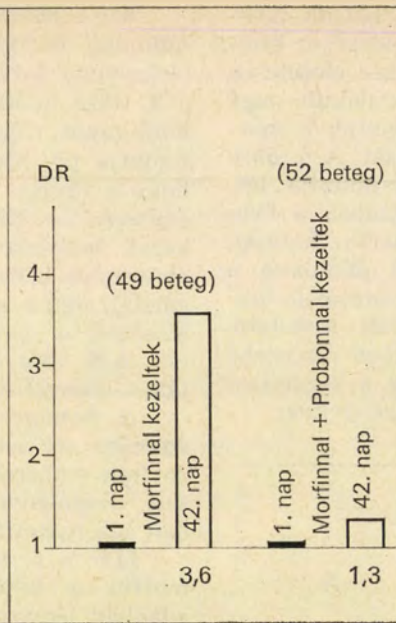
11. táblázat. **Nalorfin (10 mg, i. v.) hatása azidomorfin + Probon kombinációjával kezelt betegeken**

Beteg száma	Beteg neve	Beteg kora (év)	Kezelés időtartama (napok)	Azidomorfin összdózis (mg) a kezelés során	Precipitált elvonási tünetek egységeiben
1	nő	75	42	146,0	9
2	nő	64	14	52,5	8
3	nő	68	27	55,5	10
4	nő	66	57	73,0	10
5	férfi	66	41	151,0	8
6	nő	68	45	60,5	0
7	nő	75	21	74,0	7
8	nő	59	24	82,5	4
9	nő	68	16	39,0	16

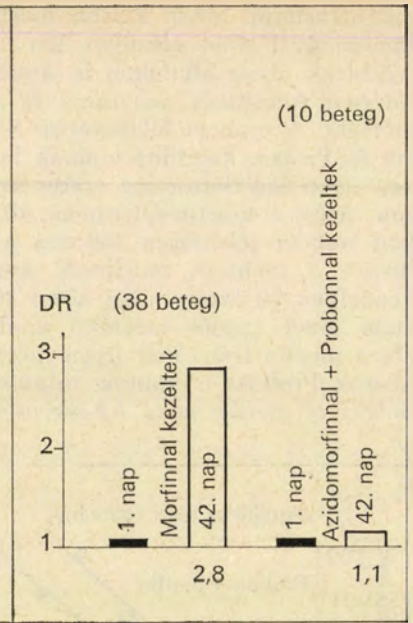
Himmelsbach egységek:
 < 15 egység = nincs dependencia;
 maximum = 53 egység



6. ábra: A morfin fájdalomcsillapító hatású dózisének (ED_{50}) változása krónikus kezelés során patkányon. Napi két s. c. injekciót adtunk emelkedő adagokkal 72 napon át.



7. ábra: Morfin tolerancia kialakulása emberen 6 hetes kezelés során és annak elmérése a morfinnal Probonnal történő együttadagolása esetén. Az Országos Onkológiai Intézetben végzett analízis (32) napján



8. ábra: Morfin tolerancia kialakulása emberen 6 hetes kezelés során és annak elmérése azidomorfinnal + Probon kombinációval kezeltéken. A Semmelweis OTE III. Belgyógyászati Klinikáján végzett analízis (33) alapján

látatban bemutatott vizsgálati sor bizonyítja, hogy az azidomorfinnal + Probon kombináció teljes fájdalommentességet biztosító dózissal kezelteknél dependencia, a hosszú kezelés ellenére nem alakult ki.

Tekintettel arra, hogy azidomorfinnak klinikai hatékonysága még jelenleg kiterjedt vizsgálatok tárgyát képezi és a homopirimidazolok közül is csak egyetlen vegyület, a Probon van forgalomban, a jövő vizsgálatoknak kell véglegesen tisztázniuk az alkalmas homopirimidazolok és azidomorfinnak, valamint különböző kombinációik klinikai értékét. A két vegyületcsalád farmakológiai tulajdonságai, továbbá emberen is bizonyított hatékonyságuk és kedvező hatásszélességük reménykeltő abból a szempontból, hogy e két vegyületcsalád további kutatása és megfelelő képviselőik kombinált adagolása, előrelépést fog jelenteni a klinikai fájdalomcsillapításban.

Összefoglalás. Két új fájdalomcsillapító vegyületcsalád, az azidomorfinnak és homopirimidazolok farmakológiai tulajdonságait foglalta össze a szerző. Az azidomorfinnak állaton és emberen egyaránt az eddig megismert leghatékonyabb, egyben legnagyobb hatásszélességű félszintetikus morfin származékok, melyeknek a legkisebb a tolerancia- és a dependencia-kapacitásuk. Az 1,5-diazanaftalin (homopirimidazol) alapvázatot tartalmazó új vegyületcsalád tagjai a szalicilátoknál hatékonyabbak és jobb hatásszélességűek, nem kábító fájdalomcsillapító és gyulladásgátló vegyületeknek bizonyultak állaton és emberen. Az új homopirimidazolok

sajátos tulajdonsága, hogy jelentősen fokozzák a kábító fájdalomcsillapító analgetikus hatását. Az azidomorfinnak és a homopirimidazolok kombinációjával lépést remélünk tenni az ideális fájdalomcsillapítóhoz vezető, még hosszúnak látszó, úton.

IRODALOM: 1. Bognár R., Makleit S.: Acta Chim. Acad. Sci. Hung. 1968, 58, 203. — 2. Knoll J., Fürst S., Kelemen K.: Orvostudomány. 1971, 22, 265. — 3. Knoll J., Fürst S., Kelemen K.: J. Pharm. Pharmacol. 1973, 25, 929. — 4. Knoll J., Fürst S., Makleit S.: J. Pharm. Pharmacol. 1975, 27, 99. — 5. Knoll J.: Neuropharmacology. 1975, 14, 921. — 6. Knoll J. és mtsai: Arch. Int. Pharmacodyn. Ther. 1974, 210, 241. — 7. Knoll J. és mtsai: Orvostudomány. 1975, 26, 89. — 8. Knoll J., Hársing L. G., Friedmann T.: Orvostudomány. 1976, 27, 265. — 9. Rétsági Gy., Fischer J., Knoll J.: in Drug Interactions. Edited by P. L. Morselli, S. Garattini, S. N. Cohen, Raven Press, N. Y. 1974. pp. 339. — 10. Rétsági Gy. és mtsai: Orvostudomány. 1973, 24, 371. — 11. Knoll J. és mtsai: Pharmacology. 1974, 12, 283. — 12. Knoll J. és mtsai: Orvostudomány. 1975, 26, 97. — 13. Knoll J.: in Committee on Problems of Drug Dependence. 35th Meeting, Chapel Hill, 1973. pp. 188. — 14. Knoll J.: in Committee on Problems of Drug Dependence. 37th Meeting, Washington. 1975. pp. 892. — 15. Knoll J.: in Proceedings of Sixth International Congress of Pharmacology. Helsinki, 1975. Vol. 4. pp. 31. — 16. Rétsági Gy., Schwarzmann É.: Orvostudomány. 1973, 24, 359. — 17. Knoll J.: Polish J. Pharmacol. Pharm. 1977, 29, 165. — 18. Knoll J., Fürst S., Makleit S.: Arch. Int. Pharmacodyn. Ther. 1977, 228, 268. — 19. Mészáros Z. és mtsai: Arzneim. Forsch. 1972, 22, 815. — 20. Knoll

J. és mtsai: *Arzneim. Forsch.* 1971, 21, 717. — 21. Knoll J., Fürst S., Mészáros Z.: *Arzneim. Forsch.* 1971, 21, 719. — 22. Knoll J., Fürst S., Mészáros Z.: *Arzneim. Forsch.* 1971, 21, 727. — 23. Knoll J., Magyar K., Bánfi D.: *Arzneim. Forsch.* 1971, 21, 733. — 24. Knoll J. és mtsai: *Orvostudomány.* 1969, 20, 361. — 25. Knoll J., Fürst S., Mészáros Z.: *Orvostudomány.* 1969, 20, 371. — 26. Knoll J., Fürst S., Mészáros Z.: *Orvostudomány.* 1969, 20, 397. — 27. Knoll J., Magyar K., Bánfi D.: *Orvostudomány.* 1969, 20, 417. — 28. Graber H.:

Int. J. clin. Pharmacol. 1972, 64, 354. — 29. Knoll J.: *Pharm. Res. Comm.* 1973, 5, 175. — 30. Fürst S., Knoll J.: in *Drug Interactions.* Edited by P. L. Morselli, S. Garattini, S. N. Cohen. Raven Press, New York, 1974. pp. 277. — 31. Graber H., Dávid Á., Varga E.: in *Symposium on Current Problems in the Pharmacology of Analgetics.* Gen. ed.: J. Knoll. Ed.: E. S. Vízi. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1976. pp. 167. — 32. Sellei G., Eckhardt S.: *Orv. Hetil.* 1971, 112, 925. — 33. Rétsági Gy. és mtsai: *Orvostudomány.* 1974, 25, 83.

HALOPERIDOL

tabletta, injekció és csepp

ÖSSZETÉTEL: 1 ampulla (1 ml) 5 mg, 1 tabletta 1,5 mg, 1 üveg (10 ml) 20 mg haloperidolt tartalmaz.

JAVALLATOK: Minden olyan kórkép, amely motoros és psychés agitációval jár, mania, paranoid hallucinatoros oligophrenia és epileptiformis psychosisok, delirium tremens. Csillapíthatatlan hányás.

ELLENJAVALLATOK: Pyramidalis vagy extrapyramidalis tünetcsoporttal járó kórképek. Hysteria.

ADAGOLÁS: Az injekció alkalmazása általában akkor javasolt, amikor az orális adagolás valamilyen okból lehetetlen (pl. nagyfokú agitatio). Adagja ilyenkor 1 ampulla (5 mg) intramuscularisan.

Az átlagos orális napi adag 2–4 mg. Az egyéni tűrőképesség és szükséglet figyelembevételével azonban a napi adag 1,5–10 mg között váltakozhat, egyenlő részekre osztva.

Gyermekek napi dózisa 5 éves korig a felnőtt dózis negyede, 6–15 éves korig a felnőtt dózis fele.

MELLÉKHATÁSOK: Huzamosabb ideig tartó kezelés után parkinsonszerű tünetek léphetnek fel.

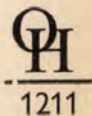
MEGJEGYZÉS: ✱ Injekció: „Az a szakrendelés (gondozó) szakorvosa rendelheti, aki a gyógyszer javallatai szerinti betegség esetén a beteg gyógykezelésére területileg és szakmailag illetékes.

Csak vényre adható ki és az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtető.

Tabletta és cseppek: „Az orvos csak akkor rendelheti a gyógyszert, ha azt a területileg, illetőleg szakmailag illetékes fekvőbeteg-ellátó osztály, szakrendelés (gondozó) szakorvosa javasolja. Csak vényre adható ki és az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtető.”



Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.



TISASEN A+B draszté

laxativum

ÖSSZETÉTEL

Sennozid A + B 10 mg drasztéenként.

HATÁS

A senna-drog antron, diantron és antrakionon típusú glükozidokat tartalmaz. Száraz kivonatában – melyet ez a draszté tartalmaz – hatásos diantron származékok találhatók: sennozid A és sennozid B. Az eddigi senna készítményekkel ellentétben ebben a drasztéban a hatóanyag pontosan meghatározható, és általában mentes a nem kívánatos mellékhatásoktól. A draszté hatásos mind spastikus, mind az atóniás obstipatio esetén. A gyógyszer bevétele után 8–16 órán belül lép fel a hatás, könnyű és bőséges székletürítés formájában.

Diabeteses betegeknek is adható.

Alhasi vérbőséget nem okoz, terhességben is alkalmazható.

Forgalomba hozza:

**ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR
TISZAVASVÁRI**

JAVALLATOK

Különböző eredetű (pl. habitualis, postoperatív, terhességi) obstipatio, továbbá műtéti előkészítés.

ELLENJAVALLAT

Béllezáródás.
Káliumháztartás zavara.

ADAGOLÁS

Felnőtteknek a széklet rendezése céljából napi 1–2 draszté, hashajtás céljából napi 3–4 draszté este, étkezés után. Gyermekeknek 1 draszté este, étkezés után.

MELLÉKHATÁSOK

Ritkán átmenetileg flatulentia előfordul, továbbá abdominális fájdalmak jelentkezhetnek.

MEGJEGYZÉS: Vény nélkül is kiadható.

CSOMAGOLÁS: 30 db draszté. ●TÉRITÉSI DIJ: 3,90 Ft.



Fővárosi László Kórház,
Kórbonctani és Kórszövetteni Osztály

Vírusok elektronmikroszkópos kimutatásának jelentősége és lehetőségei boncolási anyagban

Kendrey Gábor dr.

A transzmissziós elektronmikroszkópia térhódítása a patológiában az elmúlt két évtizedben szemünk láttára ment végbe. Az ultrastrukturális vizsgálómódszer általában két területen terjedt el: a kísérletes patológiában és a biopsiás-műtéti anyagok tanulmányozásában. Ez a megállapítás természetesen nem általánosítható, tekintve, hogy az időigényes, speciális technikai-szakmai képzettséget követelő és költséges methodika alkalmazása csak nagyobb intézményekben és főleg a gazdaságilag fejlett országokban vált lehetővé. A haladás üteme imponáló volt, az elért eredmények elméleti és gyakorlati jelentősége még szinte felmérhetetlen. Öröm, hogy ebben a periódusban és az említett területeken magyar kórboncnokok is eredményesen működtek.

Most egy újabb fontos korszak — a térhatású elektronmikroszkópia — első éveiben, amely eljárás a patológiában is további kutatási lehetőségeket nyit meg (12), a címben megjelölt témakör első pillanatra idegennek tűnhet, sőt azt a benyomást is keltheti, hogy az élet már régen túlhaladt ezen a problémán. E sorok írója nem így vélekedik, de a döntést természetesen az Olvasóra bizza.

Saját ilyen jellegű tapasztalataink úgy születtek, hogy különösen az elmúlt hat évben jóval több mint száz, főleg máj-biopsiás anyag ultrastrukturális vizsgálatán kívül különböző vírusbetegségek aetiológiai diagnosztikájával foglalkozva számos autopsiából származó szövetet tanulmányoztunk (7). Munkánk során elvi és gyakorlati szempontokat egyaránt érintő tanulmányt a számos külföldi — speciális témákat egyébként bőven tárgyaló — irodalmi adat között nem találunk. Úgy láttuk, hogy a post mortem anyagon végzett elektronmikroszkópos hazai vizsgálatok

sem értek meg annyira, hogy azok eredményei közlemények formájában rendelkezésünkre álljanak. Egyedül Engelhardt és mtsai (4) számoltak be arról, hogy vesebetegségek halál utáni diagnosztikájában félvékony metszetek — különösen finomabb részletek felderítésére — jól alkalmazhatók. Ilyen irányú tapasztalatainkat így talán nem lesz haszontalan az érdeklődőkkel megosztani.

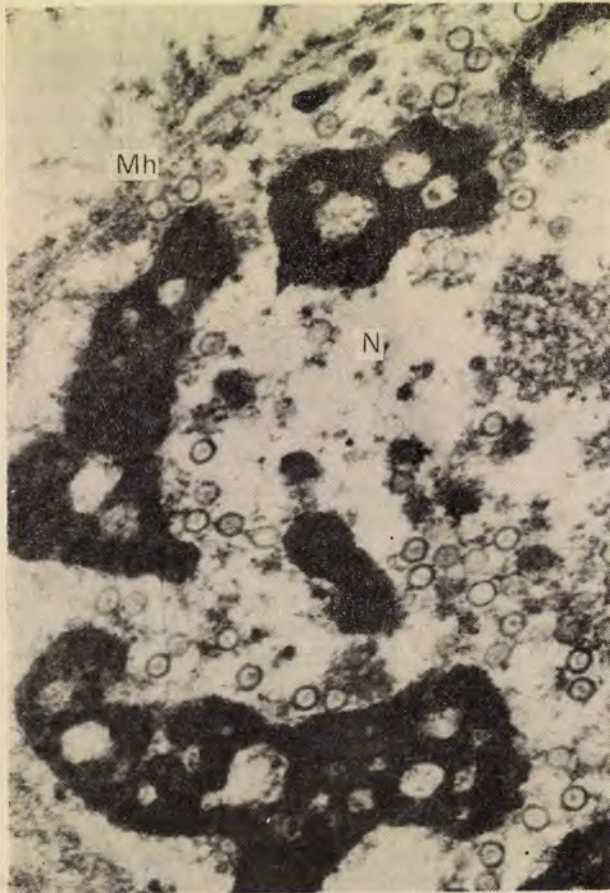
Az alábbiakban előbb röviden bizonyos elvi — elméleti és gyakorlati — problémákat érintünk, majd néhány, a vírusok kimutatásával kapcsolatos kérdést ragadunk ki úgy, ahogyan azokkal mindennapos munkánkban találkozunk. A felvetődött problémák és a megkísérelt válasz bemutatására egy-egy esetet használunk fel. Végezetül az anyagok feldolgozásával kapcsolatos technikai szempontokat említve térünk ki arra, hogy a halál beállta után mennyi idővel sikerülhet még vírusok, illetve vírusszerű képletek kimutatása.

A gyakorlatban az első kérdés általában nem elsősorban szakmai, sokkal inkább gazdasági és közelebről az, hogy *szabad-e egyáltalán az elektronmikroszkópot boncolási anyag vizsgálata céljából igénybevenni?* Ez hazánkban azért vetődik fel ebben a formában, mert azon túlmenően, hogy a módszer drága, nem vagyunk bővében a biológiai rendeltetésű elektronmikroszkópoknak sem. A választ a gyakorlat lényegében már kialakította és magunk sem szeretnénk mást tenni, mint azt röviden megfogalmazni; az anyagi erőket és a ma még szűk kapacitást elsősorban és legnagyobbbrészt a biopsiás-műtéti anyaggal kapcsolatos kérdések vizsgálatára és az esetleg népgazdasági haszonnal járó experimentális patológiai tanulmányokra kell koncentrálni. Ez azonban nem jelenti azt, hogy a post mortem anyag vizsgálatának egyedül gazdasági akadályai lehetnek.

Nézzük, hogy *van-e ilyen tanulmány végzésének szakmai akadálya?* Itt a helyzet már bonyolultabb. Az nem kétséges, hogy a keringés megszűnésével olyan állapot következik be, amely hamarosan már a subcellularis struktúrákban is észlelhető változásokhoz vezet. Természetes tehát, hogy az így nyert adatok értéke kisebb mint a biopsiás anyagban látottaké és azokkal nem állítható párhuzamba. Legfeljebb arról lehet szó, hogy a halál után kb. két órán belül végzett post mortem biopsiából, esetleg boncolásból származó anyagból a valóshoz közelebb álló kép nyerhető, mint egy-két napos cadaverből kivett szövetrészletekből. Saját korábbi tapasztalataink szerint autopsiás anyagban észlelhető ultrastrukturális sejtelváltozások érdemi megítélésre nem alkalmasak, mert soha nem lehet biztosan eldönteni, hogy mi tudható be valamilyen károsító hatásnak, ill. magának az autolysisnek. Mások hasonló megállapításra juthattak, mert hullai anyag elektronmikroszkópos vizsgálatával ilyen szempontból foglalkozó közlések jelentősebb számban nem születtek. Ha ez így van, akkor végül is mi az értelme az ilyen jellegű munkának? *Mi az „indikációja” hullai anyag elektronmikroszkópos célra való beagyazásának és vizsgálatának?* — Ezeknek a kérdéseknek megválaszolására álljon itt néhány példa:

Néhány évvel ezelőtt feladatunk volt egy kétéves, encephalitisben meghalt gyermek boncolása. A makroszkópos kép nem volt jellegzetes, mikroszkóposan azonban gyulladáshoz-necrotikus jelenségeken kívül elsősorban a temporalis lebeny kéregállományában és főleg a glia-sejtek magjában ugyanolyan egynemű eosinophil Cowdry-féle A típusú zárványtesteket figyeltünk meg, mint amilyenekről számos irodalmi adat szól (6, 10, 14, 16). A gyermek életében vírusizolációs kísérlet nem történt. A halál után 17 órával végzett sectiókor nyert agyszövetből herpes simplex vírus (HSV) izolálást kértünk az OKI-tól. Negatív eredményt kaptunk. Figyelembe véve azt, hogy az említett megjelenésű inclusions csak valószínűsítik, de egyértelműen nem bizonyítják azt, hogy az elváltozás HSV hatására jött létre, a formalinban fixált anyagból ultrastrukturális vizsgálatra ágyasztunk be. Több sejt magjában figyeltünk meg átlag 100–180 nm átmérőjű, kerek képleteket. Ezek egy része gyűrű alakú volt „üres” centrummal, másokban központi nucleoid is látszott (1. ábra). Ezek néhol csoportosultak, máshol egyesével fordultak elő. Méretük és küllemük a herpes csoporthoz tartozó vírusokéval volt azonos (6, 14). A cytoplasma nagyfokú autolysis miatt azt nem lehetett megállapítani, hogy ezek milyen sejtekben foglaltak helyet. Irodalmi adatok szerint (6, 9, 14, 15) a vírusok gyakran oligodendroglia sejtekben találhatóak.

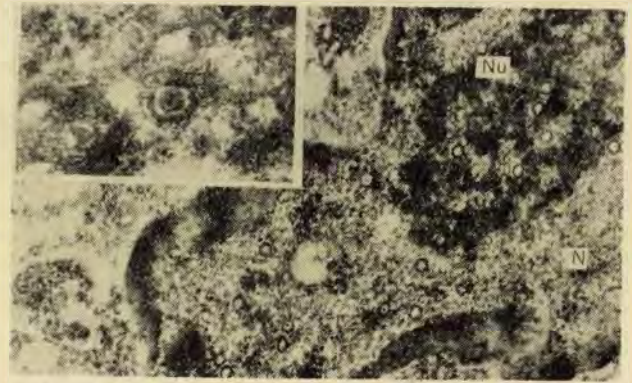
Ebben az esetben a post mortem anyagból végzett elektronmikroszkópos vizsgálat diagnosztikus teljesítőképességének maximumát nyújthatta. Segítségével megállapítható volt az, amire



1. ábra. Számos, közel azonos nagyságú „üres”, illetve centralis nucleoidot tartalmazó testecske agyi sejt magjában (N). Anyagvétel 17 órával a halál után. Mh = maghártya, 41 400 ×

egyéb módszer — pl. a vírusizolációs kísérlet — nem adhatott választ, nevezetesen olyan képleteket mutatott ki, amelyek a HSV morfológiai tulajdonságaival rendelkeztek. A klinikai lefolyás, a fénymikroszkópos lelet és az említett észlelés egybevetése alapján alig merülhet fel kétség, hogy a módszer ebben az esetben az aetiológiai kórismét tette lehetővé.

Egy másik alkalommal hónapok óta Schönlein-Henoch-purpurában szenvedő, corticosteroid kezelésben részesült 13 éves gyermekben, aki varicellát kapott, thrombocytopenia lépett fel. A halál okát kiterjedt roncsoló agyvérzésben találtuk meg. Fénymikroszkóposan a típusos bőrelváltozáson kívül a varicella generalizációjára utaló eosinophil intranuclearis zárványokat észleltünk a tüdő alveolaris és a lép sinus endothel-sejtjeinek magjában is. A vérzésektől áthatott csontvelőben kevés megakaryocytá volt csak



2. ábra. Vírusrészecskék csontvelősejt magjában (N), nucleolusában (Nu), továbbá szövettörmelékben (betét) a halál után 48 órával vett anyagban. 11 500 ×. Betét: 93 000 ×

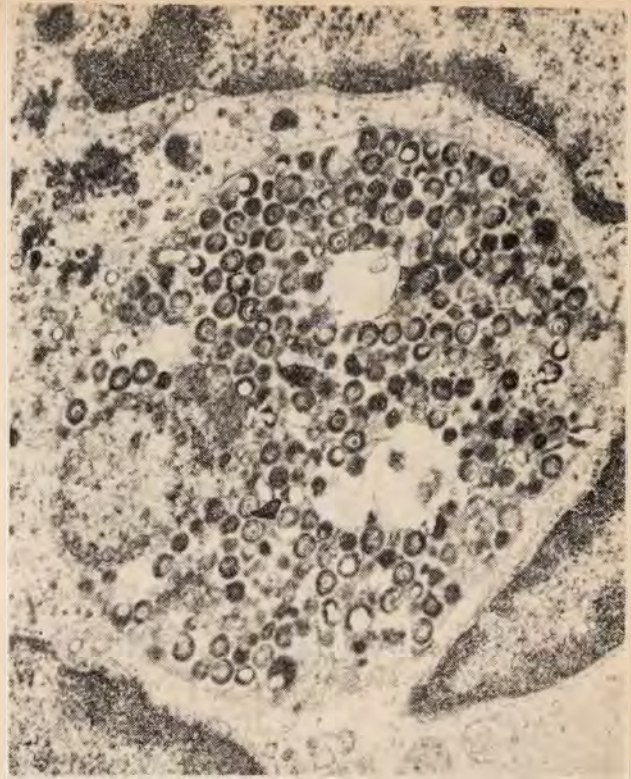
jelen. Ezek magjában zárványokat sorozatmetszetekben sem láttunk. Az elektronmikroszkópos vizsgálat egyes, biztosan nem identifikálható — cytoplasmaticus granulákat nem tartalmazó — csontvelősejtek magjában és nucleolusában a varicella-zoster csoportjához tartozó vírusokhoz messzemenően hasonló testecskeket tárt fel (2. ábra). Néhol az autolytikus (vagy necrotikus) szövettörmelékben is mutatkoztak hasonló, illetve centralis nucleoidot is tartalmazó képletek (2. ábra betét).

Ebben az esetben az ultrastrukturális vizsgálat fontos eredményre vezetett azáltal, hogy a varicellát okozó vírushoz igen hasonló magon belüli képleteket fedett fel a csontvelőben intra- és extracellularisan. Azt nem lehetett teljes biztonsággal megállapítani, hogy az említett képleteket tartalmazó sejtek megakaryocyták-e, amelyek károsodása játszhatott szerepet a halálhoz vezető vérzékenység kialakulásában. Tény azonban, hogy ultrastrukturális morfológiájukat tekintve nagyon hasonlítottak azokhoz és cytoplasmájuk — számos csontvelősejttől eltérően — granuláktól mentes volt. Eddig egyetlen közlés áll rendelkezésre, hogy ilyen testecskeket mutattak ki elektronmikroszkóposan megakaryocyták magjában. Espinoza és Kuhn (5) 1974-ben 9 éves, disseminált varicellában megbetegedett, thrombocytopeniás gyermekben, aki agyvérzésben halt meg, számolt be ilyen észlelésről.

Saját megállapításunk értéke kisebb, mint az idézett esetben tett megfigyelésé, amely a thrombocytopeniás purpura okát a megakaryocyták vírusinfekciójával hozta összefüggésbe. Leletünk kisebb súlya ellenére sem veszti el jelentőségét, hiszen ott mutattunk ki vírusszerű képleteket, ahol a thrombocytákat képező sejtek találhatóak. Még annyit jegyzünk meg, hogy laboratóriumi leletek sem az erythro-, sem a myelopoetikus rendszer károsodására nem utaltak. Ebben az esetben az *elektronmikroszkópos vizsgálat* az előzőekben említettől eltérő funkciót látott el; egyéb módon nem értelmezhető *pathogenetikai történet* esetleges magyarázatára *szolgáltatót támpontot*.

Az említett két példa a módszer gyakorlati, klinikai-pathológiai hasznosságára világított rá. Előfordul azonban, hogy a más célból beagyazott anyaggal való foglalkozás nyújt lehetőséget pusztán elméleti kérdések, jelenségek tanulmányozásához, ill. megértéséhez.

Egy varicella fertőzést kapott chronicus myeloid leukaemiás gyermek bőrelváltozásának vizsgálatát végezve — az eredeti cél a kórokozó kimutatása volt — a varicella vírust különösebb nehézség nélkül megtaláltuk, de a hólyagüreggel érintkező hámsejtek felszínén olyan jelenségek mutatkoztak, amelyek a fertőzés terjedésének dinamizmusára engedtek következtetni. Egyetlen felvételen lehetett látni ugyanis a még extracellulárisan fekvő vírusrészecskéknek megfelelően a cytoplasma-membrán behúzódsát és a testecskéket a sejten belül jórészt membrántól övezve, részben a sejtfelszín alatt, részben a sejtest mélyebb részeiben (3. ábra). A megfigyelés összhangban áll azokkal az észlelésekkel, amelyek elsősorban modellkísérletekben szolgáltattak adatokat vírusoknak a sejtekbe történő bekerüléséről és intracelluláris transportjáról (1, 8). Ugyanebben az esetben mutatkozott még egy viszonylag ritka jelenség: víruspartikulák tö-



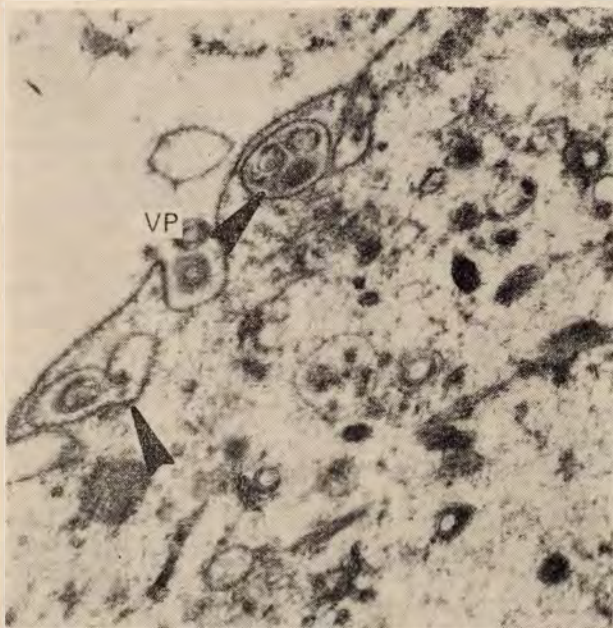
4. ábra. Multilobularis magvú (N), valószínűleg leukaemiás sejt részlete a 3. ábrán mutatott bőrelváltozásból. A cytoplasmában membrántól körülveve számos, különböző szerkezetű részecske figyelhető meg. 44 800 X

meges jelenléte multilobularis magvú sejtek cytoplasmájában. Ez két formában fordult elő; egyesével szabadon fekvő és kisebb-nagyobb csoportokban membránnal körülvett, közel azonos morfológiájú, többszörös burokkal körülvett képződmények képében. A vírusokat tartalmazó sejtek identifikálásukhoz szükséges granulomokkal nem rendelkeztek, mégis nagyon valószínű, hogy éretlen leukaemiás sejtekről volt szó, amelyek phagocytá-képességüket megtartották (4. ábra). A jelenség láttán természetesen vetődik fel még az is, hogy esetleg a vírustransport egyik megnyilvánulását látjuk, az egyesek által feltételezett intracelluláris formát (2).

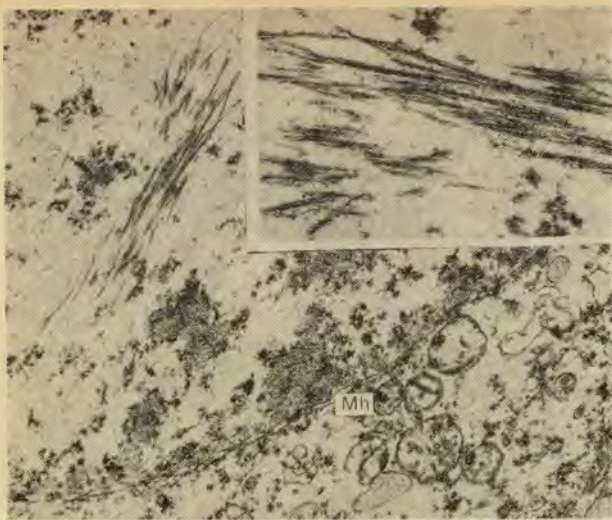
A 3. és 4. ábrán bemutatott jelenségek lényegében „melléktermékek”, hiszen a vizsgálat célja más volt. Mai szemmel gyakorlati fontosságukat még nehéz lenne körvonalazni, bár nem zárható ki, hogy pl. virocid hatású szerek emberben történő tanulmányozására hasonló módon végzett megfigyelések alkalmasak lehetnének. Az ultrastrukturális módszer most egy másik hasznos oldalát mutatta be, vagyis azt, hogy bizonyos kutatású feladatokhoz csatlakozó eljárás lehet.

Néhány mondattal szeretnénk kitérni arra, hogy ritkán az egyébként határozott céllal induló ténykedés máshoz vezet, mint amire számítottunk.

Egy 5 éves gyermeknél és egy 18 éves fiatalnőnél, akik encephalitisben haltak meg, az OKI a boncoláskor nyert agyszövetből HSV-t izolált. Az előbbi beteg elváltozása fénymikroszkóposan herpes simplex encephalitis típusos képét nyújtotta, az utóbbiban rendkívül enyhe eltérések mutatkoztak és intranuclearis zárványokat sem lehetett találni. Ilyen szegényes képpel HSV okozta encephalitis tapasztalat



3. ábra. Hámsejt cytoplasma részlete leukaemiában szenvedett gyermek varicellás bőrhólyagjából. Jól látszik a sejthártya behúzódsága a két vírus-partikulának (VP) megfelelően. A nyílak membránnal körülvett, intracelluláris vírusokra mutatnak. A hálál és az anyagvétel között 8 óra telt el. 48 800 X



5. ábra. Agyi sejt részlete encephalitisben elhunyt 18 éves férfiből, a magban filamentumokkal. Betét: a fonalak rendeződése néhol tubuluszerű képleteket utánoz. Anyagvétel a halál után 2 órán belül. Mh = maghátya. 24 500 X. Betét: 70 000 X

szerint előfordulhat (16). Mindkét esetben a cél a szerológiai tisztázott aetiológiájú kórképekben a kórokozó morfológiai kimutathatósága volt. A beágyazott agyszövetben viszonylag kevés sejt elem fordult elő, így a blokkokba tipusos herpesvírusokat tartalmazó sejtek nem kerültek be. Mindkét esetben azonban néhány magban előfordultak kisebb nagytással kizárólag filamentumoknak (5. ábra), nagyobbban ezeken kívül tubularis szerkezetű, átlag 35 nm átmérőjű, változó hosszúságú, közepes elektronsűrűségű képletek (5. ábra betét).

Ezeknek pontos természetét ilyen módon identifikálni magától értetődően nem lehetett. Mint lehetőség felmerült azonban, hogy sajátos küllemű műtermék képződött, vagy valamilyen magstrukturaelem vette fel ezt a formát, talán éppen a vírusfertőzés hatására. Az általunk látott képlethez némileg hasonló strukturát Somosi és mtsai (13) Vinca alkaloida kezelésben részesült egerek Ehrlich-ascites tumorsejtjeinek magjában figyelt meg. Ők arra gondoltak, hogy kialakulásuk valamilyen magfehérje alkaloid által történő kicsapásával állhat összefüggésben. Esetünkben azt sem lehetett kizárni, hogy ismeretlen eredetű fonalas szerkezetű vírusalkotórészről van szó, amely nem is szükségszerűen a herpes infekcióval áll kapcsolatban. Ma már tudunk olyan esetekről, amelyekben kétféle vírussal történt a fertőződés (3), sőt egyúgyan azon agyi sejtmagon belül a jól ismert morfológiájú HSV-on kívül tubularis szerkezetű, kanyaróvírusra emlékeztető testecskéket lehetett találni (17). Újabban ezzel a kérdéssel foglalkozva Knight (8) is említi a kevert fertőzés lehetőségét. Ez történhet vírus mutanssal, nem kórokozó, ill. aktív és inaktív vírussal egyaránt.

Ezekben az esetekben az elektronmikroszkópos vizsgálóeljárás egy további oldalát ismerhetjük meg, amennyiben az új problémák felvetésének forrása lett.

Utoljára vizsgáljuk meg azt, hogy a halál után milyen hosszú ideig van lehetőség vírusok elektronmikroszkópos kimutatására. Eddigi szerény tapasztalataink végső következtetések levonására nem alkalmasak, így inkább azokat a leghosszabb időtartamokat adjuk meg, amikor még pozitív eredményt kaptunk. Ez agy esetében 22, bőrrészletekben 36, csontvelőben 48 óra. Említést érdemel,

hogy a bőrben ennyi idő után is meglepően sok részlet lelhető fel magukban a testecskékben. A vírusrészecskék szerkezete másfél nap elteltével sem lényegesen rosszabb annál, mint amit néhány órával a halál után nyert anyagban lehet látni.

Végül néhány technikai kérdés érdemel említést. Akinek ilyen jellegű vizsgálat válik feladatává, általában kétféle helyzetből indulhat ki. Beágyazhat anyagot úgy, hogy a sectiókor nyert szövetszövetdarabkák közvetlenül kerülnek a szokásos elektronmikroszkópos fixálók valamelyikébe. Máskor formalinban rögzített részletek állnak rendelkezésére. Az utóbbi esetben célszerű előbb a szövetet átlag 1 mm³ nagyságú részekre aprítani, majd néhány órás formalinfixálást követő kimosás után OsO₄-ban utánrögzíteni és ezután beágyazni. Mindkét eljárást kipróbáltuk és lényeges különbséget nem találtunk. Vírusok elektronmikroszkópos kimutatása sikerrel járhat akkor is, ha korábban már paraffinba beágyazott szövetszöveteket teszünk alkalmassá ultrastrukturális vizsgálatra (11). Magunk ezzel az eljárással nem próbálkoztunk.

Befejezésül szeretnénk röviden összefoglalni a fentebb vázolt problémákkal, kérdésekkel kapcsolatos, évek során kialakult álláspontunkat, remélve, hogy tapasztalatainkat hasonló feladatokkal szembekerülő vizsgálók hasznosítani tudják.

1. Úgy véljük, hogy *autopsiás anyagból elektronmikroszkópos vizsgálatot meglehetősen ritkán, csak határozott, alaposan átgondolt célkitűzés alapján érdemes végezni*. Ilyen jól elérhető cél lehet elsősorban a normális sejtalkotórészektől morfológiailag jól elkülöníthető idegen részecskék, esetünkben vírusok kimutatása. A manapság bizonyos biopsiás-műtéti anyagok tanulmányozásával kapcsolatban nem is olyan ritkán hallható „nézzük meg elektronmikroszkóppal is, hátha találunk valamit” nézet, megítélésünk szerint ebben az esetben is hibás.

2. Az *ultrastrukturális vizsgálómódszer elsősorban a kóroktani diagnosztikában alkalmazható*, de hasznos lehet egyes patogenetikai történések megértésében, illetve magyarázatában is. Segítségével egyéb, elméleti és gyakorlati tapasztalatok egyaránt nyerhetők, de ezek jobb, ha az említett célból megőrzött anyagban a „periferiás látás” révén születnek.

3. Vírusok kimutatására irányuló ultrastrukturális vizsgálatot boncoláskor frissen nyert és formalinban korábban már fixált szövetekből egyaránt eredményesen lehet végezni.

4. Ilyen képletek kimutathatóságának időbeli határa még nem ismert. Saját idevonatkozó tapasztalataink szerint ez az időtartomány a halál után néhány órától akár két napig is terjedhet.

Összefoglalás. Szerző vírusok ultravékony metszetekben történő elektronmikroszkópos kimutatására vonatkozó, post mortem anyagban végzett tanulmányának elvi állásfoglalásait és gyakorlati eredményeit összegezi. Nézet szerint ultrastrukturális vizsgálatot ilyen anyagban elsősorban a normális sejtalkotórészektől jól elkülöníthető idegen képletek, főleg vírusok kimutatására érdemes végezni. Példákon keresztül mutatja be, hogy bizonyos esetekben csak az elektronmikroszkóp segítségével tisztázható egyes betegségek aetiológiája,

máskor alkalmazásával a pathogenesis megértéséhez nyerhetők támpontok. Az eljárás kapcsolódhat a víruskutatás bizonyos elméleti és gyakorlati kérdéseinek kimunkálásához és újabb problémák felvetésének forrásává is válhat. Vírusok post mortem kimutatása mind boncoláskor nyert friss anyagból, mind formalin fixálás után kivihető és meglehetősen hosszú ideig lehetséges. Így az agyban 22, a bőrben 36, a csontvelőben 48 órával a halál után is jól megőrzött szerkezetű vírusrészecskék találhatóak.

Köszönetnyilvánítás

Az elektronmikroszkópos vizsgálatok végzését *Halász Béla dr.* egyet. tanár, intézeti igazgató és *Röhlich Pál dr.* kandidátus (Semmelweis OTE II. sz. Anatómiai és Szövetani Intézet) tette lehetővé. Mindkettőjüknek őszinte köszönetemet fejezem ki.

IRODALOM: 1. *Alföldy Z., Ivánovics Gy., Rauss K.*: Orvosi mikrobiológia, immunitástan, parazitológia. Harmadik, átdolgozott és bővített kiadás. Medicina, Budapest, 1973. 376. old. — 2. *Burnet, F. M.*: Lancet. 1968, 2, 610. — 3. *Dayan, A. D.*: J. Neurol. Sci. 1971,

14, 315. — 4. *Engelhardt J., Mágori A., Ormos J.*: Morph. Ig. Orv. Szle. 1977, 17, 90. — 5. *Espinoza, C., Kuhn, Ch.*: Amer. J. Clin. Path. 1974, 61, 203. — 6. *Itabashi, H. H., Bass, D. M., McCulloch, J. R.*: Arch. Neurol. 1966, 14, 493. — 7. *Kendrey G.*: A pathológus lehetőségei a vírusbetegségek aetiológiai diagnosztikájában. Az orvosi virológia aktuális kérdései (szerk.: Lapis K.). Medicina, Budapest, Megjelenés alatt. — 8. *Knight, C. A.*: Chemistry of viruses. Second edition. Springer, Wien, New York, 1975. p. 239., 242. — 9. *Nahmias, A. J., Kohl, S.*: Herpes simplex. In Top-Wehrle (eds.). Communicable and infectious diseases. Egiht edition. Mosby, St. Louis, 1976. p. 339. — 10. *Peters, C.*: Die entzündlichen Krankheiten des Zentralnervensystems. In Kaufmann—Stammmler: Lhb. spez. path. Anat. III. Bd. 1. Teil De Gruyter, Berlin, 1958. S. 201. — 11. *Pinkerton, H., Carrol, S.*: Amer. J. Path. 1971, 65, 543. — 12. *Schaff Zs., Lapis K.*: Orv. Hetil. 1974, 115, 1263. — 13. *Somosi Z., Csuka O., Sugár J.*: Morph. Ig. Orv. Szle. 1976, 16, 265. — 14. *Swanson, J. L., Craighead, J. E., Reynolds, E. J.*: Lab. Invest. 1966, 15, 1966. — 15. *Ule, G.*: Nervensystem. In Doerr (Hrsg.) Organpathologie. Bd. III. Thieme, Stuttgart, 1974. S. 9—1. — 16. *Ule, G., Ametani, T.*: Zbl. allg. Path. 1973, 117, 282. — 17. *Vital, C., Vallat, J. M., LeBlanc, M.*: VIIth International Congress of Neuro-pathology. Proceedings. (Edited by Környey—Tariska—Gosztanyi) Akadémiai Kiadó, Budapest, 1975. p. 41.

GYÓGYKESERŰVIZEK



A gyomor és a bélrendszer számos káros hatásnak van kitéve. Gyakoriak a táplálék mennyiségi és minőségi összetételében történő változások következményeként fellépő károsodások – hurutos tünetek, fekélyes elváltozások és a bélműködés zavarai.

Az orvostudomány feladata a szervezetre ható károsító tényezők távoltartása és következményeik megszüntetése. Gyógykezelésükre a gyógyszeripari gyárak kiváló készítményeket állítanak elő. Ennek ellenére sem nélkülözhetők a GYÓGYKESERŰVIZEK, amelyek ivókúra formájában értékes segítséget jelentenek az orvosnak a gyomor és a bélrendszer különböző betegségeinek kezelésében.

A GYÓGYKESERŰVIZEK hatását a múltban tapasztalati tények bizonyították. Ma már klinikai megfigyelések és laboratóriumi vizsgálatok támasztják alá terápiás értéküket.

Keserős gyógyvizeink literenként kb. 20 ezer mg oldott szilárd anyagot: keserűsót ($MgSO_4$), glaubersót (Na_2SO_4) és kis mennyiségű konyhasót tartalmaznak. Hatásukat a szulfát élettani hatása határozza meg. A belekbe került hipertóniás keserűvizet vesz fel, felhígul és izotóniássá válik. A nehezen felszívódó ionok által megkötött folyadék a bélfalat végigöblíti, közben baktériumokat és toxionokat visz magával. Javítja a bélrendszer erjedés és bomlásos folyamatait, csökkenti a káros bomlástermékek felszívódását.

Világhírűek a HUNYADI JÁNOS

az IGMÁNDI

és a FERENCZ JÓZSEF keserűvizek

Semmelweis Orvostudományi Egyetem,
I. Belgyógyászati Klinika
(igazgató: Magyar Imre dr.)

A calcitonin-érzékenység vizsgálata vesebetegeken

A serum kalcium-, foszfor- és a plasma cyclicus adenosin-monofoszfát tartalmának változása calcitonin hatására egészségeseken és krónikus haemodialysissel kezelt uraemiás betegeken

Szűcs János dr., Steczek Katalin
és Takács Ilona

A peptid hormonok a célszervekre legtöbbször a cyclicus 3'5'-adenosin-monofoszfát (cAMP) közvetítésével hatnak. Így a cAMP meghatározásokból a hormonok hatására következtetni lehet. A klinikai gyakorlatban elsősorban a vizelet cAMP tartalmát vizsgálják, minthogy ez parathormon (10) és vasopressin hatására jelentősen megnő. Ismeretes az is, hogy a glucagon a plasma cAMP tartalmát növeli (5), míg a parathormon hatására a plasma cAMP alig változik (1). Azt is megfigyelték, hogy a nagy plasma-parathormon tartalommal járó betegségekben a plasma cAMP tartalma változó: primaer hyperparathyreosisban normális, a vesebetegség miatt kialakult secundaer hyperparathyreosisban nagy (3).

A calcitonin hatás és a cAMP közötti összefüggés nem tisztázott. Elfogadott adatok szerint a calcitonin nem a cAMP-on keresztül fejti ki hatását, de Marx és mtsai patkányvese-szövetben calcitonin-érzékeny adenyl-cyclaset tudtak kimutatni (9). Ardaillou (1) egészséges emberen, valamint hypertoniásokon végzett vizsgálatokban megállapította, hogy iv. adott lazac-calcitonin hatására a plasma-cAMP megnő és ez a növekedés nem a vesében keletkezett cAMP-ból származik. Ez valószínűvé teszi, hogy a vesén kívül is található calcitonin-érzékeny adenyl-cyclase.

Klinikánkon hosszabb idő óta tanulmányozzuk a calcitonin hatást különböző csontbetegségekben: elsősorban a postmenopausás osteoporosisban és uraemiában. Megállapítottuk, hogy postmenopau-

sás osteoporosisban (6, 8), valamint endokrin modelljében, az androgen-hiányos patkányban (7), továbbá kísérleti krónikus uraemiában (12) bizonyos fokú calcitonin-resistentia mutatható ki.

Megállapítottuk azt is, hogy a calcitonin-resistentia a krónikus glomerularis vesebetegség korai tünetei közé tartozik (10). Az állatkísérletek kivételével a vizsgálatok közvetett úton, iv. kalciumterheléssel történtek, minthogy a calcitonin-hatás közvetlen vizsgálata felnőtt emberen a serum kalciumra gyakorolt hatás kicsiny volta miatt bizonytalan. Erdemesnek látszott vizsgálni, hogy

1. hogyan változik — és változik-e egyáltalán a serum kalcium- és foszfortartalma, valamint a plasma-cAMP calcitonin hatására egészségeseken;
2. milyen a plasma cAMP-tartalma krónikus haemodialysissel kezelt uraemiás betegben;
3. van-e különbség a calcitonin hatására létrejövő serum kalcium, foszfor és plasma-cAMP változásban az egészséges ember és a haemodialysissel kezelt uraemiás betegek között.

A kérdések megválaszolására 6 krónikus haemodialysissel kezelt uraemiás beteg és 6 azonos korú egészséges emberen meghatároztuk a serum kalcium-, foszfor-, valamint a plasma cAMP-tartalmát és követtük azok calcitonin hatására bekövetkező változását.

Beteganyag. Vizsgálati módszerek

A vizsgálatokat a Semmelweis OTE műveise állomásán Kiil típusú dialysatorral, heti kétszer, alkalmanként 8 óráig krónikus haemodialysissel kezelt uraemiás betegeken és önként jelentkező egészséges emberekön végeztük. A betegek és az egészségesek életkora 20—45 év között volt. Hat beteget (2 nő, 4 férfi), hat egészségest (3 nő, 3 férfi) vizsgáltunk. A vizsgálat menete a következő volt: a betegek könyökvenájába a soron következő haemodialysis előtt 6 órával reggel éhombra Braunula-kanült helyeztünk és ezen keresztül vért vettünk kalcium-, foszfor- és cAMP-meghatározás céljára. Ezután im. 160 MRC E (= 40 µg) lazac-calcitonint (Calcitonin, Sandoz) adtunk. Az injectio beadása után a kanülon keresztül 30—40—60 és 120 perc múlva ismét vért vettünk: az első három vérmintából cAMP-t, a 120 percesből pedig kalciumot és foszfort határoztunk meg. Ugyanígy jártunk el az egészségesek vizsgálatakor is. A serum kalciumot Ray Sarkar és Chauhan módszerével (11), a foszfort Fiske—Subbarow-módszerrel (4), a plasma cAMP tartalmát pedig a Tovey által leírt radioimmunoassay segítségével határoztuk meg (14). Az eredmények biometriai értékelése az egy- és kétmintás t-próba segítségével történt.

Eredmények

A serum kalcium- és foszfortartalmát, valamint a plasma cAMP értékeit és azok calcitonin hatására bekövetkező változásait táblázatban tüntettük fel. Mint ebből látható, a krónikus haemodialysissel kezelt uraemiás betegek serumának kalciumtartalma a várakozásnak megfelelően valamivel kisebb mint az egészségeseké, a serum foszfortartalma viszont lényegesen, átlagban kétszer nagyobb. Lényeges a különbség a plasma cAMP tartalmában is. Az uraemiás betegeken átlagban csak-

Táblázat. **Krónikus haemodialysissel kezelt uraemiás betegek és egészséges emberek serumának foszfor, kalcium (mg/dl) és plasma cAMP (n mol/l) tartalma, valamint esek változása 160 MRC E (=40 ug) lazac calcitonin hatására. (Egyedi értékek, átlagértékek és szórás)**

Uraemiás betegek

Nem	Se.Ca	Se.Ca ₁₂₀	Se.P	Se.P ₁₂₀	cAMP 30'	45'	60'
nő	10,5	10,6	5,4	5,4	30	40	44
nő	9,6	8,9	6,3	6,5	46	44	68
férfi	9,1	8,3	6,2	6,1	34	38	46
férfi	9,4	9,4	7,9	7,9	26	30	38
férfi	9,0	9,0	6,2	5,5	38	34	40
férfi	8,9	9,0	4,8	4,5	30	34	40

\bar{x}	9,42	9,20	6,13	6,01	34	37	40	47
S _x	0,59	0,77	1,05	1,17	7,16	5,62	3,79	10,79

Egészségesek

nő	10,0	9,9	3,3	3,3	2	18	20	18
nő	10,1	9,5	3,3	3,1	6	24	8	10
nő	9,9	9,5	3,4	3,3	15	30	26	20
férfi	10,2	9,1	2,8	2,8	16	26	22	20
férfi	9,6	9,3	3,0	3,0	20	34	35	34
férfi	9,8	9,4	3,2	3,2	15	30	23	24

\bar{x}	9,23	9,45	3,17	3,12	12,33	27	22,33	21,0
S _x	0,22	0,23	0,23	0,19	6,83	5,62	8,78	7,87

nem háromszoros értéket találtunk és ez az érték minden esetben nagyobb volt mint a legnagyobb, egészségesen talált érték. A két csoport cAMP értéke között a különbség statisztikailag erősen szignifikáns ($t = 5,36$, $P < 0,1\%$). A serum kalciumtartalmak között a különbség nem szignifikáns, a foszfortartalom esetében az értékek egymástól annyira távol voltak, hogy matematikai analysis nem történt.

Calcitonin hatására a serum kalcium valamennyi egészséges emberen és két uraemiás betegen csekély mértékben megkisebbedett. Módszerünk hibahatárát meghaladó különbséget a calcitonin adás előtt és után 2 órával mért érték között 5 egészséges emberen és két uraemiás betegen észleltünk. A két csoport serum kalcium változásai között a különbség statisztikailag nem szignifikáns ($t = 1,21$). A serum foszfortartalma calcitonin hatására ritkán és akkor is lényegtelen mértékben változott.

Calcitonin hatására a plasma cAMP tartalma a két csoportban különbözőképpen viselkedik: 30 perc után az egészséges embereken általában kétszeresére nő, a krónikus haemodialysissel kezelt uraemiás betegeken nem változik. A kiindulási értékhez képest a változás a két csoport között statisztikailag is szignifikánsan különbözik ($t = 5,30$, $P < 0,1\%$). A beadás után 45 perccel a cAMP tartalom az egészségesekben már csökken, az uraemiásokon nő. A folyamat iránya nem változik 60 perc múlva sem: az uraemiás betegeken a plasma

cAMP ekkor a legnagyobb, az egészségeseken közelíti a kiindulási értékhez. A 45 és 60 perces változások a két csoportban már nem különböznek statisztikailag szignifikánsan (45 perc: $t = 1,18$, 60 perc: $t = 1,26$). Az egészségeseken a legnagyobb változást tehát a vizsgálat 30. percében találtuk: ekkor ez a kiindulási értékhez képest több mint 100% volt. Azonos időpontban az uraemiásokon a változás mindössze 10%-os. Ebben a csoportban a legnagyobb a változás a vizsgálat megkezdése után 1 órával, ekkor az átlagos növekedés a kiindulási érték 50%-a.

Megbeszélés

A krónikus haemodialysissel kezelt uraemiás betegek plasmájának cAMP tartalmát *Endreshez* hasonlóan (3) nagyobbban találtuk mint az egészséges embereket.

Intramuscularisan adott lazac-calcitonin hatására, a bevezetésben említett intravénás alkalmazáskor észlelt változáshoz hasonlóan, a plasma calcitonin-tartalma egészséges emberben megnő, 30 perc alatt megkétszereződik. Megnő a plasma cAMP uraemiás betegben is, de a növekedés aránya kisebb és lényegesen később figyelhető meg mint az egészségesekben.

A plasma cAMP tartalmát számos tényező befolyásolja, így az egészséges és uraemiás egyének calcitonin hatására bekövetkező reakciójának különbözősége csak nagy óvatossággal értelmezhető. Ennél a vizsgálatnál azonban nemcsak a cAMP tartalmat, hanem a serum kalciumtartalmát és annak calcitonin hatására bekövetkező változását is figyeltük. Úgy találtuk, hogy calcitonin hatására ez az uraemiás betegeken kevésbé csökkent mint az egészséges embereken, a különbség azonban kicsi. A serum kalcium változása alapján megítélt calcitonin-érzékenység különbség azonban feltehetően nagyobb mint amilyennek látszik; az uraemiás betegek serumának nagy foszfortartalma fokozza a calcitonin-hatást. *Cochran* (2) uraemiás betegeken adott calcitonint és csak azokon a betegeken észlelt változást a serum kalcium értékében, akikben a serum foszfor növekedett volt.

A csökkent calcitonin-érzékenységre korábban közvetett módon, a kalciumterheléssel létrehozott hypercalcaemia lassúbb megszűnéséből következettünk. Ezúttal direkt módszert választottunk: calcitonint adtunk és a hatására létrejövő cAMP, ill. kalciumváltozásokat vizsgáltuk. Az ismertett vizsgálati eredmények jól egyeznek korábbi eredményeinkkel: uraemiában a calcitonin hatására a lassabban kialakuló és kisebb arányú plasma cAMP reakció, valamint a nagy serum foszfor ellenére is kisebb serum kalciumot csökkentő hatás is arra utal, hogy ebben az állapotban bizonyos fokú calcitonin-resistentia alakul ki.

Köszönetnyilvánítás

Köszönetet mondunk a Semmelweis OTE Biometriai Intézetének, személy szerint *Kun Zsuzsánának* a biometriai analysis elvégzéséért.

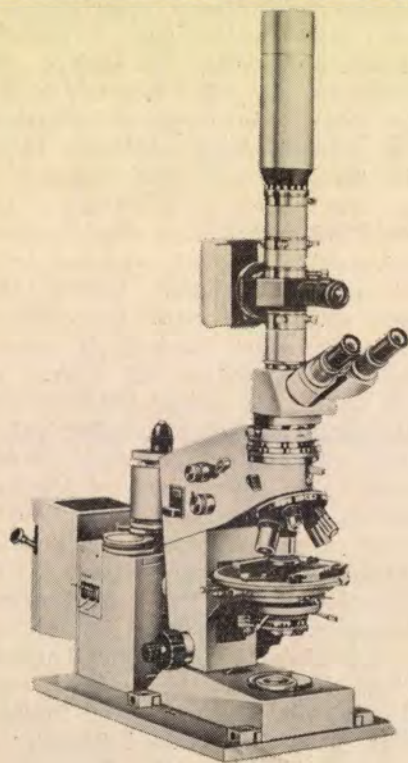
Összefoglalás. Szerzők meghatározták krónikus haemodialysissel kezelt uraemiás betegek serumának kalcium-, foszfor-, és plasmájának cAMP

tartalmát és figyelték a calcitonin hatására bekövetkező változásokat. Úgy találták, hogy a plasma cAMP tartalma uraemiás betegen nagyobb mint az egészséges emberen. Calcitonin hatására uraemiás betegen a plasma cAMP tartalma később és kisebb arányban növekszik mint egészséges emberben. Ez a kisebb hypocalcaemiát okozó hatással együtt arra utal, hogy uraemiában bizonyos fokú calcitonin-resistentia mutatható ki.

IRODALOM: 1. Ardaillou, R. és mtsai: Horm. Metab. Res. 1976, 8, 136. — 2. Cochran, M. és mtsai: Brit. med. J. 1976, 2, 396. — 3. Endres, P. és mtsai: Klin. Wschr. 1976, 54, 1005. — 4. Fiske, C. H., Subba-

row, Y.: J. Biol. Chem. 1925, 66, 375. — 5. Földes J., Gyergyánffy G., Piroska E.: Magyar Belorv. Arch. megjelenés alatt. — 6. Holló I., Boross M., Szűcs J.: Lancet. 1971, 2, 1205. — 7. Holló I., Boross M., Szűcs J.: Kísérl. Orvostud. 1972, 25, 170. — 8. Holló I. és mtsai: Lancet. 1976, 1, 1357. — 9. Marx, S. J., Woodard, C. J., Aurbach, G. D.: Science. 1972, 178, 999. — 10. Neelon, F. A. és mtsai: Lancet. 1973, 1, 631. — 11. Ray Sarkar, B. C., Chauhan, U. P. S.: Analyt. Biochem. 1967, 20, 155. — 12. Szűcs J., Horváth T., Steczek K.: Clin. Nephrol. 1974, 2, 161. — 13. Szűcs J., Horváth T., Steczek K.: Orv. Hetil. megjelenés alatt. — 14. Tovey, K. C., Oldham, K. G., Whelan, J. A. M.: Clin. Chim. Acta. 1971, 56, 221.

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 gasztroendoszkópiai vizsgálati műszerek garanciális és garancián túli javítása, karbantartása.

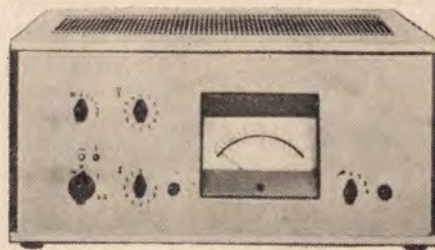


FOTO OPTIKA SZ

Carl Zeiss szerviz

Megrendeléssel forduljon központunkhoz:
1053 Budapest V., Kossuth Lajos u. 17.
Telefon: 173-485

Orvostovábbképző Intézet,
IV. Belgyógyászati Klinika
(igazgató: Mosonyi László dr.)

Az öregkori szívinfarctusok klinikuma

Pálóssy Béla dr. és Szabolcs István dr.

A coronaria-betegségek okozta halálozás az utóbbi évtizedben igen jelentősen emelkedik. A lakosság átlagéletkorának növekedésével jár, hogy egyre gyakoribb a kórkép idősebb (70 évet meghaladt) betegeken is. A letalitás emelkedésében Lew (10) adatai szerint nem kis jelentősége van e tényezőnek. Idős korban a legtöbb kórkép tünettana a megszokottól eltér s ez komoly diagnosztikai nehézségeket okozhat. A szervezet öregedése a legtöbb szerv működésében is tükröződik s ez az acut történések esetében (amilyen az acut coronaria-elzáródás is) sok esetben az életet is veszélyezteti.

A coronaria-őrző részlegek létrehozatala után a szív-infarctus letalitását sikerült 20–30% alá csökkenteni (6). A teljes elhalálozási szám csökkenése ellenére igen magas maradt ezen belül az idős egyének hányada (5, 20). Klinikánk felvételi körzetének viszonylag előregedett lakossága folytán meglehetősen sok 70 évnél idősebb infarctusos beteget kezelünk. A kérdés gyakorlati jelentősége miatt célszerűnek tartottuk e betegcsoport klinikai sajátosságainak retrospectív elemzését.

Beteganyag

Klinikánk 5 éves beteganyagát tettük vizsgálatunk tárgyává. Intézetünk helyi adottságai folytán a heveny infarctusos betegek felvételi állapotuk alapján közvetlenül intenzív részlegre helyezhetők át, illetve amennyiben a kórlefolyás során intenzív kezelés válik szükségessé, az áthelyezés azonnal megtörténhetik. A vizsgált időszak alatt klinikánkra 194 beteget vettünk fel a WHO kritériumai alapján igazolt szív-infarctus kórismével. Ezek közül 70 évnél idősebb volt 41 férfi és 43 nő (összesen 84 beteg). 41 évnél fiatalabb esetünk ebben az időszakban nem volt.

Vizsgáltuk a letalitás alakulását korévtizedenként, elemeztük, hogy az infarctus kiterjedése (transmurális, illetve subendocardialis), a recidíva, a klinikai tünetek, illetve a laboratóriumi leletek, az észlelt EKG eltérés miképpen befolyásolja azt. Elemeztük továbbá, hogy a boncolás milyen halálóki tényezőt derített ki.

	Férfi él	Férfi meghalt	Nő él	Nő megh.
41–50	14	11	3	1
51–60	20	3	6	1
61–70	30	4	17	8
71–80	26	7	19	16
81 felett	5	3	4	4

Eredményeink

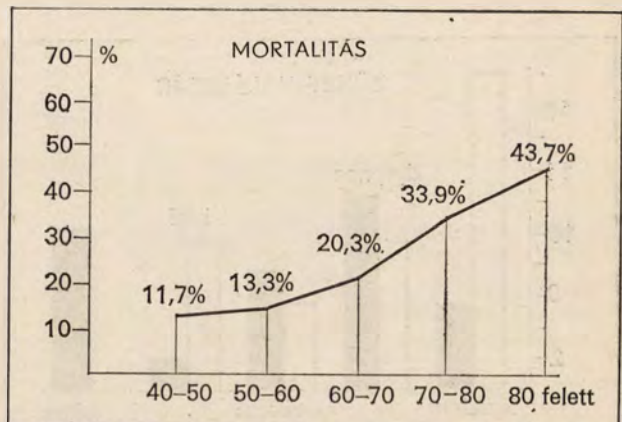
A klinikán 5 év alatt kezelt infarctusos eseteket táblázatban összegeztük, dekádonként és nemenként, figyelembe véve a végkimenetelt.

A táblázat adataiból kiderül, hogy 70 év felett a nemek közti különbség kiegyenlítődik.

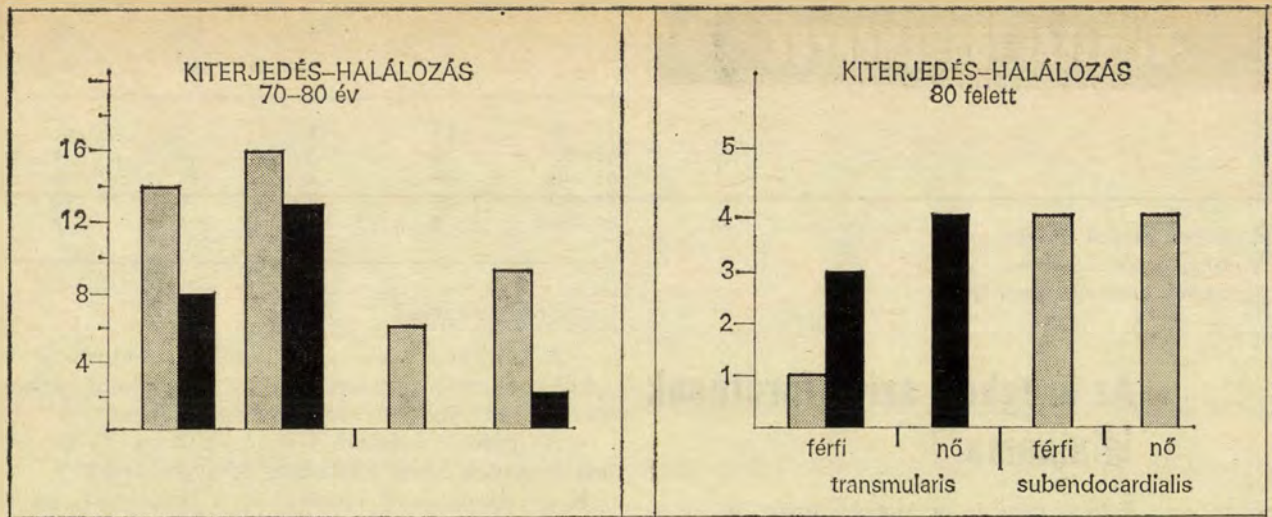
Korévtizedenként elemeztük a halálozást, az 1. ábrából jól látszik a kornak mint súlyosbító prognosztikai tényezőnek a szerepe a szív-infarctus lefolyásában. Az 5. és 6. évtizedben a letalitás közel azonos (11,7, illetve 13,3%), az infarctus szempontjából leginkább veszélyeztetett 7. dekádban még alig több mint 20%, a 8. évtizedben már minden harmadik, a 9.-ben csaknem minden második beteg meghal.

A halálozás és a folyamat kiterjedésének összefüggését mutatja a 2. ábra. A 71–80 évesek közt észlelt 51 transmuralis infarctusos beteg közül 21 halt meg (nőkön 29-ből 13, férfiakon 22-ből 8), ami 41%-os letalitásnak felel meg. Lényegesen enyhébb a kimenetel subendocardialis folyamatban: az észlelt 16 beteg közül mindössze 1 halt meg. Ugyanez állapítható meg a 81. életévüket betöltött 16 beteg köréből: 8 transmuralis infarctusos betegünk közül 7 halt meg, szemben a subendocardialis localisatiójú 9 esetünkkel, melyek mindegyike életben maradt!

A 3. ábrán látható, hogy nem közömbös a kórlefolyás szempontjából az oclusio első vagy ismétlődő volta. A 71–80 évesek közül az első infarctusos 51 esetből 14 halt meg (27,4%-os letalitás), míg a recidiváló 17 esetből 9 (52,9%) 80 év felett a 11 első infarctust elszenvedett betegből 6-ot veszítettünk el, míg az 5 recidiváló eset mindegyike meghalt. A két korcsoport adatait összegezve a 22 recidiváló esetből 14 halt meg (63,4%).

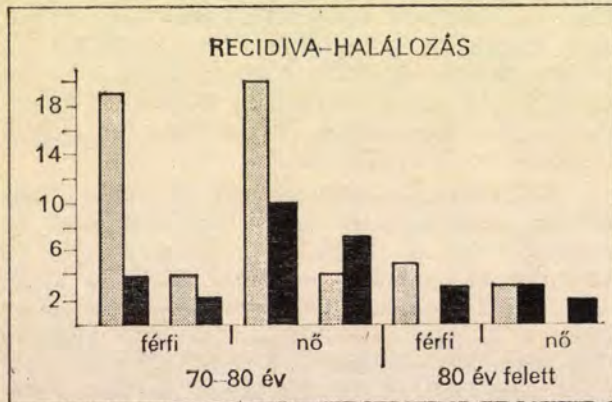


1. ábra.

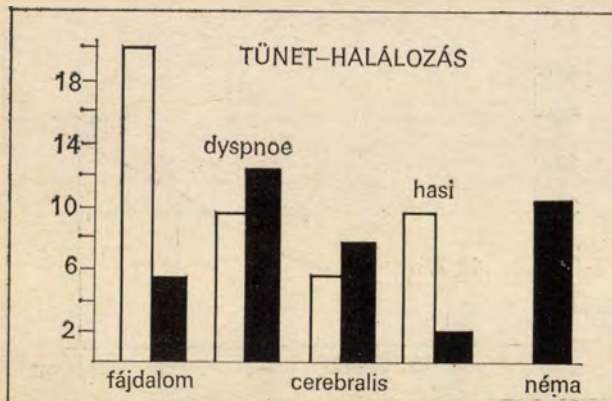


2. ábra.

Részletesen elemeztük a klinikai tünetek prognosztikai jelentőségét (a kórkép előterében álló, domináló tünetet alapul véve) (4. ábra). Az esetek több mint negyedében (25 beteg) a klasszikus, infarctus okozta fájdalom uratta a kórképet, közülük viszonylag kevés, 5 halt meg. 21 esetben a heveny bal szívfél-elégtelenség jeleként kialakuló súlyos dyspnoe, illetve a régebben is fennálló nehézlégzés jelentős fokozódása képezte a leglénye-



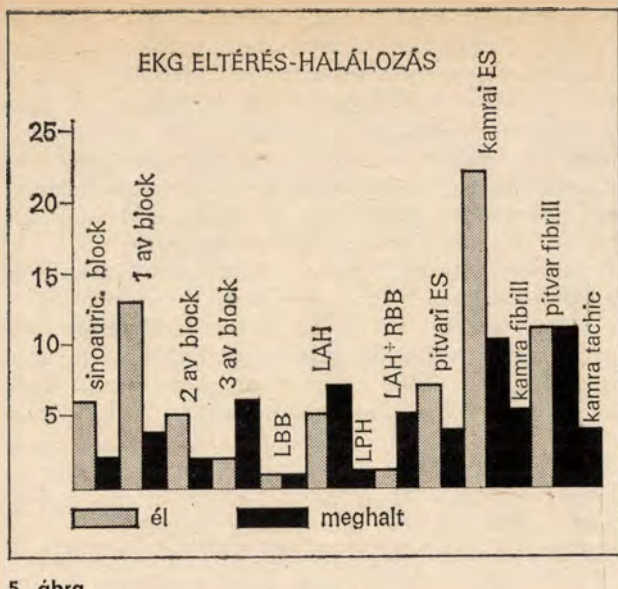
3. ábra: A recidiváló infarctusokat a vizsgált csoportokban a második oszlopdiagram mutatja



4. ábra.

gesebb panaszt. E csoportból 12 beteg halt meg (57%). A cerebralis keringés legkülönbözőbb zavarát 12 esetben észleltük vezető tünetként (5 ízben hevenyen kialakuló zavartság, 3 alkalommal többé-kevésbé kifejezett féloldali bénulás, 2 esetben a már előzőleg is észlelt sérült psychés funkciók heveny rosszabbodása, 2-ben beszédzavar). E betegek közül 7 halt meg (58%). Hevenyen kialakuló hasi tünetek (epigastrialis fájdalom, ismételt hányinger, hányás) 9 esetben állottak a kép előterében, közülük 2 halt meg. 10 esetben a szív-infarctus kóriszméjét csak a boncolás tisztázta, mert klinikailag érdembeli támpontot a kórisme mellett nem tudtunk nyerni (néma infarctus).

A kórlefolyás során észlelt EKG eltérések prognosztikai jelentőségét illetően megállapítható, hogy az infarctus localisatiója a végkimenetelt érdemben nem befolyásolja. A vezetési zavarok közül a sinoauricularis block, illetve első fokú a-v block sem bír e szempontból jelentőséggel. Ezzel szemben a súlyosabb a-v vezetési zavarok (másod-, illetve harmadfokú a-v block) igen komoly tényező (7 betegből meghalt 2, illetve 8-ból 6). Adataink szerint a hevenyen kialakult bal elülső hemiblock a rossz prognosis indikátora, elsősorban nőknél. 14 esetben észleltük s 8 ízben (valamennyi nő) halálos kimenetellel. Igen rossz kilátású a bifascicularis block is (jobb szárblock és bal elülső hemiblock): 6 betegből 5 halt meg. A viszonylag gyakori pitvari ES-k is kedvezőtlenül befolyásolják a kórlefolyást (11 esetből 4-et vesztettünk el). Supraventricularis tachycardiát 4 EKG-on láttunk, 2 beteg meghalt. Pitvar-fibrillatiót 22 esetben észleltünk, a betegek fele meghalt. A fibrillatio 4 ízben már az infarceratio előtt is ismeretes volt. A további 18 betegen megvizsgáltuk a kamrafrequentia és letalitás kapcsolatát. 50/min alatti kamra-frequentia 6 esetben mértünk, közülük 2 halt meg. Normofrequentia pitvar-fibrillatiót 8 esetben láttunk, 3 halálos kimenetellel. Tachyarrhythmia absolutát 4 ízben észleltünk, a 4 beteg mindegyike szívelégtelenség tünetei közt halt meg. Az életben maradt 9 eset közül a fibrillatio 2-ben állandósult, 7 alkalommal átmenetnek bizonyult



5. ábra.

(többnyire 24 órán belül a sinus ingerképzés helyreállt) (5. ábra).

Állapotuk rosszabbodása miatt 12 alkalommal intenzív részlegünkre helyeztük át betegeinket. Az áthelyezést szükségessé tevő okok: fokozódó bal szívfél-elégtelenség, kamrai tachycardia, teljes a-v block, illetve bifascicularis block kialakulása. A 12 esetből 3 halt meg (25%).

A vizsgált laboratóriumi paraméterek (SGOT, LDH, vörösvérsejt-süllyedés, fehérvérsejtszám, vércukor) s a halálozás közt említésre méltó összefüggést nem észleltünk.

A kórbonctani vizsgálat 24 esetben halálként a myocardialis infarctusból eredő keringési elégtelenséget jelölte meg, 3 mellőfali infarctus rupturája szívtamponádot okozott, 1 esetben a jobb szívfélből származó tüdő-embolia, 1-ben a kórlefolys során kialakuló pneumonia okozta a beteg halálát.

Megbeszélés

Öregkori infarctusos eseteink elemzése megerősíti azt a mások által hangsúlyozott tényt, hogy az életkor előrehaladásával a halálozási arány növekszik. Beck és Hochrein (5) 80 évnél idősebb betegeket vizsgálva 61%-os letalitást észlelt, Pathy (14) 65 évet meghaladt infarctusos betegei közül 43% halt meg. A mi statisztikánkban ez a szám 70 év fölött 33,9%-ot, 80 év fölött 43,7%-ot tett ki.

Az infarctus kimenetelét végső soron az elhalt szívizomterület nagysága és az épen maradt rész állapota határozza meg. Ez utóbbi messzemenően az életkor függvénye. A szervezet előregedése természetesen a szívizom állapotát sem hagyja érintetlenül. Az évek óta fennálló hypertonia, coronariasclerosis, diabetes, légúti megbetegedések, obesitas, billentyűhiba rontja a szívizom működőképességét (7, 9, 15, 16, 21, 22, 23). Minél több olyan behatás éri a szívet, mely contractió erejét csökkentheti, annál nagyobb a valószínűsége annak, hogy a szívizomzat gyengülése szívélégtelenséget és következményképpen halált okozhat.

Adatainkat elemezve megállapítható, hogy idősebb korban az infarctus nemek közötti különböző gyakorisága kiegyenlítődik (41 férfi, illetve 43 nő) s adataink szerint a kórkép letalitása ebben az életkorban a nők közt lényegesen magasabb (24,4 százalék, illetve 46,5%). Észleletünket természetesen a kis adatszámok folytán nem tekinthetjük törvényszerűnek, csak az adott beteganyagból levonható feltételes következtetésnek.

Várható, hogy az idősebb, előzőekben többé-kevésbé sérült szív transmuralis infarctusa lényegesen veszélyesebb, mint a subendocardialis localisatiójú. A 8. évtizedben a transmuralis infarctusok 40%-a, 80 év felett 1 eset kivételével pedig valamennyi a teljes szívizomzatot érintő elhalás az élettel összegeztethetetlen károsodást okozott. Ezzel élesen szemben áll a vizsgált populációban talált 24 subendocardialis localisatiójú laesio, melyek közül csak 1 vezetett halálhoz.

Várható volt az is, hogy a recidiváló infarctus prognosztikai jelentősége igen súlyos. Az ismétlődő esetek letalitása 63,4%. Az észlelet az idősebb korban már előzetesen fennálló szívizom-károsodás, melyet a korábban lezajlott infarctus még tovább súlyosbít, haemodynamikai jelentőségével magyarázható. A recidiváló halálos kimenetelű infarctusok közt igen gyakran jelentős bal szívfél-elégtelenség, illetve cardiogen shock okozta a halálos kimenetelt. Gyakran észleltünk e betegeken supraventricularis arrhythmiát (supraventricularis tachycardia, pitvar-fibrillatio, pitvari extrasystolia), de halált okozó kamra-fibrillatiót is.

Az időskori infarctusok klinikailag gyakran atypusos formában, nem egyszer értékelhető tünetek nélkül zajlanak le. A klasszikus infarctusos fájdalmat 25 esetünkben észleltük. Hasonló gyakoriságról számol be Pathy (14) is. E betegek egyötöde halt meg, tehát a fájdalmat a maga klasszikus megjelenésében nem tekinthetjük kedvezőtlen prognosztikai tünetnek. Sokkal nagyobb jelentőségű ebből a szempontból az acutan kialakuló dyspnoe, illetve a már előzőleg is meglévő légszomj hirtelen fokozódása (azaz a heveny bal szívfél-elégtelenség). 21 esetünkben észleltük s közülük 12 halt meg. E betegek EKG-ján is gyakran látunk pitvari arrhythmiát (a meghalt 12 beteg közül 7-ben, az életben maradt 9 közül 2-ben). A halállal végződő 12 esetből 10 alkalommal recidiváló infarctus zajlott le, az életben maradt 9 occlusióból csak 1 volt ismétlődő. Feltételezhető, hogy ezekben az esetekben a fájdalom érzékelését a súlyos dyspnoe tette lehetetlenné.

A fájdalom perceptiója szempontjából hasonló jelentősége van a cerebralis átáramlás károsodásának is. 12 betegen észleltük ezt a részletezett formában. E tünet prognosztikai jelentősége igen komoly, a betegek több mint felét elvesztettük. E 2 utóbbi észleletünk alapján hangsúlyozzuk, hogy idősebb egyéneknél hevenyen kialakuló légszomj vagy a már előzőleg észlelt dyspnoe, acut rosszabbodása esetén elsősorban myocardialis infarctusra kell gondolnunk. De egyebek közt számításba kell vennünk e lehetőséget idős betegen heveny tudatműködési zavar, depressio vagy agitált állapot, desorientáltság, beszéd- és mozgászavar kialakulása-

kor is. Differential-diagnosztikai szempontból megfontolandó, hogy a cerebrovascularis laesiók (de egyéb intracranialis történések is) olykor infarctusszerű EKG eltérések előidézésére alkalmasak (12). Az elkülönítésben az ismételt EKG vizsgálat, illetve a laboratóriumi paraméterek alakulása jelentős.

Acut hasi tünetek (hányinger, hányás, meteorismus, fájdalom) 9 esetben jelentkeztek vezető tünetként. Két beteg halt meg e csoportból, a kórismét az egyik esetben a boncolás tisztázta (az EKG-on infarctus mellett szóló jel nem volt). Három életben maradt esetben a tisztázatlan hasi panaszok okát csak az ismételt EKG vizsgálat derítette ki. Figyelemre méltó, hogy 4 betegen a hasi tünetek a szokottnál nagyobb fizikai megterhelés (lépcsómászás, nehezebb tárgy emelése) után jelentkeztek. Ezek alapján elmondható, hogy idősebb korban komolyabb fizikai (és feltehetően pszichés) megterhelés után jelentkező heveny hasi panaszok hátterében szív-infarctusra is gondolnunk kell. Az ismételt EKG vizsgálat, illetve a megfelelő laboratóriumi vizsgálatok az esetek többségében lehetővé teszik a helyes kórisme felállítását s adott esetben életet veszélyeztető műtéti beavatkozástól mentetik meg a beteget.

Szívinfarctus mellett szóló tünetet 10 esetben nem észleltünk s a kórismét csak a boncolás derítette ki. Közülük hatan hirtelen haltak meg s bár klinikai bizonyítékunk nem volt, ez vetette fel az infarctus lehetőségét. Az irodalmi adatok (14, 21) szerint idős korban az infarctusosok közel 100%-a minden előzmény nélkül heveny szívelégtelenségben hal meg.

A vezető tünetek alakulását figyelembe véve eseteink felében a szívinfarctus megszokott képét észleltük. Gyakran megtevésvető hasi vagy cerebralis tüneteket láttunk s nem ritka a klinikailag néma infarctusok előfordulása sem. Egyes közlések említik (14, 15), hogy idős korban a szív-infarctus heveny veseelégtelenséggel járhat, akár a vesearteria emboliája, akár a veseátáramlás nagyfokú csökkenése miatt. Nagyvérköri embolisatio szintén előfordulhat idős korban, jellemző, hogy a felső-végtagi arteriakon elsősorban nőknél észlelhető. Anyagunkban mindössze egy ilyen beteget láttunk (83 éves nőbetegen, akinek felső végtagját amputálni kellett az infarctust követő emboliás occlusio miatt).

Az EKG némileg utalhat a későbbi kórlefolyásra. A súlyosabb fokú a-v vezetési zavarok prognosztikai jelentősége vitathatatlan. Meglepő, hogy anyagunkban igen magas letalitást észleltünk hevenyen kialakuló bal elülső hemiblock eseteiben, elsősorban nőknél. Feltehető, hogy a bal elülső nyáláb károsodása ezekben az esetekben olyan mérvű (részben az infarctust megelőző időszakból származó) szívizom-károsodáshoz társult, mely a szív-működést az élettel összeegyeztethetetlen mértékben rontotta. Elvesztett betegeink mindegyikében a boncolás tanulsága szerint az infarctus következtében szívelégtelenségben halt meg. A folyamatos monitorozás hiányában a halált közvetlen megelőző elektromos történésekről információnk nincs. A bifascicularis blockok komoly jelentőségé-

re nézve nem nagyszámú adatunk alapján magunk is állást foglalhatunk. Ezért ilyen esetekben prophylactikus pacemaker behelyezése indokolt (1, 2, 3, 17). A kamra monofocalis ES-k lényegében a prognosist érdemben nem befolyásolják. Jól ismert, hogy az időskori cardialis polypathia megnyilvánulásaképpen a kamrai ES-k gyakorisága jelentősen fokozódik. Franke és munkacsoportjának (7) adatai szerint infarctus nélküli esetekben is a 10. évtizedben közel tízszer gyakrabban láthatunk kamrai ES-eket.

Idős korban az infarctus lezajlása során igen gyakoriak a különféle pitvari arrhythmiai (5, 8) s ezek súlyosan latba esnek a prognosist megítélésében. Supraventricularis tachycardiát 4 recidiváló infarctusban láttunk, közülük ketten meghaltak. Rossz prognosztikai jel a pitvari extrasystolia, illetve fibrillatio is. A pitvari arrhythmiai a legtöbb esetben a szív pumpaelégtelenségének megnyilvánulásaként értékelhetők s éppen ez indokolja a komoly prognosztikai jelentőségüket. Az infarctus kiterjedése, illetve localisatiója és a supraventricularis arrhythmiai közt értékelhető összefüggés csak a subendocardialis esetekben volt.

Pitvari arrhythmia 37 esetben észleltünk (11 supraventricularis ES, 27 pitvar-fibrillatio, 4 pitvari tachycardia). Közülük 18 beteg halt meg. E betegek kórelőzményében megvizsgáltuk, hogy milyen gyakoriságban fordul elő cardialis decompensatio. A meghalt 18 beteg közül 14 az infarctust megelőző szívelégtelenség miatt digitalis kezelésben részesült, az életben maradt 21 beteg közül a kórelőzményben csak hatszor szerepelt előzetes digitalizálás. Azaz, ha az infarctust elszenvedett idős beteg az occlusio előtt már decompenzált volt és az occlusio alatt supraventricularis arrhythmia alakul ki, a prognosist igen rossz. Részletezett adataink szerint lényeges faktor a prognosistban, ha a fibrillatio alatt a kamra frequentiaja nő. Tachyarrhythmia absoluta esetén a prognosist, mások észleletével megegyezően (5) igen rossz. A fibrillatio kialakulásában a pitvar kitágulásán kívül szerepet játszhat a sinus és a-v csomó vérellátásának károsodása, vagus reflexek kialakulása, illetve pozitíven chronotropiás anyagok keringésbe kerülése is.

Figyelemre méltó, hogy az állapotuk rosszabbodása miatt intenzív részlegre helyezett betegeinknek csak egynegyedét vesztettük el. Ez alátámasztja az idős korban végzett intenzív therapiás beavatkozások szükségességét (4, 8). Retrospective elemezve anyagunkat, az észlelt kamrai tachycardiás, illetve kamra-fibrillatiós halálesetek egynemelyike megfelelő felismerés esetében esetleg sikeresen resuscitálható lett volna. Hasonlóképpen eredményes lehetett volna az intenzív beavatkozás néhány vezetési zavarral járó esetünkben is. Adataink alapján úgy véljük, hogy ha nem is vehető fel minden 70 évnél idősebb infarctusos beteg az intenzív részlegre, számosan közülük feltétlenül oda valók. Ezek: a súlyos szívelégtelenséggel járó vagy recidiváló infarctusok, cerebralis átáramlási zavart okozó occlusio, az EKG-on másod- és harmadfokú a-v block, bifascicularis block, bal elülső illetve hátsó hemiblock, supraventricularis arrhythmia.

Vizsgálataink szerint idős korban a szív-infarctus sok esetben atypusosan, illetve klinikai tünetek nélkül zajlik le. Az esetek többségében a vezető tünet a heveny bal szívfél-elégtelenség, sok esetben valamilyen cerebralis esemény. Gyakran fizikai megterhelés (effektív munkavégzés vagy egyéb megbetegedés) váltja ki a coronaria-keringés olyan fokú zavarát, mely akár szívizomelhalást is okozhat. A kórkép letalitása ebben az életkorban igen nagy, bár az intenzív therapiás beavatkozások ezt valamelyest csökkenteni képesek. A nagy letalitásban a szívizom pumpaelégtelenségén kívül az egyéb szervek functio-zavara is igen nagy szerepet kap.

Összefoglalás. A szerzők 5 év alatt az intézetükben kezelt 84 idős (70 évnél idősebb) infarctusos beteg klinikai adatait elemzik. Eredményeik szerint az észlelt nagyobb letalitásért elsősorban a recidiváló infarctusok felelősek, melyek a kórképhez társuló szívelégtelenség gyakori előidézői. Az infarctus nemek közti előfordulása ebben az életkorban azonos, a nők letalitása anyagukban lényegesen magasabb. Részletezik az egyes klinikai tünetek, EKG eltérések jelentőségét a körlefolylást

illetően. Adataik értelmében hangsúlyozzák az intenzív therapiás beavatkozások jelentőségét ebben az életkorban is.

IRODALOM: 1. *Atkins, J. M. és mtsai:* New Engl. J. Med. 1973, 288, 281. — 2. *Beck, O., Hochrein, H.:* Dtsch. Med. Wschr. 1973, 98, 409. — 3. *Beck, O., Hochrein, H.:* Dtsch. Med. Wschr. 1974, 99, 77. — 4. *Beck, O., Hochrein, H.:* Dtsch. Med. Wschr. 1975, 100, 2133. — 5. *Beck, O., Hochrein, H.:* Dtsch. Med. Wschr. 1976, 101, 1148. — 6. *Erhardt, L. R.:* Acta med. scand. 1974, Suppl. 560. — 7. *Franke, H. L. és mtsai:* Zschr. f. Kardiologie. 1976, 65, 945. — 8. *Kenedi I., Kárpáti P.:* Magy. Belorv. Arch. 1967, 20, 85. — 9. *Kranz, B.:* Zschr. Alternforsch. 1975, 30, 11. — 10. *Lew, C.:* J. Chron. Dis. 1957, 6, 192. — 11. *Nelius, D.:* Zschr. Alternforsch. 1975, 30, 87. — 12. *Pálóssy B., Szabolcs I.:* Orv. Hetil. 1975, 116, 1148. — 13. *DePasquale, W. P., Bruno, M. S.:* Amer. J. Med. 1973, 54, 297. — 14. *Pathy, M. J.:* Brit. Heart J. 1967, 29, 190. — 15. *Pomerance, A.:* Brit. Heart J. 1965, 27, 697. — 16. *Pomerance, A.:* Sandorama. 1975. jan. 10. — 17. *Rizzon, P. és mtsai:* Brit. Heart J. 1974, 36, 660. — 18. *Rodstein, M.:* Arch. int. Med. 1956, 98, 84. — 19. *Rose, G. A., Wilson, R. R.:* Brit. Heart J. 1959, 21, 511. — 20. *Schoenenberger, G.:* Schweiz. Med. Wschr. 1963, 93, 133. — 21. *Schulz, J. és mtsai:* Zschr. Alternforsch. 1975, 30, 129. — 22. *Siegmund, H. és mtsai:* Arch. intern. Med. 1968, 121, 141. — 23. *Schwarzmann P.:* A gyakorlati orvos geriátriája. Medicina, Budapest, 1965.

SYGETHIN

Uterotonicum

**injekció
és
tabletta**

ÖSSZETÉTEL: Ampullánként (2 ml) 20 mg mezo-3,4-di-(szulfofenil)-hexan dikálium só tartalmaz.

Tablettánként 100 mg mezo-3,4-di-(p-szulfofenil)-hexan dikálium só tartalmaz.

HATÁS: Fokozza a uterus kontrakcióit, ill. a myometrium oxytocin érzékenységét. Kismértékben gátolja a hypophysis gonadotrop funkcióját.

JAVALLATOK: Szülészetben: szülőfájások gyengesége (oxytocinnal, vagy más szülőfájásokat fokozó szerekkel kombinálható).

Nőgyógyászatban: klimakterikus tünetcsoport kezelésére.

ELLENJAVALLATOK: A szülőnő masszív vérvesztése és a placenta korai leválása.

ADAGOLÁS: Fájásgyengeségben 20–40 mg (1–2 amp.) lassan, intravénásan. Szükség esetén 1/2–1 óra múlva ismételhető (max. ötször). A klimakterikus tünetcsoport kezelésére általában a tabletták használatos. Naponta 2 × 1/2–1 tabl. (50–100 mg), átlagos napi adag 1–2 tabl. (100–200 mg). Bevétel étkezéstől függetlenül történhet. A kezelés időtartama 30–40 nap.

RENDELHETŐSÉG: Injekció: Csak fekvőbeteg gyógyintézetek részére kerül forgalomba. Tabletta: Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

CSOMAGOLÁS: 100 × 2 ml amp.
10 × 100 mg tabl.

Térítési díj: 71,20 Ft.
16,50 Ft.

Forgalomba hozza: GYÓGYÉRT

INFORMÁCIÓ: MEDEXPORT Tudományos Ismertető Iroda 1055 Budapest, Balassi Bálint u. 25. Telefon: 122-867; 316-531.

PH

1229

POTESEPT®

potenciált hatású sulfonamid

tabletta

HATÁS

A két antibakteriális hatású komponenst tartalmazó gyógyszer a baktériumok folsav-szintézisét gátolja. A Superseptyl a p-aminobenzoészav-dihydrofolsav, a trimethoprim a dihydrofolsav-tetrahydrofolsav fázisban gátolja a folsav-szintézist. E kettős ferment-blokád útján ható kombináció a Gram negatív és Gram pozitív baktériumok jelentős részének növekedését egyaránt gátolja. A baktericid hatás többszörösre fokozódik, rezisztens baktérium-populatio kifejlődése igen lassú. Az epében magas koncentráció alakul ki, a vizelettel nagyrészt aktív formában ürül.

ÖSSZETÉTEL

Trimethoprimum	0,08 g
Sulfadimidinum	0,40 g

tablettánként.

JAVALLAT

Légúti fertőzések (tonsillitisek, bronchitis chr., pneumoniák etc.).

Húgyúti fertőzések (acut és chronikus pyelonephritis, cystitis, chronikus pyuriák).

Shigellosis. Cholera.

Typhus abdominalis.

Salmonellosis gastroenteritica.

Reconvalescentiában Salmonella- és Shigella-ürítés.

Ty. baktériumgazdaság, főként már cholecystectomizált bg-nál.

Brucellosis. Gonorrhoea.

ELLENJAVALLAT

Máj- és veseelégtelenség, vér-dyscrasia, sulfonamid-túlérzékenység, valamint terhesség.

Csecsemőknek 1 hónapos korig nem adható.

ADAGOLÁS

A készítményt acut infectio esetén legalább 5 napon át kell adni, általában pedig legalább 2 napi tünetmentesség eléréséig.

ALTALANOS ADAGOLÁSI TÁJÉKOZTATÓ FELNŐTTEKNEK

Terápiás adag 2×2 tabl./die (reggel és este étkezés után).
Fenntartó adag 2×1 tabl./die (reggel és este étkezés után)
Maximális adag 2×3 tabl./die (reggel és este étkezés után).

GYERMEKEKNEK

2-6 éves korban $2 \times \frac{1}{4} - \frac{1}{2}$ tabletta,

6-12 éves korban $2 \times \frac{1}{2} - 1$ tabletta étkezés után.

Akut fertőzések esetén a fenti gyermekadagok rövid ideig (5-6 napig) tartó kezelés során a napi 6 mg trimethoprim + 30 mg Superseptyl testsúlykilogrammonkénti adagig emelhetők, napi 2 egyenlő részre elosztva.

Gyermekeknek 6 éves kor alatt a gyógyszer adagolása megfontolandó.

MELLÉKHATÁSOK

Rossz közérzet, fejfájás, gyomorpanaszok, gyógyszer-exanthema. Ritkán múló jellegű vérképzőrendszeri károsodás



észlelhető (leukopenia, thrombocytaszám- és folsavszint-csökkenés). Ezek az elváltozások folsav adására gyorsan rendeződnek.

A mellékhatások főként tartós (3-8 hetes) kezeléskor észlelhetők, és emiatt ilyenkor teljes vérképzőrendszeri vizsgálatok szükségesek (thrombocytaszám vizsgálatok is!).

FIGYELMEZTETÉS

A kezelés ideje alatt megfelelő mennyiségű folyadékbevitelről kell gondoskodni. Ha a kezelés alatt exanthema keletkezik, a gyógyszer szedését abba kell hagyni.

Megjegyzés: ✖✖ Csak vényre adható ki és az orvos rendelkezése szerint ismételtethető (legfeljebb három alkalommal).

Csomagolás: 20 db tabletta

Tértési díj: 9,20 Ft

**ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR,
TISZAVASVÁRI**

Somogy megyei Kórház-Rendelőintézet, Kaposvár,
II. Belgyógyászati Osztály
(főorvos: Nemes Tihámér dr.)

Morgagni-Morel-Stewart syndroma

Sülle Csaba dr. és Nemes Tihámér dr.

A betegséget először Morgagni (13) írta le 1762-ben egy 40 éves nőbetegen, aki férfias típusúvá, szakállassá vált és elhízott. Henschen (8) nevezte el a tünetegyüttest Morgagni-syndromának. Az ilyen betegen Morel és Stewart (12, 16) később psychés és neurológiai tüneteket is megfigyelt.

A Morgagni-Morel-Stewart- (MMS) syndromát általában az idősebb kor betegségeként írják le, fiatal korban aránylag ritkán fordul elő (6, 9, 10). Esetünket azért tartjuk közlésre érdemesnek, mert betegünk panaszai — makacs fejfájás és elhízás — a menarche idején kezdődtek.

A testsúlynövekedés 13 és 16 éves kor között 30 kg volt. 18 éves korában basophilismust diagnosztizáltak nála. Érdekes továbbá esetünkben, hogy 28 éves korában betegsége diabetes mellitus-sal szövődött.

Esetismertetés

A. Z.-né, 28 éves nőbeteget 1977. február 23-án vettük fel osztályunkra. Testsúlya 13 éves korától 16 éves koráig 30 kg-ot emelkedett, gyakran fáj a feje, szédült és vérzési rendellenessége volt. Elhízása főleg a törzsre és arányosan a végtagokra lokalizálódott. 20 éves korában részletesen kivizsgálták és juvenilis basophilismust állapítottak meg. A mellékeseket a tomographia segítségével normális nagyságúaknak találták. A sella- és koponyafelvétel kórosat nem mutatott. Osztályunkra ismételt pyuria és testsúlycsökkenés (!) miatt került. A két kórházi kivizsgálás közti időszakban két gyermeket szült. Felvétele előtt 5 évig rendszeresen szedett Bisecurint. Bejövetele előtt 1 hónappal vérzési zavarok miatt a Bisecurin szedését leállították. Most is gyakran fáj a feje, a fájdalom főleg a homlokra lokalizálódik, s ez az utóbbi időben fokozódott.

Fizikális vizsgálat: közepesen fejlett, egyenletesen elhízott nőbeteg. Az elhízás cerebraлис típusú, arca petyhüdt, tokás. Tüdő, szív részéről kórosat nem találtunk. A hason a szülésből visszamaradt striák vannak. Egyéb szervek részéről sem találtunk kóros eltérést. Testsúly: 72 kg. Testmagasság: 155 cm.

Vizsgálati eredmények: vizelet: 1025 fajsúlyú, Donne: ++, cukor: ++, egyéb: negatív. Üledék: 4—5 fehérvérsejt, 1—2 hámsejt. Vizeletéből E. coli te-

nyezett ki. Süllyedés: 78 mm/óra. Vérkép: normális. RR.: 140/80 Hgmm. Máj-funkciók: normálisak. Összfehérje: 6,3 g/l. Se. Na: 132 meq/lit, se. K: 4,7 meq/lit, se. Cl: 88 meq/lit, se. Ca: 5 meq/lit. RN: 18 mg/l. Vércukor: 346 mg/l. Lipoid chromatographia: normális. 17-ketosteroid ürítés: 3,6 mg/24 óra. EKG: szabályos görbe. Mellkas rtg-felvétel: negatív. Kétirányú sella és koponya rtg-felvétel: a processus clinoides anterior és posterior hídsellát képeznek. Normális tágasságú és fallal határolt sella. Az os frontale squamája járulékos varrattal harántirányban kettéosztott. A varrat közelében és tőle proximálisan a csont lamina internája foltosan, mérsékelt fokban megvastagodott. (Os frontale bipartitum. Nebula frontalis.) (ábra.)



Organicus idegrendszeri eltérés nincs. Szemészeti vizsgálat: negatív. Alapanyagcsere: +14%, PBJ: 6,6 gamma/l. Nőgyógyászati vizsgálat: kolpitis, vulvitis, trichomoniasis, hypertrophia uteri. Az endocrinológiai kivizsgálást a Bisecurin szedés miatt fél év múlva végeztük. A napi 17-ketosteroid ürítés: 9,2 mg/24 óra. A plasma cortisol napi rhythmusa: 17,7; 10,0; 12,1; 8,5 µg/100 ml. Serum FSH: 12 mIU/ml. LH: 18 mIU/ml. (FSH és LH vizsgálatot a ciklus első hetében végeztük.)

17-ketosteroid ürítés napi 3 g. Metopiron adása után: 12,8 mg/24 óra. 17-ketosteroid ürítés 4 napos prednisolon-suppressio után: 5,3 mg/24 óra. 17-ketosteroid ürítés 80 NE ACTH im. adása után: 16,6 mg/24 óra. A basalis temperatura biphasisus jellegű. A frissen kiderült diabetes mellitus és a hyperostosis frontalis interna alapján a beteg MMS syndromát állapítottunk meg. Napi 200 g szénhidrátot tartalmazó diéta és 40 egység NPH insulinnal cukorbetegsége egyensúlyban van.

Megbeszélés

Esetünkben makacs fejfájás, elhízás és hyperostosis frontalis interna alapján állítottuk fel a MMS syndroma diagnosisát. Az elhízás főleg mellkasra, hasra, és felső végtagokra lokalizálódott, s az arc petyhüdt, tokás volt. A koponya rtg-felvételeken hyperostosis frontalist találtunk, a sella-eltérés azonban csak variánsként értékelhető. Kifejezett hirsutismus nem volt. Schreiber (15) szerint a hirsutismus csak az esetek egyharmadában fordul elő.

A diabetes mellitus egyidejű fellépése nem okozott különösebb meglepetést, mert a MMS syndromában a diabetogén vércukorgörbe ismert jelenség (7, 9). Manifest diabetes mellitusra utaló közleményt nem találtunk, bár az is ismert tény,

hogy diabeteses betegeken a hyperostosis elég gyakran előfordul (1, 2, 11).

Magyarországon megjelent közlemények közül *Süle és mtsai* (17) a cirrhosis és a MMS syndroma együttes előfordulásáról számolnak be. Mások familiáris előfordulást is leírtak (14, 18).

A kórképet 35 eset kapcsán *Julesz és mtsai* (9) foglalták össze és aetiológiai állásfoglalásra törekedtek. Az aetiológiai vita azonban még ma sem lezárt. A legtöbb szerző a basophil és eosinophil sejtek túlnövekedésére vezeti vissza a syndroma kialakulását (4, 9).

Jores (5) a syndroma létét is kétségbe vonta, mivel a tünetegyüttes előfordulása a véletlen következménye is lehet. Többben az oestrogen szerepét emelik ki (4, 19).

Saját esetünkben is szerepet tulajdoníthatunk az oestrogen hatásnak, mivel a beteg 5 évig tartósan szedett Bisecurint, s esetleg ez is hozzájárulhatott a hyperostosis frontalis interna kialakulásához.

Ezt támogatja, hogy 20 éves korában készült koponya rgt-felvétele normális volt.

A hyperostosis frontalis interna jelenléte alapvetően meghatározója a kórképnek, ennek azonban radiológiailag több formája lehet (3). Betegünkön a ritkább nebula frontalis típust találtuk.

Összefoglalás. A szerzők egy 28 éves nőbetegen felfedezett *Morgagni—Morel—Stewart*-syndromáról számolnak be. A beteg 20 éves korában basophilismust állapítottak meg. Az 1977. évi észlelésük alkalmával friss diabetes mellitus de-


rült ki, s a vizsgálat során állapították meg a jellemző hyperostosis frontalis interna alapján a MMS syndroma diagnosisát. Esetüket a syndroma fiatal korban való ritkább előfordulása, valamint a manifest diabetes mellitus fellépése miatt tartják közlésre érdemesnek. Felvetik annak a lehetőségét, hogy a kórkép kifejlődésében — betegük esetében — a Bisecurin tartós szedésének is szerepe volt.

IRODALOM: 1. *Andersh, H., Arzberger, H., Köhler, W.:* Ges. wes. 1969, 24, 1357. — 2. *Bartelheimer, H.:* Dtsch. med. Wschr. 1939, 65, 1129. — 3. *Deák P.:* Diagnostik der Knochen und Gelenk Krankheiten nach führenden Röntgensymptomen. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1966. 348. — 4. *Dzsinich A., Szabó Zs., Harmath F.:* Zschr. ges. inn. Med. 1964, 19, 269. — 5. cit.: *Góth E., Liszka Gy., Barth M.:* Magyar Belorv. Arch. 1961, 14, 15. — 6. *Harrison, T. R.:* Principles of Internal Medicine. McGraw-Hill, New York, 1958. 697. — 7. *Hegglin, R.:* Differentialdiagnose innerer Krankheiten. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1963. 183. — 8. *Henschen, F.:* Act. path. microbiol. scand. Supp. 1938, 37, 236. — 9. *Julesz M., Holló I.:* Diagnostik der neuroendokrinen Krankheiten und ihre pathophysiologischen Grundlagen. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1961. 410. — 10. *Julesz M. és mtsai:* Magy. Belorv. Arch. 1955, 8, 58. — 11. *Messerer, U., Franke, E.:* Zschr. inn. Med. 1973, 28, 562. — 12. *Morel, F.:* Schweiz. med. Wschr. 1937, 67, 1235. — 13. *Morgagni, G. B.:* De sedibus et causis morborum per anatonem indagatis, Typogr. Remondiana. Venetis, 1762. — 14. *Putman, Ch. E.:* Lancet. 1974, II, 1331. — 15. *Schreiber, V.:* The hypothalamohypophysid system. Cz. Acad. Sci. Prague. 1963. 470. — 16. *Stewart, R. M.:* Neurol. Psychopath. 1928, 8, 321. — 17. *Süle T., Gofman L., Horváth A.:* Orv. Hetil. 1970, 111, 1833. — 18. *Timár S., Garay G.:* Magyar Radiológia. 1965, 12, 23. — 19. *Warter J.:* Sem. hôp. 1952, 28, 123.

MEDEXPORT

SZOVJET KÜLKERESKEDELMI VÁLLALAT

orvosi műszer és készülék kiállítás

az  BEMUTATÓTERMÉBEN

(Budapest VI., Népköztársaság útja 36.)

1978. május 19–26-ig naponta 10–18 óráig
szombat – vasárnap zárva

Az 1977. évi orvosi Nobel-díj

A legnagyobb tekintélyű amerikai tudományos folyóiratban, a *Science*-ban a peptidhormonok kutatásában ugyancsak nagy nevet szerzett *J. Meites* ismertette az 1977-es évben orvosi Nobel-díjjal kitüntetett 3 tudós tudományos munkásságának jelentőségét.

Többször is kiemeli, hogy ezekben a kutatásokban a döntő szerepet a radioimmunassay (RIA) felfedezése és kidolgozása játszotta. Ennek a segítségével vált ugyanis lehetővé a hormonoknak nano-, illetve picogrammmnyi mennyiségben történő kimutatása. (Ezek a gamma ezred, illetve milliomod részei.) A RIA segítségével olyan biológiai vizsgálatokat végeztek el, amelyeket a korábbi vizsgálóeljárások nem tettek lehetővé. Az elmúlt évtizedben ezt már felhasználták a peptid- és steroidhormonok, a digoxin, a ciklikus AMP és az agyban termelt, ópiumszerű hatást kiváltó anyagok, az endorfinok kimutatására. A további lehetőségek azonban kimeríthetetleneknek látszanak.

A klinikai gyakorlatban is terjed a módszer alkalmazása. A teljesség igénye nélkül említsünk meg néhány betegséget, amelyeknek elkülönítő kórismézésében már alkalmazást nyert. Pajzsmirigybetegségek, diabetes, növekedési és reprodukzív zavarok és még több az endokrin rendszerrel kapcsolatba hozható megbetegedésben. Az elmúlt évtizedekben vált ismeretessé, hogy bizonyos tumorerő hormonokat — az ún. ektopiás hormonokat — képesek kiválasztani. Ezeknek a minimálisnál is minimálisabb hormonmennyiségeknek a kimutatását is a RIA tette lehetővé.

Ennek a vizsgálati eljárásnak a kidolgozásáért kapta *Rosalyn Yalow* a legmagasabb és ez idő szerint összecszerúségében is a legnagyobb kitüntést. Ezt az eljárást, mely az immunológia és radioaktív izotóp alkalmazásának genialis ötvöze, már hazánkban is számos intézetben alkalmazzák — bár nagyon költséges. (Az eljárást közérthetően — e cikk kereteit meghaladóan — ismertette *Pécsi Tibor* az *Élet és Tudomány* 1977/49. számában.)

A másik két kitüntetett: *A. Schally* és *R. Guillemin* a hypothalamusban termelt peptidhormonok felfedezése, szerkezetük megállapítása és szintézisük terén kifejtett munkásságukért kapták a díjat.

Néhány történelmi adat a hypothalamus működésével kapcsolatban:

Az első adat 1840-ből származik. Ekkor írt le *B. Mohr* Würzburgban egy esetet, amelyben hypo-

thalamus tumorról hozta összefüggésbe a nagyfokú obesitást. A dystrophia adiposogenitalis (dag) első leírói: *J. Babinszky* (1857—1932) és *A. Fröhlich* (1873—1964) a kórképet a hypophysis adenomájának tartották és nem hozták kapcsolatba a hypothalamussal. A kiváló bécsi patológus, *J. Erdheim* (1874—1937) érdeme, hogy már 1904-ben rámutatott a hypothalamus jelentőségére. (Talán kevesen tudják, hogy ő is valamilyen hasonló megbetegedésben szenvedett.)

1912-ben két neves kutató: *H. Cushing* (1864—1939) és *B. Aschner* (1883—1960) mesterségesen kívánt dag-ot előidézni. Hypophysektomiát végeztek és csak egyiküknek állataiban jelentkezett a dag. Az ellentmondás okát *Julesz M.* (1904—1972) találta meg. Gondosan áttanulmányozva a két kutató által végzett műtét technikai részleteit, megállapította, hogy a *Cushing* által alkalmazott temporális úton végzett műtét során sérült a hypothalamus és ez a magyarázata, hogy neki sikerült a dag kiváltása, vagyis ez is bizonyítéknak volt tekinthető a dag hypothalamikus eredetére.



Dr. Roger Guillemin

Dr. Rosalyn Yalow

Dr. Andrew V. Schally

A következő nagy lépés: 1928-ban *E. Scharer* doktori disszertációján dolgozott, amikor felfedezte, hogy a *Phoxinus laevis* (a legkisebb pontyfélése) egyes hypothalamikus neuronjai az endokrin mirigyekhez hasonló secretációs jelenségeket mutatnak és feltételezte, hogy ezek a secretumok szerepet játszanak a hypophysis működésének szabályozásában. A merész hipotézist nem fogadták el és csak *W. Bargmann* cikke nyomán, 1949-ben ismerték el, hogy a vasopressin vagy antidiuretikus hormon és a méhre ható oxytocin nem a hypophysis hátsó lebenyében, hanem a hypothalamusban termelődnek. (Ezeknek a hormonoknak kémiai szerkezetével és szintézisével kapcsolatos felfedezéséért *Du Vigneaud* (1901—) 1955-ben kémiai Nobel-díjat kapott. Az oxytocint másodikként a Kőbányai Gyógyszerárugyár vegyészei szintetizálták.)

Hazai szerzők közül *Szentágothai* és iskolája kezdte el a hypothalamus körülírt lézióinak a különböző endokrin mirigyekre gyakorolt hatásának vizsgálatát. 1962-ben jelent meg monográfiájuk: „Hypothalamic Control of Anterior Pituitary” címen az Akadémia kiadásában. Különösen behatóan foglalkoznak ezzel a kérdéssel a Pécsi Orvostudományi Egyetem Szövet-Fejlődéstani Intézetében, *Flerkó prof.* vezetése mellett, akinek doktori disszertációja ezt a témát taglalja. Egy összefog-

láló tanulmánya a közelmúltban jelent meg (Orv. Hetil. 1978, 119, 247.).

A neurohormon kutatásban ugyancsak úttörő szerepet játszó *Geoffrey W. Harris* (1913—1971) nevét is említünk kell, aki már 1937-ben, Cambridge-i diák korában részletesen kifejtette, majd később bebizonyította, hogy az agysejtekben termelődő hormonok nagy mennyiségben kerülnek a hypophysis mellső és közti lebenyének sejtjeihez. *Harris* könyve 1955-ben jelent meg „Neural control of the pituitary gland” címen. 1971-ben hunyt el és így megérte tanainak végleges bizonyítását, azonban legmagasabb szintű elismerését már nem érte meg.

S most elérkeztünk a két Nobel-díjas orvos, *R. Guillemin* francia és *A. Schally* lengyel származású kutatók munkásságának ismertetéséhez. A Nobel-díjat három a hypothalamusból izolálható hypophysiotrop peptidhormon felismeréséért, szerkezetük felderítéséért kapták.

1. A Thyrotrophin releasing hormon (TRH), amely három aminosavból áll.
2. A Gonadotrophin releasing hormon (Gn-RF), amely tíz aminosavból áll, ún. deka-peptid.
3. A növekedési hormont gátló faktor (Growth-Inhibiting Hormon-releasing faktor (GIH-RF). Ez 14 aminosavból áll, tehát tetradeka-peptid. Ezt *Guillemin* Somatostatinnak nevezte el.

A historikumhoz tartozik, hogy mind *Schally*-nak, mind *Guillemin*nek sikerült a Corticotrophin-releasing hormont előállítania (a releasing = ürítető kifejezés *Schally*tól származik). Ennek a szerkezeti felderítése azonban nem sikerült és hét-nyolc évi próbálkozás után rátértek a TRH intenzív kutatására. Ennek csakhamar sikerült a szintézise is és kiderült, hogy a szintetikus TRH ugyanolyan hatású, mint az endogen TRH. Megállapították azt is, hogy valamennyi vizsgált emberben és állatban azonos a szerkezet, valamint azt is, hogy nincs mellékhatása és per os ugyanolyan hatásos mint parenterálisan. További megállapítások: a prolactin-leadást és egyes esetekben a növekedési hormon kiválasztást is elősegíti. A TRH-t *Kisfaludy és munkacsoportja* szintetizálta és a Kőbányai Gyógyszerárugyár bocsátja rendelkezésre.

A következő peptidhormon, amelyet a két munkacsoport (először a *Schally*) előállított, volt az LH—RH, vagyis luteinizáló hormon releasing hormon. (Azonos a 2. pontban említett gonadotrophin faktoral.) Erről *Andrew W. Schally* prof. 1977. szeptember 20-án tartott előadást a Magyar Tudományos Akadémián. Beszámolt arról, hogy ez a hormon nemcsak az ovulatio kiváltása és a spermiogenesis szempontjából mutat mind emberben, mind állatban jelentős serkentő hatást, de elképzelhető, hogy a természetes és a szintetikus szteroid hormon tartalmú fogamzásgátlóknál jobb anticoncipiens előállítását teszi lehetővé. Sikerült ezzel a hormonnal szemben a specifikus antitestek kinyerése is és ezzel az anyaggal — kollaborációban *Schally* intézetével — *Flerkó* prof. inté-

zetében is folynak 1974 óta intenzív vizsgálatok. Eddig 10 közös munkájuk jelent meg. *Schally* intézetéből *Schally* és *Arimura*, a pécsi intézetből *Sétáló György*, *Vígh Sándor* és természetesen az intézetvezető *Flerkó B.* vesznek részt a közös munkában.

Külön is ki kell emelni, hogy *Schally* a Semmelweis OTE I. Kémiai és Biokémiai Intézetében dolgozó magyar kémikusokkal: *Teplán* és munkatársaival (*Nikolics Károly* és *Seprődi János*) szintén együttműködik és ennek eredményeként sikerült olyan LH—RH analogont előállítani, ami nemcsak patkányban és nyúlban, hanem emberben is gátolja az ovulatiót. *Flerkó* prof. intézetében ez idő szerint azt vizsgálják, hogy ez az ovulatio-gátló LH—RH analogon milyen hatást gyakorol az LH—RH termelő neuronrendszerre.

Itt megjegyzendő, hogy sikerült egy folliculus stimuláló hormon-releasing faktort is kimutatni. Az is bebizonyosodott, hogy nemcsak a hypothalamusban, hanem az agy más területén is van hormontermelés. Ezeket a hormontermelő helyeket extrahypothalamikus peptiderg neuronoknak nevezik. Ezen a téren *Endrőczynek* vannak úttörőnek számító munkái.

A harmadik peptidhormon, amelyet sikerült a hypothalamusból előállítani, a growth-inhibiting (növekedést gátló) faktor releasing hormon GIF-RF, melyet más kutatók mutattak ki a hypothalamusban, azonban *Guillemin* és munkatársainak sikerült a szerkezetét felderíteniük 1973-ban és megállapították, hogy az egy tetradeka-peptid és Somatostatinnak nevezték el.

A Somatostatinnal kiderült, hogy nemcsak a növekedést gátló tényező, hanem gátolja a TRH hatását és — ami meglepetésként hatott — csökkenti a pankreasnak mind az insulint, mind a glukagont kiválasztó hatását, sőt a gyomor gastrin-kiválasztását is. Ebből azt a következtetést vonták le, hogy a Somatostatin a pankreasban és a gyomor-bél rendszerben is termelődik.

Ezekből a kísérleti adatokból az a remény meríthető, hogy ezt a hormont alkalmazni lehet a növekedési zavarok, a juvenilis diabetes és a gyomorfekély kezelésében.

Flerkó prof. intézetében a New Orleans-i laboratóriumból kapott anti GH—RIH szérum segítségével sikerült a más intézetekben végzett vizsgálatokat a Somatostatint termelő hypothalamus neuronok elhelyezkedéséről megerősíteni. (Kiegészítésként még megemlítjük, hogy a Kőbányai Gyógyszerárugyárban az elmúlt évtized során egy nemzetközileg is elismert peptidkémiai kutatóbázis alakult ki, mely lehetővé teszi a peptidkémiai üzemi gyártási problémák gyors megoldását. A gyárvezetőségtől szerzett információk szerint az elmúlt években számos peptidhormon szintézise is sikerrel járt: új gastrinhatású peptid, Angiotensin-antagonisták, Vasopressin stb.)

S ezen vázlatos ismertetés után ismerkedjünk meg a három laureatus életútjával.

Közös vonásuk az európai eredet: *Yalow* szülei Oroszországból vándoroltak ki, de ő már az USA-ban született.

R. *Guillemin* francia. 1965-ben vette fel az USA állampolgárságot.

A. *Schally* Lengyelországban, Vlnában született.

Rosalyn S. Yalow 1921. július 19-én, New York legszegényebb negyedében, Bronxban született. (Ezt a városnegyedet az I. világháború előtt elsősorban az Európa keleti részeiből menekülő zsidók népesítették be.) Apjának szerény papír- és zsinórüzlete volt és mikor leányát a Hunter kollégiumba bejuttatta, az volt a vágya, hogy tanítónő legyen. 1941-ben fizika és kémia tanulmányait *summa cum laude* végezte el. Ezután az Illinois állam egyetemén a fizika szakra iratkozott be, 400 hallgatóból ő volt az egyetlen nő. Doktorátust 1945-ben szerzett.

Az USA-ban a fizikusi pályán a nők nehezen érvényesülnek (amint láttuk kevesen is mennek erre a pályára). Ezért amikor 1947-ben a radioaktív izotópok alkalmazása az orvostudományban még gyermekcipőkben járt — miközben fizika tanárként működött — csatlakozott az egyik bronxi kórházban újonnan létesült izotópkutatással foglalkozó részleghez. Ebben (Veteran Administration Hospital) működik jelenleg is. 1950-ben jelent meg a magyar származású *B. Löw-Beer* (1900—1955) könyve: „The Clinical Use of Radioactive Isotopes” címen és ugyanebben az évben lépett be a kórházba *Solomon Berson* (1918—1972). Mindenki egyetért abban, hogy a RIA eljárás másik kifejlesztője is megérdemelte volna a Nobel-díjat, azonban *Berson* 54 éves korában elhunyt. *Yalow* és *Berson* már 1950-ben felfedezték, hogy az insulinnal szemben termelődnek ellenanyagok. A felfedezésükről készített beszámolót nem fogadták el közlésre, mert közismert: „Az insulinnal szemben nem termelődnek ellenanyagok”.

A RIA eljárás ismertetése 1959-ben jelent meg. *Berson* orvos volt, így a vizsgálatok orvosi részét ő végezte, a fizikai és döntően a matematikai rész kidolgozása *Yalow* érdeme.

Mint egyetemi hallgató asszisztensi címet kapott. Promótiója előtt már instruktor volt. 1946—50-ig a Hunter college-ben fizika professzor volt. Ugyanezen időszakban a bronxi kórház radioizotóp osztályán mint consultant működött. 1950—70-ig mint főnökhelyettes, 1970-től mint főnök kutat az osztályon.

1968-tól egy másik tekintélyes New York-i kórházban is tevékenykedik mint kutató professzor. Számos kitüntetés és díj tulajdonosa, több igen tekintélyes testületnek és számos szerkesztőség vezetőségének tagja (Board editor) és a „Hormone and Metabolic Research” társkiadója. Az elmúlt években több olyan előadás megtartására kérték fel, amely lépcsőfoknak számít a Nobel-díjhoz. A témához tartozik, hogy *Yalow* Nobel-díja óriási lelkesedést váltott ki az amerikai nőmozgalomban, minthogy 1957 óta nem részesült nő Nobel-díjban és a nőmozgalmak elhatározták, hogy akciót kezdeményeznek annak érdekében, hogy a gyűjtogatások és elemi csapások következtében most már sürgősen felépítendő új Bronxot *Yalow*-ról nevezzék el.

Yalow-nak két gyermeke van. Fia a New York City egyetemen computer szakértő, leánya a Stanford egyetemen, Kaliforniában dolgozik pszichológusként.

S most kövessük *R. Guillemin* életútját, akinek Nobel-díja Franciaországban óriási emotionális viharokat váltott ki és megkérdőjelezi az egész francia tudósnevelési rendszert. A nagyon ismert francia baloldali hetilap, a *Le Nouvel Observateur* „L'exil d'un cerveau” címen írt már október 24-i számában egy hathasábos felháborodott cikket. Ha végigtekintünk *Guillemin* eddigi pályafutásán, akkor nem is találjuk túlzottnak a nagy felháborodást.

A cikkíró szerint nemcsak egy malórról van szó, hanem egy skandalumról. Olaj volt a tűzre *Guillemin* nyilatkozata: „alapvető felfedezéseit épp akkor tette, amikor néhány évet a párizsi Collège de France-ban töltött el”.

1924-ben született Dijonban, kispolgári családban. Egyetemi tanulmányait Dijonban és Lyonban végezte. Az ellenállásban részt vett. Tudományos fokozatot kívánt szerezni és a magas vérnyomás területén végzett kutató munkát, de a fokozat elnyerése előtt is meg kellett élni s ezért elment taxisofőrnek. Ekkor véletlenül Párizsban járt kiváló honfitársunk, *Selye János* (akinek stress elmélete akkor járta diadalútját) s meghallgatva az ifjú terveit, egy kétéves ösztöndíjat ajánlott fel intézetében. A 2 évből négy év lett, ezalatt tanulta meg *Guillemin* az experimentális endokrinológiai kutatás alapjait s itt ismerkedett meg a lehetőségekkel, melyeket egy modernül felszerelt intézet nyújthat egy fiatal kutatónak. Itt került kapcsolatba az ugyancsak Montrealban dolgozó *Schally*-val. Hazatérve ismét nem akadt számára munkahely és ismét a volán mellé ült. Ekkor egy Rockefeller-ösztöndíj segítette ki és Houstonban a Baylor College of Medicine volt az új munkahelye.

Közben megnősült, gyermekei születtek és szerette volna őket francia iskolába járatni. Újból felvette az érintkezést hazájával. *Courier*, a Francia Tudományos Akadémia örökös titkára és az endokrin részleg vezetője a Collège de France-ban azzal az ígérettel csábította haza, hogy 1965-ben nyugdíjba megy és addig *Guillemin* dolgozzék az ő intézetében. 1960-ban kezdett el ismét Franciaországban dolgozni, de közben megtartotta Houstonban munkahelyét és három évig ingázott a két intézet között.

1963-ban előterjesztette anyagi igényeit munkája továbbfolytatásához. 5 millió francia frankot igényelt a 2 milliárdos keretből. A tanács, mely a kiváló agg gyermekgyógyász, *Robert Debré* elnöklele alatt működik, elutasította a javaslatot, s most már *Guillemin* végleg hátat fordított hazájának, bár francia folyóiratokban továbbra is publikált. 1965-ben felvette az USA állampolgárságot. Hogy mennyire játszottak az elutasításban szerepet szubjektív szempontok (*Guillemin* összeférhetlennek jellemzik), utólag talán már nem fontos. Lényeg, hogy *Guillemin* Nobel-díja nem a francia, hanem az USA Nobel-díjasainak számát szaporította.

1972-ben otthagyta Houstont és kiváló kémikusával, *Roger Burgusszal* együtt a kaliforniai *Salk* intézetben folytatja kutatásait, ezúttal az endorfinok területén.

A harmadik laureát életútja relative zökkenőmentes. 1926-ban született az akkor Lengyelországhoz tartozó Vilnában. A német megszállás elől menekülő szüleivel együtt 1939-ben Londonba került. Ott végezte iskoláit és néhány szemesztert Londonban hallgatott, de már dolgozott a Mill-Hill-i kutatóintézetben. 1952-ben Montrealban a McGill egyetemen folytatta tanulmányait.

Murray Saffran biokémikussal kezdte el a corticotroph releasing faktor (CRF) extrahálását a hypothalamusból. Ezzel dr. phil. címet nyert, majd 1957-ben dr. med. lett. Ezután ő is Houstonba került, ahol egy ideig *Guilleminnel* együtt kísérleték meg a CRF kémiai identifikálását. 5 év után személyes differenciák miatt elhagyta Houstont és a New Orleans-i Veterán kórházban folytatta kutatásait. 1973 óta a kutató laboratórium vezetője, de már 1962 óta a Tulane egyetem orvosi fakultásának professzora. Fáradhatatlan kutató. 1962 óta munkatársaival együtt 850 cikket publikált. (Magyar kapcsolatait már előzőleg ismertettük.) A Nobel-díj előtt is számos kitüntetésben részesült. Brazil orvosnő a felesége, aki részt vesz férje kutató munkájában. *Schally* kitűnően beszél spanyolul és portugálul, ezért nagyon szívesen látott előadó Dél-Amerikában és Spanyolországban.

A neuroendokrinológia viharosan fejlődik — az elmúlt években cca 10 000 cikk jelent meg — és eredményei az elkövetkező években előre láthatólag a klinikusok számára az eddigieknél sokkal szélesebb körű alkalmazási lehetőséget fognak nyújtani.

Kenéz János dr.

Johannes Fibiger

(1867–1928)

Ötven évvel ezelőtt hunyt el Koppenhágában *Johannes Fibiger* Nobel-díjas dán tudós, akinek korszakalkotó felfedezése nyomán új lendületet kapott a rákkutatás, kísérleteivel pedig igazolta a századfordulón viaskodó, a rák keletkezésével kapcsolatos elméletek közül *Virchow* irritatív elképzeléseit.

Fibiger 1867. április 23-án született a dániai Skilkeborgban, ahol apja gyakorló orvos, anyja pedig író volt. Orvosi tanulmányait mindvégig a koppenhágai egyetemen végezte, majd 1890-ben *Koch* és *Behring* intézeteiben töltött egy esztendő, hazatérése után pedig *Pasteur* egykori tanítványa, *Salamonsen* koppenhágai bakteriológiai laboratóriumában lett asszisztens. Itt három esztendeig a bakteriológiát tanulmányozta, majd újabb három évig a koppenhágai járványkórházban dolgozott. Itt írta a diftériáról szóló orvosdoktori disszertá-

cióját és itt alkalmazta elsőnek hazájában a *Behring*-féle szérumot. Az első sikerek után azonban az egyetem kórbonctani intézetében vállalt állást, de három év múlva már őt nevezték ki az intézet igazgatójává és az egyetem kórbonctan tanárává. A rendkívül nagy munkaenergiával rendelkező ifjú professzor intézetének vezetése mellett ellátta a dán hadsereg bakteriológiai központjának a vezetését is, valamint egyre nagyobb szerepet játszott a dán orvosi közéletben.

Egyetemi pályafutása elején kiváló szervezői képességéről is tanúbizonyságot tett: intézete nem tartozott a legjobban felszerelt és korszerű orvosi kutatóintézmények sorába, ezért a dán kormány költségén elhatározták korszerűsítését és átszervezését. A tervezet elkészítésével magát *Fibigert* bízták meg, aki ennek érdekében hosszabb tanulmányutat tett Európában. Ennek során 1901-ben járt először Budapesten, ahol tanulmányozta az orvosi kar kórbonctani intézetét. Viszont nem ez volt egyetlen budapesti látogatása: 1906-ban ő képviselte a Dán Orvosi Társaságot és a koppenhágai egyetemet a Szechenyi-ünnepségeken, és még ebben az évben a Bp.-i Kir. Orvosegyesület tiszteletbeli tagjai sorába választotta. Három esztendő múlva résztvevője volt a budapesti Nemzetközi Orvosi Kongresszusnak, ahol előadást is tartott. Élete végéig nem szakadt meg kapcsolata a Bp.-i Kir. Orvosegyesülettel, bár annak előadásra történő felkérésének nem tudott eleget tenni, elfoglaltsága miatt.

A rák problémája volt kutatásainak egyik központi kérdése, de talán a véletlen hozta, hogy 1907-ben három patkány gyomrában addig ismeretlen daganatféléseget talált. *Banggal* és *Moellerrel* közösen végzett kísérletei során már ennek felderítése állt a középpontban. A vizsgálatok során megállapította, hogy a daganat belsejében a spiropterák családjába tartozó élősd volt, amely a spiroptera neoplastica nevet nyerte el. A féreg és a daganat kapcsolatát kutatva *Fibiger* a férget és a féregpetét átültette egészséges patkányokba, eredménytelenül. Több mint hat esztendeig kutatott hasonló daganatos patkányok után, míg 1913-ban — egy cukorfinomítóból hozott patkányban — ismét felfedezte a keresett daganatot. Baktériológiai kutatásai során felfigyelt arra, hogy az élősdiek akkor válnak kórokozókká, ha fejlődési szakaszuk egy bizonyos idejét egy másik élőlényben töltik. Ennek tudatában *Fibiger* vizsgálatot végzett a patkányok származási helyén és megállapította, hogy ott a patkányok svábbogarakkal táplálkoztak, azok viszont a patkányok ürülékével. Kísérletei során bebizonyította, hogy a beteg patkányok daganataiban élősködő peték a svábbogarak emésztőszerveiben lárvákká alakultak, majd a lárvák a svábbogarak izmaiba vándoroltak és ott bebábozódtak. A patkányok megették a svábbogarakat és így a körforgás teljessé vált; a betegé tett svábbogarak megtámadták az egészséges patkányokat, hiszen a betokolódott lárvák azok gyomrában kikeltek. A kikelt spiropterák izgatták a patkányok gyomornyálkahártyáját és megindult a daganatszerű burjánzás. E kísérlet után sikerült *Fibigernek* egy egész sor rákos daga-

natot kelteni patkányokban, bár soha nem tekintette a spiroptera neoplasticát a rák kórokozójának, csupán bizonyítékot látott arra, hogy a szövetekbe befészkelte kórokozó inger hatására keletkezett a rákos daganat és ez hasonló volt más rákos gymordaganatokhoz. Ezért a felfedezésért kapta *Fibiger* 1927-ben a Nobel-díjat, néhány héttel halála előtt.

A rákkutatás mellett *Fibiger* kiváló kórboncnok és előadó tanár volt, a századforduló éveiben ezrével kerültek ki tanítványai a koppenhágai egyetemről. Többek között a bovin tbc kérdésével is foglalkozott és e kérdésben éles ellentétben állt *Robert Koch*kal, akivel 1908-ban komoly vitát folytatott a nemzetközi orvosi kongresszuson.

Az elmélyült kutató munka mellett nem lebecsülendő közéleti tevékenységet is folytatott: a Dán Orvosi Társaság titkára, később elnöke volt, betöltötte az alelnöki, majd elnöki tisztséget a dániai Rákellenes Ligában és a Rádiumbizottságban, tagja lett a Legfelsőbb Orvosi Tanácsnak és a Kórháztervező Bizottságnak Dániában. Az 1910-es évektől szerkesztette az *Acta pathologica et microbiologica scandinavica* c. folyóiratot, amelynek egyben alapítója is volt, ugyancsak társszerkesztője volt a *Zieglers Beiträge zur pathologischen Anatomie und zur allgemeinen Pathologie* c. folyóiratnak. Tudományos munkásságát elismerve számos európai orvostudományi társaság tiszteletbeli és levelező tagjai sorába választotta, valamint a párizsi és a löweni egyetem díszdoktori címmel tisztelte meg.

1928. január 30-án hunyt el Koppenhágában.

Kapronczay Károly dr.

Buddha haláloka

Életéről a hagyományok és az úgynevezett szent iratok tartalmaznak teljes leírásokat vagy részleteket. Miután élő személy volt (*Sziddartha Gautama* néven született i. e. 560 körül), nemcsak élete lefolyása, de annak utolsó szakában halála körülményei is érdekesek lehetnek. Egy aránylag nem régi keletű „*Buddhista Katekhizmus*”-ban élete utolsó idejéről és elmúlásáról szóló részlet halál-okát valószínűsíti. Ennek — orvostörténetileg is érdekes — összefoglalását ismertetem. Megjegyzendő, hogy *Buddha* önmagát mindig embernek tartotta és igaz követői sem állították róla, hogy ő isten lenne.

Véletlenül ezen részben egy hazai községünk nevének az eredete is kiderül, erre ugyancsak utalok.

A Katekhizmus írója *Subhadra Bhikschhu*, magyar nyelvre fordítója *Eröss Lajos* debreceni theologiai akadémiai tanár (megjelent 1906-ban). A könyvecskében katekizmuszerűen pontokba foglalva nemcsak a hittételek szerepelnek, hanem történeti jellegű események és *Buddha* élete is.

A 62. pontban részletezett eseményekből megtudjuk, hogy *Buddha* ekkor már nyolcvanadik életévében, erejét hanyatlani érezte. Így szót

„*Anando*”-hoz, legkedvesebb tanítványához, aki a rendbe lépése óta személyes kísérője volt. „*Anando, magas korra jutottam; megöregedtem; napjaimnak mértéke betelt s létem vége felé közeledik*”.

Továbbvándorolván pihenőt tartott a „*Mongo*”-berekben, amely „*Tschundo*”-é, egy a kovácsok kasztjához tartozó férfié volt. És amikor *Tschundo* hírt vett arról, hogy *Buddha* az ő berkeiben pihen, nagy örömmel sietett hozzá, s a „*Tökéletest*” meghívta házába. Megvendégelte rizzsel, édes kenyérral s valami ehető gombából való étellel. Itt a szerző lábjegyzeteiben részletezi a gomba szó körüli vitát. Az eredeti szanszkrit szót jó ideig vadkanhúsnak fordították. Az étel, amit *Tschundo* a „*Tökéletest*”-nek adott: „*sukaramaddavam*”, szétválasztva: sukaro + vaddisznó, maddavam: kellemes, ízletes. Ez idő tájt ezen területen a Magadha tartományban egy gombafajtát neveztek így, melyet szabadon vaddisznókedvencének nevezhetnénk (nálunk analóg elnevezés a szarvasgomba).

Itt szeretném megjegyezni, hogy a Velencei-tó északi partján fekvő Sukoró község neve ezek szerint szanszkrit eredetű és így „*vaddisznót*” jelent.

Buddha evett a gombából, s aztán megparancsolta a kovácsnak, hogy ne adjon abból a tanítványoknak, hanem a maradékot öntse ki a csatornába. Szerző lábjegyzetében ezt azzal magyarázza, hogy a gombák közé hogy, hogy nem, néhány mérges gomba is keveredett. *Buddha* ezt észrevette és ez a természetes magyarázata annak, hogy miért parancsolta a kovácsnak, hogy abból az ételből ne adjon a tanítványoknak, hanem azt, ami megmarad, vesse ki. (Itt meg kell jegyezni, hogy orvosi szempontból elfogadhatóbbnak látszik a romlott hús fogyasztása. Sajnálatosan a mérges gomba ízét az emberek általában nem érzékelik, nem érzik rossz ízűnek, de a romlott húsét igen.)

S minekutána *Tschundót* vallásos oktatásban részesítette, továbbvándorolt Kusinará felé.

Útközben nehéz betegség lepte meg, heves fájdalmak kínozták; de az erős lélekkel s teljes önuralommal bíró „*Felsőség*” mindezt panasz nélkül hordozta. Azonban végre is annyira elgyengült, hogy kénytelen volt az út mellett egy fa alatt leülni. S ekkor így szólt *Anandó*hoz: „*Anando, hozz nekem egy kis vizet, szomjas vagyok*”.

Ezután — egy, a leíráshoz nem lényeges epizód során — *Buddha* kijelentette: „*Anando, még ma virradóra itt lesz az én Parinirvanám (azaz a halálom)*”. Valójában nem sokkal később öntudatlanságba esett és meghalt.

A leírtak orvosilag logikusan összegezve így képzelhetők el. A legyengült 80 éves mester valószínűleg mérges gombát vagy romlott húst evett. Ezt alátámasztja, hogy nem adott az ételből a tanítványainak, hanem kiöntötte a maradékot. Utána heves fájdalmak keletkeztek, elgyengült, szomjas lett. Ekkor már konkrétan azt is megérezte, hogy meghal, és ez virradat előtt be is következett. Ezek alapján feltételezhetjük, hogy az idős hitalapító halála valamilyen ételmérgezés lehetett.

Gaál Antal nagykallói orvosborbély

A betegek gyógyítását igen jelentős részben borbélyok látták el a rendszeres hazai orvos- és gyógyszerészképzés (a nagyszombati egyetemen 1770—1777) megindulása után is. Az első Szabolcsban gyógyító borbély, akinek neve is fennmaradt, 1600-ból *Máthé borbély* volt. *Rákóczi Zsigmondné szül. Telegdy Borbála* kölcsönözte őt Szerencs várából a Kisvárdán lakó nővére: *néhai Szokoly Miklós* özvegye, *Telegdy Kata* részére. Utóbbi levele (1) megőrizte számunkra részletesen a „Borbély Máthé Uram” által érvágással lebecsátott vér küllemét is, amely: rűt, zöldes és zsíros volt. *Máthé borbély* minden bizonnyal a tokaji Borbély Cézéhhez tartozott.

Területünkön a nyírbátori Borbély Cézé működését csak 1607. január 31-én engedélyezte *Báthori Gábor* (2) az ecsedi várból kiadott rendeletével. Sajnos, a nyírbátori Borbély Cézé működéséről és a Cézé jelentősebb tagjairól vajmi keveset tudunk. Ismeretes az, hogy Nagykállóban az adófizetők 1699. évi névsorában 3 chirurgus is szerepelt, mégis csupán 1741-ből maradt meg először a helység chirurgusának a neve: *Borbély Sámuel* (4). E borbélyokkal és műhelyükkel azonban rendszerint elenyészett nevük, valamint tevékenységük is. Éppen ezért jelentős számunkra az orvos-borbélyok működésének szinte utolsó időszakából Nagykállóban megmaradt számos dokumentum,* amelyek révén mind *Gaál Antal* orvos-borbély nagykallói működéséről, mind pedig az orvos-borbélyok hazai tevékenységéről reálisabb képet alkothatunk.

A dokumentumok tanulmányozása, elemzése után adatkiegészítés céljából felkerestem az adományozót, akinek közlései sokban elősegítették *Gaál Antal* működésének jobb megismerését (javaslatára használok a *Gaál* vezetéknevet).

Gaál Antal családjáról és életéről

Gaál Antal (1838—1900) családja igazi borbélycsalád. Borbély volt még a családban: második felesége, két gyermeke (fia: *Gaál Aladár* borbély volt Makó városában; leánya: *Gaál Valéria* felszabadított borbély), veje (*Kondacs Pál* 1878—1946 között élt, ősei Szarvas községből idetelepített tirpákok voltak, 40 évig működött borbélyként Nagykállóban, de foghúzással is rendszeresen foglalkozott; nevét 1940-ben magyarosította *Lendvai*) és 4 fiú unokája is értette a borbély mesterséget [köztük az adományozó *Lendvai László* (szül. 1902) is, aki az I. világháború idején kiségitett a nagykallói borbélyüzletben].

* Az unoka: *Lendvai László*, 60 éves, most már Nyíregyháza, Malom u. 21. sz. alatti lakos, 1976 decemberében a következő okmányokat adományozta a Megyei Levéltárnak: *Gaál Antal* tanulóllevele, vándorkönyve és 3 db működési bizonyítvány.

Születése ideje a később ismertetendő vándorkönyv adatai között tévesen datálódott az 1847. évre, mert a család birtokában levő kereszteleési anyakönyvi kivonat szerint *Gaál Antal* 1838. október 6-án (a kiskunfélegyházi Sárlos Boldogasszonyról elnevezett róm. kath. plébánia kereszteleési anyakönyvének VI. kötet, 695. lap, 758 sorszámu bejegyzése szerint) született Kun Félegyházán. Valószínűleg ott járt iskolába is. Azt tudjuk, hogy a borbélymesterség tanulásának 3 évét becsületesen kitöltötte Félegyházán *Sallay László* borbély úrnál és 1864. április 21-én a szegedi Sebész Céh (Coetus Chyrurgorum, alapítása: 1743) a borbélysegédek közé bejegyezte. Ezáltal chirurgusnak számított.



Tevékeny életének ezután következő 36 éve alatt különböző helyeken működött orvos-borbélyként: Hajdúnánás, Nyírbátor és Nagykálló helységekben. Hajdúnánáson nyomtatott havi bérlettel látta el abbonens borotválkozó vendégeit. A leg-hosszabb időn át Nagykállóban tevékenykedett. Ismeretes, hogy üzlete és lakása a nagykallói Járásbíróház épületében a bejárattól balra eső földszinti utcai részen volt. Cégérként a borbélyok szokásos réztányérja volt kitéve.

Orvosi működése főleg a következőkből állott: 1. érvágás (megmaradt érvágó kése még 1908-ban a család birtokában volt), 2. köpölyözés, 3. sebkezelés. Állítólag több nyelvet is tudott (7—8 nyelvet?) és „polgári felkelés”-ben való részvétel miatt egy ideig Törökországban bujdosott társaival együtt.

Eléggé italos és különc ember hírében állott. Voltak „titkos” barátai: állítólag *Kállay Akos* és *Ubul* földesurak. Néhány találmánya a szőlőtermeléssel volt kapcsolatban.

Gaál Antal vándorkönyve és vándorlása

A borbélysegéd önálló orvosi működésének megkezdése előtt tapasztalatszerzés végett vándorútra indult régi szokás szerint. A vándorkönyv szóban forgó rendszeréről egy 1816. július 16-án kelt helytartósági rendelet intézkedett. Gyakorlatszerzés érdekében a megjelölt területeken (bel- és külföldön) a hatóság elősegítette a „gátolatlan vándor-

dorlást". Voltaképpen tehát utazási okmány, ill. külföldi utazáskor útlevele volt a vándorkönyv. Munkába álláskor át kellett adni a munkaadónak, aki a munkából történő kilépéskor köteles volt a vándorlegényvel együtt az eltöltött idő és a magaviselet minőségének beiktatása végett a községi elöljáróságon megjeleni.

Gaál Antal vándorkönyvét 1864. július 23-án adta ki Kiskunfélegyháza városának nemes nemzeti bírójú Tanácsa nevében *Szabó János*. Az engedély Magyarországon történő 3 évi vándorlásra szolt.

A vándorkönyv segítségével némileg nyomon követhetjük *Gaál Antal* működésének egy hosszabb, 1 $\frac{1}{2}$ éves időszakát. Így a borbélysegéd-levelel



megszerzése után 10 hónappal hét héten keresztül ismét Szegeden találjuk *Kálmán István* seborvos mellett. Négy hónappal később, 1865. június 25-én Balassagyarmaton kapott bizonyítványt *Csantetits Döme* borbélytól. A vándorkönyvben a harmadik és egyben utolsó bejegyzés 1865. november 7-én Losoncon *Andreanszky Dienes* borbélytól származik, akinél 4 $\frac{1}{2}$ hónapig volt „szorgalmatos”.

A vándorkönyv bejegyzései ezzel sajnos befejeződnek, bár még nem járt le az engedélyezett 3 esztendő és a 48 oldalas könyvnek is csak a 15. oldala telt be. Rendelkezésünkre áll viszont még 3 működési bizonyítvány, amelyek szerint *Gaál Antal* 2 $\frac{1}{2}$ évig a monarchia osztrák területén is működött, mégpedig a következő orvosok mellett:

1. *Végh Rudolf* orvosság kiszolgáló és fogtechnikus igazolása szerint 1867. május 15—1868. január 5. között Neuholzban;

2. *von Brandenen Gusztáv*, a sebészet doktora szerint 1868. január 20—augusztus 1. között „orvostudományi adjunctus”-i minőségben Bécsben és

3. *Prochaska Ferenc* kötöző orvos és szülész igazolása értelmében 1868. október 4-től 1870. január 12-ig. Ottakringben (ma: Bécs egyik része).

Ma már nincsenek céhek, s a borbélysegédek részére nincs szükség vándorkönyvre. Úgy tűnik azonban, hogy a mai szigorló orvosok „cselédkönyve” („Szolgálati könyvecske az egyévi kötelező

kórházi gyakorlat kitöltésére”) és a „cselédkönyves” orvos megjelölések a régi vándorkönyvre, ill. vándorlásra vezethetők vissza.

Gaál Antal dokumentumainak általános orvostörténeti jelentősége

Megismertük az eddigiekből *Gaál Antal* nagykallói orvos-borbély vándorlásának dokumentált 4 évét és nagykallói működését. Külön értéket képviselnek azonban orvostörténeti szempontból az okmányban megmaradt bélyegzőlenyomatok és orvosi aláírások:

1. a szegedi Sebész Céh (Coetus Chyrurgorum) 1743. évi bélyegzője *Erőskövy Ignácz* sebész- és szülész-mester, mint idősb céhtag és *Móri János* alcéh-mester aláírásával;

2. Kiskunfélegyháza városának pecsétje, *Szabó János* aláírásával;

3. *Kálmán István* seborvos 1865. február 21-i aláírása és bélyegzőlenyomata;

4. *Csantetits Döme* borbély 1865. június 25-i aláírása és bélyegzője;

5. *Andreanszky Dienes* borbély 1865. november 7-i aláírása és bélyegzője;

6. *Végh Rudolf* orvosság kiszolgáló és fogtechnikus 1868. január 5-i aláírása és bélyegzője;

7. *Brandenen Gusztáv* lovag, a sebészet doktorának 1868. augusztus 1-i aláírása és pecsétje;

8. *Prochaska Ferenc* kötöző orvos és szülész 1870. január 22-i aláírása és pecsétlenyomata.

A bemutatott dokumentumok az életpályának csak 4 és fél éves szakaszát világítják meg, mégis úgy tűnik, hogy *Gaál Antal* nagykallói orvos-borbély szakmájának átlagon felüli képzettségű és sokat látott, sokat tapasztalt képviselője volt. Működése bepillantást enged a hosszú évszázadokon keresztül nagyon fontos orvos-borbélyi gyakorlatba, valamint a borbélyok társadalmi helyzetébe, megítélésébe, amelyet mai ember alig képes érzékelni már. A XIX. században egyre nagyobb számban kerültek ki az egyetemekről az orvosdoktorok s a gyógyítás sokszínűségét csak fokozta még a *Hahnemann Sámuel* alapította tudománytalan orvosi irányzat, a homeopathia (2) rohamos térhódítása.

Éppen *Gaál Antal* életére esett az a kíméletlen harc, amely a kenyérkeresetüket féltő orvos-borbélyok és az irigykedő, azokat lenéző egyetemet végzett orvosdoktorok között folyt. Kortársának és nagykallói pályatársának, *Korányi Sebald* nagykallói chirurgusnak a világhírű fia, *Korányi Frigyes* orvostanhallgatóként 1848-ban éppen e kérdésről írta első dolgozatát (3): „Szózat az orvoskar javaslatkészítő választmányához” címmel. A 21 éves *Korányi* kiváló judíciumával tiltakozott (5) azellen, hogy a 2 éves sebészi tanfolyamot végzett borbélyokat „gyilkosoknak” és az 5 évig egyetemen tanuló orvosokat „csaknem csalhatatlanoknak” deklarálják. Felsorolt kiváló orvosokat, akik a chirurgusok közül kerültek ki: *Dieffenbach*, *Wattmann* és a magyar *Veleczki*. Az ifjú *Korányi* nyilván apjára is gondolt, amikor megjegyezte: „...egy tollvonással családapákat és családokat tesz tönkre” a javaslatkészítő bizottság. Az elkö-

vetett hibát jóvá kell és lehet tenni azáltal, hogy „... a már gyakorlatban levő sebészeknek bizonyos feltételek mellett orvosi diploma adassék!”. A bizonyos feltétel alatt *Korányi Frigyes* és *Bugát Pál* is orvosi bizottság előtti sikeres gyakorlati vizsgát értett.

A hazai beteggyógyítás ezen átmeneti és elmentmondásos XIX. századi periódusában világítanak azon apró mécsesek, amelyeknek tekinthetjük *Gaál Antal* orvos-borbély megmaradt és ma már ritkaságnak számító okmányait.

Fazekas Árpád dr.

IRODALOM: 1. *Eckhardt S.*: Két vitéz nemesúr Telegdy Pál és János levelezése a XVI. század végéről, Athenaeum, Budapest, 1944, M. kir. Pázmány Péter Tud. Egyet. Magyarságtudományi Intézete, 201. oldal, 105. levél. — 2. *Fazekas Á.*: Orvosi emlékek Szabolcs-Szatmárban. Nyírségi nyomda, Nyíregyháza, 1975, 184. old. — 3. *Korányi F.*: Orvosi Tár. 1848, 4, 84. — 4. *Pregun I.*: Munkája megjelenés alatt. — 5. *Tauszk F.*: Orv. Hetil. 1901, 17, 288.

A TMB hírei

A Tudományos Minősítő Bizottság disszertációjuk alapján

Hidvégi Egont („Ribonukleinsav szintézis hepatómában és besugárzásra májban”) a biológiai tudományok;

Kocsár Lászlót („Új radiopharmakonok előállítás és human diagnostikai alkalmazása”) az orvostudományok;

Németh-Csóka Mihályt („A kötőszöveti savanyú mucopolysaccharidok [glycosaminoglycanok] anyagcsereje, szerkezete és szerepe a kötőszövet újdonszövetben”) az orvostudományok,

Vizi E. Szilvesztert („A neurokémiai transzmisszió modulációja: a preszínaptikus gátlás és a membrán ATPáz jelentősége”) az orvostudományok doktora;

Biró Vilmost („Ínhüvelypótlás vénával a kéz »senki földjén«) az orvostudományok;

Csóka Rozáliát („Az emberi toxoplasmosis hazai előfordulása”) az orvostudományok;

Debreceni Lászlót („Az aldosterontermelés szabályozása és az aldosteron hatásmechanizmusa”) az orvostudományok;

Döbrössy Lajost („A haematogen áttétképződés mechanizmusára vonatkozó modellvizsgálatok”) az orvostudományok;

Faller Józsefet („Áttünetésre előkészített máj konzerválásával nyert tapasztalatok”) az orvostudományok;

Farsang Csabát („A koszorúerek ischaemiás adaptációja”) az orvostudományok;

Gyárfás Ivánt („Az akut myocardialis infarctus Dél-Pest lakosságában”) az orvostudományok;

Illés Pétert („A prosztaglandinok [PGE1, E2 és F2 alfa] hatása adrenerg és kolinerger beidegzésű izom-

szervek neurokémiai transzmissziójára”) az orvostudományok;

Jakab Ferencet („Az epeutak heveny elzáródásának hatása a máj vér- és nyirokkeringésére”) az orvostudományok;

Karátson Andrást („A vese-protectív anyagok és a dialysis a heveny veseelégtelenség kezelésében”) az orvostudományok;

Kárpáti Miklóst („Neuropsychiatriai, illetve gerontopsychiatriai beteganyagon végzett echoencephalographiás vizsgálatok értéke és kritikája”) az orvostudományok;

Keszthelyi Bélát („A ⁴⁰K, ⁵⁸Co-B₁₂-Vitamin és ⁴⁷Ca, ⁵⁹Fe izotópok egésztestszámolóval történő méréseinek klinikai alkalmazása”) az orvostudományok;

Kincses Lászlót („Chlomiphennel végzett ovulatio inductio”) az orvostudományok;

László Arankát („Heterozygota-génhordozók kimutatása különböző veleszületett anyagcserezavarokban”) az orvostudományok;

Morava Endrét („A D₃-vitamin és egyes metabolitjainak szerepe a csontanyagcsereben”) az orvostudományok;

Péter Mózeset („Krónikus pancreatopathiák komplex radiológiai diagnosztikája”) az orvostudományok;

Sándor Pétert („Az agy regionális véráramlása a szimpatikus aktivitás fokozódásával és csökkentésével járó állapotokban”) az orvostudományok;

Sármány Juditot („Általános érzéstelenítés a szemészetben”) az orvostudományok;

Schmidt Pétert („A quantitativ és qualitativ táplálékfelvétel neurohumorális szabályozása patkányban”) az orvostudományok;

Sobel Mátyást („Ultrahang alkalmazása a normálisan fejlődő terhességben”) az orvostudományok;

Sótonyi Pétert („Az adenozintrifoszfát kimutatásának összehasonlító elektronmikroszkópos citokémiája”) az orvostudományok;

Szabó Bélát („Nátrium és kálium transzport a harántcsíktolt izomban és emberi vörösvértestekben”) az orvostudományok;

Szalay Jánost („A foetoplacentáris egység dysfunctiója — a szülés optimális időpontjának megválasztása cukorbeteg terheseknél”) az orvostudományok;

Szalay Lászlót („A proximalis tubularis funkciók idegi szabályozása”) az orvostudományok;

Tapasztó Istvánt („A könny termelésének és fehérje változásainak jellegzetességei”) az orvostudományok;

Than Gábort („Terhességgel társult alfa-2 glikoprotein”) az orvostudományok;

Tima Lajost („A hypothalamus, hypophysis és epiphysis szerepe a kísérletesen előidézett, polifollicularis petefészekkel járó, anovulációs tünetegyüttes pathomechanizmusában”) az orvostudományok;

Trinh Hung Thanhot („Az élettani teljesítőképesség egyes összetevőinek vizsgálata atlétáknál”) a biológiai tudományok;

Vasass Jenőt („Vegetatív idegrendszeri és intermediaer anyagcserezavarok allergiás bőrmegbetegedésekben”) az orvostudományok;

Vincze Lajost („A daganatos cytaemia klinikai és kísérletes tanulmányozása”) az orvostudományok kandidátusává nyilvánította.



Traumatologia

Meggyőző bizonyítékok a biztonsági öv mellett. Szerkesztőségi cikk: Brit. Med. Jour. 1977, 1, 6061. 593.

A jelek szerint Anglia a technikailag fejlett országok közül az utolsók között lesz, ahol bevezetik a biztonsági öv kötelező használatát. A cikk az 1977 februári Melbourneban tartott nemzetközi közlekedési orvosi konferencia anyaga alapján támasztja alá ennek szükségességét.

Amerikai kísérletek szerint a jól rögzített emberi test saját súlyának csaknem harmincszorosát kitevő decelerációt is elviselhet súlyos sérülés nélkül.

Azokban az országokban, ahol a biztonsági öv használatát már kötelezővé tették, annyira jók a tapasztalatok, hogy már további kérdésekkel foglalkoznak, elsősorban a hátsó ülésen utazók védelmével és a csecsemők és kisgyermekek megfelelő rögzítésével.

A statisztikai adatok azt mutatják, hogy baleset alkalmával övet nem viselő személyek részére a halálos sérülés eszenvedésének kockázata négyszeres azokhoz képest, akik az övet használják. Problémát jelent az a körülmény, hogy nagyon sok közlekedési baleset történik éjjel és éppen éjjel fordul elő gyakrabban, hogy az övet nem használják. Éppen a baleseti veszélyt jelentő személyiségek azok, akik az öv használatát is leggyakrabban elhanyagolják. Jellemző erre, hogy Dániában egy felmérés szerint az alkoholos befolyásoltság hatása alatt balesetesezők közül azok, akiknek véralkohol értéke 2 ezrelék alatt volt, 44%-ban használták a biztonsági övet, 2 ezrelék fölötti véralkohol esetén pedig csak 17%-ban.

Több országban felmerült az övviselés alóli orvosi felmentés kérdése. Ezzel kapcsolatban az álláspontok meglehetősen szigorúak. Még olyan vélemény is előfordul, hogy aki egészségi állapotánál fogva nem használhatja a biztonsági övet, ne utazzék gépkocsiban. A felmentést még terhesség esetén sem tartják indokoltnak, mivel adott esetben a biztonsági öv károsíthatja ugyan a magzatot, de legalább az anya életét megmenti. Jellemző adat, hogy Svédországban, ahol 2,5 millió személygépkocsi van forgalomban, mindössze kb. 1000 orvosi felmentést adtak ki. A felmentés psychiatriai okai közül leggyakoribb a claustrophobia. A fizikális okok közül a gerinc merevsége, a csípőízületi mozgások korlátozottsága, rheumatoid arthritis, extrém fokú elhízás,

colostomia, thoracoplastika, sclerosis multiplex és pacemaker használata szerepel.

Angliában végzett előzetes számítások szerint abban az esetben, ha 85%-os gyakoriságú övviselést sikerülne elérni, ezzel évi 13 000 halálos és súlyos sérülést lehetne megelőzni.

(Ref.: Hazánkban jelenleg van előkészületben a biztonsági öv viselése alóli orvosi felmentés lehetőségének szabályozása. Meg kell jegyezni, hogy a cikkben említett betegségek és állapotok nem jelentik a felmentés abszolút indikációját. Minden esetben egyéni elbírálás alapján kell eljárni és a várható következményeket minden irányban gondosan mérlegelni kell.)

Dallos György dr.

Kiterjedt égések shocktalanításának korszerű szemlélete. Sørensen, B. (A koppenhágai Városi Kórház Égési Központja): Zbl. Chir. 1976, 101, 1495—1500.

A szerző az égési traumát követő kórképet három fázisra osztja: hyperacut fázis, mely a sérülés utáni 60. percig tart; shockfázis, mely a harmadik nap végéig tart; shockfázis utáni időszak, mely a gyógyulással fejeződik be.

Az első fázis a kutatók számára jelentős — gyakorlati következtetésként a hideg vízzel végrehajtott elsősegély jelent meg a mindennapi életben.

Minden folyadékpótlási módszer jó, ha korrektül végzik. Az összes folyadékpótlási elvek közös tulajdonsága, hogy nagy mennyiségű folyadékot és jelentős mértékben nátriumionokat visznek be a szervezetbe. Egy-egy módszer előnyét a többi felett csak kontrollált és statisztikai módszerekkel ellenőrzött kísérlet-sorozat alapján lehet rögzíteni.

A szerző intézetében 1971 óta végeznek vizsgálatokat a kolloid oldatokkal, illetve kizárólag kristályos oldatokkal végzett shocktalanítás összehasonlítására. A vizsgálatok még nem fejeződtek be, annyi azonban már bizonyosra vehető, hogy a halálozást, illetve a kórlefolást e módszerek egyike sem befolyásolja szignifikánsan a másikkal szemben. A prognózist alapvetően az elhalt szövetek volumene határozza meg. És minthogy a sérült állapota a trauma utáni közvetlen időszakban a legjobb (a kórlefolás egészét figyelembe véve), a kimetszés és bőrpótlás műtétét mielőbb, kell elvégezni.

A szerzők a nyitott kezelést tartják a helyi kezelési eljárások közül a legjobbnak. A kimetszés és bőr-

pótlás műtétjét egy ülésben, a második hét végén végzik.

Eddigi tapasztalataik szerint a rossz prognózisú súlyos égettek megmentésére egyetlen lehetőség a shockfázisban végrehajtott kimetszés és bőrpótlás.

Novák János dr.

Az égésbetegség intenzív terápiája. Sologub, W. K., Jakovlev, G. B. (Visnyevszkij Intézet, Égési Központ, Moszkva): Zbl. Chir. 1976, 101, 1501—1503.

Abból kiindulva, hogy a kiterjedt mély égések műtéti kezelését csak intenzív terápia teremti meg, a szerzők a homeostasis helyreállításának, illetve fenntartásának újabb módszerét alkalmazzák súlyos égetteken.

Az aortába Seldinger szerint kathertert vezettek fel, a katherter csúcsa az aortaív alatt a mellkasban vagy a rekeszizom alatt volt. Az intraaortalis nyomást a betegágy szintje felett 2—2,5 méterrel elhelyezett palackok hidrodinamikus nyomásával győzték le. Így a vena cavába vezetett kanülön keresztül történt folyadékpótlással sem shocktalanítható égetteken is lehetett eredményt elérni. A laboratóriumi értékek és a sérült általános állapota az intraaortalis infúzió megkezdésétől számított 2—3 órán belül rendeződött.

Az ajánlott módszer előnyeit a szerzők abban látják, hogy a nagy kiterjedésű égések műtéti ellátása lehetővé válik. Tapasztalataik szerint a testfelszín 50%-ára terjedő kimetszés és bőrpótlás esetén is sikerült fenntartani a sérült haemostasisát, a postoperatív időszak kedvezőbben zajlott le.

Novák János dr.

Alapvető eredmények az égettek kezelésében. Feller, I., Flora J. D. Jr., Bawol, R. (Department of Surgery and Biostatistics, University of Michigan, Ann Arbor, Mich.): JAMA, 1976, 236, 1943—1947.

Gyakran állítják, hogy az utóbbi években bevezetett új kezelési módszerek hatására nem javult szignifikáns mértékben az égettek túlélési aránya. Mások vitatják ezt és úgy vélik, hogy az ellenkezője az igaz. A túlélés és a terápia eredményességének megítélésére hiányzanak az olyan alapvető kezelési eredmények, amelyek alkalmasak összehasonlítás céljára. Az USA Nemzeti Égési Információs Központja 21 000 esetének adataiból nyert átlagértékek alapján várható túlélési görbét állapítottak meg a szerzők. Vizsgálták, hogy milyen hatása van a túlélési arányra az égés kiterjedésének és mélységének, az égett korának és nemének, a helyileg alkalmazott kezelésnek, és van-e különbség az adatokat szolgáltatató intézmények eredményei között.

Az égés összterjedelmét és a mély égés kiterjedését tekintve a legkedvezőbb a túlélési arány az 5—34 évesek között, majd egyre csökkenő arányú a 2—4 és 35—49 évesek, 0—24 hónaposok és 50—59 évesek, 60—74 évesek és végül a 75 évnél idősebbek között. A férfiak túlélési aránya minden korcsoportban magasabb, de szignifikáns különbség csak az 5—34 éveseknél és 60 éven felül mutatkozik. A helyileg alkalmazott antibakteriális kezelés (0,5%-os Ag-NO₃, Mafenide, Ag-Sulfadiazine és egyéb antibakteriális szerekkel) nem befolyásolta jelentősen a túlélési arányt, de egyes anyagok hatása eltérő volt a kisebb és a nagyobb kiterjedésű égéseknél. Az adatokat szolgáltató intézeteket három csoportba sorolták és jelentős különbséget találtak a túlélési arányban az egyes csoportok között. Ennek okát jelen vizsgálataink során nem tudták megállapítani a szerzők.

Papp Tibor dr.

A csípő intertrochanterikus és subtrochanterikus töréseinek kezelése Ender módszerével. Kuderna, H., Böhrer, N., Collon, D. J. (Lorenz Böhrer Krankenhaus, Wien); J. Bone and Joint Surg. 1976, 58—A, 604—611.

A medialis femurcondyluson keresztül felvezetett flexibilis szegek alkalmazása intertrochanterikus és subtrochanterikus törések kezelésére Ender nevéhez fűződik. A módszer azért jelentős, mert alapvetően lerövidíti a műtét időtartamát, a beteg igénybevételét és az ún. instabil töréseknél is azonnali terhelést enged meg. A szerzők 1971. augusztustól 1973. decemberéig 203 beteg combnyaktáji törését kezelték Ender módszerével. A betegek 72%-a idősebb volt 70 évnél. A törések 31%-a instabil volt.

A szerzők részletesen ismertetik kezelési eljárásukat. A műtét optimális időpontját a baleset elszívása után 24—48 órában adják meg. Az általános vagy spinalis anaesthesiában végzett repositio után (2 képerősítővel dolgoznak) 3 cm hosszú, longitudinális incisiót ejtenek a condylus medialis proximalis szélénél. A m. vastus medialis és az adductor magnus között, az arteria genus superior medialis harántága szintjében Steinmann szeggel perforálják a femur corticalist, majd a lyukat 1,5 cm átmérőjűre tágítják. A szeghosszúságot képerősítő kontrollja mellett becsléssel állapítják meg, majd a kívánt hosszúságú enyhén görbített, 4,5 mm vastag szeget rotáló mozdulatokkal vezetnek fel a törési rés fölé a combfejbe. Az első szeggel, ha szükséges, a repositiót az anatómiai helyzetig tökéletesítik, majd további, de legalább 3, divergáló helyzetben felvezetett szeggel stabilizálják a törést. A kombinált, ún. „four fragment” töréseknél, továbbá kitört nagytrochanter eseté-

ben lateralisan is felvezetnek egy Ender-szeget és a törtvégék helybentartását cerclage-dróttal is biztosítják. Drainage, sebzáras után a végtagot habzivaccsal bélelt sínre helyezik, és még a műtőasztalon kétirányú rgt-felvételt készítenek.

Hosszú, verticalis töréseknél, a distalis törtvég felcsúszásának kivédésére, 22 esetben sikerrel alkalmazták a J. Böhrer által bevezetett percutan trochanter-osteotomiát, mely lehetővé teszi a femurnyak valgusálását és így növeli a stabilitást.

A sebdrainaget a második postop. napon szüntették meg, minden esetben kombinált anticoagulans kezelést végeztek 3—4 hétig. A 3. naptól kezdve engedélyezték az operált végtag mankóval történő terhelését.

A késői eredményeket elemezve a szerzők a következőkben látják az Ender-szegezés előnyét:

1. A törésszabályozás mechanikai feltételei kedvezőbbek, a szegre ható erők terheléskor axialisan hatnak, a hajlító-momentum minimális.

2. A minimumra csökkenthető a vérvesztés és a műtét megterhelés. 10,3%-os mortalitási rátajuk hátterében is főbbnyire keringési elégtelenség áll, s még így is jóval kedvezőbb volt, mint Evans statisztikájában a lemezzel szeggel kezelt betegek 16,8%-os mortalitása.

3. Igen alacsony a postop. infekciók száma (3,9%).

4. A Küntscher-féle trochanter-szeggel szemben az Ender-szeg hajlékonyabb, nem sérti a medialis collateralis szalagot, és a metaphysis-areát. A tengelyirányú terhelés ellenére, a femurfej-perforációk száma lényegesen alacsonyabb (4,4%), mint a Küntscher-féle trochanter-szeg alkalmazásakor (26,3%).

5. Az Ender-féle technika elsajátítása könnyű, a fiatal, átlagos képességű sebész is könnyen magáévá teheti.

Lukács László dr.

Az égés-betegség kezelésének új szempontjai. Schoenenberger, G. A. és mtsai (Baseli Sebészeti Klinika Kutató Laboratóriuma): Chirurg 1976, 47, 582—588.

A thermikus traumát követő shockfázisban ma — égési osztályokon — 4%-ra csökkent a halálozási arány, az égésbetegség első hetében azonban (sebészeti osztályon) egészen 30%-ig emelkedhet. A végleges túlélési aránya az utóbbi 5 évben keveset változott. A vezető halálok napjainkban a sepsis, elsősorban Gram-negatív baktériumok okozzák. Úgy tűnik, hogy a sepsis kialakulásában a kórokozók intenzitásánál nagyobb jelentőségű a sérült szervezetének állapota. Ezért a bőr thermikus sérülésekor felszabaduló toxinok hatásának fontosságát kell tulajdonítani.

A szerzők ember és egér hőkárosított bőrből ugyanazon toxikus anyagot izoláltak, s ez a kísérleti állatoknak beadva letális hatású volt. Izotóppal jelölt toxinok egérben elsősorban a májban gyűltek meg, és súlyos sejtkárosodást okoztak.

Az antitoxin védőhatását állatkísérletben igazolni lehetett, a Gram-negatív inoculációt követő halálozást jelentősen csökkentette. Ebből kiindulva a szerzők feltételezik, hogy a toxin okozta szerv (sejt) károsodás talaján lép fel a fertőzés. További érdekesség, hogy a toxinnal szemben keletkezett antitestek gátolják a fertőzés kialakulását.

A specifikus Ig, kedvezőtlen prognózisú égetteknél alkalmazva, nem váltott ki allergiás vagy más kóros reakciót.

Novák János dr.

Traumás cerebellaris haematoma subduralis haematoma nélkül. Papadakis, N. és mtsai (Neurosurgical Service, Boston City Hospital, and the Department of Surgery, Harvard Medical School, Boston): JAMA, 1976, 235, 530—531.

A hátsó koponyagödörben a (traumás) cerebellaris haematoma megjelenése subduralis vagy epiduralis haematoma társulása nélkül ritkaságnak számít. Wright 6 esetet közölt.

A szerzők betege 64 éves férfi, aki koponyatraumát követően (eszméletét nem veszítette el) 3 nappal fokozatosan confusussá vált, beszéde nehézkes, akadozó lett. A traumát követő 3. napon kifejezett frontális fejfájás, személyiségváltozás, majd enyhe baloldali abducens paresis kétoldali horizontális nystagmus, baloldali végtaggyengeség jelentkezett. A jo.-i carotis és a kétoldali vertebralis angiogram hydrocephalusra és az a. basilaris dislocációjára utalt. A ventriculogrammon hydrocephalus és a IV. kamra alsó részének elzáródása volt látható. Suboccipitalis craniectomia során a bo.-i cerebellaris lebenyből haematomát távolítottak el. Műtét után csak enyhe fokú törzsataxia maradt vissza. A hátsó koponyagödri traumás eredetű haematomák diagnosztikai nehézségeire számos szerző mutatott rá. A vertebralis angiographia és a ventriculographia jelentős segítséget nyújt ebben a tekintetben, a computerizált axiális tomographia bevezetése további jelentős segítséget ad a pontos diagnózis felállításában.

Kovács Miklós dr.

Ujjperc és kézközépcsont törések csavaros synthesise. Crawford, G. P. (Santa Barbara, California); J. Bone and Joint Surg 1976, 58—A, 487.

Ujjperc és metacarpus törések stabil belső rögzítésének — csavaros vagy lemezes osteosynthesisel — rendkívül szűk indikációs terü-

lete van. A szerző véleménye szerint ezek: 1. az alapperc diaphysis törése; 2. egyes alapperc törések, melyek a MP vagy PIP ízületet érintik; 3. Bennett törések, melyeknél egy nagyobb fragment tört le, s ez az izfelszínnek egyharmadát kiteszi.

1969 óta 21 esetben végzett fenti indikációk alapján a kézen osteosynthesis (14 alapperc törés és 7 Bennett törés miatt). Részletesen ismerteti a műtéli technikát. A műtét utáni 3. naptól kezdve engedélyez aktív tornát. 20 beteg törése teljes mozgásfunkcióval gyógyult, egy esetben maradt vissza 25 fokos mozgáskorlátozottság.

A stabil synthesis adta előnyök ellenére a csavaros compressió synthesis a kéz kis csontjainak törésekor csak ritkán indikált. Ha konzervatív módon a repositio és helybentartás nem vihető ki, a korábban is használt hagyományos belső fixációs módszereket (drót-tűz, drótvarrat) javasolja.

Kovácsy Ákos dr.

Tompa hasi sérülés utáni ritka komplikáció: bilio-venosus sipoly. Kleiber, M., Bause, H. W. (Institut f. Rechtsmedizin d. Univ. Hamburg; Abt. f. Anaesthesiol. d. Chirurg. Klinik d. Universität Hamburg): Unfallheilk. 1976, 79, 483-486.

A máj sérüléseinek az intrahepatikus epeutak is sérülhetnek. Eből komplikációk származhatnak: 1. epés peritonitis vagy pleuritis, 2. epesipoly kifelé (főleg perforáló sérülésnél), 3. intra-hepatikus epocysta, 4. haemobilia. Utóbbi alatt az értendő, hogy az art. hepatica, vagy a v. portae valamely ága összeköttetésbe jut az epeúrendszerrel, és így a nyomásviszonyoknak megfelelően, a vér az epeutakon át, rohamokban jövő, colica-szerű fájdalmak kíséretében, a papilla Vaterin át a duodenumba ürül. A szerzők ezekhez egy 5., sokkal ritkább komplikációt csatolnak esetükkel: összeköttetés létrejöttét egy v. hepatica-ág (vena cava-rendszer) és az epeutak között. Ez a komplikáció nyilvánvalóan azért ritkább, mert míg az a hepatica és a v. portae-ágak az epeutakkal együtt futnak, addig a v. hepatica-ágak lefutása az epeutaktól független.

Betegük egy 19 éves férfi, akit közlekedési baleset után, máj- és léprupturákkal, valamint végtágtörésekkel szállítottak kórházba. Itt máj-rupturák ellátása, lép-exstirpatio, valamint helyi vérzés-csillapítás miatt 3 laparotomia történt. Ez után le nem küzdhető, fokozódó alvadási zavar, valamint rendkívüli módon fokozódó icterus miatt áttették az egyik szerző klinikájára. Ekkor a serum-bilirubin-szint 56,3 mg%, ebből a direkt bilirubin 55,2 mg%. Első törekvésük a magas serum-bilirubin-szint lecsökkentése volt. Haemodialysist,

majd kétszer plasmapheresist végeztek, lényeges eredmény nélkül. Közben a vérzékenység már igen nagyfokú volt: az injekciók helyein, majd gastro-intestinalisan is. Ennek terápiáját vértömlesztésekben vélték megtalálni. Ez után kezdtek keresni a súlyos icterus okát. Haemobiliára gondolva, endoscopos vizsgálatot végeztek; eredménye: negatív. Retrograd cholangiogram, retrograd máj-venogram sem mutatott először különösebb eltérést. Coeliacographia sem mutatott olyan eltérést, mely a problémát megoldotta volna. Ezután laparotomiát végeztek (4.), a máj-hilus revisiójára; mivel kóros eltérést itt sem találtak, kivették az epehólyagot (!), és T-draincsövet helyeztek be. Ezen át szívással sem kaptak epét, a serum-bilirubin-szint pedig a lefolyás során maximális értékre emelkedett: 60,6 mg%. Ekkor újabb retrograd cholangiographia történt a T-csővön keresztül: ez a ductus hepaticus bal ága területén extravasatumot mutatott (ref.: ez alatt nyilván kontrasztanyag, ill. epe-extravasatum értendő, nem vér).

7 nappal a T-cső behelyezése után friss vérrel vérsererét végeztek, és ekkor a csőből hirtelen ömleni kezdett az epe, melynek mennyisége a napi 500 ml-t is elérte. A beteg szemmel láthatóan „sápadt”, a serum-bilirubin-szint 8,78 mg%-ra csökkent. Ez után a tüdő helyzetének romlása (ref.: nem részletezik), miatt tracheotomiára és gépi lélegeztetésre kényszerültek. Septikus lázmenet mutatkozott, ami miatt, sepsis mellett, subphrenikus vagy subhepatikus tályogra gondoltak. Majd erős gyomorvérzések léptek fel, ezek felszíni nyálkahártya-necrosisokból származtak. A terapia: újabb vértömlesztések, majd laparotomia (5.), vagotomia és pylorus-plastica végzése céljából. A többszörös, részben diffus paranchymás abdominalis, részben gastro-intestinalis vérzés ennek ellenére megmarad, ezért a helyi vérzéscsillapítás céljából, és az elvérzéses halál megállítására (!) elvégzik a 6. és egyben utolsó laparotomiát (!), a beteg ugyanis a rossz keringés és az elhúzódó shock-állapot miatt még a nap meghalt; a baleset utáni 38. napon, miután összesen 105 palack vért kapott.

Boncolás: necrotizáló tracheitis, többgócú bronchopneumonia; felületes haemorrhagiás necrotizáló gastritis; több ulcus duodeni; a bélben bőséges, szurokszerű széklet. A májban cseresznyéni, éppen beivódott, necrotikus roncsolási üreg volt található, melybe a szétszakadt bal ductus hepaticus-ág szájadzott be; a szakadás helye a ductus hepaticus communistól 3,5 cm-re volt, az üreg szemben levő falán a bal ág tovább folytatózott. Az üregben egy nagy alvadék-thrombus is volt található; ennek eltávolítása után látzott, hogy egy nagy vena hepatica-ág-

ból származik, mely szintén a necrotikus falu üregbe nyílt. Ez az összeköttetés volt a kórkép oka.

A kóreltani megfontolások megmagyarázzák a klinikai lefolyást. A sipoly valószínűleg fokozatosan vált teljessé, az elszakadt epeút és a venafal közti necrosis következtében. Így emelkedtek a serum-bilirubin-értékek csak fokozatosan, az első napok után. A súlyos alvadási zavar is a sipoly következménye volt. Mikor egy alkalommal ezt, (ref.: nyilván rövid időre, nagy mennyiségű) friss vér transfuziójával, sikerült rendezni, akkor keletkezhetett a thrombus, mely a sipolyt nagyrészt zárta. Mivel az epeutakban kb. 18 Hgmm a nyomás, a v. cava inf.-ban pedig (fekve) csak 10 Hgmm, az epe-áramlás a sipolyban nyilván ezért történt a v. hepatica-ág felé. Mikor a thrombus a sipolyt nagyrészt zárta, akkor az epe nagyobb része kifelé kezdett ömleni, és az icterus rohamosan csökkent.

Szőnyi Ferenc dr.

Dermatologia – venerologia

A nemi betegek kezelésének a pszichológiája. Mead, B. T. (Department of Psychiatry, The Creighton University, School of Medicine, Omaha, Neb.): Bulletin of New York Academy of Medicine, 1976, 52, 947-951.

A nemi betegek kezelése és gondozása különleges feladat az orvos számára. Ezek a betegek ugyanis rendkívül érzékenyek, félnek és bizalmatlanok. Az orvos első kötelessége, győzze meg a beteget arról, hogy a barátja áll mellette, aki titkát megőrzi és minden bajában segítségére siet. Meg kell szereznie a beteg együttműködését bajának a gyógyításában, a fertőző forrás feltárában. Sajnos elég sok a társadalomellenes nemi beteg is, akik meggyőzhetetlenek. Sok még annak is örül, ha betegségét tovább terjesztheti. A gyakorlat azt mutatja, hogy jó szóval ezekkel is többre mehetünk, mint szigorral vagy kényszerintézkedéssel.

Pongor Ferenc dr.

A nemi betegség története és közegészségügyi vonatkozásai. Iaquinta, F. E. (Department of Medicine, New Rochelle Hospital Medical Center, New Rochelle, N. Y.): Bulletin of New York Academy of Medicine, 1976, 52, 970-976.

A nemi betegségek történetében sok az ellentmondás. A syphilis Európában valószínűleg a XV., a gonorrhoea pedig a XVI. században vált ismertté.

Az Egyesült Államokban 1950-ben 300 000, 1973-ban 800 000 gonorrhoeás beteget jelentettek be, a tényleges szám valószínűleg 2,5

millió. Az újrafertőzöttek számát 30%-ra becsülik. 1973-ban 25 000 primer vagy sekunder syphilit jelentettek be, a betegek száma valószínűleg 90 000. Minden 100 gonorrhéas beteg közül egy fiatalkorú volt, ami érthető, mert a 15 éven aluli lányok 14%-a, a 19 éven aluliak 46%-a már közöskült. Az egész világon a gonorrhéas betegek száma 60 millióra becsülhető. A nemi betegségek terjedését az antibiotikumokkal nem sikerült megfékezni.

Mi a teendő? A betegség korai felismerése és kezelése, condom használata, a személyi higiénia fokozása, az eddig még nem nagyon hatásos felvilágosító munka javítása. Specifikus vakcina nélkül a nemi betegségek visszaszorítása belátható időn belül nem remélhető.

Pongor Ferenc dr.

Változások a nemi életben és ezek kapcsolata a pandémiás nemi betegségekkel. Calderone, M. S. (Sex Information and Education Council of the U. S. [SIECUS], New York, N. Y.): Bulletin of the New York Academy of Medicine, 1976, 52, 977—982.

A nemi élettel kapcsolatos régi elvek újabban jelentősen módosultak. A nemi betegségek elleni küzdelembe be kell kapcsolni az abortus, a kábítószer, az alkoholizmus és a dohányzás elleni harcot is. Gonorrhéas ophthalmiát, syphilites szájfekélyt, lapostetűt lehet közöskülés nélkül, csók, szennyezett ruha és élelem útján is szerezni. A nemi betegségeket nem lehet társadalmilag elfogadhatatlan nemi érintkezés következményének minősíteni. A „vértlen” nemi beteg vagy partnere is biztosan követett el hibát. A WHO 1975-ben közölt kiadványa szerint: minden embernek, fiatalnak, öregnek egyformán joga van a szexuális életre. A fogamzásgátló szereket a fiataloknak is adni kell. A szerző szerint egészségügyi szempontból jobb egy egészséges nem terhes szexuális életet élő kiskorú, egy képmutató vagy kétségbeesett fiatal terhesnél. Ez a vélemény ugyan nem illik egy közegészségügyi szakember szájába, mégis tény, hogy főleg a fiatal lányok szexuális aktivitása fokozódott. Ez azonban a nemi betegségek szaporodásához hasonlóan nem a fogamzásgátló szerek elterjedésének a következménye, hanem egymással szorosan összefüggő komplex tényezőkkel magyarázható. A közelmúltban három különböző vallásfelekezet vezetőinek a részvételével értekezletet tartottak a szexuális élet és az emberi értékek kapcsolatáról. Valamennyien egyetértettek azzal, hogy a nemi felvilágosítást már az elemi iskolában el kell kezdeni. A nemi betegségek leküzdése érdekében felül kell vizsgálni a férfi és a nő, a szexuális élet és a család, a közösség egymáshoz való viszonyát.

Pongor Ferenc dr.

A nemi beteg psychéje. Mead, B. T. (Department of Psychiatry, The Creighton University School of Medicine, Omaha, Nebr.): Bulletin of the New York Academy of Medicine, 1976, 52, 983—985.

A második világháború után az Egyesült Államokban a nemi betegek száma egyenesen csökkent, amit az orvosi tudomány sikerének és a lakosság józan magatartásának tulajdonítottak. Az öröm azonban korai volt. A nemi betegek száma jelenleg nagyobb, mint bármikor volt. 1965-ben egy WHO bizottság ennek az okát nyolc tényezőben látta: a nemi betegségek ismeretének a hiánya, a vallásos hit csökkenése, a nők emancipációja, a családi fegyelem lazulása, a félelemnek mint elriasztó tényezőnek a hiánya, a szexualitás előtérbe kerülése, a korábbi fizikai érés és a pszichológiai nevelés félreértése. Ezekhez társult még a társadalom mozgása, a jólét emelkedése és a fogamzásgátló szerek használatának az elterjedése. Betetőzte ezt az a társadalmi krízis, ami az 1950-es években kezdődött, az 1960-as években meggyorsult és még ma is tart. Érzelmi nyugtalanság lett úrrá a társadalmon. A második világháború előtt és után a prosperitás lebegett az emberek szeme előtt. Amerika valóban a lehetőségek hazája volt. Ez a mítosz azonban szertefoszlott. Az emberek elidegenedtek egymástól, pesszimizmus lett úrrá rajtuk és speciális társadalmi problémák keletkeztek, aminek a kísérői a nemi betegségek, a bűnözés, az erőszak, a nemtörődömség, a felfordulás, a bizalmatlanság és az egymástól való elidegenedés lettek. Ennek a társadalmi zűrzavarnak a nemi betegségek pandémiája csupán egyik tünete, amin csak valami csoda, talán egy hatásos vakcina segíthetne. Természetesen nem minden nemi beteg bűnöző. Annyi azonban bizonyos, hogy a mai fiatalság a szexuális életben sokkal merészebb az előzőnél. A fiatal nemi betegek egy része azonban hajlik a jó szóra, kerül egymás megfertőzését. Van azonban a nemi betegséget terjesztőknek egy bűnös csoportja, amelyik jelenleg nem rendszabályozható. A mai nyomorúságos gazdasági helyzet gyökeres megváltozása nélkül a nemi betegségek visszaszorítása nem remélhető.

Pongor Ferenc dr.

A nemi betegségek elleni hatásos vakcina készítésének a lehetőségei. Miller, J. N. (Department of Microbiology and Immunology, School of Medicine, The University of California at Los Angeles, Los Angeles, Calif.): Bulletin of the New York Academy of Medicine, 1976, 52, 986—1003.

A nemi betegek számának az ijesztő emelkedése újabb lendületet adott az ellenük hatásos vakcina

készítésének. Azt már tudták, hogy nyúlban a treponema pallidum fertőzés után három héten belül bizonyos fokú immunitás keletkezik, ami 12 hét múlva éri el a maximumát és az állat életének a végéig megmarad. A fertőzés után azonnal elkezdett penicillin-kúra az immunitás keletkezését megakadályozta. Ha azonban a penicillin adagolását az immunválasz csúcsán, tehát a fertőzés után mintegy három hónap múlva kezdték meg olyan fokú immunitás keletkezett, ami egy évig is eltartott. Világszerte folynak kísérletek a penicillinnel, a gamma-sugárzással vagy az egyéb módon gyengített treponema pallidum törzsekkel aktív immunizálás céljából, ezeknek az eredménye azonban egyelőre még nagyon szerény. Még kevesebb sikerrel járt a gonorrhéa elleni vakcina-készítés. A genitális herpesz-fertőzés ellen specifikus HSV-2 antiserummal és BCG vakcinálással kísérleteznek. Nem sikerült eddig hatásos vakcinát készíteni a genitális chlamydia trachomatis fertőzés ellen sem.

Pongor Ferenc dr.

A condom mint óvszer. Hinman, R. V. (Bureau of Preventive and Medical Services Tennessee Department of Public Health, Nashville, Tenn.): Bulletin of the New York Academy of Medicine, 1976, 52, 1004—1011.

A nemi betegségek és a fogamzás megelőzésére eddig a condom a legjobb óvszer. Japánban a férfiak 68%-a, Svédországban és Angliában 35—40%, az Egyesült Államokban pedig csupán 3—4% használja, ami talán az egyéb fogamzásgátló szerek elterjedésével magyarázható. Összehasonlító szűrővizsgálatok szerint a condom állandó használata esetén nemi betegség keletkezett 100 közöskülésre számítva a férfiakon 0—9 esetben, anélkül 7—34 esetben. Gonorrhéa és trichomonas keletkezett a condom állandó használata esetén 0—14 esetben, anélkül pedig 10—94 esetben. A condom akkor nyújt valóban védelmet, ha használatát szexuális játéknem előzi meg, felhelyezésekor és levételekor ép, a használat után helyesen veszik le. Hátránya, hogy a nemi élvezet csökkenti. Svédországban 50%-kal több condomot adtak el, amire a nemi betegek száma 20%-kal csökkent, később azonban ismét emelkedett. A helyesen alkalmazott condom a nemi betegségek ellen bevált óvszer.

Pongor Ferenc dr.

A tudatlanság betegsége: a jótékony egyesületek szerepe leküzdésében. Knox, S. R. (Venereal Disease Program, American Social Health Association, New York, N. Y.): Bulletin of the New York Academy of Medicine, 1976, 52, 1012—1018.

A nemi betegségeket a szerző az Egyesült Államokban a tudatlanul betegségeknek tekinti, mert szerinte a hatóságok nem támogatják kellő súllyal a nemi betegségek elleni küzdelmet. Az Egyesült Államokban évente 1 millió nemi beteget jelentenek be, a be nem jelentetteket félmillióra becsülik. Az egyéb sexualisan közvetített betegségekkel együtt a nemi betegségek számát évenként 3 millióra becsülik.

1972-ig az állam csak a syphilis leküzdésére fordított költségvetést. Azóta a gonorrhoea ellen is folyik a küzdelem. A Veterans Administration orvosainak az e küzdelemben való részvételét az állam megtöltötte. Az állami költségvetés alig haladja meg évente a 125 000 dollárt. Újabb ennek az összegnek is a 30%-os csökkentését javasolják. A felvilágosító munka hiányos, a nemi betegségek elleni küzdelem nem koordinált. A magánorvosok szakmai felkészültsége sem kielégítő. Az egyik államban felülvizsgálták 187 gonorrhoeás beteg kezelési lapját. A betegeket 101 féle módon kezelték és ezek közül is 32 terápiás szempontból hiányos volt. Az egyébként eredményes szűrővizsgálatot mostohagyermekként kezelik. Így azután a megváltozott felfogású világban a nemi betegség egyre terjed. A magányakortól és az állami feladat közt tátongó úr kitöltése a jótékony egyesületeknek lenne a feladata.

Pongor Ferenc dr.

A tömeg szerepe a nemi betegségek elleni küzdelemben: kalapács nyél nélkül. Ubell, E. (WNBC-TV News, New York, N. Y.): Bulletin of the New York Academy of Medicine, 1976, 52, 1019—1036.

Az Egyesült Államokban túlszámú a nevelésnek a bűnözés megelőzésére való hatását. Nagyon nehéz a tömeg véleményét propagandával megváltoztatni. A sexualisan közvetített betegségek elleni küzdelem akkor lenne sikeres, ha meggyorsulna a nemi betegek szűrővizsgálattal való kiemelése és gyógykezelése. Köztudottá kell tenni a nemi betegségek korai tüneteit. Manapság a gonorrhoeás betegek 50%-a már hügcsőfolyással keresi fel az orvost, a nők 85%-a pedig nem veszi észre magán a gonorrhoea kezdeti tüneteit. Hasonló a helyzet a syphilisszel is. A legtöbb ember fél a syphilitól, a gonorrhoeától már kevésbé. Gátolja a nemi betegségek megelőzését az is, hogy a gyógyító munkát 80%-ban magánorvosok végzik, ami egyrészt rendkívül pénz- és időigényes, másrészt pedig az új nemi beteg nem szívesen fedi fel a fertőző forrást. Az orvosok csak 7%-ban végeznek a hüvelyváladékból tenyésztéses vizsgálatot és az új nemi betegeknek csak 52%-át jelentik be. Egy nemi beteg szűrővizsgálata 5—35 dollárba kerül. A felvilágosító

munkát már az iskolában el kell kezdeni. Kínában kérdőíves technikával állítólag a nemi betegek 90%-át sikerült feltárni, a prostitúciót pedig teljesen felszámolták. Ezt kellene lemásolni az Egyesült Államokban is. Propagálni kell a condom megfelelő használatát. A hüvelybe helyezett vegyi óvszerek nem váltak be. Az Egyesült Államokban a nemi betegségek terjedését az emberek lazább magatartásával, a szabadszerelémmel és a fogamzásgátló szerek elterjedésével magyarázzák. A Szovjetunióban és Kínában a forradalom megteremtette a puritán etikát a sexualis életben is. Bebizonyosodott, hogy a nemi betegségek elleni küzdelem a társadalmi struktúra gyökeres megváltoztatása nélkül: kalapács nyél nélkül.

Pongor Ferenc dr.

Porphyria cutanea tardát utánzó primer systemás amyloidosis. Hunter, J. A. A. (Department of Dermatology, Royal Infirmary Edinburgh): Proceedings of the Royal Society of Medicine 1976, 69, 235—236.

Egy 73 éves férfi beteg homlokán és a kézfejein jelentkező hólyagos kiütések miatt fényvédőkrémet kapott, majd a bőr könnyű sérülékenysége miatt porphyria cutanea tarda (PCT) irányába vizsgálták, amely ismételt negatív eredménnyel zárult. A testsúlycsökkenés és polyuria miatt további kivizsgálásban részesült, s feltűnő volt a bőr sérülékenysége mellett az arcon mutatkozó purpura, valamint a kézfejek pigmentációja, a miliumok és az állandó albuminuria (1 g/24 óra). Az egyéb laboratóriumi eredmények negatív volta ellenére felfeltűnő a primer systemás amyloidosis (PSA) lehetősége. A szöveti képen subepidermalis hólyagot lehetett látni kötőszöveti hyalinisációval. Speciális festéssel jelentéktelen amyloid volt látható. Elektronmikroszkóppal főleg a basalis lamina közelében lehetett amyloidot megfigyelni. A rectum submucosájában az erekben amyloidra jellemző le-rakódás volt. A szív- és veseelégtelenség miatt fokozatosan romlott a beteg állapota és meghalt. A sectio alkalmával makroszkóposan massiv cardiomyopathia, a vékonybél teljes hosszában segmentális gyulladás volt serositissel megfigyelhető. A vese szemcsés felszínű és a lépnek vastag tokja volt. Mikroszkóposan perivascularisan és intramuralisan ki lehetett mutatni az amyloidot.

A PSA-t nehéz kórismézni. Félrevezető volt a beteg esetében a makroglossia hiánya, valamint a normális májfunkciós próbák. Tény, hogy a minimális trauma után jelentkező purpura, a hiányzó porphyrinuria és a kifejezett albuminuria ismeretében más kórképre kell gondolni, mint a PCT. Epidermolysis bullosa utánzó PSA-t évekkel korábban már leírtak a

bemutatott beteg tünetei is hasonlítottak ehhez azzal a kivétellel, hogy a tünetek a napfénynek kitett bőrtületeken jelentkeztek.

Schneider Imre dr.

A nemi betegségek távlati képe. Trainer, J. B. (University of Oregon Health Sciences Center, Portland, Ore.): Bulletin of the New York Academy of Medicine, 1976, 52, 1037—1045.

100 évvel ezelőtt a francia—porosz háború elején a német hadseregben a nemi betegségek aránya 3,3% volt, ami öt hónap múlva 77,7%-ra emelkedett. 1895-ben ez az arány Németországban 2,5%, Franciaországban 4,2%, Ausztriában 6%, Olaszországban 8,4% és Angliában 17,4% volt. Németországban a prostituáltak 30%-a, a tanuló ifjúság 25%-a, az elárúsítók 16%-a és a munkások 9%-a nemi beteg volt. 1940 és 1964 között ezek a számok lényegesen csökkentek ugyan, azóta azonban ismét emelkedtek. Így még sok a tennivaló. Sokan már csak a csodától várnak javulást. Az első feladat az orvosok továbbképzése. Lassan halad a vakcinakutatás is. A felvilágosító munkát már a gyermekkorban el kell kezdeni. Jobb védőeszközök kell forgalomba hozni. A diagnosztika és a terápia már magas szintű, csak élni kell vele.

Pongor Ferenc dr.

Hiányos T sejt functio atopiás dermatitisben. Rachelefsky, G. S. és mtsai (Dept. of Pediatrics, School of Medicine, Univ. of California, Los Angeles): J. Allergy clin. Immunol. 1976, 57, 569—576.

A szerzők vizsgálata szerint atopiás dermatitis gyermekek esetében a serum IgE tartalma, az eosinophil sejtek száma és a B sejtek abszolút száma szignifikánsan magasabb volt, mint az azonos korú gyermekek kontroll csoportjában és a klinikai tünetek mértékével is arányos volt. Ellenben a T sejtek százalékos aránya csupán 11 esetben volt csökkent a 37 vizsgált egyén közül. A PHA mitogen hozzáadására a lymphocyták transformációja csökkent volt, fordítottan arányosan a serum IgE tartalmával. A szerzők feltételezik, hogy atopiás dermatitisben a T lymphocyták finom functio defectusa fokozott B sejt és megnövekedett IgE termeléshez vezet.

Korossy Sándor dr.

Az ichthyozisnak és más hyperkeratosiszissal járó dermatosiszissal való kezelése. Peck, G. L., F. W. Yoder (Dermatology Branch, National Institute of Health, Bethesda): Lancet, 1976, II, 1172—1174.

A szerzők 13, hyperkeratotikus dermatozisban és ichthyozisban szenvedő betegen alkalmazták orálisan 10 és 20 mg-os kapszulákban a 13-cis retinsavat. A legjobb terápiás eredményeket figyelték meg ichthyozis, Darier-betegség és pityriasis rubra pilaris esetében. Hatástalan volt a szer psoriasis és naevus comedonicus esetén. A kezelést napi 1 mg/kg-mal kezdték és átlagosan 2–3 hét után emelték azt fel addig a szintig, míg a legjobb hatást el nem érték, ill. esetleges mellékhatás nem jelentkezett. A napi adagot egyenlő részletekben elosztva 2–17 hétig kezelték a betegeket. Főleg a kezelés elején figyeltek meg cheilitist, de ez nem súlyosbodott. Egy-egy beteg panaszkodott orr-nyálkahártya kiszáradásról, ill. látászavarról. Ezek a panaszok a kezelés abbahagyása után megszűntek.

A jó terápiás eredmény a hámlás, az erythema, és a bőr infiltrációjának a csökkenésében és a bőrnek közel normális küllemében nyilvánult meg. A hajás fejbőr, tenyér és talp tünetei kevésbé reagáltak a kezelésre. A psoriasisban mutatott hatástalanság arra utal, hogy főleg az ichthyozisban nagymértékben specifikus hatásmódról van szó. Ichthyozisban a minimális hatásos dózis kevesebb mint 1 mg/kg retinsav és a szerzők célja a fenntartó dózis meghatározása.

A 13-cis retinsav hatásosabb és kevésbé toxikus, mint az A-vitamin vagy a trans-retinsav, ugyanakkor viszont előnye az A-vitaminnal szemben az, hogy nem tárolódik a májban és ily módon hepatotoxikus hatást nem figyeltek meg alkalmazása során. A trans-retinsavval szemben nem okozott étvágytalanságot, hányingert, purpurákat stb. A szer chronicus hatásának vizsgálata még hátra van. A 13-cis retinsav hatásmechanizmusát ép és kóros bőrben még nem vizsgálták. Az ismert hatások egyikével sem lehet magyarázni a fenti kórképekben az erythema csökkenését.

A szerzők véleménye szerint a különböző dermatozisok kezelésében nyert tapasztalatok hasznosak lehetnek a hám eredetű epithelialis tumorok esetleges kezelésére is alkalmas retinsav készítmények szintézisére.

Schneider Imre dr.

Máj és epeútbetegségek

Turista hepatitis. Szerkesztőségi közlemény. Brit. Med. J. 1977, 1, 189.

A turizmus világméretűvé válásával Nagy-Britanniában is számos, csaknem biztosan külföldön acquirált hepatitis esetet észleltek. A direct és indirect úton átvihető hepatitis-A valószínűleg nagyobb kockázatot jelent a szárazföldön utazók számára. A rossz közegészségügyi viszonyok növelik a ve-

szélyt. Rövid inkubációs ideje miatt relative könnyen meghatározható, hol és mikor történt az A-hepatitis fertőzés. A hepatitis-B esetében ez nehezebb. A légi utazás cseppfertőzés révén növelheti a hepatitis-B kockázatát. A másik szóba jöhető fertőző forrás a sexualis kapcsolat, amelyről azonban megbízható információkat nyerni nehéz.

A bejelentési adatok nem mutatják mindig reálisan a hepatitis várható kockázatát a különböző országokban, egyrészt a bejelentési rendszer különbözőségei, másrészt a hyperendemiás területeken gyakori tünetmentes esetek miatt.

Svédországban 10 év alatt 112 turista hepatitist észleltek, kb. 20% HBsAg pozitívással. A gammaglobulin profilaxisban nem részesült turisták hepatitis megbetegedésének incidenciáját kb. 1:3000-nek találták, bár nem ismertetik sem a betegség előfordulását a meglátogatott országokban, sem a különböző higiénés és közegészségügyi viszonyokat. A nem skandináv országokba tett látogatást követő két hónapon belül manifesztálódó hepatitiseket tekintették turista hepatitisnek; Svédországban egyébként a hepatitis előfordulása különösen alacsony. Azon mediterrán országokba látogató svéd turisták, ahol a hepatitis-A előfordulása valószínűleg gyakoribb, elutazásuk előtt éveken át gammaglobulin profilaxisban részesültek.

Jelenleg ez nem látszik indokoltnak, a beoltandók széles köre miatt, kivéve azokat, akik a trópusokra vagy a Távol-Keletre utaznak, és azokat, akik valószínűleg szegényes közegészségügyi viszonyokkal találkoznak. Egyébként, ami a hepatitis A-virus antitest kimutatható, kiderült, hogy különösen a rosszabb szocioökonómiai viszonyok között élőkben nagy az A-virus-hepatitis elleni természetes immunitás, ami az életkorral fokozatosan tovább növekszik. Egyelőre azokat kellene tehát oltani, akik nem immunisak A-virushepatitisszel szemben.

Amíg nem tudunk többet a B-típusú turista hepatitis eredetéről és gyakoriságáról, nem indokolt a rutin profilaxis immun vagy hyperimmun globulinnal.

Kovács Márta dr.

Antimitochondriális antitestek a máj idült megbetegedéseiben. Bondar, Z. A. és mtsai. Szovjetszkaja medicina, 1976, 12, 11.

1965-ben Walker és mtsai mutatták ki a cytoplasmikus antitesteket a primer biliaris cirrhosisban szenvedő betegek szérumban. A reakció nem volt szervspecifikus jellegű, az azonban igazolást nyert, hogy az immunfluorescentias reakciót adó szövetek mitochondriumokban gazdagok. Az említett antitestek komplementkötési reakcióba lépnek a különféle szervek mito-

chondriumaival. Rövidesen az is bebizonyosodott, hogy az antimitochondriális antitestek értékes immunológiai tesztként szolgálhatnak a primer biliaris cirrhosis diagnosztizálására; az irodalmi adatok szerint 80–95%-ban annak pozitív eredményt.

A szerzők 104 betegen végeztek vizsgálatokat indirekt immunfluorescentias módszer alkalmazásával az antimitochondriális antitestek kimutatására. A betegek közül 17 primer biliaris cirrhosisban, 35 aktív idült hepatitisben, 23 makro- és mikronodularis májcirrhosisban, 5 persistáló idült hepatitisben, 10 lupus erythematosesben, 10 rheumatoid arthritisben szenvedett, 10 egészséges személy kontrollként szolgált.

A 17 primer biliaris cirrhosisban szenvedő beteg közül 15-ben, a 35 aktív idült hepatitisben beteg közül 6-ban és a 12 makronodularis cirrhosisos személy közül egyben mutattak ki antimitochondriális antitesteket. Minden primer biliaris cirrhosisban szenvedő betegen szignifikánsan magasabb volt a cholesterol-, a lúgos foszfatase- és a bilirubin-szint, mint azokban az aktív idült hepatitisben szenvedő betegekben, akikben antimitochondriális antitesteket nem találtak. Az utóbbiakra inkább a hypergammaglobulinaemia volt a jellemző. Figyelemre méltó, hogy az antimitochondriális antitesteket mutató aktív idült hepatitisben betegekben — kivétel nélkül — a cholestasis tünetei voltak észlelhetők. A szerzők úgy vélik, adataik alátámasztják *Doniach* „autoimmun hepatitis” terminusa alkalmazásának létjogosultságát ezekben az esetekben. Valóban, a klinikai, a biokémiai és az immunológiai vizsgálatok alapján sokszor nem lehet éles határt találni a primer biliaris cirrhosis és az aktív idült hepatitis között.

Az antimitochondriális antitesteknek az idült májbetegségekben történő megjelenésének okát nem ismerjük. Feltételezik, hogy a mitochondriumok nem identifikált fertőzői agens okozta károsodásával vannak kapcsolatban, s úgy látszik, ez az agens nem azonos az Austral-antigénnel.

Varga János dr.

Gyulladásos májbetegségekre specifikus májsejt-membrán autoantitest. U. Tage-Jensen és mtsai (Second Department of Internal Medicine, Kommunehospitalet, Department M, Rigshospitalet and Division of Hepatology, Hvidovre Hospital, Copenhagen, Denmark): Brit. Med. Jour. 1977, 1, 206.

1976-ban májsejtmembrán elleni autoantitestet (LMA) találtak HBsAg negatív chronicus aktív hepatitisben (CAH). A szerzők ezen autoantitest betegség fajlagosságát vizsgálták 361 különböző májbeteg-

ségben (acut B vírus hepatitis, acut non-B hepatitis, gyógyult B vírus hepatitis, CAH, chr. persistáló hepatitis, nem alkoholos cirrhosis, primer biliaris cirrhosis, metabolikus és egyéb májbetegségek) és 274 olyan, priméren nem máj eredetű betegségben, amelyben gyakori a nem szervspecifikus autoantitestek előfordulása (haemochromatosis, Crohn-betegség, colitis ulcerosa, SLE, rheumatoid arthritis, aktív tbc, aktív glomerulonephritis, polyalgia rheumat., mononucleosis, sarcoidosis).

A 365 betegből 55-ben mutattak ki LMA-t, elsősorban (46 esetet) a HB_sAg negatív chronikus májbetegségeknél; a 72 HB_sAg neg. CAH-ból 27-ben, a 28 HB_sAg neg. nem alkoholos cirrh.-ből 17-ben, és a 18 HB Ag neg. chr. persist. hep.-ből 2-ben. Csak két CAH-ban fordult elő együtt a HB_sAg és az LMA. Az extrahepatikus betegségekből is csak egy colitis ulcerosában szenvedő beteg rendelkezett LMA-val. A májfunctiók próbái májlaesiót jeleztek.

Az LMA pozitív chr. aktív májbetegség csoportjában (CAH, chr. pers. hep., cirrh.) főleg idősebb nők szerepeltek, magas nem szervspecifikus autoantitesttel. Az LMA negatív chr. aktív májbetegségekből csak a HB_sAg negatívokban — az esetek kb. egyharmadában — fordult elő autoantitest.

A 28 akut B vírus hepatitisből egyben sem, a 31 non-B-ből 5-ben mutattak ki LMA-t. Ez utóbbi csoportban 21 májbiopsia történt. Ezek közül 4-ben a májszövetben CAH-be való átmenetet jelzett. A 4 esetből 3 LMA pozitív volt.

Az LMA csaknem kizárólag HB_sAg negatív chr. gyulladáshoz májbetegségeknél való jelenléte az antitest betegség-specifitására utal, így a diagnosztika hasznos segédeszköze, gyakori előfordulása HB_sAg neg. CAH-ban pedig alátámasztja ezen esetek hepatitis B vírus fertőzéstől független, feltételezhetően autoimmun pathogenesését.

Kovács Márta dr.

Antitest Hepatitis-B antigennel szemben. Új eszköz epidemiológiai vizsgálatoknál. Szmuness, W. és mstai. American Journal of Epidemiology, 1976, 104, 256—262.

A hepatitis B vírusnak két antigénje van: egyik felületéhez kötött (HB_sAg), másik a részecske magjához (HB_cAg).

A populatio 4 csoportjában szűrőpróba szerűen vizsgálták a hepatitis B vírus okozta fertőzés felderítésének rizikóját ezekkel az antigénekkal. A 4 csoport a következő: 1. ahol alacsony a betegedési százalék: önkéntes véradók, 2. közbülső: chronikus antigénhordozók családi kontaktjai, és 3. nagyon magas: férfi homoszexuálisok. Anti HB_cAg-t sokkal gyakrabban mu-

tattak ki a magas rizikójú mintákban, mint az alacsonyokban. 4. Acut vírus hepatitises személyek között is sokkal gyakrabban voltak anti HB_c pozitívak, mint az ilyen anamnézis nélküli személyek. Az anti HB_c évekig perzisztálhat az acut hepatitis epizódja után. A családtagok között az anti HB_c sokkal gyakrabban fordult elő házastársak között, ami a sexualis transmissio lehetőségét bizonyítja.

Anti-HB_c meghatározás egyéb HBV markerekkel együtt használható jó vizsgálati módszer hepatitiszes esetek felderítésére.

Vásárhelyi Katalin dr.

Az epehólyag betegsége normális cholecystographia mellett. A. Anderson, L. Bergdahl (Central Hospital, Kristianstad, Sweden): The American Journal of Surgery, 1976, 132, 322—324.

Az epehólyag megbetegedése utaló panaszok miatt a betegek ritkán kerülnek műtetre, ha a cholecystographia lelete normális. Ezért tudni kell, hogy az epehólyag kóros elváltozása néha még ismételt cholecystographia során sem derül ki, és csak a panaszok alapján vagy az egyéb okból végzett műtét tisztázza a helyzetet. 1962 és 1973 között végzett 4000 cholecystectomy megelőzően csak két esetben volt a röntgenvizsgálat eredménye negatív. 1973-ban a cholecystectomy javallati körét kiszélesítették, a klinikai kép alapján negatív röntgenlelet ellenére is gyakrabban végeztek műtétet, különösen visszavisszatérő hasnyálmirigylob esetekben. Ily módon 8 hónap alatt további 6 beteg került műtetre negatív cholecystographia után. Ebből kettőnek epehólyagköve volt, a többi négy esetben ugyan a műtét követ nem tapintott, de a makroszkopos és szövettani vizsgálat cholesterolist igazolt. A 8 negatív cholecystographia ellenére cholecystectomyt végzők közül hét a későbbi ellenőrző vizsgálat során a műtét után átlag 15 hónappal teljesen panaszmentes volt.

Pálvölgyi László dr.

A nem icterusos beteg vizsgálata percutan transhepatikus cholangiographiával. M. Frankel, R. L. Gordon (Hadassah University Hospital, Jerusalem, Israel): Clinical Radiology, 1977, 28, 129—135.

A percutan transhepatikus cholangiographiát általában icterusos betegek vizsgálatára tartják alkalmazásnak obstrukció kimutatására, jellegének tisztázására. A szerzők 85 esetben végezték el a vizsgálatot. 15 betegük a vizsgálat idején nem volt sárgaságos. Ezen esetekben is sikerrel végezték el a percutan cholangiographiát, és a megállapított diagnózist 12 esetben

műtét, 3 esetben pedig a körlefo-lyás és észlelés igazolta. A vizsgálat javallata 10 esetben cholecystectomy utáni panaszok tisztázása volt, egyéb vizsgálatmódszerek eredménytelensége után. 3 esetben előzetes epeműtét nélkül végezték el, mivel az egyéb vizsgálatok nem vezettek eredményre. 1 esetben choledochus-cysta, további 1 esetben műtéti choledochus-szűkület pontos anatómiai tisztázása volt a cél. Szövödmenyként egyik betegüknek hidegrázása lépett fel, egynek pedig baloldali rekesz alatti tályogja alakult ki. Halálos szövödmeny nem fordult elő.

Némely betegük vizsgálata elvégezhető lett volna retrograd endoscopiával is. Ez a módszer azonban nem elérhető mindenütt, ezenkívül elvégzése után is a legtöbb esetben tisztázatlan kérdések maradnak vissza, melyek műtét előtti megválaszolása csak percutan cholangiographiával lehetséges. Tapasztalataik szerint a percutan transhepatikus cholangiographia eredményei miatt vállalni érdemes a veszélyeit, és maguk a szerzők szükség esetén alkalmazzák is icterusos és nem icterusos betegnél egyaránt.

Lacza András dr.

Hyperinsulinismus májcirrhosisban: csökkent lebomlás, vagy hypersecretio? K. G. M. M. Alberti és mstai (Southampton General Hospital, Tremona Road, Southampton, S09 4XY): Lancet, 1977, I, 10—12.

Ismert, hogy májcirrhosisban szenvedők cukortoleranciája romlik, a gyakran kimutatott hyperinsulinaemia ellenére. Nem elődöntött, hogy a fokozott secretio, vagy a csökkent lebomlás a hyperinsulinaemia oka. A máj a portális vérről érkező insulin 60%-át lebontja, ellentétben a C-peptiddel, melynek lebontása a vesében történik (a béta sejtben a proinsulinból azonos molaris mennyiségben C-peptid és insulin keletkezik). A C-peptid és insulin a plazmában külön-külön meghatározhatók. E tények lehetőségét adnak a kérdés tisztázására.

A szerzők 14 májcirrhosisban szenvedő betegben (koruk 34—67 év, 12 alkoholos és 2 primer biliaris cirrhosis), továbbá 7 egészséges egyénben meghatározták az alap, majd 50 g glukóz fogyasztása után a terheléses vércukor, valamint plazma insulin és C-peptid szinteket. A betegek májműködése kompenzált, vesefunkciója ép volt.

A cirrhosisos és az egészséges személyek éhomi vércukor és plazma C-peptid tartalma lényegében megegyezett. A cirrhosis csoportban szignifikánsan magasabb alap plazma insulin szintet mértek, mint a kontrollokban. Per os cukorterhelés hatására a betegekben a vércukor görbe szignifikánsan magasabbra emelkedett (167 mg⁰/₁₀₀), mint az egészségesekben (124 mg⁰/₁₀₀), le-

futása elhúzódó volt. A cirrhosisok plasmájában ugyanakkor végig lényegesen magasabb insulín-szintet észlelték. A terhelés alatt a két csoportban hasonló plasma C-peptid szintet mértek. Ha a betegeket éhomi plasma insulín szintjük alapján két (normo- és hyperinsulinaemiás) csoportba osztották, azt tapasztalták, hogy az előbbieket C-peptid tartalma az utóbbiakéval azonos volt, annak ellenére, hogy insulín-szintjük különbözött. E két csoport cukor tolerancia csökkenésében nem mutattak ki különbséget.

Eredményeik valószínűsítik, hogy a májcirrhosisban észlelt hyperinsulinaemia oka a csökkent lebontás, mivel a portális vér egy része a májat elkerülve jut a systemás keringésbe. A C-peptid szint ép vesefunkciók esetén nem emelkedik. Vizsgálataik a cirrhosisban szenvedők cukor tolerancia romlásának pontos mechanizmusára nem adnak magyarázatot.

Pánczél Pál dr.

Ductus thoracicus drainage portalis oesophagus-varix vérzés kezelésére. Oderka, D. Occo, Israel. Brit. Med. J. 1976, 2, 1388.

A levél írója Dumont-ra és Mülholland-ra hivatkozva arra hívja fel a figyelmet, hogy májcirrhosisos oesophagus-varix vérzésben a beteget legkevésbé megterhelő műtéti beavatkozás a ductus thoracicus drainage-a és a szabad nyirokelfolyás biztosítása. A d. thoracicus kanülálását local anaesthesiában könnyen és gyorsan elvégezhetőnek tartja, mely beavatkozás után 10–15 percen belül a varix vérzés megszűntét észlelték, feltehetően annak eredményeként, hogy azonnal csökkent a portalis pangást. Néhány nap vagy hét múlva a nagyobb beavatkozást jelentő porto-cavalis shuntműtét már biztonságosabban elvégezhető, kevesebb rizikóval jár, mint ha e palliatív műtétet nem végezték volna el. Saját eseteikben 15 beteg közül 10-ben a d. thoracicus kanülálása után azonnal megszűnt a varix vérzés, szövödményről nem tesznek említést.

Berkessy Sándor. dr.

Nemhez kötött eltérések alkoholos eredetű májbetegségben, 100 betegen végzett megfigyelés alapján. Morgan, M. Y., Sherlock, S. (Dept. Med., Royal Free Hospital, London): British Medical Journal, 1977, 1, 939–941.

Spain figyelt föl rá 1945-ben, hogy alkoholos eredetű cirrhosisban megbetegedett nők fiatalabb korban halnak meg, mint a hasonló betegségben szenvedő férfiak, s haláluk oka általában secunder megbetegedés, a férfiak portalis hipertenzió alapuló elha-

lázásával szemben. Az azóta eltelt időben is megjelent néhány hasonló tapasztalatról beszámoló közlemény. A szerzők 1975-ben kezelt 100 betegű alkoholizálásának történetét, italozási szokásait, alkoholos májbetegségük klinikai megjelenését és a betegség prognózisát tanulmányozták.

Az 1975-ös év során 516 májbetegét kezelték, közülük 100 esetében volt alkohol abusus kimutatható. A betegek nagy részén határozott neurológiai tünetek — tremor, tudatzavar stb. — is megfigyelhetők voltak, delirium tremens epizódok is szerepeltek a kórtörténetekben. 77 volt a férfiak, 23 a nők száma.

Összevetve előző évek statisztikájával megállapítható, hogy az alkoholista betegek száma növekvő tendenciát tükröz. Alkohol abusus nőknél ritkábban fordul elő, vagy nehezebben ismerhető föl. Ennek oka lehet, hogy az otthon élő nő alkoholt túlnyomórészt akkor fogyaszt, amikor családtagjai nincsenek otthon, így alkoholizálásáról nem, vagy csak későn szereznek tudomást, de oka az is, hogy az orvosok ritkábban gyanítják nő esetében a panaszok hátterében meghúzódó alkoholfogyasztást, mint hasonló panaszokról beszámoló férfibetegben. Érdekes megfigyelés, hogy alkoholista családtag hatása a család többi tagjának alkoholfogyasztására is kihat, nem ritka a családi halmozódás. Újkeletű jelenleg az is, hogy az ún. magasabb szociális rétegekből (=jobb anyagi helyzetben levő családokban) is emelkedik az alkoholt fogyasztók száma.

Az alkoholfogyasztás időtartama és a kialakuló májbetegség közötti kapcsolat vizsgálatok azt tapasztalták, hogy nők relatíve rövidebb idejű szeszfogyasztás után is előrehaladott májbetegségben, cirrhosisban szenvedhetnek. Caroli és Pequignot azt találták, hogy nőknél a cirrhosis kisebb alkoholeménységgel, kevesebb szervezetre kerülése után jelenik meg. Van olyan adat is, hogy nőknél az alkoholos cirrhosis kétszer gyakoribb, mint férfiakon, ennek okaként az előbb említetteket jelölik meg. Mindez a női szervezet fokozottabb alkoholérzékenységére utal.

Érdekes megfigyelés az is, amely Lee-től származik, hogy primer májrák azon betegek közt a leggyakoribb, akik abbahagyják az alkoholfogyasztást, azaz, akik eredményesen „leszoknak”. Kimutatott tény, hogy az alkoholista nők általában életük végéig folytatják az ivást, s így cirrhosisuk mindvégig micronodularis marad, ezzel szemben férfiak nagyobb gyakorisággal szoknak le, s cirrhosisuk így nodularis típusúvá válik. E megfigyelés magyarázhatja azt az adatot, hogy alkoholista nők közt igen ritka a primer májrák. A szerzők is azt találták, hogy betegek közt nőknél nem alakult ki májrák, míg 5 fér-

fin megfigyelték primer hepato-cellularis rák létrejöttét.

Összefoglalva megállapítják, hogy a női szervezet érzékenyebb az alkohol iránt, ill. gyakoribban alakul ki e talajon valamilyen megbetegedés, elsősorban májbetegség. Az alapbetegség fölismerése nehezebb, és kezelése is sokkal problematikusabb, mint a férfiaké. Nagy jelentőségű az alkoholizálás minél korábbi fölismerése!

Winkler Gábor dr.

Intrahepatikus cholestasis primer amyloidosis vezető tüneteként. Röllinghoff, W. és mtsai (Med. Klin., Abt. Inn. Med., Univ. Tübingen): Deutsche medizinische Wochenschrift, 1976, 101, 1838–1841.

A systemás szervkárosodásokkal járó amyloidosis a ritka betegségek közé tartozik. Ha előfordul, ún. secunder — chronikus gyulladásokhoz, neoplasmákhoz társult — formája a gyakoribb, primer, ill. hereditær megjelenésű is lehet azonban. Morfológiai szempontok, elhelyezkedés szerint „perireticularis” és „pericollagenosus” amyloidosisról beszélünk, a reticularis, ill. a collagen rostcsoportokhoz fűződő viszonya alapján. Az újabb vizsgálatok további classificációs lehetőségekre nyújtanak módot az amyloid-fehérjék kémiai összetétele alapján. A klinikumot legjobban a primer, ill. secunder eredet ismeretén, és a morfológiai megjelenésén, elhelyezkedésén alapuló beosztás segíti leginkább.

A chronikus betegségeket követő secunder perireticularis amyloidosis vezető tünetei a vesefunkció romlása, ill. a vese megbetegedésére utaló jelek, kórimkézése rendszert nem jelent nagyobb feladatot. A primer pericollagenosus amyloidosis tünetetana azonban rendkívül szerteágazó, az előtérben álló tünetek az amyloidosis egyéb jeleit elfedhetik, s a tulajdonképpeni alapbetegség fölismeretlenül marad. Diagnosisként ilyenkor a tünetek egyike, ill. egyegy csoportja szerepelhet. A szerzők egy ilyen esetet ismertettek: a primer amyloidosis súlyos lefolyású intrahepatikus cholestasis klinikai képében jelentkezett.

A 37 éves nőbeteg egy éve panaszolt a has felső részében érzett nyomást, teltségérzetet, néhány hónapja dyspnoés volt, icterikussá vált, mája kb. 1,5 cm-rel megnagyobbodott. Primer biliaris cirrhosis, ill. májtumor gyanújával vették föl a klinikára. Részletes kivizsgálásra került sor, laboratóriumi vizsgálatok mellett hasi angiographiát, máj-scintigraphiát, radiológiai vizsgálatokat, májbiopsiát is végeztek. Dominálóan pericollagenosus, részben perireticularis, előrement amyloidosist találtak, kifejezetten intrahepatikus cholestasisra utaló jelek mellett.

Extramedullaris vércépzés is fölismerhető volt. A vizsgálatok során secunder — ún. kísérő — és hereditær formájú amyloidosis kizárható volt, így primer idiopathikus amyloidosis diagnózisát állították föl. Egy évvel később, 1975-ben újra átvizgálták a beteget, ekkor az előző vizsgálat leletével egyező tüneteket és vizsgálati eredményeket találtak, progressio nem mutatkozott. 1976-ban előbb egyre fokozódó fogyás és gyengeség, egy további alkalommal heves köhögés, hányinger, hányások, hasi görcsök miatt került sor a páciens ismételt klinikai fölvételeire. Előbb a pancreas, majd a vese amyloidosis infiltrálódására utaló tüneteket, végül intraabdominalis — ultrahang tomographiás vizsgálattal subcapsularis hepaticus — vérzésre utaló jeleket észleltek. A beteg röviddel később máj- és veseelégtelenség tünetei közt, eszméletét veszítve meghalt.

A máj érintettsége generalisált amyloidosisban a gyakori leletek közé tartozik, a primer és secunder kórformák közt e tekintetben nincs számottevő különbség: a máj-laesio kialakulására az amyloidosis-esetek 60%-ában lehet számítani. E szövödmény vezető klinikai tünete a hepatomegalia, néha azonban jelentősebb májmegnagyobbodás nélkül is kimutatható az amyloidosis folyamata. A serum albumin-tartalma rendszerint csökken, az alkalikus phosphatase-aktivitás emelkedik, s pozitív a BSP-próba is. Icterus igen ritkán mutatkozik, s akkor is kis mértékű csak a serum bilirubin-emelkedése. A máj-functio jelentősebb károsodása még szövettanilag kimutatott diffúz, massív károsodás esetén sem észlelhető. A közölt eset több tekintetben eltér a máj-amyloidosis szokásos symptomatológiájától: icterus, cholestasisra utaló jelek uralták a klinikai képet, olyannyira, hogy röviddel a tünetek fölleptét követően, még a klinikára történt fölvétel előtt, egy másik — jó nevű — intézetben cholecystectomiára került sor! A megszokottal szemben nem emelkedett sem az alkalikus phosphatase, sem a leucinaminopeptidase aktivitása. Váratlan volt a májpunctatum vizsgálatok megfigyelt extramedullaris vércépzés fölismerése is, systemás haematologiai betegségek ugyanakkor kizárható volt, s az intramedullaris haematopoiesis nagyfokú károsodása sem volt megállapítható. Spontán intrahepaticus vérzés sem közölték korábban ilyen esetek kapcsán.

Mindez újabb adalékokat szolgáltat a primer amyloidosis változatos tünettanához. *Winkler Gábor dr.*

Rehabilitáció

A szauna ambuláns, megelőző alkalmazása. Danz, J.: Zschr. Physiother. 1976. 6. 457.

Az ambuláns fizioterápiás ellátás fejlesztésére az NDK-ban figyelmet szentelnek. A Jénai Egyetem Fizioterápiás Intézete a szaunázás elterjesztését ajánlja nemcsak megelőzés, hanem chronikus betegek gondozásának céljaira is. A környéken végzett felméréseik alapján már most is eléggé látogatottak a szaunák: a három szaunában 1000 lakosonként és naponként 2,4 kezelést történik; a szaunálátogatók 50%-át orvos küldi kezelésre szív-keringési, légzőszervi, illetve mozgásszervi betegségek esetében. Magas egészségügyi végzettségű személyzetet kell biztosítani a szaunák üzemeltetéséhez, ily módon indikálható a szauna számos chronikus beteg (coronaria-elégtelenség, essentialis hypertonia, perifériás keringészavarok, légzőszervi chronikus betegségek, mozgásszervi — főként degeneratív — betegségek) kezelésére. A jövőben létesítendő lakónegyedek számára szaunák tervezését javasolják.

Fröhlich Lóránt dr.

A balneologia és balneoklimatologia helyzete. Jordan, H., Hentschel, G.: Zschr. Physiother. 1976. 5. 321—334.

A balneoterápiát és klimatoterápiát ma gyakran — összevontan — kurortologiai kezelésként emlegetik. Mindkét kezelésnek ugyanis azonos a célkitűzése: környezeti faktoroknak komplex orvosi kihasználása adaptív — főleg nem specifikus — ingerterápiás beavatkozás céljából. A gyógyhelyi kezelés az üdülés hatásait rehabilitációs kezelésekkel köti össze. A rövidebb vagy hosszabb kúrák hatékonyságát közti különbséget nehéz lemérni, annyi viszont bizonyos, hogy a korai, megelőző jellegű kúrákat kell előnybe helyezni.

Adaptív folyamatokat segítenek elő az ivókúrák; olyan hatásokat váltanak ki, melyekre ellenregulációs folyamatokkal válaszol a szervezet. Az ásványvizek mint hypertoniás oldatok is hatnak, de egyes alkotórészeik (magnézium, fluor) substitutív hatása is érvényesül. Az arzénos ásványvizekkel végzett ivókúra nem ajánlható — a kumulatív és cancerogen hatás miatt. Nem ajánlhatók ma már a vércépzést elősegítő hatásuk miatt használt — vasas ásványvizek, hiszen a vasbevitel gyógyszeres módja egyszerűbb.

A fürdőkúra stimulust jelent a mellékvese kéreg- és velőállományára. A klimatologiai és heliotherápiás hatások célszerű kihasználásával emeljük a gyógyhelyi kezelés értékét. *Fröhlich Lóránt dr.*

Trópusi medicina

Feketenyakú köpködő kígyó (Naja nigricollis) mérég által okozott szemgyulladás és vakság Nigériában. Varel, D. A., Ormarod, L. D., Davidson, N. D. (Hosp. Gener. Zaria, Nigéria.): Am. J. Trop. Med. Hyg. 1976. 25, 525—529.

Egyenlítői Afrikában van egy mérgekígyófaj, a feketenyakú köpködő kígyó (Naja nigricollis, kobra faj), amelyik a mérget 3—4 m távolságról a megtámadott egyén szemébe köpi. (Erről Kittenberger Kálmán ír. — Ref.). 1971—1974 között Zariában (Észak-Nigéria) 9 felnőttet kezeltek kígyómérég miatt bekövetkezett szemgyulladással. 5 betegnek csak egyszerű kötőhártyagyulladás volt, ami hamar elmúlt, egy beteg, aki a szemét az incidensből számított fél órán belül nem mosta ki, amikor a kórházban megjelent (két óra múlva) még nem jelent meg az elváltozás, de 48 óra múlva kialakult a szaruhártya fekély, amely 14—15 nap alatt meggyógyult. Egy asszonynál a mérég szembejutása után két hét múlva keratitis fejlődött ki, amely nem gyógyult, s másodlagos fertőzés miatt enukleálást kellett végezni, egy másiknál ugyancsak keratitis alakult ki, ez sem gyógyult, de nem igényelt újabb beavatkozást s végül a kilencedik személyn a mérgezés után 5 évvel következett be szaruhártya leukoma miatt vakság. A legfontosabb a szem azonnali kimosása bő vízzel, (egyekes tejjel való mosást javasolnak), kórházban célszerű fluoreszkáló festékkel kezelni a megtámadott szemet. Jó hatású lehet a másodlagos fertőzések megakadályozására a helyi antibiotikum kezelés, míg corticosteroid készítmények adása kimondottan ellenjavallt, mert az a gyulladást fokozza, a szervezet védekező képességét csökkenti.

Nikodemusz István dr.

A Loa-loa infectio klinikai képe és therpiája. Gruupp, A.: Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde 1975, 167, 70—76.

A paraziták közül a Nematodák közé tartozó Loa-loa is okozhat szembetegséget.

A cikk szerzője egy 1965—67 között Angolában élő beteg esetét ismerteti: Jobb szemén viszkétést érzett és itt subconjunctivalisan 2 cm hosszú kígyószzerűen mozgó microfiliariát látott. A papilla nasalis elmosódott volt. A férget sem a vérben, vizeletben, sem a székletben nem sikerült kimutatni. A complement-kötés és Wa R negatív volt. Urbason (glucocorticoid) és Hetrazan (anthelminticum) adása után előbb toxikus retinaoedemát figyelt meg, a második kúra + cortison után az oedema már visszafejlődött, de a retinoschisis kiterjedése, a látótér beszűkülése

temporalisan alul változatlan maradt. A visus 0,6-ről 1,0-re emelkedett. Az intraocularis nyomás végig normális volt és a fluorescein-angiographiával sem talált lényeges elváltozást.

A Loa-loa filaria elsősorban a trópusi Afrika nedves erdőiben az északi 40° és a déli 30° szélesség között, Angolában, Nyugat- és Dél-Ugandában, a Kongói Köztársaságban, Guineában, Sierra Leonében és Nigériában fordul elő. Leginkább a Chrysops dimidiata, Chrysops longicornis és Chrysops siolacea a köztigazda. Kedvező éghajlati tényező az erdőség, a mocsaras és ingoványos talaj, a 31–35 °C közötti hőmérséklet. A lárvák fejlődése a bögölyben, szúnyogban 19–25 °C közötti hőmérsékleten a legoptimálisabb. A fertőzések száma általában a lakosság 20–33%-át érinti, de korábbi szerzők szerint a Belga-Kongóban 75–90% is lehet. Összesen kb. 13 millió ember beteg. A színes bőrűek gyakrabban fertőződnek. A sok fertőzött rabszolga ellenére sem találtak Amerikában átvivőt, mert az endemiás területet elhagyva a fertőzési lánc megszakításával a további infectio már nem válik lehetségessé.

A hímek és nőtények párzása és férgékké alakulása az emberi nyirokutakban, ill. bőrálatti kötőszövetekben történik, melyeket a Chrysops vérről szív fel magába, s gyomrában levetik tojásbélyüket, majd a gyomrot átfúrva 3 óra múlva a hasüregbe, 7 óra múlva a mellkasizomzatba érnek. Másodszori vedlés után 10–12 nap múlva érett lárvákká fejlődnek. Az ormányban 5, a fejben 50–100 lárvát találtak, szívás-szűrés közben a szűrőszaturnán keresztül az utolsó gazdába jutnak, ahol 3 hónap–10 év között válnak érett férgékké. A microfilaria nocturna (Wuchereria bancrofti és W. malayi) 18 órától 08 óráig, a microfilaria diurna (Filaria loa-loa) kb. 10–15 óra között található meg, maximum 2 óra hosszát, a peripheriás vérben.

A betegség általában nem életveszélyes. Lefolyása chronikus, és gyakran rokkantsághoz vezet. Szubjektív panaszok: erőtlenység, fáradtság, heves fejfájás, izomgörcs, pruritus, az alhasra és mellre lokalizált fájdalom, láz esetén hidegrázás. A tünetek 5–6 napig, de több hétig is eltarthatnak, utána panaszmentes intervallum, majd újabb schub következik.

A megbetegített szervek közül 93%-ban a bőr áll az első helyen. A filariákat megtalálták az izomban is (trópusi izomtályog), továbbá a nyelvféken, fitymában, penisben és végül a gégefedő területén. Loa-infectio kapcsán leírtak bronchopneumoniát, Löffler-féle endocarditist, nephropathiát, periarteriitis nodosa esetében veseelváltozásokat, neuralgiát, meningoencephalitist, érobstructiót és vérzéseket. A szemhéjban, a palpebralis és bulbaris subconjunctiva alatt, az orbita

laza kötőszöveiben, invasio után az elülső kamrában és az üvegtestben férgék előfordulását mutatták ki. Néha a férgék elmeszesedését látták a retrobulbaris szövetben.

Haemorrhagiás és serosus infiltratiókat figyeltek meg a n. opticus rostrátegeiben, a stratum plexiforme externumban, valamint más rétegben a retina és pigmentepithelium között. Az elváltozások általában a hátsó pólus és az aequator közötti területen fordulnak elő. A serosus infiltratumokban, a retina és chorioidea ereiben microfilariákat találtak, perivascularisan pedig lymphocytás infiltratumokat.

Specifikus terápiája általában Hetrazan (diaethylcarbamil), melytől a microfilariák 2 nap alatt elpusztulnak. Adagja 0,5–6,0 mg/kg két héten keresztül. Hatásos az antimon-praeaparatum (pl. Faudin), melytől az ivarérett férgék pusztulnak el. Megemlíthető az arzén-preparátum is. A gyógykezelés alatt fellépő allergiás symptomát antihistaminnal vagy corticoiddal enyhítik. A vérben 1000/20 cm³-nél több microfilaria esetében a Hetrazan adása előtt transfusio ajánlatos, hogy az ismert veseelváltozás kapcsán erősen lytikus jelenséget megakadályozzuk. A teljesség kedvéért megemlíthető a Dimethylphtalat, amely kb. 4 óra múlva hatásos. A subconjunctivalisan elhelyezkedő férgét műtéttel kell eltávolítani.

Molnár Lajos dr.

Mérgeskígyó (Causus maculatus, Atractaspis) által okozott marások Nigériában. Varrell, D. A., Ormerod, L. D., Davidson, N. D. (Med. Distr. Kano, Nigéria): Am. J. Trop. Med. Hyg. 1976, 25, 517–524.

1975 folyamán az észak-nigériai kórházban (Kano) több kígyómarás miatt kezelték beteget, ill. adtak elsősegélyt. 19 megmaradt egyén a kígyót elfogta és azonosítás céljából magával vitte a kórházba. 10 esetben Causus maculatus, 7 esetben Atractaspis dahomeyensis, 2 esetben A. microlepidota volt a marást elkövető kígyó. (Mindhárom faj a viperidae családba tartozik, Közép-Afrikában viszonylag gyakori, nem támadó típusú.)

A 10 Causus marás közül 7 csak jelentéktelen duzanattal s ezzel járó fájdalomérzéssel tűnt fel, különösebb kezelést nem igényelt, egy halálos lefolyású volt, egy ötéves gyermek, akit a marás után 12 óra múlva szállítottak be kórházba, légszomjban szenvedett s a vérnyomása leesett. A légszomj a gyógyszer beadása után is megmaradt (allergia?), ő három nap múlva gyógyult meg. Egy páciens tünetei az előbbinél enyhébbek, de az átlagosnál súlyosabbak voltak.

Nikodemusz István dr.

Strongyloidiasis volt távol-keleti hadifoglyokon. Gill, G. V. és mtsai (Liverpool School of Tropical Medicine, Liverpool): Brit. med. J. 1977, 1, 1007.

A strongyloides stercoralis a trópusi országok elterjedt nematodája, amely acut, de gyakran persistáló emberi megbetegedést okoz. Néha tünetmentes marad. A manifest infestatio hasmenéssel vagy bőreruptiókkal jár (viszketés, kúszó, urticaszerű eruptiók, amelyekben a strongyloides lárvá megtalálható).

A szerzők nyugdíjintézeti kivizsgálás során kérdezték ki strongyloidiasis irányába 100, 1942–1945 közötti volt japán hadifoglyot. 11-nél lehetett a strongyloidiasist jelenleg is kimutatni. Kezelésükre eredménnyel alkalmazták a thia-bendazolont. Mivel a fertőzöttek környezetüket is veszélyeztetik, szükségesnek tartják, hogy minden esetben kezelésben részesítsék a contactokat is.

Berkessy Sándor dr.

Pókszűrés kezelése Ausztráliában. Sutherland, S. K. (Commonw. Serum Labor. Melbourne.): Austr. Fam. Phys. 1976, 5, 305–312.

Ausztráliában három veszélyes pókfaj van, a legveszedelmesebb közülük a Latrodectus mactans hasselti (fekete özvegy), a másik két faj Atrax robustus és Ixodes holocyclus (bozót kullancs). Meglehetősen gyakori a pókszűrés, 1975-ben az országban 230 egyént részesítettek pókméreg-antitoxin kezelésben, míg kígyómarás miatt csak 200 kapott antitoxint.

A fekete özvegy szűrésa különösen fiatalokra (20 év alatt) és egészen idős személyekre veszedelmes, a tünetek lassan fejlődnek ki, izzádással kezdődnek, hasi fájdalommal, fejfájással, szédüléssel, hányással folytatódnak s fonákérzések, bénulások is bekövetkezhetnek a mérgezés során. A betegnek az antitoxint intramuscularisan kell beadni, minél előbb történik a kezelés, annál hatásosabb.

Az Atrax szűrés kevésbé veszélyes, e fajnál a hím a veszedelmesebb, ellentétben a pókrend átlagával, a mérge ellen megfelelő antitoxin még nincs. E fajt egyébként eddig még csak Sydney környékén a várostól egy 160 km átmérőjű körön belül írták le, másutt ismeretlen.

Viszonylag legveszedelmelebb az Ixodes. Ez rendszerint vasárnapi kirándulókon telepszik meg s 1–2 egyed szűrésa még nem jár tünetekkel, tömeges szűrés izomgyengeséget okoz, amely 2–3 napig tart, izzadás és nyálfolyás társulhat a tünetekhez, halálos lefolyású betegség jóformán nincs.

Nikodemusz István dr.

Trópusi Afrikából hazatérők fertőzöttsége homoki bolhával. Szerkesztőségi közlemény: J. Amer. Med. Assoc. 1976, 236, 1386—1391.

Cincinnati-ből 19 nő ment ki Afrika trópusi részére, hogy az ottani háziipart és művészetet tanulmányozza. Hazajövetel után 5 egyén volt fertőzött homoki bolhával (Tunga penetrans). A betegség számos különböző helyen kialakult hólyagcsák képződésével járt, ezek általában az alsó végtagon helyezkednek el és a köröm alatt.

Az észlelt öt fertőzött egyénnel mindegyiknek volt elváltozás a lábán, 1—1-nek a köröm alatt, a mell alatt, a csuklón, 3-nak volt a hátán.

A közlemény felhívja a figyelmet az ilyen fertőzések jelentőségére. Bár a homoki bolha nem terjed a mérsékelt égövön, ennek ellenére meg kell akadályozni a fertőzést, ill. a behurcolást.

Nikodemusz István dr.

Veszélyes Selacia fajok a tuniszi partokon. Capape, C. Chadli, A., Prieto, R. (Inst. Pasteur Tunis.): Arch. Inst. Pasteur Tunis, 1976, 53, 61—109.

Embrevő cápákat ritkán fognak Tunisz tengerpartjain, ezek a Földközi-tenger északabbra eső részein található s így nem jelentenek veszélyt a fürdőzőkre. Nem életveszélyesek, de gyakoriak különböző más veszedelmes halfajták (Squalidae, Dasyatidae, Myliobatidae), ezek tuskéikkel súlyos sérüléseket s ezen túl más károsodásokat okozhatnak emberen. A Selaciák számos fajtája mérgező, ichtyoaemotikusak és ichtyohepatotikusak. E mérgező vagy manipulációk vagy nem megfelelően készített halak fogyasztása útján kerül az emberi szervezetbe. A szerzők 55 halfajt sorolnak fel, ezek között egy embrevő van (Carcharodon carcharias), 10 olyan, amelyek megharapja a fürdőzőket, 14-nek mérgezett tuskéje van, 5 termel mérgező anyagokat, a többi kóros tevékenysége még kevésbé ismert.

Nikodemusz István dr.

Endocrinologia

Bromocriptin — tény avagy költéses ábránd. Szerkesztőségi közlemény. British medical Journal, 1977, 1, 863—864.

A bromocriptin (B.) endocrin megbetegedésekben mutatózó terápiás hasznáról 6 éve jelennek meg tanulmányok. Ezen összefoglaló közlemény célja, hogy áttekintse az eddigi eredményeket, s prognózist adjon a jövőre vonatkozóan a gyógyszer alkalmazhatóságáról.

A B.-t elsőként, mint a prolactin secretiót gátló vegyületet alkalmazták, s megállapították, hogy hatását hypophyser támadásponttal fejté ki. 1973-ban ismerték föl tartós hatású dopamin-antagonista természetű, ez egyben ahhoz a fölismeréshez is vezetett, hogy a dopamin az LTH-release fontos tényezője, sőt, a PIF-fel (prolactin inhibiting factor) esetleg azonos. A B. tehát a hypophysisre, mint az endogén termelődésű PIF functionalis analógja hat. E fölismerés nagy jelentőségű, mert a kutatások időközben kimutatták, hogy a hyperprolactinaemia mind a férfi, mind a női hypogonadismus aetiológiájában jelentős szerepet játszik.

Az LTH hypersecretiója a secun-der amenorrhéák 130%-ában észlelhető, de oki szerepe ezekben az esetekben még nem teljesen tisztázott. Esetenként csak infertilitásként jelentkezik szabályos menstruációs ciklusok mellett, máskor a lutealis fázis károsodása észlelhető. Galactorrhoea ugyanakkor csak a betegek 30%-ában mutatkozik. Férfiban a hyperprolactinaemia abszolút vagy relatív impotentia formájában jelentkezik, máskor az ejaculatum mennyiségének csökkenése észlelhető. Gynaecomastia igen elvétve alakul csak ki, s galactorrhoea is csak az esetek kb. 1/3-ában jelentkezik. Gynaecomastia jelentkezése egyúttal félrevezető is, hiszen inkább oestrogén hypersecretio, ill. valamilyen okból kifolyólag kialakult túlsúlya irányában, semmint hyperprolactinaemia irányában folynak vizsgálatok.

Ismertek gyógyszerek, melyek LTH hypersecretiót válthatnak ki, pl. a phenothiazinok, egyes antiemetikumok, metoclopramid. Máskor hypophyser tumor áll a hyperprolactinaemia hátterében. E daganatok azonban sokszor olyan kicsinyek, hogy biztonsággal nem kórismézhetők. Fölismerésük ugyanakkor nagyon fontos lehet, hisz B.-nel normálisra visszazorított LTH-szinttel élő asszony, ha leherbe esik, s a hyperprolactinaemiát tumor okozta, a hirtelen megemelkedő oestrogén koncentráció a tumor rapid növekedését okozhatja, mely chiasma-laesiót, sella destructiót, intracranialis nyomásfokozódást okozhat! E betegek kezelésére vonatkozóan egységes álláspont még nem alakult ki. Egyesek adenoma esetén a tumor sebészi eltávolítását ajánlják, de ennek „túl nagy” resectio, s következményes hypopituitarismus lehet a következménye. Mások pituitier irradiáció és B. kezelés kombinációját javasolják. Tapasztalatok szerint B. adása nem vezet hypopituitarismushoz. A menstruációs ciklus normalizálódhat, addigi anovulatiós ciklusokat szabályos ovulatiós periódusok válthatnak fel.

Több, mint 200 azon gyermekek száma, akik anyjuk B. kezelésének eredményeként születtek. Az ed-

digi eredmények arra utalnak, hogy a szernek nincs teratogén hatása, és nem fokozza a multiplex ovulatiók gyakoriságát. Igen eredményesnek bizonyult a készítmény az acromegália kezelésében is, a növekedés visszaszorítása mellett eredményesen befolyásolja e betegek hyperprolactinaemiás hypogonadismusát is. Állatkísérletekben a B. mitosisgátlónak és DNS synthesis csökkentőnek mutatkozott, ezek alapján, valamint állatkísérletekben ugyancsak megfigyelt hatása alapján tumornövekedést gátlónak is tartják, lehet azonban, hogy e hatása csak a hypophysis tumoraira korlátozódik.

A B. az eddigi tapasztalatok alapján hatékony készítmény, s a pathomechanizmus további részleteinek megismerésével még szélesebb körű alkalmazására nyílnak lehetőségek (már eddig is leírták puerperalis lactatióban, parkinsonismusban való alkalmazását). Fontos azonban, hogy valóban csak azok a betegek kapják, akiknek valóban szükségük van rá, s csak akkor, ha a kórfolyamat természeté, pathomechanizmusa — legalább részleteiben — előzetes kivizsgálás alapján ismert. Winkler Gábor dr.

Plasma immunreactiv corticotrophin és lipotrophin Cushing-betegségben és Addison-kórban. Gilkes, J. J. H. és mtsai (Depart. Dermatol., Univ. College Hospital, London): British medical Journal 1977, 1, 996—998.

Abe és mtsai mutattak rá elsőként az immunoreactív corticotrophin (ACTH) és a béta-melanocyta stimuláló hormon (béta-MSH) koncentrációk közti kapcsolatra pituitier hyperfunctióban vagy ectopiás hormonképzés eseteiben. Kiderült azonban, hogy az az alacsony molekulású anyag, melyet béta-MSH-nak gondoltak, egy nagyobb molekulájú szubsztátum metabolitja, s e nagyobb molekulású anyag béta- és gamma-lipotrophin-nak (LPH) bizonyult. Arra nincs adat, hogy a béta-MSH aktív formában jelen lenne a human hypophysisben, ill. a serumban, de az ezzel egyező peptid sequentia megtalálható a béta-, ill. gamma-LPH-ban. Azok az antisérumok tehát, melyek korábban a szintétikusan előállított béta-MSH-val reagálnak mutatkoztak, voltaképpen a béta-, ill. gamma-LPH-val reagáltak. A szerzők — ezen ismeretek fényében — azt vizsgálták, hogyan változik az ACTH, ill. az LPH nem endocrin tumorokban, pituitier eredetű Cushing betegségben, ill. Nelson syndromában (= Cushing betegségben kialakult postadrenalectomiás hyperpigmentatio). Tanulmányozták az exogén eredetű hydrocortison ACTH-LPH szekrécióra gyakorolt hatását is.

A vizsgálatokhoz két LPH-RIA antiserumot használtak. Az egyik (B7) mind a tisztított béta-, mind a gamma LPH-val reagált, a másik (NZ) gyakorlatilag csak a gamma LPH-val, a bétával csak 3⁰/₀-ban. Mindkét antiserum reagált a szintetikus béta-MSH-val. Egyidejűleg plasma-ACTH meghatározásra is sor került, RIA módszerrel. 23 kontroll személyt, 12 igazolt pituitier eredetű Cushing-szindrómában szenvedő, 8 Nelson syndromás, 9 Addison kóros beteget, valamint 14 ectopiás ACTH-szindrómában megbetegedett egyént vizsgáltak. A vérvételekre reggel 9-kor és este 9-kor került sor. 7 betegen, akik ACTH és LPH szintje emelkedettnek mutatkozott, hydrocortison kezelést alkalmaztak: 100 mg-ot adtak iv., ezt követően 30, 60, 90 és 120 percel vérmintákat vettek, alapértéknek pedig a gyógyszer beadáskor levett 0 perces érték szolgált.

Azt találták, hogy a B7-LPH koncentrációk a plasma-ACTH szinttel igen jól korreláltak. Az egészségesekben az ACTH szint magasabb volt a B7-LPH szintnél, átlagos arányuk 1,6 volt. A pituitier eredetű ACTH túlproducióval járó esetekben az ACTH vérszint vagy azonos vagy emelkedett volt a B7-LPH-hoz viszonyítva. Hasonló összefüggések mutatkoztak az NZ-LPH és az immunoreactív ACTH vonatkozásában is. Ectopiás eredetű ACTH termelés esetén a B7-LPH szintek magasabbak voltak az NZ-LPH-éhoz viszonyítva, átlagos arányuk 5,1 volt, egészségesekben, ill. pituitier eredetű ACTH túlprodukciónál viszont ez az arány csak 1,8 volt. Hydrocortison adását követően mindkét peptid serumtartalma csökkent.

Az eredmények alapján megállapítható, hogy az alacsonyabb gamma-LPH, relative magasabb béta-LPH az ectopiás ACTH termelést létrehozó állapotokra jellemző (a 37-LPH ui. gamma- és béta-LPH szintjét egyaránt tesztelte, míg az NZ-LPH csak a gamma-LPH koncentrációra adott választ. A B7:NZ arány alapján tehát a béta:gamma arányra lehet következtetni). Pituitier hyperfunkciós állapotokra ezzel szemben a magasabb serum gamma-LPH jellemző. A jelen eredmények alapján igazolható *Shapiro és mtsai* korábbi észlelése, hogy chromatographiás vizsgálattal az ectopiás béta-MSH és a pituitier MSH különbözőek voltak. E vizsgálati technika alkalmas lehet Cushing syndromás betegek ACTH többlettermelése eredetének tisztázására.

Winkler Gábor dr.

Alkohol-indukálta pseudo-Cushing-szindróma. Rees, L. H. és mtsai (Department. Chemical Pathol. and Endocrinol., St. Bartholomew's Hospital, London): Lancet 1977, 1, 726—728.

Nem újkeletű az a megfigyelés, hogy excessív alkoholfogyasztást követően az adrenocorticalis működés zavara észlelhető. Az e talajon létrejövő májbetegségek mellett is gyakran észlelhető corticosteroid túlproductio, acnék, hirsutismus, elhízás, — főleg a törzsről — striák alakulhatnak ki. *Smals és mtsai* a közelmúltban 3 olyan alkoholista beteget észleltek, akik klinikai tünetei és biokémiai paraméterei Cushing-szindróma gyanúját keltették, a szerzők pedig további 4 ilyen, valójában pseudo-Cushing betegségnek tekinthető esetet ismertettek.

A 4 beteg közül 2 férfi, 2 pedig nő volt, életkoruk 30 és 56 év között változott. Külső megjelenésük alapján valamennyien mellékvesekéreg hyperfunctio gyanúját keltették; arcuk plethorás, holdvilág-szerű volt, esetenként hirsutismus volt fölismerhető, halvány striák is voltak, testük elhízott volt. Hypertoniát nem észleltek. A biokémiai paraméterek Cushing-betegség mellett szóltak, emelkedett a vizelet corticosteroid ürítés, megszűnt a plasmacorticotrophin és cortisol circadian rhythmusa, és emelkedtek serum értékei. A 24 órás dexamethason teszt 2 esetben kifejezetten, 2 esetben nem supprimálta a basális szintet. Feltűnő volt, hogy a plasma hormonok szintje — reggel mérve — normálisnak bizonyult. A betegeken különböző májspecifikusnak tartott enzimek — gamma Gt, transaminasok — is átmenetileg emelkedettnek bizonyultak.

A 4 eset közös vonása, hogy inkább a biokémiai jegyek, semmint az általános tünetek utaltak Cushing-betegségre. Ennek létrejöttében excessív alkoholfogyasztásuk játszott szerepet, kórházba kerülésük után, amikor alkoholt nem fogyaszthattak, laboratóriumi leleteik is fokozatosan normalizálódtak: az egyik beteg 5, a másikon csak 13 nap múlva csökkentek a normális értékre. A tünetek ugyanakkor nagyon félrevezetőek voltak: az egyik beteg pl. az elektrolyt-eltolódások és a gyöngeség, hypotonia miatt előbb Addison-kór lehetősége merült föl, s 48 óra elteltével észlelték csak a Cushing-betegségre jellemző biokémiai leleteket, egy másik esetben a vizsgálatok alapján indikált és elvégzett retroperitonealis insufflatio mutatott is tumor-gyanús elváltozást, s csak az immunoreactív cortisol normál értéke alapján vetették el a laparotomia végzésének gondolatát.

Nem tisztázott az alkohol indukálta hypercortisolaemia oka és lét-

rejöttének mechanizmusa. Korábban a hypothalamo-adrenalis szabályozás aktivitásának fokozódását gondolták, ez azonban részletesebb vizsgálatok fényében nem volt megerősíthető. Szerepet játszhat létrejöttében a károsodott májfunctio is, s cortisol-lebontás csökkenése révén, nem valószínű azonban, hogy ennek talaján ilyen fokú klinikai és biokémiai eltérések alakuljanak ki.

Az eddigi megfigyelések azt mutatják, hogy a pseudo-Cushing-szindróma megszűnik az alkoholfogyasztás megszüntetése, ismerete azonban rendkívül fontos, hisz esetenként szükség lehet a valódi Cushing-betegségtől való eldifferenciálására. Fontos tudni azt is, hogy az alkoholizmus talaján jelentős mértékű hyperlipaemia is kialakulhat, mely zavarhatja a corticotrophin és cortisol fluorimetriás meghatározását.

(Ref.: a közlemény értékes differenciáldiagnosztikai problémára mutat rá. Nem vizsgálták, hogy RIA segítségével meghatározva hogyan alakul a plasma corticosteroidok szintje e betegeken, de nyilván nem a hyperlipaemia okozta methodikai hibáról van szó, hisz a circadian rhythmus is megváltozott, s azonos módon végezve a meghatározást is csökkent a hormonok szintje az eltelt napokkal párhuzamosan!)

Winkler Gábor dr.

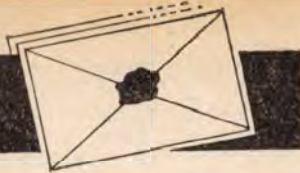
Alkohol okozta Cushing syndroma. Smals, A. G. és mtsai. (Division of Endocrinology, Department of Medicine, University of Nijmegen, Nijmegen, The Netherlands): British Medical Journal 1976, 4, 1298.

Régóta ismert, hogy az alkohol befolyásolja a mellékvesekéreg működését. Többen leírták a serum hydrocortison-szint olyan fokú emelkedését idült alkoholista betegeken, mely Cushing-szindrómára hasonlít.

A szerzők 3 chronikus alkoholista beteg adatait közlik, akiknél a fizikális status és a labor eltérések Cushing-szindróma fennállására utaltak. Néhány hetes alkohol-megvonás után ezen eltérések nagyrésze a májfunctio javulásával párhuzamosan eltűnt, illetve jelentősen mérséklődött.

Nem ismert pontosan, milyen módon vált ki az excesszív alkoholbevitel hypercorticalismust. Többen inkább a hypophysis elülső lebeny fokozott ACTH-termelését teszik felelőssé az eltérésekért, mint a károsodott májfunctiót. Nem tisztázott még az sem, hogy az alkoholisták közül miért csak néhányban jön létre a mellékvesekéreg túlműködése.

Czakó László dr.



Az antikoncepciensek késői iatrogeniájáról.

T. Szerkesztőség! Csaba prof. közleménye (Orv. Hetil. 1977, 118, 1947.) különösen aktuális, és jogoságához aligha férhet kétség. Előbit példázza már maga az a tény is, hogy a közlemény megjelenése után alig egy héttel már reflexiót is olvashattunk. Sietve előre bocsátom, hogy ami a közlemény szorosabban vett biológiai relációit illeti, nem érzem magam autentikusnak, hogy abban állást foglaljak. Ami azonban elvi jelentőségű sorait illeti, szeretném azokat néhány szerény gondolattal megerősíteni, még inkább aláhúzni. Egyszersmind nem szeretném azt a látszatot kelteni, hogy Csaba prof. írása kapcsán valamiféle támogatásra vagy éppen védelemre szorulna. Személye egyáltalán nem, mert senki sem támadja. Mondanivalója még inkább nem, mert igaz. Amennyiben egészen őszinte akarok lenni, így is fogalmazhatnék: nem a védelmében, hanem mondanivalója ürügyén ragadtam tollat. Sorait őszinte örömmel olvastam, mert ahogy azt Hirschler dr. reflexiójában (Orv. Hetil. 1977, 118, 2061.) írta, „... mi sem természetesebb, mint hogy a jelenért és a jövőért is felelősséget érző biológus orvosprofesszor mérlegelés tárgyává teszi”, „... hogy egy hormonkészítmény széles körű alkalmazását milyen mértékig engedjük meg.” A magam részéről még tovább mennék. Ez nemcsak természetes, hanem egyenesen kötelesség, még pedig a tudós kötelessége. A tőkés társadalomban számos körülmény gátolja a tudóst abban, hogy az általa szubjektíve érzett társadalmi és erkölcsi felelősséget objektíve realizálja, így ezen felelősség kívül reked a tudományos tevékenység szféráján. A szocialista társadalomban a tudós erkölcsileg felelős társadalmak, nem csupán az egyéni lelkiismeretről van szó, hanem objektív követelményről, melyet a szocializmus a tudomány-nal szemben támaszt.

Csaba prof. közleményében „DES katasztrófáról” ír. Miként is állunk ezzel a kérdéssel általában? Szabad legyen így fogalmazni: mikor katasztrófa a katasztrófa? Eltelt mondatokkal teltett korunkban úgy tűnik, hogy ez csak szubjektív értékítélet, méginkább nézőpont kérdése, hogy ki mit tart annak. Sajnos már nem emlékszem a pontos forrásra és lehet, hogy az idézet sem pontos. Talán az Eichmann perrel kapcsolatosan olvastam a következőket: néhány ember halála tragédia, százak halála katasztrófa, sok millió ember halála csupán statisztika. Ha ez valóban így van, ekkor ez a valódi katasztrófa. A statisztikai szemléletmód sajnos

társadalmi jelenség korunkban. Nem mentes tőle sem a közvélemény, sem a tudomány. Bizom benne, hogy alábbi gondolataimat egyáltalán nem lehet szofizmának tekinteni. Amennyiben arról olvastunk, hogy lezuhant egy repülőgép és meghalt 50–60 ember, akkor ez napokig megrázza és foglalkoztatja a közvéleményt és „légi katasztrófáról” beszélünk. Legyünk azonban őszinték; vajon beszéltünk-e, vajon foglalkoztattott-e bennünket nap mint nap, a vietnami háborúban elesettek száma, beszéltünk-e akkor „folyamatos” katasztrófáról? Túlzás nélkül állíthatjuk, hogy ott egy nap alatt több ember pusztult el, mint a világ eddigi összes légiszerencsétlenségében együttvéve. Korábbi állításunk igazolására vegyünk egy példát Hirschler dr. reflexiójában közölt táblázatából. Amennyiben azt mondom, az illegális abortusok mortalitása egy ezrelék, talán relatíve nem is olyan sok. Azonnal más lesz azonban a helyzet, amennyiben azt nézzük, hogy ez 1000 millió abortust tekintve 1 millió asszonyt jelent. Vajon nem nevezhetjük ezt is katasztrófának? Vagyis, az ezrelékek önmagukban félrevezetőek és nem mondanak semmit. Méginkább bonyolultabbá lesz a kérdés, ha így tesszük fel, mert így is fel kell tenni: nem jelent-e minőségileg többet az 1 millió asszony, mint 1 milliószor egy asszony. Úgy vélem, sokkal többet jelent. A társadalmat sem lehet csupán az azt alkotók összességének tekinteni, így 1 millió asszony halálát sem lehet leszűkíteni pusztán a halottak összességére. Ez így kényelmes és talán nem is olyan sok, főleg amennyiben az illegális abortusok körülményeit tekintjük, vagy az élőben maradtak számához viszonyítjuk. Miért állunk azonban a dolgokkal mindig valamilyen viszonyban? Vagy ha állunk, miért nem a tényleges dolgokhoz, és miért inkább valami relatív tükröződéshez? — ahogy ezt Benamy S. írta a „XX. században éltem” c. könyvében. Ennek lényegét érzi Csaba prof., amikor a Mayo Klinikán végzett felmérés adatait ismerteti a DES kezelés cc. rizikója (4/1000) tekintetében és így ír. „Ez a szám nem túl nagy, akár a közlekedési balesetekhez, akár a csecsemőhalandósághoz viszonyítjuk, azonban az élet egyedi értékét figyelembe véve, és különösen azt, hogy az élet megmentése érdekében vállalt beavatkozás következményeként jött létre, rendkívül nagy.” Milyen igaz van! Gondolkodásunkban a társadalmi relációk mellett egyáltalán nem lehet figyelmen kívül hagyni az „élet egyedi értékét”. Ez különösen korunkban alapvető követelmény, amikor az orvostudománynak egyre inkább szembe kell néznie a szó

szoros értelmében az egész emberiséget érintő problémákkal, amelyek megoldása igen nagy erőfeszítést igényel. Az orvostudomány nem mondhat le az élet egyedi értékének tiszteltéről anélkül, hogy szerepének minden magasztosságáról le nem mondjon. Az élet egyedi értékétől elvonatkoztatott fejlődés teljesen ellentétes volna az orvostudomány alapelveivel, és amennyiben nem őrizzük meg ezeknek az elveknek sérthetlenségét, tevékenységünket egymást keresztező célok fogják irányítani, és ezáltal nem szolgáljuk sem az egyén, sem a társadalom érdekét. Nem biztos, hogy mindannyian tudatában vagyunk ennek az egyszerű igazságnak. Az élet egyedi értékétől elvonatkoztatott fejlődés — kimondom kerekén — nemcsak az orvostudomány alapvető célkitűzéseivel ellentétes, hanem a szocialista humanizmus elvétől is idegen. Az orvostudomány fejlődését nem lehet — a társadalmi relációk abszolútizálásával — a racionalizmus kissé vulgáris szemszögéből nézni. Ez talán hangzatos és biztonságos, azonban a szemlélet hívei sem többet, sem kevesebbet nem kívánnak, mint hogy az orvostudomány mondjon le hagyományos alapelveiről.

Az egyik alapelv közismerten a nil nocere elve: „... ma már ezt az elvet világméretben lépjük át...” — írja Csaba prof. Korunk orvostudományának fejlődésére kettős tendencia jellemző: egyrészt az erőteljes fejlődés és a velejáró hatékonyság, másrészt a nem várt és nem kívánt káros, nem egyszer katasztrófális mellékhatások, az iatrogenia soha eddig nem látott mennyiségi és minőségi növekedése. Legyen szabad talán az „elcsépeltnék” látszó Contergan példát említeni. Ez a kedvező prompt hatása ellenére egy olyan jövőre felvett nagy kölcsön jellegét öltötte, amelyet azután súlyos kamatokkal kellett visszafizetni. Ebből a tudományt próbára tevő helyzetből azonban olyan tanulságok is levonhatók, amelyek érvénye általános és tartós. És ez a fokozott felelősség. Ezen kívánalomnak tesz eleget maradéktalanul Csaba prof. meditációja. Különösen fontos az ilyen meditáció ma, amikor olyan jelenségekkel is találkozunk, amelyek már felvetik az apokalipszis képzetét. Vagy ahogy azt I. Frolov kifejezte: „A tudomány, amely azelőtt szerény és a közvélemény számára kevésbé érdekes munkát végzett, most a szenzációra éhes sajtó hasábjain végzetes és mindenható „démonná” változott. A tudományos laboratóriumokban kiadott sok közlemény egy sorba került a bűnügyi krónikával.”

Csaba prof. meditációjának lényege — érzésem szerint — a jelen és a jövő érdekeinek megfelelő egyeztetése. Valójában paradox helyzet ez. Nem hagyhatjuk figyelmen kívül a jelen érdekeit, de ugyanakkor nem áldozhatjuk fel

ezért a jövő érdekeit sem. A jövő viszont éves kard, így idejében meg kell ragadni a markolatát, mert ha elszalasztjuk az időt, kénytelenek leszünk utána kapni az éles pengének. Ezért kell helyeselni Csaba prof. „aggódmait”, ha csak nem akarjuk az esetleges késői káros hatások bizonyításának terheit a leendő áldozatokra hárítani, ahogy azt egy neves holland fizikus kifejezte. Ugyanis „... még az éber megfigyelés és az azonnali jelzések esetén sem tudjuk elhárítani azon nők esetleges katasztrófáját, akik már évtizedek óta szedik a tablettákat, az elváltozások azonban még nem jelentek meg.” — ahogy azt Csaba prof. írta.

Csaba prof. közleményét — úgy érzem — nem lehet a korunkra oly jellemző „mellette vagy ellene” szemlélet szemüvegén keresztül megítélni. A kérdés illetéknéppeni felvetése — véleményem szerint —, mint ahogy az orvostudomány fejlődésének ilyesféle felvetése — mely nem megy ritkaság számba —, pontosabban a „mellette vagy ellene” leszűkítés, nemcsak, hogy anti-dialektikus, nemcsak hogy nem visz közelebb a kérdés megoldásához, de így a valós problémákat sem lehet feltárni és elemezni. Ez a leegyszerűsített szembeállítás okozza esetenként, hogy a problémák lényegében problémátlaná válnak! A tudomány eredményeinek objektív elemzése elengedhetetlenül szükséges ahhoz, hogy azokat reális módon értékelhessük, és a gyakorlati cselekvés számára helyes következtetéseket vonhassunk le. A téma kapcsán ezért szükséges egymás nézeteinek és szempontjainak ismerete. Ez „elengedhetetlenül szükséges ahhoz, hogy a rizikót, annak vállalását, illetve nem vállalását mérlegre tehesük” — ahogy azt Csaba prof. hangsúlyozta. A nézőpontok tekintetében valószínűsíti, hogy ezek különbözőek az elméleti embernél, a nőgyógyásznál és a biológusnál. Nos, az itt érintett kérdéssel kapcsolatosan legyen szabad egyetlen szerény megjegyzést tenni. A kor ugrásszerű fejlődésének megfelelően az orvostudományban is eltérő ideológiák, *etikai* és morális irányvonalak ütköznek egymással. Ezért lenne fontos azonos nézőpontok és főleg *azonos alapelvek betartása*. Csak ezek alapján lehet keresni az utakat, amelyek megfelelnek korunk sajátosságainak és követelményeinek, de egyúttal biztosítják az orvostudomány előtt álló sikeres fejlődést. Amennyiben befolyásolni akarjuk és *kell* is, az idők folyamán lejátszódó eseményeket, teljesen nyilvánvaló, hogy ezt akkor érezzük el a leghatékonyabban, amennyiben az egyén és a társadalom előnyére szilárd alapelvekből lépünk fel. Olyan korszakban élünk, amikor nincs és nem is lehet más alternatíva, mindamellett az orvostudomány humanisztikus hagyományai is erre ösztönöznek.

Dezső László dr.

T. Szerkesztőség! Csaba professzornak az Orvosi Hetilap 1977, 33. számában megjelent írásában felvetett kérdés felett, azt hiszem nekünk gyakorló orvosoknak is érdekes és kell meditatálnunk. Ami emögé, a cikk olvasása kapcsán bennem felmerült aggályokat és kétségeket a közölt szerkesztőségi kommentár nem tudta mérsékelni. Lehet, hogy azért sem, mert ezek a kétségek és aggályok már korábbi keletűek. Az Orvosi Hetilap hasábjain is olvashattunk már az anticoncipiens szedést követő halálos kimenetelű thromboemboliás szövődményekről, s nem is oly rég, a folyóirat referátum rovatában jó néhány kivonatos közleményt az anticoncipiens szedést követően kialakult májról. Ha ezek után kétségeimet akarom megfogalmazni, azok nem elsősorban arra irányulnak, hogy az orális contraceptivumok alkalmazása helyénvaló-e a családtervezésben vagy sem? Ma úgy látszik erre a kérdésre egyértelmű igen a válasz. Arról azonban már nem vagyok meggyőződve, hogy azok, akik rendelik ezeket a szereket, minden esetben kellő mérlegelés után teszik-e ezt? Vajon a nőgyógyász kolléga megkérdezi-e azt a faluról fogamzásgátló felírásért hozzá folyamodó nőt, akinek lakóhelyén is működik — a körzeti orvos vezetésével — családtervezési tanácsadás, hogy miért nem oda fordult kérésével? Hisz ott jól ismerik a családi, szociális körülményeit, egészségi állapotát stb. Mert sok esetben kiderülne ilyenkor, hogy a körzeti orvos nem javasolta valamilyen oknál fogva a hormonális contraceptívot, vagy a tabletták szedésében éppen szünetet rendelt el. S vajon jó lehet-e annak a kollegának a lelkiismerete, aki baráti szívességből, „hogy ne kelljen a rendelőben várni”, fogamzásgátló szert ír fel ismerősének, vagy ismerőse ismerősének anélkül, hogy bármit tudna az illetőről azonkívül, hogy nő? Nem kellene-e — csakúgy mint ma már az interruptiók esetében — minden egyes esetben mérlegelni, hogy az orális anticoncipiens szedése egyáltalán indokolt-e? Vajon tudja-e minden nő, aki a családtervezésben ezzel a lehetőséggel él, hogy nem teljesen veszélytelen szer az amit szed? Igaza van a szerkesztőségi kommentárnak abban, hogy a contraceptivumok szedésétől várható „szövődmények abszolút száma... százalékosan meg sem közelíti a terhességmegszakításból... származható károsodásokat és azok súlyosságát”, de ugyanezt a megállapítást a kihordott terhességre vonatkozóan már fenntartással tudom csak elfogadni.

A szerkesztőségi kommentár elismeri, „lesújtóak az orális fogamzásgátlóknak tulajdonított egyéni tragédiák. Ugyanakkor társadalmi szinten kárptólást nyújtanak a családtervezésben nyújtott előnyeik”.

S a tragédia szenvedő alányának és családjának ki nyújt kárptólást? S ki a felelőse az egyéni tragédiáknak? S biztosak lehetünk abban, hogy ezek a tragédiák évtizedek múltán nem öltenek majd társadalmi méretet? Ki fog majd felelni a pubertáskori vaginalis carcinomák tragédiáért? A szülő, akinek gestagent ír fel az orvos, hogy terhességét megszakította, és nem világosította fel, hogy a következő terhesség kihordásával baj lehet?

Csaba György prof. cikke ennek a felelősségnek a kérdését sokoldalúan veti fel. S ha elfogadjuk, hogy „a megtartás és megakadályozás eszközei sokkal jobbak, mint az a diagnosztikáé, mely az utód minőségét határozza meg”, s helyt adunk a jogos aggodalomnak, melyet a cikk így fogalmaz meg: „A megítélésre rendelkezésre álló idő ugyanis túl kevés... még az éber megfigyelés és azonnali jelzések esetén sem tudjuk elhárítani azon nők esetleges katasztrófáját, akik már évtizedek óta szedik a tablettát, az elváltozások azonban még nem jelentek meg.” — talán nem túlzó a félelem az egyéni tragédiák számának sokasodásától. A felelősség kérdésének felvetése azonban mindenképpen helyénvaló. Nemcsak a gyógyszerrel előállító, ill. kísérletesen kipróbáló elméleti szakember és nőgyógyász felelősségéről van szó, hanem mindazokról, akik a családtervezés és családvédelem tevékenységében bármiképp részt vesznek. Azoknak a felelősségéről, akiknek előadásai, írásai nyomán a fiatalok ezrei élnek abban a tévhitben, hogy a szexuális abstinencia károsan hat a fiatal psychosomaticus fejlődésére. Az iskolaorvosok és családtervezést irányító orvosok felelősségéről, pedagógusok és szülők felelősségéről, akik nem világosítják fel ezeket a fiatalokat, mennyivel kisebb veszély az, ami az önmegtartóztatás következménye annál, amit a fiatal szervezet még egészen nem is stabilizálódott hormonális egyensúlyába való durva beavatkozás jelent. Mindannyiunk felelősségéről beszélnek, akik vényt írunk, s közben nem gondolunk arra, nem kevesen használják ezeket a gyógyszereket, s épp az a korosztály, akikre leginkább vigyázunk kéne, de nem mint a családtervezés eszközt, hanem mint a könnyelmű, felelőtlen életmód, a kellemetlen következmények nélküli promiscuitás lehetőségének eszközt. S ez vajon a társadalmi szintű kárptólás tekintetében milyen súllyal nyom a latba. Ezen akkor is érdemes meditatálni, ha e fiatalok közül „csak kivételként fordulnak elő olyan súlyos következmények, mint teratogen-mutagen hatás, vagy carcinoma”.

Lehet, hogy eszmefuttatásom túl messzire kanyarodott. Ezt tán megbocsáthatóvá teszi a szándék:

őszintén szeretném, ha mindenki, akinek bélyegző és vény van a kezében átérezné, hogy a családtervezésben való részvétel az orvos számára komoly társadalmi felelősséggel jár. Ha a családtervezési tanácsadás valóban mindig *tanácsadás* lenne, s nem degradálna receptírássá. Ha ez a tevékenység széles körű nevelőmunkával párosulna, s mindig érvényesülne a *nil nocere* elve. Ebben a szellem-dolgozó orvosnak minden esetben mérlegelni kellene, kinek, mikor, és miért javasol fogamzásgátló szert, s ha szükséges és elkerülhetetlen a terhesség elleni védekezés, az adott esetben ennek mely módja a legkívánatosabb, a legkisebb veszélyt magában rejtő. Amikor azt latolgatjuk, hogy mi a kisebb veszély: egy fogamzásgátló szer szedése, vagy egy esetleges interruptio, jusson eszünkbe, hogy egy egészséges, fiatal nő számára harmadik lehetőség is kínálkozik: nevezetesen, hogy gyermeket — horribile dictu gyermekeket — szüljön.

Fodor Miklós dr.

T. Szerkesztőség! Hirschler főorvos levele, mely „Meditáció egy iatrogén ártalom távolhatásának tanulságai fölött” c. tanulmányommal kapcsolatban egy héttel annak publikálása után jelent meg — mintegy a cikkem végéhez csatolt szerkesztőségi kommentár folytatásaként — feltehetőleg a szerkesztőség jogos aggodalmait juttatta kifejezésre. Ezen aggodalom azon alapult, hogy nem érti-e félre az orvostársadalom a tanulmányban írottakat és nem lesz-e ennek egyenes következménye, hogy az antibébi tablettákat akkor sem alkalmazzák, amikor pedig indokolt lenne. Dezső László dr. és Fodor Miklós dr. leveleiből éppen úgy, mint a hozzám eljutott számos reflexióból világosan kiderült: a magyar orvostársadalom érett arra, hogy súlyos etikai kérdéseket megértsen, azokban határozottan állást foglaljon, anélkül, hogy indokolatlanul lelkesedne, vagy pánikba esne. A hozzászólásokat nagyon köszönöm, úgy érzem, hogy azok a cikkemben túl röviden tárgyalt vagy éppen fel sem vetett kérdéseket az orvosi lelkiismeret igen magas fokán világították meg és ha tanulmányomnak csak annyi haszna lenne, hogy az orvosokat — vagy egyes orvosokat — ilyen gondolatok megfogalmazására készítette, akkor sem írtam meg hiába. Engedjék meg, hogy néhány kérdést még kiemeljek, akár válaszként, akár még inkább — ahogy Dezső dr. írja — annak ürügyén.

Hirschler dr. levelében statisztikai adatokat közöl, és ezek, ha nem is megnyugtatóak, de nem szólnak elsődlegesen a tabletták ellen. Mindaz azonban, amit már statisztikák révén tudunk, a múltat vagy legjobb esetben a jelent mutatja. Természetesen ebből bizonyos következtetéseket levonhatunk a jö-

vőre nézve is. Nem lehet azonban egy hatásaiban akut vagy subakut beavatkozást — az abortust — összevetni egy mellékhatásaiban már eddig is nyilvánvalóan subakut és krónikus kezeléssel, a tablettával. Azt hiszem, bizonyos szemléleti átalakítást kellene végrehajtanunk ahhoz, hogy elfogadjuk: nemcsak az a betegség vagy hátrányos állapot, ami egy beavatkozás, vagy a szervezetet ért agresszió (pl. fertőzés) után rögtön vagy rövid idő elteltével megmutatkozik, hanem az is, sőt talán veszélyesebben az, ami későn. A klasszikus orvostudomány diagnosztikai eszközei a mainál jóval kevésbé teremtettek lehetőséget két egymástól távol álló jelenség összefüggéseinek kimutatására. Ma azonban már világosan bizonyítható egy embrionális korban történő beavatkozás, és ennek újszülöttkorban nem, csak felnőtt korban tüneteket létrehozó következményei közötti kapcsolat. Ezért egyre világosabbá válik, hogy a csak későn manifesztálódó kórkép lényegesen súlyosabb is lehet, mint az azonnal feltűnő. Gondoljunk csak egy mindenki által diagnosztizálható micrognathiára és egy későn fellépő xeroderma pigmentosumra vagy diabetesre, illetve ezek közötti súlyosságbeli különbségekre. Azonban az „azonnali” és „késői” helytelen rangsorolása egyébként következményekhez is vezet.

A műszaki és orvostudományok fejlődése egyaránt magával hozza, hogy akaratlagosan vagy melléktermékként fellépő beavatkozások a szabályozási rendszerekben végeznek mélyreható változásokat és ezek csak hosszú idő után mutatkoznak meg. Nem véletlenül helyeztem cikkemben a kipufogó gázok és a dohányzás okozta ártalmak mellé a DES-katasztrófát, hanem szándékosan. Ezek mind későn megmutatkozó hatásukkal tünnek ki, és éppen ezért egyéni és társadalmi veszélyességük fokozott. Ha valakinek már az első cigaretták elszívása után erős fájdalmai lennének, nem jutna el a százazredik által kiváltott tüdőrákhoz, és ha a kipufogó gázok rögtön lázat okoznának, akkor krónikus belégzésük nem vezetne leukaemiához, mert hamar kivonnák a benzinnel működő autót a forgalomból. Mivel azonban hatásukra a súlyos állapotok 20–30 év múlva következnek be, a prevenciót csak társadalmi szinten valósíthatjuk — valósíthatnánk — meg. Ami igaz a műszaki fejlődés következményeire, az fokozottan igaz az orvosi beavatkozásokra, ahol az óvatosság — a *nil nocere* — az orvos hivatásából kifolyólag megkövetelhető, és ahol a döntés az orvos és a beteg — mint egyed — kezében van. A terhesség alatti indokolatlan mértékű és szá-



Would you be more careful if it was you that got pregnant?

Ugye óvatosabb lenne, ha ön is teherbe eshetne?

mú hormonkezelés veszélyességére éppen ezért nem lehet eléggé nyomatékosan felhívni a figyelmet.

Fodor Miklós dr. — nagyon helyesen — a vényel és bélyegzővel rendelkező orvos személyes felelősségét veti fel. En ezt kiegészíteném az egész társadalom, és ezen belül az orvostársadalom felelősségével. Társadalmi szinten mindent megteszünk azért, hogy a jó levegőt megmentsük. Harcolunk egyetlen fa kivágása ellen is, a gyárak kéményeire szűrőberendezést szerelgetünk, büntetjük a gépkocsivezetőt, ha kocsija a szükségesnél erősebben füstöl. Bár ennél sokkal kevesebbet teszünk pl. a dohányzás ellen, ma már eljutottunk oda, hogy az újonnan forgalomba kerülő cigaretták dobozára rá van írva a figyelemztetés: árt az egészségnek! Ugyanakkor a fogamzásgátló tablettákról a laikusok túlnyomó része azt hiszi, hogy ártalmatlanok, és ehhez az önmagában is tájékozatlan orvostársadalom is hozzásegít.

A dohányosnak pl. döntési joga van: annak tudatában, hogy a dohányzás évtizedek múlva hörgőtágulatot, emfizémát, rákot okozhat, választhat a dohányzás és nem a dohányzás között, és itt a hangsúly a helyes tájékoztatáson alapuló döntésen van. Ugyanez vonatkozik az alkoholfélvezőkre is. A fogamzásgátló tabletták szedője azonban annak tudatában teszi ki magát az ismeretlen — de veszélyes — jövőnek, hogy a „pill” ártalmatlan. Döntésében tehát egyik oldalról a szexuális élet gondatlan élvezetének ténye, másik oldalról tájékozatlansága, sőt — nem ritkán — félretájékoztatása befolyásolja, ennek következtében elhatározása az esetek többségében egyértelmű. Az orvos magáról a felelősséget akkor sem háríthatja el, ha a kezelt személy akaratából történik beavatkozása, a jelen esetben azonban a döntés teljes terhét viseli, és később a félrevezetés vádjára érheti.

Az orvos felelőssége még nagyobb, ha figyelembe vesszük, hogy a fogamzásgátlásnak nem egyetlen módja a tablettás megoldás, és a többiek esetében a távolhatások veszedelmét feltételezni nincs alapunk. Tanulmányommal egyidejűleg jelent meg Stern és munkatársainak cikke a Science-ben (1977, 196, 146.), amelyben normális, cervikális displasiás, carcinoma in situval, illetve invazív carcinomával rendelkező, tablettát szedő, illetve IUD-t alkalmazó nők adatait dolgozták fel hét éves felmérés kapcsán. Megállapították, hogy a cervikális displasiás nők esetében (ilyen volt anyagukban a nőpopuláció 5⁰/₀-a!) — ilyenkor az elváltos még egyaránt regrediálhat vagy progrediálhat — a tablettás kezelést alkalmazók között sokkal nagyobb számban lépett fel a progressió — az invazív carcinomába való átmenetel — mint az IUD-seknél, és ez csak két éves tablettaszedés után derült ki.

Az IUD-vel sem merült ki azonban a fogamzásgátlás fegyvertára. Számos olyan módszer ismeretes, amely a férfi és a nő együttes közreműködését igényli. Kérdésesnek tűnik, hogy az olyan fogamzásgátló módszerek alkalmazása, amelyek teljes egészében a nőre hárítják a felelősséget és a kockázatot, mennyire hatnak ki a férfi és a nő kapcsolatára. Úgy érzem, hogy a tablettás fogamzásgátlás előtérbe kerülése mintegy leszoktatott minket a szexuális felvilágosítás és ezzel a szexuális kultúra terjesztéséről, ami számos helyen visszautíthat, gondolok itt arra, amit Fodor Miklós dr. levelében kifejtett.

Szeretném válaszomat — a Hetilapban szokatlan módon — egy fénykép közzétételével befejezni. A „terhesapa” képe a WHO Chronicle-ben jelent meg, és tulajdonképpen azt a szituációt jellemzi, amit az előző bekezdésben próbáltam felvázolni. A férfiak viselik a felelősséget azért, hogy a nők szedik a fogamzásgátló tablettákat, akkor is, ha a döntés — látszólag — a nőké. Kérdés, hogy milyen lenne a férfiak hozzáállása ehhez a kérdéshez, ha férfiterhesség is léteznék? Persze lehet tréfásan és komolyan is fogalmazni. Nyilvánvaló, hogy a nő egészségének kímélete, amennyire tudjuk rizikómentessé tételére, egyidejűleg az utódnemzedék egészségének lehetséges biztosítását is jelenti. A nők azon terhek viselése mellett, melyeket korábban is hordaniuk kellett, számos terhet átvettek a férfiakról is. Ha nem vigyázunk a nőre, mint a biológiai jövő elsőrendű hordozójára, akkor az utódgeneráció — férfi és nőneműek egyaránt — fog károsodni, és ez a jelen élő nők és férfiak, orvosok és laikusok felelősségét előtérbe hozza. Az orvosokét azonban mindenél jobban, mert a dolgok tudóinak felelőssége a legnagyobb.

Csaba György dr.

A szerkesztőség válasza:

Dezső László dr. megjegyzéseit, Csaba professzornak az Orvosi Hetilapban (1977, 118, 1947.) megjelent tanulmányához írt hozzászólásában valójában a szerkesztőségi kommentárhoz fűzi. Levele nem hagy kétséget afelől, hogy a dietilstilb-ösztrolnak (DES), mint antikoncepciós alkalmazását kifogásolja anélkül, hogy ezt kellően indokolni tudná. Ezzel a statisztikai szemlélet elmarasztalása nem állítható szembe. A statisztika a korszerű orvostudomány és a modern társadalom döntéseinek nélkülözhetetlen módszere. Mi ugyanis nem azt nevezük statisztikának, ahogyan Dezső dr. — véleményünk szerint — valódi szándékával ellentétben, úgy teszi fel a szónoki kérdést „nem jelent-e minőségileg többet az 1 millió asszony, mint 1 milliószor egy asszony”. Holott akkor maradt volna következetes önmagához a statisztikai módszer felett mondott ítéletében, ha példájában az 1 milliószor egy asszonyt helyezi előnybe, az egy millióval, mint tömeggel ellentétben. Szerintünk az a helyes biometriai szemlélet, ha milliónyi egyed érdekét előnybe helyezve mondunk le — más alternatíva híján és vérző szívvel — az egyetlen egyed életéről. Ez nem jelenti az egyedi élet értékének tagadását, legfeljebb a szemlélet irányát fordítja meg és az élet értékét a közösség felől közelíti meg. Helyesen tehát a statisztika mögött is az egyed értendő, még akkor is, ha az egyedek tömegéről van szó. Dezső dr.-nak az a megállapítása pedig egyenesen követhetetlen számunkra, hogy egy jó szándékkal, széles körben alkalmazott, kedvező hatásában az egyed és a társadalom igényeivel egyaránt találkozó megoldást az Eichmann-per tárgyával vagy a vietnami háború következményeivel párhuzamba állítva az olvasót megengedhetetlen képzet-társításra csábítsa.

Az olvasónak szilárd etikai elvűsége mellett tudnia kell ugyanis felmérnie egy módszer ráfordítás/várható siker összefüggéseit. Elkerülte volna Dezső dr. figyelmét, hogy érvelését ugyanazon statisztikai adatokra építette, amelyekből Csaba professzor következtetéseit vontta le? Már ezért sem indokolt tehát, hogy a statisztikát olyan hévvel ítélje el. Azt sem helyeselnénk, hogy egyenlőségi jelet tesz az antikoncepciós szedést DES feltételezett következményei és a graviditás folyamán terápiás szándékkal adott DES hatásai között, mert a kettő feltétlenül különválasztandó és az orvos nem nélkülözheti e kérdésben a helyes tájékoztatást. Többek között ezt a célt szolgálják az Orv. Hetil. 1978, 119, 787—788. oldalain közzétett referátumok.

Dezső dr. terjedelmes, egyértelmű levelének végén várható lett volna, hogy állást foglal a fogamzásgátló tabletták alkalmazása el-

len. Ez elől azonban maga is visszariad, amikor mondanivalója általánosságokba torkollik.

Fodor József dr. hozzászólása arra indít bennünket, hogy megjegyezzük: az orvos etikai érettsége éppen abban nyilvánul meg, hogy szemléletét össze tudja egyeztetni a humánussal, a tanácsért és segítségért hozzá fordulók érdekeit a társadalmi érdekekkel. Az antikoncepciós szerek rendelése orvosi feladat lévén, az orvosnak joga, sőt kötelessége, hogy ismeretei, tapasztalatai birtokában és belátása szerint egyedileg világosítsa fel a hozzá fordulókat a gyógyszerek — jelen esetben a fogamzásgátló tabletták — lehetséges kockázatairól, indokolt esetben pedig, ha ennek szükségét látja — más gyógyszerekhez hasonlóan — le is beszélje a szer szedéséről. Kellő felvilágosítás után azonban úgy bízza a nőre a döntést, hogy a tanácsadó szerepének felelősségét sem hárítja el magától!

Fodor dr. levelével kapcsolatban említjük meg, hogy a sexual-moralis kérdések megvitatása meghaladná e szerkesztőségi válasz kereteit.

Csaba professzor válaszával kapcsolatban megértjük, hogy a késői nemzedékekért aggódó tudós lelkiismerete nyilvánul meg ebben a válaszban. Mégis meggyőződésünk, hogy a vita hevében becsüli túl a kockázatot, amikor „vészterhes jövő” árnyát idézi és megismétli a DES katasztrófa baljós próféciáját. Ezt már azért sem hagyhatjuk megjegyzés nélkül, mert az önmaga által idézett tények és a szakirodalomban említett megfigyelések realitásán túllépnek. Az orvosokat tárgyilagosan kell tájékoztatnunk és sem „vészterhes jövő”-ről, sem „katasztrófa”-ról nem beszélhetünk, mert erre a meglévő ismereteink nem jogosítanak fel.

Úgy gondoljuk, hogy ez idő szerint az antikoncepciós szerek rendelkezésének kockázata általában belül van a vállalható határokon. Meggyőződésünk, hogy az emancipált nőnek joga van az antikoncepcióhoz, sőt az a kívánatos — és ebben csatlakozunk Csaba professzor véleményéhez — ha a nemi élet örömeinek zavartalanúságáért hozott áldozatban a férfi a nővel arányos részt vállalna. És nem fedelkezhetünk meg arról sem, hogy a jövőkutatók számításai szerint a küszöbön álló túlnépesedés kilátásai sem kevésbé nyugtalanítóak. Mi is érettnék tartjuk a magyar orvosokat a szóban forgó kérdések helyes megítélésére, félreérthető tájékoztatásuk, a tények túlbecsülése, balsejtelmek felvetése azonban csak arra alkalmas, hogy bizonytalanságot és bizalmatlanságot keltsen és rossz társadalmi közérzet meleggáya legyen. — A szerkesztőségi kommentár célkitűzése az volt, hogy gondolkodásra készítessen a „vészterhes”-nek jövendőlt kilátások felett. Megértettük és méltányoltuk, hogy Csaba professzor fel-

hívta a figyelmet ezeknek a távoli következményeknek a lehetőségére és medítált azok felett. Tanulmányának erkölcsi alapját nem vonjuk kétségbe, azért is tettük közzé, hogy jobb módszerek kutatására serkentünk. Hogy azonban a reális veszéllyel maga Csaba professzor sem számol, arra az mutat, hogy ő sem javasolja a fogamzásgátló tabletták alkalmazásának teljes mellőzését. Meg vagyunk győződve arról, hogy a „vészterhes jövő” predikciójáig a vita hevében jutott el. Ha azonban ismét, társadalmi jelentőségében is mérlegelné az antikoncepciensek szerepét, akkor medítál afelett az álláspont felett is, amelyet a szerkesztőség képvisel. Ez annál is inkább indokolt, mert éppen tanulmányának közlése bizonyítja, hogy nem zárkóztunk el aggodalmainak meghallgatásától és közzétételétől sem, ha azt nem is hagyjuk megjegyzés nélkül.

Talán abban nem kételkedik Csaba professzor sem, hogy az Orvosi Hetilap is osztozik a jövő generációkért aggódók gondjaiban. Ismételjük, feladatunknak érezzük, hogy új, hatásos antikoncepciensek módszer kutatására serkentünk. Tájékoztunk, tudjuk, hogy a fogamzásgátló tablettákat szedők 10–15%-ának vannak panaszai. Ha tehát ez esetenként előfordul, az orvos ne habozzon más módszert ajánlani. Bízunk a tudományban, amely bizonyára mielőbb hozzásegít az optimális családtervezés eszközához.

Végezetül meg kívánjuk jegyezni, hogy Csaba professzor már évekként előbb levélben fordult az Orvosi Hetilap szerkesztőségéhez, amelyben az antikoncepciensek szerepét lehetséges veszélyeivel foglalkozott. Akkor — a fogamzásgátlók magyarországi bevezetésének kezdetén — a levél publikálása nem volt időzerű. Most azonban a tanulmány a szerkesztőség kezdeményezésével, ill. egyetértésével íródott.

W. R. és T. T.

A Gestanon és Turinál iatrogeniájáról.

T. Szerkesztőség! Az O. H. 1977. évi 34. számában *Hirschler Imre* dr. tollából „A szexuálsteroidok iatrogeniájáról” címmel Csaba professzor az O. H. előző számában megjelent cikkéhez hozzászólás jelent meg. A 2062. oldal első hasábján végén a következő olvasható a Gestanonra és Turinálra vonatkozólag: „Az elmúlt évek során hazánkban nagyon sokan részesültek e kezelésben. Nem tudok arról, hogy a terheseken vagy az újszülötteken káros hatást észleltek volna...”

1976. dec. 10-én ismertette a Magyar Szemorvostársaság ülésén a klinikánkon észlelt első három olyan csecsemő fejlődési rendellenességét (mikropthalmus, buphthalmus, aniridia, cataracta) Böles Sándor, amelyek olyan terhességéből születtek, amikor az anya Gestanont, illetőleg Turinált szedett. Azóta összesen 18 esetet észleltünk.

Az első kilenc esetről a közlemény megjelenés alatt áll.

A 18. csecsemő jelenleg is klinikánkon fekszik. Az anya első terhessége spontán vetéléssel végződött. A második terhesség alatt Gestanont kapott. A csecsemő kétoldali buphthalmussal született, a cornea mindkét oldalon perforált és műtét ellenére a szemgolyók már atrophiasak.

Radnóti Magda dr.

T. Szerkesztőség! Rendkívüli érdeklődéssel várom a megjelenés alatt álló közleményt, amely nyilván kellő adatokat szolgáltat arról, hogy a felsorolt, örökletes jellegű szemfejlődési zavarok keletkezésében a gestagéneknek *kóroki jelentőséget* kell tulajdonítani és nemcsak véletlen egybeesésről van szó. *Post hoc*, nem mindig *propter hoc*. Az említett 18. esetben, talán a második terhesség is elvetéldött volna a gesztagének védőhatása nélkül. Sajnos az örökletes ártalmakat e szerek nem hatástalanítják. Időközben módomban volt Böles Sándor dr. cikkét elolvasni (*Szemészet*, 1977, 114, 216.). „Fennáll annak lehetősége, hogy szexuál szteroid kezelés nélkül ezek az utódok genetikai szelekciónak estek volna áldozatul, vagy legalábbis hasonló fejlődési rendellenességgel jöttek volna a világra” írja a szerző, akivel nagyon egyet kell érteni abban is, hogy „további prospektív vizsgálatokra van szükség”.

Hirschler Imre dr.

Arthrofluor

kenőcs

Antirheumaticum



ÖSSZETÉTEL: 1 tubus (25 g) 0,025 g natrium fluoratumot tartalmaz hydrophyl kenőcs alapanyagban. Az 50 g tubus 0,05 g hatóanyag-mennyiséget tartalmaz.


JAVALLATOK: Degeneratív ízületi elváltozások, spondylosisok, arthrosishoz társuló arthritisek – gyulladós ízületi kórfarmák, posttraumás arthritisek –, valamint myalgiaik esetében terápiás kiegészítésként.

ADAGOLÁS: Naponta egy vagy több (2–3) alkalommal a fájdalmas testrészt (ízület) és környékét vékonyan bekenni és a kenőcsöt bedörzsölni. A kezelés legalább egy héten át folytatandó.

FIGYELMEZTETÉS: Kenőcsös kézzel a szemhez nyúlni nem szabad!

MEGJEGYZÉS: ✖✖ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

TÉRITÉSI DÍJ: 25 gr 2,- Ft
50 gr 3,- Ft

Biogal  1261

A Debreceni Orvostudományi Egyetem Endokrinológiai Munkacsoportja 1978. május 26-án, pénteken 15 órakor, az I. Belklinika tantermében — *prof. Árvay Sándor dr.* 75. születésnapja alkalmából — *jubileumi tudományos ülést* rendez.

1. Köszöntők.
2. *Erdei I., Sándor P., Kálmán K., Leövey A.*: Az endokrin exophthalmus modern diagnosztikája.
3. *Balázs Cs., Szerze P., Bordán L., Leövey A.*: A diffúz toxikus golyva lithium terapiája.
4. *Sztojka I., Balázs Cs., Leövey A.*: A vékony tübiopsia jelentősége a pajzsmirigy betegsége kóris-mézésében.
5. *Udvardy M., Györfly Á., Neuwirth Gy.*: Valódi szénhidrát anyagcsere-zavar operált gyomrú betegekben.
6. *Neuwirth Gy., Karsai T., Udvardy M.*: Triptofán-terheléses vizsgálatok elhízott személyeken.
7. *Kulcsár A., Gergely J., Gomba Sz.*: Thyroxin kezelés hatása egészséges és károsított májra, patkányban.
8. *Gergely J., Kulcsár A., Gomba Sz.*: Anticonciptensek májra gyakorolt hatásának experimentális vizsgálata.
9. *Szokol M., Thomázy V., Kovács Zs., Schömig A.* (Heidelberg): A medularis interstitialis sejtek lipidszemcsézetttségének alakulása patkányvesékben, a Goldblatt hypertonia különböző fázisaiban.
10. *Lustyik Gy., Szabó D., Szabó J., Gláz E.* (Bpest.): Fokozott és gátolt aldosteron szintézist kísérő morfológiai változások patkány mellékvese zóna glomerulosisában — különös tekintettel a mitochondriumok és a lipidtartalom ultrastruktúrájára.
11. *Csáki G., Erdei I., Balázs Gy.*: Pajzsmirigy-betegségek ritka társulása.
12. *Takács I., Bazsáné Kassai Zs., Csongor J.*: Postmenopausalis oestrogen képzés.
13. *Borsos A., Takács I., Bazsáné Kassai Zs., Csongor J.*: Serumentosztéron értékek alakulása metropathia juveniliben.
14. *Smid I., Takács I., Bazsáné Kassai Zs., Borsos A., Makai F.*: Az ovarium hypoplasiák klinikai jelentősége.

A TMB Elméleti Orvosi Szakbizottsága 1978. május 19-én du. 2 órára tűzte ki *Fehér Imre dr.*: „*Csontvelői és vér őssejtek tulajdonságainak összehasonlítása transzplantációs felhasználhatóságuk szempontjából*” c. doktori értekezésének nyilvános vitáját az MTA nagytermében.

Az értekezés opponensei: *Balázs András dr.*, a biológiai tudományok doktora, *Kelemen Endre dr.*, az orvostudományok doktora, *Török István dr.*, az orvostudományok kandidátusa.

A TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága 1978. május 22-én du. 2 órára tűzte ki *Fraknoi Péter dr.*: „*Kiterjedt roncsolással járó végtag sérülések korszerű sebészeti ellátása*” c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA kistermében.

Az értekezés opponensei: *Maninger Jenő dr.*, az orvostudományok kandidátusa, *Kalabay László dr.*, az orvostudományok kandidátusa.

A TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága 1978. május 23-án du. 2 órára tűzte ki *Husz Sándor dr.*: „*A szérumfehérje-eltérések és a B-sejt szubpopulációk megoszlásának jelentősége a bőrgyógyászati kóris-mézésében*” c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA kistermében.

Az értekezés opponensei: *Fehér János dr.*, az orvostudományok kandidátusa, *Korossy Sándor dr.*, az orvostudományok kandidátusa.

A TMB Elméleti Orvosi Szakbizottsága 1978. május 26-án du. 2 órára tűzte ki *Kubászova Tamara dr.*: „*Ionizáló sugárzás hatása a Golgi-komplex funkciójára*” c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA kistermében.

Az értekezés opponensei: *Somogyi János dr.*, az orvostudományok doktora, *Szabó Dezső dr.*, az orvostudományok kandidátusa.

A Magyar Orvostudományi Társaságok és Egyesületek Szövetsége 1978. március 18-án rendezte évi beszámoló küldöttközgyűlését.

A megnyitó után *prof. Zoltán Imre*, a MOTESZ elnöke nyújtotta át az 1977. évi MOTESZ pályázatok nyerteseknek a díjakat.

I. díj:

Hársing László dr.: „Az intrarenalis keringés funkcionális organizációja”.

II. díj:

Asztalos Miklós dr.: „Manifeszt diabetes és terhesség korszerű kezelése, anyai és magzati szövödmények megelőzése”.

III. díj:

Kupcsulik Péter dr., Kokas Péter dr.: „Ischémiás hatása az in vitro perfundált máj működésére”.

III. díj:

Harmas Csaba dr.: „Az ischémiás szívbetegség megelőzést célzó gondozás üzemi hyperlipidaemia szűrővizsgálat alapján”.

III. díj:

Jóhárt György dr.: „A rejtett húgyúti fertőzések epidemiológiája iskoláskorban”.

III. díj:

Farkas András dr.: „A májgyulladásos és daganatos betegségek újabb diagnosztikus és terápiás lehetőségei”.

III. díj:

Stuber Adrienne dr., Mészáros Klára dr.: „A köldökvér egyes klinikai kémiai paramétereinek populációs vizsgálata”.

A Magyar Gyermekeorvosok Társasága 1978. május 18-án, csütörtökön délután 14 órakor Budapesten, a Semmelweis-teremben (VIII., Szentkirályi u. 21.) *tudományos ülést* tart.

C. Mietens (NSZK): Exanthemák aetiológiája és differenciáldiagnóza (30 perc).

Dénes János: A gyermeksebészet haladása (30 perc).

Lukács V. Ferenc, Bognár Márta, Kovács Edit, Morvay Margit: Tobramycin terapia (30 perc).

Cserháti Endre, Körner Anna: Hyperaldosteronismus (bemutatás, 8 perc).

Altörjay István (Szeged): Menetrier-syndroma miatt gastrectomizált csecsemő (bemutatás, 5 perc).

Verebély Tibor, Kontor Elemér: Pylorus atresiát utánzó gyomorhaemangioma (bemutatás, 5 perc).

Schafer József (Pécs): Ritka hasi tumor 2 éves gyermekben (bemutatás, 5 perc).

Felházi Lajos, Lukácsik Bertalan (Miskolc): Vékonybél perforatív szövődményt rupturált omphalocele gyógyult esete (bemutatás, 5 perc).

Rác Dániel, Madarász Gizella, Ungmayer József: Mediastinalis kórképek (bemutatás, 8 perc).

Miskolc Vasgyári Kórház Szülészeti-Nőgyógyászati Osztály 1978. május 19-én (péntek) délelőtt 9.30 órakor, a Kórház kultúrtermében (III., Kórház u. 1.) *tudományos ülést* rendez.

Tárgy: *Meddőség és kezelése.*

1. *Losonczy I. dr.* (Miskolc): Sperma-vizsgálatok tapasztalatai.

2. *Szepesi L. dr., Csoma B. dr., Zelena J. dr., Hollósy J. dr.* (Miskolc): Meddő házasságok területi gondozásának nehézségei.

3. *Asztalos M. dr.* (Debrecen): Diabetes és fertilitás.

4. *Vachter J. dr.* (Debrecen): Hysterosalpingographia.

5. *Csoma B. dr., Heiner B. dr., Ditrói S. dr., Szepesi L. dr., Konczvald B. dr.* (Miskolc): Stereo-technikával végzett hysterosalpingographiák értékelése.

6. *Kiss L. dr., Sándor Cs. dr., Hardonyi A. dr., Truppolti T. dr.* (Miskolc): Funkcionális meddőség vizsgálatának lehetőségei osztályunkon.

7. *Tóth I. dr., Nagy D. dr., Barna P. dr., Peleskei L. dr., Horváth Zs.*

dr. (Miskolc): Laparoscopia és sterilizálás.

8. *Smid I. dr.* (Debrecen): Ovulatio inductio.

9. *Barkai L. dr., Hardonyi A. dr., Pógyor M. dr.* (Miskolc): Tuba-occlusionál végzett rekonstrukciós műtéteink.

10. *Prof. Lampé L.* (Debrecen): Refertilisációs műtétek.

A Szegedi Akadémiai Bizottság és a Szegedi Orvostudományi Egyetem Tudományos Szakcsoportja 1978. május 23-án 16 órakor, az Akadémiai Bizottság Székháza üléstermében (Somogyi Béla u. 7.) tudományos ülést tart.

Üléslézők: *prof. Boda Domokos.*

A Kórbonctani és Kórszövettani Intézet előadásai

1. *Szalay Júlia, Bara Dénes:* Ultrastrukturális és enzimhisztokémiai vizsgálatok 3-acetyl pyridin-nel kezelt patkányok közepagyában (10 perc).

2. *Winkler János, Szabó Éva, Bara Dénes:* Luteinizáló hormon-releasing hormont képző idegsejtek kimutatása patkány hypothalamusában indirekt immunfluoreszcens módszerrel (15 perc).

3. *Jármay Katalin, Kuthy Enikő:* A herecsatornák emberi és kísérletes malakoplakiában (10 perc).

4. *Mágori Anikó, Sonkodi Sándor, Ormos Jenő:* A basalis membrán elektronenz átalakulása membranoproliferatív glomerulonephritisben (10 perc).

5. *Tószegi Anna, Bóti Zsuzsanna, Körtvélyessy Zsuzsanna:* Cardialis haemolysis (15 perc).

6. *Ormos Jenő:* A vesecsatornák phagocytá tevékenysége (15 perc).

A Magyar Rehabilitációs Társaság Pszichiatriai Szekciója, a Pécsi Orvostudományi Egyetem, a Pécsi Akadémiai Bizottság, a Magyar Orvostörténeti Társaság, a Magyar Pszichológiai Társaság támogatásával 1978. augusztus 21—22—23-án Pécsen rendezi a **III. tudományos ankétot**.

Főtéma: *A pszichiátriai rehabilitáció társadalom- orvostani és háttérterületi kérdései.*

A tudományos program az alábbi szekciókban kerül lebonyolításra:

„A” — A szociál-pszichiatria, mint az orvostudomány integráns része. Módszertani alapelvek.

„B” — Biológiai pathogen tényezők társadalom- orvostani értelmezése.

„C” — A pszichiátriai beteg családja.

„D” — Esettanulmányok a reszocializáció folyamatáról.

„E” — Deviáns magatartásmódok (alkoholizmus, öngyilkosság, stb.) multidiszciplináris megközelítése.

„F” — Egészségügyi intézményekben végzett szociológiai és szociálpszichiátriai vizsgálatok.

„G” — A mentálhigiéniai intézmények társadalmi kapcsolatai.

„H” — Az egészségnevelés helye a pszichiátriai megelőzésben és rehabilitációban.

„J” — Sajátos társadalmi helyzetű csoportok mentálhigiénés problémái.

„K” — A rehabilitációs szemlélet érvényrejuttatása az oktatásban és a továbbképzésben.

Programtervezet

1978. aug. 20. (vasárnap) 20.00 óra
Ünnepélyes megnyitó és fogadás.

1978. aug. 21. (hétfő) 9.00 óra

Plenáris ülés.

Juhász Pál dr., Tényi Jenő dr., V. Kabanov dr., E. Lange dr. referátumai.

„A”, „E”, „F”, „J” szekciók előadásai „D” zártkörű vitacsoport.

14.30 óra

„A”, „E”, „F”, „J” szekciók előadásai „B” szekció, kerekasztal-konferencia.

1978. aug. 22. (kedd) 9.00 óra

Plenáris ülés.

J. Wing, Krispin Exner, Hoppál Mihály, Halász Tibor, Popper Péter referátumai.

„A”, „C”, „E”, „H” szekciók előadásai „D” zártkörű vitacsoport.

1978. aug. 23. (szerda) 9.00 óra

„C”, „J”, „G”, „F” szekciók előadásai.

„E” szekció megbeszélése.

„G” szekció előadásai.

„D” szekció zártkörű vitacsoport.

„K” szekció nyílt, plenáris vitacsoport.

14.00 óra

Plenáris ülés.

A résztvevők szállodákban, fizető vendéglátó szobákban vagy diákotthonokban nyerne elhelyezést. Étkezési lehetőséget a diákotthonokban biztosítunk.

Részvételi díj: a Rehabilitációs Társaság tagjainak 300 Ft, pártoló tagoknak 100 Ft, egyéb résztvevőknek 400 Ft.

Az ankétora korlátozott számú jelentkezőt fogad még a szervező

bizottság. Ezért kérünk minden érdeklődőt, hogy levélben mielőbb keresse meg a szervező bizottság titkárát, *Stark András dr.-t* (7601 Pécs, Pf. 172.).

Az Idegrendszeri Tudományok Duna-Szimpozionainak Kuratóriuma 1978. november 24—26-án (péntek, szombat, vasárnap) Budapesten, a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Elméleti Tömb dísztermében (VIII., Nagyvárad tér 4.) rendezi meg a **11. Neurológiai Duna-Szimpoziont**.

Témák:

1. Az intrakraniális nyomásfokozódás pathomechanizmusa, pathológiája, tünettan és terápiája (kivéve az agydaganatokat).

2. A liquor-pathologia problémái. Hivatalos nyelvek: magyar, angol, német, orosz. Részvételi díj 600,— Ft.

A témákhoz csatlakozó, valamint korlátozott számban szabadon választott tárgyú előadások 1978. június 30-ig jelenthetők be az alábbi címekre:

11. Neurológiai Duna-Szimpozion rendező bizottsága, *prof. Csanda Endre*, 1083 Budapest, Balassa u. 6., Neurológiai Klinika.

Magyar Ideg- és Elmeorvosok Társasága, Titkárság, 1281 Budapest 27., Pf. 1.

A bejelentett előadásokról összefoglalás küldendő 1978. augusztus 15-ig.

Elfogadásukról a Kuratórium, ill. a rendező bizottság dönt.

További felvilágosítások a fenti címekről kérhetők.

A Magyar Experantó Szövetség Egészségügyi Szakbizottsága 1978. július 15-én du. 3 órakor Budapesten, a Láng Művelődési Házban (XIII., Rozsnyai u. 3.) **szekcióülést** tart a 27. országos experantó kongresszus keretében.

Bővebb felvilágosítást *Ferenczy Imre dr., MÁV főorvos* (9002 Győr, Pf.: 143) ad.

PÁLYÁZATI FELHÍVÁS

Az Orvos-Egészségügyi Dolgozók Szakszervezete és az Egészségügyi Minisztérium *Papolczy Ferenc dr.* szemézfőorvos emlékére pályázatot hirdet.

Pályázni lehet minden olyan szemészeti és szemészeti-onkológiai, valamint onkológiai tárgyú témával, amely hazai vagy egyéb folyóiratokban még nem jelent meg. A pályázat jelíges. Dolgozatot küldhet be minden 45 év alatti magyar állampolgár, gyógyító vagy tudományos munkát végző szemész vagy onkológus szakorvos vagy orvosi munkacsoport. A pályadíj 10 000,— Ft. Egyenlő értékű pályamű esetében a díj a két legjobb között arányosan megosztható.

A pályamunkákat 1978. november 1-ig kell az Orvos-Egészségügyi Dolgozók Szakszervezete Elnökségének (1363 Bp., Münnich F. u. 32.) beküldeni. A pályadíjat *Papolczy Ferenc dr.* születése évfordulóján, november 19-én adják át a bíráló bizottság által legjobbnak ítélt pályamunka szerzőjének.

ELŐADÁSOK—ÜLÉSEK

Dátum	Helye	Időpont	Rendező	T á r g y
1978. május 19. péntek	Szájsebészeti Klinika VIII., Mária u. 52.	délelőtt 8.30	Magyar Fogorvosok Egyesülete	Prof. Hornstein, Otto (NSZK): Jó- és rosszindulatú aphthás betegségek
1978. május 19. péntek	Orvos-Egészségügyi Dolgozók Szakszervezete Weil-termében V., Münnich F. u. 32.	este 19 óra	Magyar Angiológiai Társaság	1. <i>Mogán István, Sebestény Miklós, Acsódy György, Kánya László</i> : A felsővégtagok acut ischemiás állapotának kezelésében szerzett tapasztalataink (15 perc). 2. <i>Mogán István, Szabó Imre, Frank József, Turbók Eszter</i> : A felsővégtagok chronikus ischemiás állapota miatt végzett reconstructiv műtéteink eredményei (15 perc). 3. <i>Kolonics István, Káli András, Farkas Péter, Urai László</i> : Congenitalis subclavian steal syndroma (10 perc). 4. <i>Soltész Lajos</i> : Beszámoló a Buenos Aires-ban tartott VI. Nemzetközi Phlebologiai Kongresszusról (20 perc).
1978. május 22. hétfő	Pécs OTE Központi Épület	délután 16 óra	Pécsi Orvostudományi Egyetem Tudományos Szakcsoportja	1. <i>Lengvári István</i> : Perinatalisthroxin és corticosteron kezelés hatása az endokrin funkciók fejlődésére (20 perc). 2. <i>Tigyi József</i> : Az ultrahang-diagnosztika elméleti alapjai (15 perc). 3. <i>Than Gábor</i> : Ultrahang-diagnosztika a szülészet-nőgyógyászatban (10 perc). 4. <i>Csorba Lajos, Pécsi Lajos, Szabados György</i> (Kaposvár): A spontán légmell és műtéti gyógykezelése osztályunkon (15 perc)
1978. május 23. kedd	Semmelweis OTE Fül-Orr-Gégeklinika tanterme VIII., Szigony u. 36.	délután 15.30 óra	Magyar Fül-Orr-Gégeorvosok Egyesülete	1. <i>Prof. Fischer György</i> (Újvidék): Olfaktometria és klinikai jelentősége. 2. <i>Prof. Surján László</i> (Bpest): Beszámoló a II. Nemzetközi Gyermek Fül-Orr-Gégész szimpóziumról. 3. <i>Tomity Ilona, Martinovits János, Nagymajtényi Emőke</i> (Szeged): Toxoplasmosis fül-orr-gégegyógyászati jelentősége
1978. május 24. szerda	Győr Megyei KÖJÁL előadóterme Jósika u. 16.	délelőtt 10.30 óra	Veszprémi Akadémiai Bizottság és a Győr Megyei Kórház „Petz Aladár” Orvosi Klubja	Téma: <i>A fejlődési rendellenességek</i> . 1. <i>Szabó Zsolt</i> (Győr): A fejlődési rendellenességek jelentősége a halálozásban (20 perc). 2. <i>Szabó László</i> (Szombathely): Többszörös fejlődési rendellenességek (20 perc). 3. <i>Kosztolányi György</i> (Pécs): A fejlődési hibák és chromosoma aberrációk összefüggése (20 perc). 4. <i>Méhes Károly</i> (Győr): A fejlődési rendellenességek okairól (15 perc)

Tájékoztatjuk kedves olvasóinkat, hogy

HIRDETÉSFELVEVŐ IRODÁNK

a BUDAPEST VIII., SOMOGYI BÉLA U. 7. SZ. ALATT várja a nagyközönséget. Az iroda naponta 8 órától 16.30 óráig vesz fel hirdetéseket a NÉPSPORT c. napilapba és a hetenként megjelenő MAGYAR IFJÚSÁG c. lapba. Szombaton zárva. – A vidéki érdeklődőknek postafordultával küldünk tájékoztatást és postai befizetési lapot.

IFJÚSÁGI LAPKIADÓ VÁLLALAT HIRDETÉSFELVEVŐ IRODA

1085 BUDAPEST VIII., SOMOGYI BÉLA U. 7.
TELEFON: 337-517.

Kiadja az Ifjúsági Lapkiadó Vállalat, 1374 Budapest VI., Révay u. 16. Megjelenik 17 000 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 hírlapüzletében 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: 325-109, ha nem felel: 327-530

Előfizetési díj egy évre 312,- Ft, negyedévre 78,- Ft, egyes szám ára 6,50 Ft



78.1185 Athenaeum Nyomda, Budapest — Ives magasnyomás — Felelős vezető: Soproni Béla vezérigazgató

ISSN 0030-6002

INDEX: 25 674

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.
ECKHARDT SÁNDOR DR.
FISCHER ANTAL DR.
FÜZI ISTVÁN DR.
HIRSCHLER IMRE DR.
LENART GYÖRGY DR.
PETRI GÁBOR DR.
PETRÁNYI GYULA 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.
VÉRTES LÁSZLÓ DR.

*

119. ÉVFOLYAM

*

21. SZÁM

*

1978. MÁJUS 21.

TARTALOMJEGYZÉK

Kiss Szabó Antal dr.:

Útkeresés kórházi szinten
az intenzív újszülöttellátásban 1267

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

*Jankó Mária dr., Czeizel Endre dr.
és Vajda Róbert dr.:*

Prospectiv seroepidemiológiai vizsgálat
a connatalis toxoplasmosis
hazai gyakoriságának megállapítására 1275

A SZERVEZÉS KÉRDÉSEI

*Szilárd János dr., Vargha Miklós dr.
és Farkasinszky Teréz dr.:*

A gyermek ideg- és elmegyógyászat helye
és feladatai 1281

KLINIKAI TANULMÁNYOK

*Korossy Sándor dr., Vincze Erzsébet dr.
és Nebenführer László dr.:*

Foglalkozási kontakt dermatitisek
előfordulása Budapesten 1289

Simonyi István dr.:

A destructiós ileusról 1293

ÚJABB DIAGNOSZTIKAI ELJÁRÁSOK

*Rumi György dr., Solt István dr.
és Kajtár Pál dr.:*

Oesophago-gastro-bulboscopia
gyermekkorban 1297

KAZUISZTIKA

Decker Iván dr.:

Chilaiditi-syndroma 1299

Beszámolók, jegyzőkönyvek 1301

Folyóiratreferátumok 1303

Hírek 1321

Előadások, ülések 1328

CAVINTON[®] injekció, tableta

ÖSSZETÉTEL

1 tableta 5 mg vinpocetinumot,
1 ampulla (2 ml) 10 mg vinpocetinumot tartalmaz.

HATÁS

A Cavinton javítja az agyi perfúziót és ezáltal az agy oxigénellátását. Állatkísérletekben javítja a kísérletesen létrehozott hypoxia utáni agyi regenerációt. Direkt szívhatása nincs.

JAVALLATOK

Különböző eredetű (postapoplexiás, posttraumás vagy sclerotikus), agyi keringészavarok psychés vagy neurológiai tüneteinek: emlékezőszavarok, aphasia, apraxia, mozgászavarok, szédülés, fejfájás csökkentésére. Hypertensiv encephalopathia, intermittáló vascularis cerebrialis insufficientia, angiospasticus agyi kórképek, továbbá endarteriitis cerebri.

Ischaemiás agyi károsodásokban, előrehaladott agyi arteriosclerosisban a kollaterális keringés javítására. Szemészetben az érhártya és ideghártya vascularis, elsősorban arteriosclerotikus, ill. angiospasmus okozta maculadegenerációk, partialis thrombosisok, érelzáródás következtében kialakuló, másodlagos zöldhályog.

Fülészetben korral járó vascularis vagy egyes toxikus (gyógyszeres) halláscsökkenések, labyrinth eredetű szédülés.

ELLENJAVALLAT

Terhesség.

ADAGOLÁS

Acut esetekben naponta 3×10 mg-ot lehetőleg cseppinfúzióban vagy iv. ötszöröse hígítva lassan adagolni, majd a kezelés napi $3 \times 1-2$ tablettával folytatható. Krónikus esetekben a javasolt kezelés naponta $3 \times 1-2$ tableta. A fenttartó adag napi 3×1 tableta hosszabb időn keresztül.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁS

Az eddigi tapasztalatok szerint a tableta interakciót nem okoz, ezért kombinációs kezelésre is alkalmas.

Az injekció heparinnal incompatibilis, ezért heparinos fecskendővel nem adható és nem kaphatja olyan beteg, aki heparin kezelésben részesül.

MELLÉKHATÁSOK

Kismértékű vérnyomáscsökkenés, ritkán tachycardia fordulhat elő. Tartós kezelés esetén a vérképet időnként ellenőrizni kell.

MEGJEGYZÉS ✖

Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

CSOMAGOLÁS

50 tableta térítési díj: 23,- Ft
10 ampulla (2 ml) térítési díj: 14,- Ft

**KÓBÁNYAI
GYÓGYSZERÁRUGYÁR,
BUDAPEST X.**

Útkeresés kórházi szinten az intenzív újszülöttellátásban

Kiss Szabó Antal dr.

*Az Orvosi Hetilap újraindulásának 30. évfordulójára,
a szerkesztőség felkérésére írt tanulmány*

Amikor köznapi életünkben valami nagyon jelentősen megváltozik rövid időn belül, a szólás-mondás kedvelők a régieket, a körünkből már eltávozottakat szokták idézni, akik ha felébrednének és visszatérnének, nem ismernének rá átalakult környezetükre. Nagyarányú mai fejlődésünk számos ágára el lehet ezt mondani, de bizonyos oda illik szűkebb szakmánkra is akkor, amikor alig több mint évtizede — dinamikus fejlődésével — helyet kért a nap alatt egy csaknem egészében új ágazat, amelyet ma széltében-hosszában neonatologia-perinatologia néven ismerünk. Ki gondolta volna jó két évtized előtt, hogy az új élet születésének évmillió biológiai folyamata és eredménye — mindig is a kiteljesedett emberi egészséget szimbolizáló újszülött — nem tud majd meglenni neonatológiai centrumok, asszisztált és kontrollált gépi lélegeztetés, intubálás, orr-kanül,ambu-ballon meg sok egyéb nélkül; hogy a szakma interieurjében csak úgy röpködnek majd a CPAP, PEEP, az IPPV, a CPPB, a CNP — kívülálló számára teljességgel misztikus — szavak? Ám ez lett napjaink valósága, és ez az, amire nem ismerne rá a bábák, a háziorvosok világának — magánorvosi értékrendben gondolkozó, intézményesítéstől távol élő — patriarchalis orvosnemzedéke.

Itt egy gondolat erejéig meg kell állanunk. A kórképek sokasága ugyanis régen ismert és egyaránt feladta a terapiás leckét a gyógyító és kutató orvostársadalomnak. Ezzel szemben noha ismertük a koraszülöttet, de nem ismertük az *immaturust mint tömegjelenséget*. Tudtuk, hogy a kora- és újszülött fokozott gondosságot igényel, de nem láthattuk előre, hogy az immaturusok váratlanul nagy száma *milyen sokrétű, intenzív ápolási feladat* (5) megoldása elé állít anyagiakban és szellemiekben egyaránt. S megint csak ismertük a légzési adaptáció újszülöttkori problémáit, de nem ismertük a *respirációs distressz mint tömeges kórképet*. Számoltunk azzal, hogy a légzés alkalmazkodásának nehézségei mindig is hoznak egyedi újszülöttvesztést, de messze nem sejtettük, hogy ez egymaga *meghatározza majd* — mindmáig megoldatlanul (56) — a *perinatalis, sőt ezen ke-*

resztül az össz-csecsemő mortalitást (11). Tudtuk, hogy a légzés adaptációja nem korlátozódik kizárólag a két tüdőszárnyra, de azt alig sejtettük, hogy a *szervezet bensőjét, a közti anyagcserét milyen zsákutcába vezet* ez a látszólag légúti betegség (4, 6, 7, 17, 64). És végül jó 20 évvel ezelőtt alig gondoltunk arra, hogy eljön az idő, amikor a gyermekgyógyászoknak, szülészeknek, az egészségpolitika irányítóinak, az egészségügyi szervezőknek legjobbjai szentelik tudásuk javát annak, hogy megtalálják a *perinatalis halálozás visszaszorításának járható útját* (32, 40, 46, 47, 50, 55), hogy gátat szabjanak az immaturusok és légzési distresszben szenvedő újszülöttek áradatának, hogy nekünk gyermekorvosoknak lesz a legsürgetőbb az *intenzív újszülöttellátás intézményes megszervezése*, hogy mohó érdeklődéssel olvassunk mindent, amit a külföld e téren jól vagy jobban csinált (20, 22, 29, 42, 48, 51, 57, 59), hogy körülményeink kényszerítenek majd eszmei, szakmai „licenc” átültetésére (1, 2, 12, 13, 19, 21, 25, 30, 31, 53) és hasonlók alkotására idehaza (9, 10, 54). Az intenzív újszülöttellátás egyszeriben kiemelt feladattá lett a szellemi és szakmai centrumoknak: a Klinikáknak; ámbár — most már sejtjük — nem térhetnek ki ez elől, bizonyos vonatkozásaiban, a megyei kórházi központok sem. Másként vetül azonban a kérdés egyik helyen is és megint másként a másikban is. Hogy hogyan és miként, erről szólunk a következőkben, egy megyei kórházi gyermekosztály tapasztalatainak nézőszögén át, figyelemmel az Orvosi Hetilapot forgató olvasók általános érdeklődésére.

Feladatok és módszerek

Mi magunk — néhány évvel ezelőtt — az elmondottakból indultunk ki. Ezért egyfelől arra törekedtünk, hogy szerény lehetőségeinkhez képest *jól felszerelt intenzív megfigyelő-észlelő szobát* hozunk létre, másfelől megteremtjük a feltételeit annak, hogy a *tartós utángondozás biztonságos rendszerét* kiépítsük. Tudtuk, hogy az előbbinek sok és terhes anyagi vonatkozása van, utóbbi pedig — többek között — olyan tételékből áll mint a tökéletes izoláltság, a keringő és csíraszegény levegő, az üzemképes incubator rendszer. A következőkben lássuk ezeket sorban, úgy ahogyan megvalósítottuk. Mindenekelőtt azonban szólnunk kell azokról a körülményekről, amelyek mindezt indokoltá tették saját megyénkben.

Gyakorlati tapasztalat, hogy a légúti distresszben szenvedő újszülöttek egy része — nem nagy ezeknek a száma — általában még arra sem ad lehetőséget, mai szállítási körülményeink között, hogy *egyik intézetből a másikba kerüljenek át*. Ezeket a csecsemőket emiatt szorongató körülmények között, *helyben kell ellátni*.

Említetteket szemléltetjük *1. táblázatunkon*. 10 éves átlagot figyelembe véve — 1967. és 1976. év között — Hajdú-Bihar megye összes halottainak, 1500 g születési súly fölött, megközelítően egyharmada, pontosan 28%-a, terhelte kórházunkat. Ezeknek 34%-a halt meg 168 órán belül. E perinatalis csoportban azonban 21 közül 17 újszülött

1. táblázat. 10 év kórházi perinatalis halottainak száma, s közöttük azok, akik – mai szemléletünk értelmében – az azonnali distendáló légzés-támogatást igényelték volna

Év	Megyei össz-halott	Kórházi össz-halott	Kórházi perinat. halott (168 ó. b.)	Halálok: légzészavar	2×24 órán belül elhalt	Ezek közül területről szállítva	Érett súlyú a perinat. halottak között
1967	221	87	29	18	26	10	9
1968	210	49	24	21	19	6	11
1969	220	84	35	29	22	7	11
1970	220	65	23	17	15	9	9
1971	209	54	14	12	10	5	3
1972	265	75	16	12	13	6	8
1973	267	51	11	10	8	5	5
1974	238	56	11	8	9	2	5
1975	218	51	26	20	21	4	11
1976	164	47	21	20	19	3	6
Átlag	223	62	21	17	16	6	8

valamilyen formájú légzészavarban végezte, mindenképpen olyan állapotban, amely a mesterséges lélegeztetés adequat formáját megkövetelte, illetve megkövetelte volna. A perinatalisan elhalt 21 közül 16 csecsemő két napon belül — ezeknek nagyobb része egyszer 24 órán belül — halt meg, s olyan állapotban született, amelyben az *azonnali kezelésbe vétel* elengedhetetlenné vált; szállítással a rövid távot sem bírták volna. Az aztán már saját megyei problémánk — és pedig feltétlenül megoldandó feladatunk —, hogy ennek a csoportnak több mint egyharmada szülőotthonokból jött. Nevezettek 24 órán belüli elhalálozásában az útbaindítás körülményei, valamint a szállítás néhányszor 10 km-es távolsága biztosan benne van (8, 14, 36). Hozzávetőleg tehát havonta egy-két újszülött tartozott abba a csoportba — csak az 1500 g születési súly fölött elhaltak közül —, akiknek az optimális intenzív megfigyelésére-ellátására megyei központunkban — véleményünk szerint — kötelezően meg kellett teremteni a feltételeket. Még egyszer hangsúlyozzuk, hogy az azonnali beavatkozáson van a hangsúly. Eredményesség esetén aztán már alig lényeges, hogy mindez hol zajlik le: szállítás közben, avagy a szülőintézethez közeli újszülött-csecsemő részlegen. Ezt bizonyítja számos ilyen irányú kísérletes vizsgálat (23, 44).

Megítélésünk szerint a megyei központi kórházaknak azért is segíteniük kell vagy kellene a PIC (Perinatalis Intenzív Centrum) központokat, meri utóbbiak elsősorban *utógondozó ágygal, nem gyógyzik* majd, vagy csak igen nehezen. A fent érintett kérdéssel kapcsolatosan ismét csak saját megyei példánkat említjük: Hajdú-Bihar megyében és Debrecen városában évente — 10 év átlagát tekintve — 988 koraszülött (születési súly < 2500 g) és 152 úgynevezett immaturus, tehát 1500 g születési súly alatti, születik. A perinatalisan (168 órán belül) elhaltak száma — szintén 10 éves átlagban — 207 fő (2. táblázat),

2. táblázat.

Év	Koraszülött (< 250 g sz. s.)	Immaturus (< 1500 g sz. s.)	Perinat. halott (168 órán belül)
1967	850	146	180
1968	834	146	181
1969	908	131	185
1970	896	133	212
1971	877	143	187
1972	951	167	244
1973	1000	151	264
1974	1238	171	210
1975	1180	149	226
1976	1249	184	185
Átlag	998	152	207

Hajdú-Bihar megye és Debrecen város koraszülött (szül. súly < 2500 g), immaturus (szül. súly < 1500 g) élveszülöttjeinek, valamint Hajdú-Bihar megye perinatalis halottainak számszerű alakulása 10 év átlagában

Mind az immaturusok klinikai kórképei, mind utóbbiak haláloki diagnózisai között — mint ismeretes — leggyakoribb a légzési megbetegedés olyan jelleggel, amely hatékony légzés-támogatást feltételez. Figyelembe véve saját, továbbá az irodalmi adatokat is (18, 28, 65) — számításaink szerint — hozzávetőleg *évente 100–120 újszülött* az, aki idiopathiás respirációs distressz szindróma (IRDS), hyalinmembran betegség miatt az intenzív ellátás teljességére tart igényt; hozzá kell tennünk azonban, hogy ennek többszöröse azoknak a száma, akik a diagnózis teljes tisztázásáig intenzív megfigyelést igényelnek. Könnyen beláthatjuk, hogy amennyiben egy-egy lélegeztetési procedúra csak kétszer, négyszer 24 órát vesz igénybe, a további utógondozás pedig legkevesebb 10–30 napot — vagy immaturus esetén ennél többet —, úgy egyenletes és arányosan egymás utáni betegforgalomban is — ami a gyakorlatban, éves vetületben, szinte sohasem fordul elő — két-három distendáló vagy gépi lélegeztető telephely, illetve 20–25 koraszülöttágy minden napja foglalt az adott esztendőben. Amennyiben ide számítjuk — saját PIC rendszerünkben — Szabolcs-Szatmár megye mintegy 180 fő immaturusát (43), úgy *4–5 telephely és 40–45 ágy sohasem lesz szabad* matematikai szabályosságú betegeloszlás mellett sem. Ez természetesen nem lenne baj egyetlen perinatalis intenzív központban sem. Sőt! A munkatempó ilyen áramlása a kívánatos rutint egyre csiszoltabbá teszi, ami a jó eredmények egyik feltétele. A mindennapok történéseiben azonban erről a — fentebb említett — egyenletességről szó sincs. Folyamatában egyszerre vagy a jelzettek többszöröse lepi meg az osztályt akár naponta, más időben alkalmasint egy ellátandó sem lesz. Ez még akkor is feszített ágykihasználásra kényszerít, elsősorban az utógondozásban, ha tudjuk, hogy a respirációs kezelésben részesítettek jelentős része nem éli túl az egy-két 24 órát. A zsúfoltság végső eredménye a fertőzési láncolatban fog lecsapódni.

Az eddig elmondottak vezettek aztán bennünket tovább, amikor a saját magunk által elének tűzött *kettős feladatnak* eleget kívántunk tenni. Rö-

vidre fogva a kevésbé lényegi kérdéseket: nem könnyen és nem egyszerűen, saját törekvéssel meg a mások megértő azonosulásával — kórházi anyagi alapból — kialakíthattunk egy intenzív megfigyelő-őrző szobát újszülöttrészlegünkön CPAP telepítésekkel (continuous positive airway pressure — tartós pozitív légúti nyomás; kilégzésvégi pozitív nyomást fenntartó lélegeztetési forma; 31), az ehhez tartozó kompresszorral, sűrítettlevegő-tartállyal, központi O₂-vezetékkel, infumattal-perfuszorral és biológiai microanalysatorral.

Ezzel az egységgel egy kompresszorról 3 CPAP terapiát igénylő és 1 gépi lélegeztetésre szoruló újszülött egyidejű és tartós kezelését oldhatjuk meg. A CPAP rendszer egységei könnyen összeállíthatók és szétszedhetők, megfelelő számú tartalékalkatrész elkészítésével naponta cserélhetők, gázban illetve autoklávban sterilizálhatók. Mindenesetre ilyen és hasonló lélegeztetési rendszer ma már több is működik az országban a hivatalos PIC rendszeren kívül is (52). Hangsúlyozzuk, kórházi szinten nem a distendáló lélegeztetés ténye a legfontosabb mozzanat, sokkal inkább az intenzív észlelés és megfigyelés; időbeli kiszűrése azoknak, akiket azonnal szállítani kell és viszatartani azokat, akik feleslegesen terhelnek a PI centrumot.

A következő lépésben az újszülött-koraszülött boxok optimális levegőcseréjét és lehetőségeinkhez mért tökéletes izolációját kívántuk megoldani. Az előbbivel kapcsolatosan egyszerű és olcsó építészeti megoldáshoz folyamodtunk, ezért egyik részlegünkön elszívásos, másik egységünkben gravitációs rendszerrel oldottuk meg a kórtermek szellőzését.

A közlekedő folyosókon axial ventilátorokkal túlnyomást hoztunk létre, ezáltal a boxok ajtajának nyitásával az esetlegesen fertőzött levegő nem kerülhet ki a folyosóra, az onnan bejutó viszont a mennyezet elszívó csöveinek áramlásával a szabadba kerül vissza.

A kórtermi egység csíraszegénységének eleve feltétele a boxok szeparáltsága, a hétköznapi nyelvén szólva, az ajtók állandó csukása. Mindazonáltal egy-egy délelőtti műszakban, amikor a vizit, a kezelés, a gondozás-étetés sürgős cselekvésre készlet, a siető orvosnak és nővérnek ritkán

marad ideje-figyelme, esetleg türelme arra, hogy az ajtót minden alkalommal becsukja maga mögött. A gyakorlat többnyire elvesz az egyébirányú tevékenység tömkelegében. Így jutottunk arra a gondolatra, hogy olyan mechanikai rendszert keressünk, amely az ember hajlandóságától, hangulatától függetlenül biztosítja a csukott ajtók rendszerét, miközben megvalósítása nem bonyolult, működtetése természetes és anyagiakban sem terhes. Ez az elképzelés végül is a kórtermek ajtóinak nyitására és csukásáról szolgáló *mágneses záruk rendszerében valósult meg* (16).

Még jobb megoldás az, amelyet szintén kórházunkban tervezett Buda (16). Ebben a változatban az elektromosan reteszelt ajtók nyitása csak olyan gomb megnyomásával lehetséges, amely szokvány kézfertőtlenítő oldatot tartalmazó edény rugalmas aljához érintkezik. A kórterembe csak úgy lehet bemenni, ha a nővér vagy az orvos a fertőtlenítő oldaton át gyakorol nyomást a gombra egyik kezével, miközben a másikkal az ajtó kilincsével szolgáló fogantyút köteles húzni. Tapasztaltuk, hogy bizonyos kezdeti szokatlanság után az ápoló személyzet általában hamar alkalmazkodik az új rendszerhez.

A gondozás hatékonyságát megszabja az incubatorok zavarmentes üzemelése, ezért 10 különféle gyártmányú incubator működését kísértük figyelemmel naplószerűen, hosszabb-rövidebb ideig: egyet-egyét átlag 544 napon át. Noha év közben is számos problémánk volt, mégis a meglepetés erejével hatott, amikor az adatokat összesítettük, s ezekből kitűnt, hogy a tárgyi időszaknak *csak 48 százalékában üzemeltek az incubatorok*; a hasznos idő 52%-a valami miatt kiesett (3. táblázat).

A részletekből aztán az is tisztázódott, hogy a nem üzemelési időszak 53%-a *valóban elveszett*, mert ez az állagmeghibásodás miatti kényszerű várakozásban telt el. A nem üzemelési időnek csak 47%-ában fordult elő, hogy éppen nem volt koraszülött, vagy esetleg szellőztettük, illetve fertőtlenítettük az egyes felületeket. Amint látható is a táblázatból, volt olyan incubator, amelynek a meghibásodását 597 (!) nap alatt lehetett csak elhárítani. Átlagban így is 213 napot kellett várni a hibák kiküszöbölésére: vagy azért mert nem volt

3. táblázat. Az incubátorok műszaki stabilitásának vizsgálati adatai

Incubátor száma, gyártmánya	Vizsgált napok száma	Üzemelt (nap)	Nem üzemelt (nap)	Meghibásodás (nap)	Hőmérs. ingad. (nap)	Szabályt. üzem bug-sip (nap)
I. „Inka” (csehszlovák)	620	468	152	—	28	—
II. Korbevit., 601	619	193	426	257	20	10
III. Dräger, Infantherm	619	414	205	—	2	—
IV. Medisor, IK 13	620	379	241	68	2	1
V. Medisor, 3401	619	8	611	597	—	—
VI. Korbevit, 601	621	283	338	93	13	—
VII. Medisor, IK 13	618	149	469	417	4	5
VIII. Medisor, IK 13/A	446	351	95	1	1	17
IX. Medisor, IK 13/A	446	236	210	56	—	13
X. Medisor, IK 13z	219	145	74	—	1	1
Összes és %	5447	2620 (48%)	2827 (52%)	1489 (53%)	71 (2,7%)	47 (1,8%)
Átl. adat incubátoronként	544	262	283	213	9	8

alkatrész, vagy pedig mert a műszaki ellátás kö-zömbösségét képtelenek voltunk áttörni.

Az üzemelési idő néhány százalékában még egyéb zavarok is voltak mint nehezen elhárítható sípólás-bűgás, illetve indokolatlan hőingadozás. Ezek azon-ban a működést már nem zavarták. Megemlítjük — mint érdekességet —, hogy zavarmentesség szempont-jából a legmegbízhatóbbnak két régi — másfél évti-zedes — készülékünk bizonyult: az egyik „Inka” cseh-szlovák gyártmány, a másik a „Dräger Infantherm”. Ezek a hosszú idő alatt is kifogástalanul üzemeltek. Az bizonyosnak látszik, hogy néhány incubatornál több már igényli az állandó jellegű műszaki-techni-kai felügyeletet.

Az incubatorok olykor *veszélyes fertőzőforrás-sá* válhatnak. A fertőzöttség és csírátlaníthatóság kérdéseiben részletes vizsgálatokat végeztünk osztályunkon (34, 61). Előzménye ennek az az inter-stitialis plasmacellularis pneumonia-járvány volt, amely 1972-ben zajlott le csecsemő részlegünkön, s amelynek magas mortalitási és mortalitási követ-kezményei lettek. Az ezt követő vizsgálat felfedte a három leginkább veszélyes fertőzőforrást, éspe-dig a *levegőbevezető részt, a víztartályt és a hab-szivacs tömitéseket*. A rossz mechanikai tisztítha-tóság miatt még az etilénoxidos gázsterilizés (1000 mg/l, 4,2 kp/cm², CO₂ inertgáz, 90—100% relatív nedvesség, 45 ± 10° sterilizési hő, 12 óra alatt) sem hozott maradéktalan csíramentességet, elsősorban a habszivacs szegélyekben. Ennek figyelembevételével a Medicor-gyár a szivacsot kiküszöbölte és tömör műanyaggal helyettesítette. Bárhol alkalmazott incubatorban mindig erre a három forrásra kell különös gonddal odafigyelni. Mióta a felületeket jodofor készítményekkel (Wescodine 3%-os, Yoson 1,5%-os), az O₂-vezetékeket és párástó tar-tályokat 2%-os Glutaraldehiddel dezinficiáljuk, a tartály vizébe pedig 1%-os Nipagin oldatot teszünk folyamatosan, kirívó fertőzöttség esetére pedig — mint az interstitialis pneumonia, vagy a légúti ví-rus (37, 38, 39, 45, 63), illetve a halmozott patho-gen coli — az etilénoxidos gázsterilizés rendelkezésünkre áll — ugyanis a Medicor Művek Kutatási és Fejlesztési Osztálya kórházunkkal közösen jelenleg is folytat vizsgálatokat az incubatorok eti-lénoxidos gázsterilizésének végleges kidolgozására — egyetlen jelentősebb contact vagy aerogen fer-tőzés sem fordult elő osztályunkon.

A technikai-építészeti-higiéniái módszerek mellett néhány mondatban összefoglaljuk *azokat a szempontokat*, amelyek szerint az intenzív észle-léshez, gondozásba-kezelésbe vételhez az újszülöt-teket csoportosítottuk. Ezek olyan „saját” szabá-lyok, amelyekhez hasonló — feltehetően — az ál-talános törvényszerűségek figyelembevételével minden intenzív ellátással foglalkozó osztály szer-keszt önmaga számára. Csak a lényegét említjük.

Az *első csoportba* azokat az újszülötteket so-roltuk, akiket előzményi adataik miatt ugyan in-tenzív szobába helyeztünk (alacsony Apgar, szü-letési abnormalitás stb.), azonban mindössze meg-figyelés alatt tartottuk őket, (ide vettük a tünet-mentes, de „fenyegetett” Clements negatívakat is). *Második csoportba* kerültek az asphyxiában szüle-tett kora- és érettek, akiknek a születést követő

órákban is enyhe cardiorespiratorikus zavarát ész-leltük. *A harmadik, a distendalo kezelést igénylők csoportját* alkották azok, akiken a respirációs di-stress (RDS) tüneteit, jeleit találtuk (aspiráltak, extrapulmonalis okok által fenntartott légzési za-var, kivétel a hyalinmembran alapos gyanúja). Vé-gül *respiratorra helyeztük* az újszülöttet, ha spon-tán légzésük kimaradt, vagy már nem volt kielé-gítő (felületes légzés, 20 másodpercet meghaladó apnoe), illetve, ha a distendalo kezelés, a magas O₂-concentratio és végnomás ellenére sem volt eredményes (ide főleg a súlyos szülési sérültek, meconiumaspiráltak kerültek).

A leegyszerűsített követési séma pedig a kö-vetkező: amíg csak az anamnesis terhelő, de tü-netek nincsenek, megfigyelünk és az adatokat rö-gzítjük. Ha ezt követően szobalevegőn cyanosis és más cardiorespiratorikus zavar mutatkozik, külön-böző nagyságú fejbura alatt atmoszférikus nyomá-son, változtatott oxygen-töménység mellett, észle-lünk. Közben elvégezzük a szükséges vizsgálato-kat. Ez a mi gyakorlatunkban: a) röntgenfelvétel (elhelyezéskor és az állapottól függően), b) pH meghatározás (felvételkor, 1 óra múlva, állapottól függően), c) pO₂-értékelés (arteriális, arteriolizált capillaris, felvételkor, 1 óra múlva, állapottól füg-gően), d) klinikai tünetek regisztrálása (légzésszám, pulsus, hőmérséklet, bőrszín, grunting, bordaközi behúzóadás). Ha ezt követően az újszülött állapota nem rendeződik, akkor *kritikus ponthoz érkeztünk*, mert 6 órán belül el kell dönteni, tudjuk-e, szabad-e vállalni tovább az észlelést. Ezután már gyorsan kell cselekedni, s ez egyben a döntés leg-fontosabb — és legnehezebb — része. Amennyiben a leletek alapján hyalinmembran betegség kizár-ható, vállaljuk tovább a kezelést. Egyértelmű kli-nikai kép vagy gyanú esetén haladéktalanul a PI központba továbbítunk.

Eredmények

Saját eddigi eredményeinkből messzemenő kö-vetkeztetést levonni nem kívánunk. Dolgozatunk címében is az útkeresés feladatát jelöltük meg tö-rekvés céljául. A tennivalók világosak: egyértel-műen kötelességévé lett a gyermekorvosoknak és szülészeknek, hogy az IRDS és más újszülöttkori pathológiás kórképek gyógykezelését — a lehető-ségek határain belül — oldják meg. Az egységes elvek tényleges gyakorlati megvalósítását azonban azoknak kell biztosítaniuk, akik azt valóban vég-zik is. A finomítások szükségességét sokszor a mindennapok gyakorlata hozza felszínre.

Az elmúlt háromnegyed év alatt összesen 48 újszülöttet lélegeztettünk distendalo rendszerrel. Közülük 6 igényelte a gépi lélegeztetést (Loosco); 12 alkalommal végeztünk részleges vércserét és 5 ízben peritonealis dialysist. A 48 csecsemő közül 19 halt meg, azaz az összes kezelt 40%-a. A sectio alapján *is elvégzett* statisztikai finomítás után ki-tűnt, hogy a 19 meghalt közül 14 egyéb okok miatt már súlyosan károsított volt. Hyalinmembrán és agykamrai vérzés együttesen 1 újszülött halálát okozta, agykamrai vérzés miatt — egyedüli lelet-ként — 3, Gram negatív sepsis miatt 1, kisagysá-tor-szakadás miatt 6, májtok alatti vérzés és rup-

tura miatt 2 és gerinctörés miatt 1 újszülöttet vesztettünk el. Ezeket érdemben resuscitálni nem lehetett. Említettek leszámításával tehát összesen 34 cardiorespiratorikus zavarban szenvedőt kezeltünk: 23 koraszülöttet 1500 g és 2500 g születési súly között, illetve 11 érett súllyal születettet. Közülük boncolással is igazolt hyalinmembran betegség miatt 2 halt meg (egyik gépi lélegeztetett); a kezelték 5,9%-a. Gépi lélegeztetésben részesítettünk tehát 6 újszülöttet. Valamennyi meghalt. Egy volt közöttük hyalinmembran megbetegedés: tüdővérzés miatt halt meg. A többi 5 boncolási diagnózisai a következőképpen oszlottak meg: 1 májtokrepedés és subcapsularis vérzés, 1 cadaverként érkezett, majd élesztett, farfekvéses gerinctörött, 1 dystelectasia-éretlenség, 2 meconiumaspiratio, agykamra- és körüli vérzés.

Noha eredményeinken ott van annak nyoma, hogy tevékenységünk első harmadában — amikor a területileg illetékes PI központ a technikai be rendezések építése idején még korlátozott számban tudott csak IRDS betegeket fogadni — olyan újszülöttek ellátását is vállalnunk kellett, akiket ezt követően már minden esetben a központba juttattunk, azokból *néhány érdemi kérdésre így is következtethetünk: először*, alapvető hibaszázalék nélkül ki lehet szűrni azokat a szülési sérülteket, aspirációs syndromában szenvedőket, transitorikus distresszeket, egyéb (pulmonalis és extrapulmonalis) enyhe cardiorespiratorikus zavarban szenvedőket, akikkel ugyan feleslegesen terhelnénk a PI centrumot, de akik valójában a primaer vagy secundaer atelectasia — néhány óras, vagy napos — fenyegetésében élnek; ennek elhárításában az átmeneti distendalo lélegeztetés feltétlenül „aki időt nyer, életet nyer” hasznossági elvet szolgálja; így — *másodszor* — megyei kórházi szinten a patológias újszülötrészlegen kialakított intenzív észlelő-megfigyelő-őrző szobának létjogosultsága van; *harmadszor*, megyei kórháznak a biztonságos utógondozáshoz kielégítő fekvő beteg háttérrel kell nyújtania; végül *negyedszer* — ezt inkább csak fenntartással — megyei vagy más vezető kórházi központ végső megoldásként átmeneti időre, az intenzív ellátás teljességével segítheti vagy helyettesítheti a PI központot. E kitételben az el nem hárítható feladatvállaláson van a hangsúly, mert egyébként sem cél, sem tartós megoldás nem lehet.

Megbeszélés

A veszélyeztetett és légúti distressben szenvedő újszülöttek intenzív ellátásától — amelyben a hivatalos központban a respirációs terapiáé ma a vezető szerep, kórházi szinten nem feltétlenül — elsődlegesen abban várunk segítséget, hogy az egyes újszülöttek megmentésével javít a hazai perinatalis, 168 órán belüli mortalitási statisztikán. Ide kell sorolnunk minden patológias újszülöttet és nehezen adaptálót (IRDS, RDS, pneumonia, aspiratio, wet-lung, szülési sérült, fejlődési rendellenesség stb.), amíg a klinikai kép nem tisztázódik; utána már a gyógykezelése a szó. E feladatokra az a *10 PI központ alkalmas elsősorban* — közülük 8 hivatalosan is működik: Budapesten három központ, ezenkívül Debrecen, Miskolc, Pécs,

Szeged, Szombathely (néhány más kórházi osztály pedig saját erőből színvonalas intenzív ellátásra képes; 52) — amelyek éppen e célokra kaptak meg minden lehető anyagi-műszerezettségi és személyi ellátást. A gyakorlat azonban azt bizonyítja, hogy *nem szükséges minden intenzív észlelést igénylőt az országos PI központba juttatni*. Ez ugyanis egyfelől túl nagy szám, emiatt nagyon lekötné a központ munkáját, másfelől — a hyalinmembran kivételével — az újszülöttkori patológiás kórképek korszerű ellátására megyei szintű központokban is meg lehet — a jövő útja bizonyonnyal ez lesz — és meg is kell teremteni a feltételeket.

Alighanem közel jár a valósághoz más országban is *Fanconi és mtsainak* (26) statisztikája, amely szerint 1974. évben Svájc újszülöttjeinek 7,5 százaléka igényelte a születés utáni intenzív megfigyelést, noha a légzési distress syndroma az újszülöttpopuláció mintegy 2%-ában jelentkezett csak. Ha ez így igaz, akkor Hajdú-Bihar megyében az évi valamivel több mint 10 000 szülésre 700–750 körüli újszülöttet kell számításba venni az átmeneti intenzív észlelés szempontjából; valószínű azonban, hogy a hyalinmembran betegek száma nem haladja meg a 100–120 főt évente. Ezt erősítik megyei kórházi adataink is — a már említettekén túl — amikor 1976-ban a 3598 élveszülött közül 222-t, azaz az újszülöttek 6,2%-át, 1977. év első 10 hónapjában született 3410 csecsemő közül 224-et, azaz 6,6%-ot kellett különböző okok miatt klinikai-kórházi csecsemőosztályra szállítani átmeneti vagy tartós észlelés-kezelés céljából.

Említettek figyelembevételével is célravezetőnek tartjuk megyei kórházi szinten az olyan gyakorlatot, amely az alábbi megfontolást érdemlő tettekből indul ki. *Először*: a hivatalos PI központ kiemelt szerepét és feladatkörét öntevékenyen, ezzel meg nem bízott kórházi osztály, alapvető okok miatt — szükségétől eltekintve — ne vegye át; *másodszor*: ne rendezkedjék be a hyalinmembran betegség gyógykezelésére, tartós gépi lélegeztetésre; másfelől viszont minden más újszülöttkori kórkép terapiájára ugyanennek elméleti és gyakorlati készségét — szükség esetére — tartsa felszínen; végül *harmadszor*: megyei szintű osztály nem teheti a legegyszerűbbet, a legkényelmesebbet, a saját szempontjából legbiztonságosabbat sem, azt, hogy — tartva az IRDS esetleges fel nem ismerésétől — minden újszülött patológiát habozás nélkül a területi PI központba továbbít. Azt gondoljuk, *ha túl óvatosak és aggódóak vagyunk*, a PI központ nyakába zúditunk minden nehezen adaptálót, minden wet-lungot, belső fejlődési rendellenességet, szülési sérültet, aspiráltat, asphyxiát, pneumoniát és minden hyperviscositási syndromát. Ebben elfullad bármelyik PI központ munkája is. Ha viszont *túl sok a magabiztosságunk*, olyan felelősséget vállalunk magunkra — szükség-telenül —, amelynek megfelelni nem tudunk; elsősorban technikai — felszereltségi — személyi létszám vonalán.

Ma még inkább csak megvalósításra váró feladat az, hogy minden megyében minden hyalin-

membran beteg a PI központba kerüljön. (1977 decemberében alig több mint fele számára volt járható út ez; 60). Éppen ezért a *hivatalos centrumok még nincsenek leterhelve*, további feladatokat tudnak vállalni, ámbar — talán — nem ismerik az ellentett oldalt sem, amikor — a felelősség és a nehéz diagnosztikus problémák miatt — minden újszülött pathológiát válogatás nélkül megkapnak. Úgy érezzük, a szervezés egy bizonyos pontján utóbbi könnyen előrevetíti árnyékát. Saját gyakorlatunk e szempontból a következő: járási szintű kórházakból, szülőotthonokból minden — IRDS-re — nem tisztázott vagy tisztázható újszülöttet a PI központba juttatunk, megyei szintű kórház közbeiktatott szűrő szerepe kikapcsolásával (természetesen ahol a megyei osztály a hivatalos PI központ, ott másként vetül a kérdés), a megyei kórházi szülészeti osztályon születettek sáv szerinti része viszont a kórház újszülött- vagy csecsemő-osztály pathológiai részlegére vagy intenzív szobájába kerül megfigyelésre; onnan — az előírt határidőn belül — csak az egyértelműen tisztázható, vagy gyanús esetek kerülnek a PI központba.

Az *IRDS gyakoriságát* — az újszülött-populáció összetétele szerint — ugyan különböző értékekben adják meg az egyes szerzők (41), általában mégis elfogadott, hogy a 2500 g-nál alacsonyabb születési súlyúak között az előfordulás 10–15% körül mozog. Az IRDS és RDS együtt teszi ki az *újszülötthalalozás* mintegy 20%-át (27, 33). Feltűnő, hogy a kórképek fogalmi meghatározásában ma sem egységesen értelmezett minden kérdés az irodalomban (15). Ha a respirációs distressz szindróma (RDS) kórképéről beszélnek, akkor általában a tágabb és gyűjtőfogalomra gondolnak. Ide sorolják azon kórformák jó részét, amelyek a csecsemő gázcsereszavarát vonják maguk után mint az újszülöttkori dyspnoe, atelectasia, pneumothorax, emphysema stb. Amennyiben az idiopathiás respirációs distressz szindrómáról (IRDS) szólnak, úgy szűkebb és konkrét fogalmat körvonalaznak; ide a klasszikus hyalinmembran betegség tartozik. Az IRDS mortalitási aránya még ma is eléri a 20–30 százalékot (3, 24), más helyeken az 50%-ot is (60), bár ez ismereteink és a kezelési lehetőségek bővülésével egyre lentebb szorítható. Megelőzően — az intenzív ellátás előtti időben — a kezeletlen membran szindróma halálhozása rátája elérte az 50–75 százalékot (35).

E betegség lényege benne van a nevében. Jellegetesen alveolaris folyamat, amelyben az atelectasiás alveolusok falát hyalin anyagnak tűnő réteg vonja be; ez főleg serum fehérjékből, többnyire fibrinből áll. Utóbbi a biochemiailag sérült capilláris és az alveolus epithel választja ki. A pathogenetikai utat érzéketlenül talán a következőkben lehetne vázolni. Koraszülöttség-éretlenség → felületaktív anyagihiány → atelectasia → hypoxaemia → acidosis → capillaris és alveolus hám ártalom → hyalinmembran képződés (15). Innen tulajdonképpen öröki kör alakul ki, miután a membránképződés a hypoxia további fokozódását fenntartja.

Valójában számot kell vetnünk azzal, hogy még jól szervezett intenzív therapiás munkánk

mellett is viszonylag csekély számokkal dolgozunk az össz-mortalitási szinthez viszonyítva. Hisz' elsősorban a koraszülöttekről van szó, azok közül is arról a már említett hozzávetőleg 10–15%-ról, akiket a hyalinmembran betegség veszélyhelyzetbe sodor. Képletesen szólva tehát inkább az egyedi-egyes betegek életének megtartásában domborodik ki a therapiás siker oroszlátrésze, semmint a nagy statisztikai elmozdulásokban. Mindazonáltal hosszú távon a sikeres apró részletek összegeződnek, s ez az eredményekben is megmutatkozik. Így születnek azok a biztató közlések az intenzív gondozásban, amelyek már az 1000 g vagy annál alacsonyabb születési súlyúak túlélésében is reménykeltő számszerűségről tudósítanak. *Stewart és mtsainak* intézetében (58) az immaturusok e csoportjának már 32%-a élte túl a perinatalis időszakot — pedig az átlag születési súly 899 g volt — és 26%-uk 15 hónap és 8 év múlva is életben volt még. Másfelől gyakran therapiás „apróságok” a siker hordozói. *Omer és mtsai* (49) például azt találták, hogy azon 2000 g-nál alacsonyabb születési súlyú koraszülöttek között a hyalinmembran megbetegedéssel járó mortalitás csak 6,8% volt akkor, ha a megszületést követően minden veszélyeztetettet — intubálással és oxigen adásával — 3,2–6,3 percen belül az életerős újszülöttek „piros bőrszín” állapotába hozták, de a veszteségi arány élesen 28,9%-ra szűkött, amennyiben a „kék bőrszín” állapotából csak a 12,0–14,8. perc után sikerült kihozni.

Minden veszélyeztetettet és légúti distressz-es újszülöttet elsősorban az *agysejtek integritásának károsodása fenyeget* a következményes hypoxia és periodikus anoxia miatt. Miután szakmai beszélgetések során szó esik arról, hogy érdemes-e teljes anyagi és szellemi energiával életben tartani későbbi értelmi fogyatékosokat, érthető az egyre élénkebb érdeklődés: vajon az intenzív ellátásra, a mesterséges gépi lélegeztetésre kerülők milyen maradványtünetekkel élnek túl a kétségtelen heroikus beavatkozást. *Érdemi statisztikák* erre nézve inkább csak mostanában vagy majd a későbbiekben születnek. *Marriage és Davies* (44) 73 — újszülöttkorban csak gépi lélegeztetéssel életben tartott — gyermeke között, 2–9 éves korban, 15% volt szellemileg károsodott; ezeknek kétharmada közepesen vagy súlyosan érintett volt, s csak egyharmaduk került enyhén defectes állapotba. Mások (58) az egészen alacsony súlyú immaturusok között — születési súly < 1000 g — 1–8 évvel az intenzív ellátásban töltött újszülöttkor után 22% károsodottat találtak. Ebben azonban inkább az a hangsúlyos, hogy 78%-uk már épnek bizonyult. *Wolf* (66) IRDS-ben kezelt 9 gyermek közül csak egyet talált mentálisan károsodottnak, a többi 8 gyermek 1,5–2,0 évvel utóbb is normális fejlődést mutatott. *Thomson és mtsai* (62) pedig az igen súlyos asphyxiában született újszülöttek (az 1 perces Apgar: 0, az 5 perces 4) resuscitációját követően 5–10 évvel 93%-ban (31-ből 29 gyermek) találtak kifogástalan neurológiai és pszichológiai fejlődést.

Az irodalmi hivatkozásokat lehetne folytatni; meglehetősen szórt eredményekhez jutnánk. Egy

tényező látszik inkább csak biztosítottnak, az, hogy a technika fejlődésével, a tapasztalatok és ismeretek finomodásával egyre jobb eredmények következnek; ebben nem jutottunk el még a lehetőségek optimális határához.

A károsodás veszélye — a biológiai éretlenség és a hypoxia miatt — felveti a kérdést: *hol a határa a beavatkozás szükségességének, mikor válik etikai kérdéssé a rendelkezésre álló minden módszer mellőzése?* Noha mai ismereteink alapján nehéz lenne a kérdésben „ex cathedra” bárkinek is állást foglalnia, mégis egyszer majd dönteni kell abban, hogy az intenzív gondozással — beleértve a gépi lélegeztetést is — meddig célszerű elmenni. Hovatovább sürgetően időszerűvé is válik, mert az egyre színvonalasabb terhesgondozás napjainkban az egészen alacsony terhességi héttel megindult szülésből is élő újszülöttet ad a neonatológus kezébe. Idézzünk „záró gondolatul” egy véleményt (58) a több közül — valószínűleg közel jár az elfogadható igazsághoz —, amely így moralizál: az 1000 g születési súly alattiak túlélési aránya — átlag felszereltségű és felkészültségű intézetben — ma még mindenképpen alacsony; a 24. terhességi hét előtt a megtartás lehetősége valószínűtlen. Ennek figyelembevételével az említett születési súly és terhességi idő fölött az újszülöttért — elvben és gyakorlatban — mindent el kell követni mind megszületése előtt, mind azután, hogy életben tartása mellett elhárítsuk az agykárosodást. Ha azonban közben kiderül, hogy irreversibilis a szülés alatt bekövetkezett sérülés — például agykamrai vérzés — akkor a gondozást folytatni csak azért, hogy a csecsemő életét hiábavalóan meghosszabbítsuk — né tán életben tartjuk — nem érdemes; arra illetékesek konzultatív véleménynyilvánítása után az intenzív kezelést be kell szüntetni.

Visszatérve a gondolathoz, amelytől elindultunk: napjaink valósága, hogy a koraszülések és a koraszülöttek, valamint a közülük nagy számmal intenzív ellátást igénylők történetét ma még verejtékes munkával írják tovább a gyermekorvosok, a neonatológusok és a szülészek. Úgy tűnik azonban, hogy ennek a történetnek még távolról sincs vége, sőt talán még nem is közeledik a végéhez. Olyan szakmai ágazat ez, amelyben több a fárasztó küzdés, a lehangoló napi tapasztalat mint a felemelő és átütő siker. Többnyire még levert az orvos, amikor a sok napos kimerítő munka után újra és újra elveszti törékeny betegét, de ideje sincs a felépülésre, mert máris újabb és újabb légzésében fuldokló újszülöttért kell küzdelembe bocsátkoznia. Ha azért ragaszkodnánk szakmánkhoz, mert abban kizárólag a felüdítő emberi hangulati elemeket keressük, akkor bizonyos csak az olyan pillanatokat rögzítenék mozdulatlanul szakmai életünkben, mint az új életnek — a művészek által is százszor és százszor megörökített — születése: az abban sikeresen tevékenykedő orvos — a boldogságában feloldódó anya — az egészségesen világra jött újszülött hármában éppen kialakult emelkedetten derűs hangulati töltés, s szinte sohasem választanánk a boncolóorvos nehéz munkáját, aki a helyzethez — akaratlanul, de elengedhetetlenül — árnyalt hangulatban emeli kutató szemei elé a halálba

kényszerítő beteg szervet. A szakma mélységeiben azonban más és több van mint az ember hangulati boldogsága: olykor harc az elérhetetlenért, anélkül, hogy várhatnánk bármi eszmei jutalmat. A neonatológus is hasonló kétségek között teszi meg minden lépését, amikor az életképesség határát éppen csak átlépett koraszülöttet distendalo — támogató, vagy gépi lélegeztetésre teszi, s még csak annak jó kilátásai sem kecsegtetik, hogy valaha is megtalálja azt a megváltó gondolatot — lépést, amely a méhen belüli élet elmulasztott és elszalasztott lehetőségeit sikerrel pótolja. Csak egy vezetheti gyógyító kezét, annak reménye, hogy a felbolygatott fészek, az anyaméh, békéje — ne keressük most az okokat — egykor majd újra helyreáll, s az életerős újszülöttek sokasága mellett, az intenzív ellátást igénylő esetek csekély száma, a múlt kényszerű terhes emlékévé szorítja vissza — az elengedhetetlen szükségleten túl — a sok tízmillió forinttal és alig mérhető szellemi energiával kiépített intenzív újszülött-hálózatunkat.

Összefoglalás. A szerző áttekintette azokat a ma még vitatott kérdéseket: vajon az újszülött intenzív ellátásban hogyan és miként vehetnének részt a megyei vezető kórházak, illetve szükséges és lehetséges-e egyáltalán részvételük a már eddig is kijelölt országos PIC rendszerek mellett, azok támogatására. Adatokkal támasztotta alá, hogy különösebb központi támogatás nélkül is szükséges az intenzív központok munkáját segítő és kiegészítő osztályos létesítmények kiépítése, miután a centrumokat leterhelné a veszélyeztetett újszülöttek ellátásának maradéktalan vállalása. E feladat elsősorban a megyei kórházi központban lehetett egy részének intenzív észlelését-szűrését-gyógykezelését jelentheti. Mindenekelőtt a transzitorikus distress, egyéb (pulmonalis és extrapulmonalis) cardiorespiratorikus zavar, aspirációs szindróma, szülési sérülés stb. tartozhat ide. Hangsúlyozza, hogy Perinatalis Intenzív Centrum feladatokkal meg nem bízott osztály ne rendezkedjék be hyalinmembran betegség gyógykezelésére és az azzal kapcsolatos tartós gépi lélegeztetésre. Különösen hasznosan segít a centrum munkájában a tartós utángondozásban vállalt feladat. Ismerteti saját létesítményeiket az akut ellátásra, illetve tartós utángondozásra: intenzív szobájukat lélegeztető telephelyekkel, az újszülöttboxok hermetikus elzárására és a levegő cirkulációjára tett egyéni kezdeményezésüket, valamint az incubatorok zavartalan üzemelésével kapcsolatos részletes megfigyeléseiket. Az intenzív akut ellátással kapcsolatban ismételt hangsúlyozza a szerző az alaposan előkészített, mértéktartó feladatvállalást.

IRODALOM: 1. *Agostino, R. és mtsai:* *Pediat. Research.* 1973, 7, 50. — 2. *Ahlström, H., Johnson, B., Svenningsen, N. W.:* *Acta paediat. scand.* 1973, 62, 433. — 3. *Ahlström, H. és mtsai:* *Arch. Dis. Childh.* 1976, 51, 13. — 4. *Ambrus, C. M. és mtsai:* *Amer. J. Dis. Child.* 1974, 127, 189. — 5. *Aynsley-Green, A., Robertson, N. R. C., Rolfe, P.:* *Arch. Dis. Childh.* 1975, 50, 215. — 6. *Barr, P. A., Jenkins, P. A., Baum, J. D.:* *Arch. Dis. Childh.* 1975, 50, 856. — 7. *Bland, R. D. és mtsai:* *Arch. Dis. Childh.* 1973, 48, 800. — 8. *Boda D. és mtsai:* *Orv. Hetil.* 1966, 107, 145. — 9. *Boda D. és*

mtsai: *Pediat. Research.* 1967, 1, 411. — 10. Boda D. és mtsai: *Orv. Hetil.* 1970, 111, 131. — 11. Boda D., Murányi L., Altorjai I.: *Orv. Hetil.* 1970, 111, 132. — 12. Boros S. J., Reynolds, J. W.: *Pediatrics.* 1975, 56, 218. — 13. Bossi, E.: a) *M Schr. Kinderheilk.* 1975, 123, 141. — 14. Bossi, E.: b) *Schweiz. med. Wschr.* 1975, 105, 1210. — 15. Bossi, E.: c) *Schweiz. Rundschau. Med. (Praxis)* 1975, 49, 1583. — 16. Buda K.: Nem közölt adat. — 17. Büky B., Széll K., Tóth K.: *Orv. Hetil.* 1976, 117, 3155. — 18. Büky B. és mtsai: *Orv. Hetil.* 1978, 119, 27. — 19. Clements, J. A. és mtsai: *New Engl. J. Med.* 1972, 286, 1077. — 20. Cooke, R.: *Biol. Neonat.* 1970, 16, 60. — 21. Cowett, R. M. és mtsai: *New Engl. J. Med.* 1975, 293, 413. — 22. Cumarasamy, N. és mtsai: *Pediatrics.* 1973, 51, 629. — 23. Durbin, G. M. és mtsai: *Arch. Dis. Childh.* 1976, 51, 163. — 24. Emmrich, P.: *M Schr. Kinderheilk.* 1976, 124, 504. — 25. Ewans, J. J.: *New Engl. J. Med.* 1975, 292, 1113. — 26. Fanconi A. és mtsai: *Schweiz. Med. Wschr.* 1976, 106, 1426. — 27. Farrell, P. M., Avery, M. E.: *Am. Rev. Respir. Dis.* 1975, 111, 657. — 28. Farrell, P. M., Wood, R. E.: *Pediatrics.* 1976, 58, 167. — 29. Finnegan, L. P. és mtsai: *Am. J. Dis. Child.* 1970, 119, 212. — 30. Gluck, L. és mtsai: *Amer. J. Obstet. Gynec.* 1971, 109, 440. — 31. Gregory, G. A. és mtsai: *New Engl. J. Med.* 1971, 284, 1333. — 32. Hambleton, G., Appleyard, W. J.: *Arch. Dis. Childh.* 1973, 48, 31. — 33. Hohenauer, L. és mtsai: *Klin. Pädiat.* 1975, 187, 216. — 34. Kapczy J., Taar I., Miskolczi A.: *Budapesti Közegészségügy.* 1977, 2, 51. — 35. Keuth, U. E. M. és mtsai: *Pädiat. Prax.* 1975/76, 16, 445. — 36. Kiss Szabó A.: *Orv. Hetil.* 1973, 114, 843. — 37. Kiss Szabó A., Lehell F., Szakáll Sz.: *Az Északkelet-magyarországi Gyermekgyógyász Szakcsoport tud. üléseinek kiadványa.* 1974. 151. — 38. Kiss Szabó A., Lehell F., Szakáll Sz.:

a) *Orv. Hetil.* 1975, 116, 407. — 39. Kiss Szabó A., Lehell F., Szakáll Sz.: b) Hajdú-Bihar m. Tanács Kórháza Jubileumi Évkönyve. 1975, 113. — 40. Kíszel J. és mtsai: *Orv. Hetil.* 1976, 117, 1443. — 41. Lee, K. és mtsai: *Pediatrics.* 1976, 58, 675. — 42. Lipowsky, G.: *M Schr. Kinderheilk.* 1976, 124, 543. — 43. Magyar J.: Szóbeli közlés. — 44. Marriage, K. J., Davies, P. A.: *Arch. Dis. Childh.* 1977, 52, 176. — 45. Miskolczi A. és mtsai: Hajdú-Bihar m. Tanács Kórháza Jubileumi Évkönyve. 1975, 131. — 46. Mockrin, L. D., Bancalari, E. H.: *J. Pediat.* 1975, 87, 596. — 47. Oates, R. K., Harvey, D.: *Arch. Dis. Childh.* 1976, 51, 512. — 48. Ogata, E. S. és mtsai: *Pediatrics.* 1976, 58, 177. — 49. Omer, M. I. A., Robson, E., Neligan, G. A.: *Arch. Dis. Childh.* 1974, 49, 219. — 50. Óry I.: *Magyar Pediáter.* 1976, 10, 120. — 51. Pawlowski, P. és mtsai: *Kinderärztl. Prax.* 1976, 44, 61. — 52. Perinatalis Intenzív Centrumok (PIC) értekezlete. Szeged, 1977. VI. 9–10. — 53. Rhodes, P. G., Hall, R. T.: *Pediatrics.* 1973, 52, 1. — 54. Rubecz I., Horváth M.: *Orv. Hetil.* 1975, 116, 929. — 55. Schuler, D.: *Magyar Pediater.* 1976, 10, 161. — 56. Sinios, A.: *M Schr. Kinderheilk.* 1971, 119, 32. — 57. Stahlman, M. T., Cotton, R. B.: *J. Pediat.* 1975, 87, 601. — 58. Stewart, A. L. és mtsai: *Arch. Dis. Childh.* 1977, 52, 97. — 59. Swanström, S. és mtsai: *Arch. Dis. Childh.* 1975, 50, 913. — 60. Szakfőorvosi értekezlet. 1977. XII. 15–16., Szolnok. — 61. Taar, I.: *Med. biol. doktori disszertáció.* Debrecen, 1976. 39. — 62. Thomson, A. J., Searle, M., Russel, G.: *Arch. Dis. Childh.* 1977, 52, 620. — 63. Tóth I. és mtsai: *Magyar Microbiológ. Társaság nagygyűlése.* Szeged, 1974. VIII. 22. — 64. Trompeter, R. és mtsai: *Arch. Dis. Childh.* 1975, 50, 123. — 65. Veszélowitzky I. és mtsai: *Orv. Hetil.* 1976, 117, 345. — 66. Wolf, H. és mtsai: *M Schr. Kinderheilk.* 1975, 123, 692.

SYGETHIN

Uterotonicum

**injekció
és
tabletta**

ÖSSZETÉTEL: Ampullánként (2 ml) 20 mg mezo-3,4-di-(szulfofenil)-hexan dikálium só tartalmaz.

Tablettánként 100 mg mezo-3,4-di-(p-szulfofenil)-hexan dikálium só tartalmaz.

HATÁS: Fokozza a uterus kontrakcióit, ill. a myometrium oxytocin érzékenységét. Kismértékben gátolja a hypophysis gonadotrop funkcióját.

JAVALLATOK: Szülészetben: szülőfájások gyengesége (oxytocinnal, vagy más szülőfájásokat fokozó szerekkel kombinálható).

Nőgyógyászatban: klimakterikus tünetcsoport kezelésére.

ELLENJAVALLATOK: A szülő nő masszív vérvesztése és a placenta korai leválása.

ADAGOLÁS: Fájásgyengeségben 20–40 mg (1–2 amp.) lassan, intravénásan. Szükség esetén 1/2–1 óra múlva ismételhető (max. ötször). A klimakterikus tünetcsoport kezelésére általában a tablettát használják. Naponta 2 × 1/2–1 tabl. (50–100 mg), átlagos napi adag 1–2 tabl. (100–200 mg). Bevétel étkezéstől függetlenül történhet. A kezelés időtartama 30–40 nap.

RENDELHETŐSÉG: Injekció: Csak fekvőbeteg gyógyintézetek részére kerül forgalomba. Tabletta: Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

CSOMAGOLÁS: 100 × 2 ml amp.
10 × 100 mg tabl.

Téritési díj: 71,20 Ft.
16,50 Ft.

Forgalomba hozza: GYÓGYÉRT

INFORMÁCIÓ: MEDEXPORT Tudományos Ismertető Iroda 1055 Budapest, Balassi Bálint u. 25. Telefon: 122-867; 316-531.



Országos Közegészségügyi Intézet
(főigazgató: Tóth Béla dr.),
Orvostovábbképző Intézet,
Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika
(igazgató: Gáti István dr.)

Prospectiv seroepidemiológiai vizsgálat a connatalis toxoplasmosis hazai gyakoróságának megállapítására

Jankó Mária dr., Czeizel Endre dr.
és Vajda Róbert dr.

A *Toxoplasma gondii*val történt fertőzöttséget különböző országokban a lakosság 5–60%-ában mutatták ki (16). 1970-ben végzett vizsgálataink szerint Budapest népességének 42,9%-a esett át toxoplasma fertőzésen (17). Jellemző a fertőződés életkor szerinti megoszlása: a fertőzöttség aránya 15 és 25 év között a legmagasabb. 30 éves kor után a fertőződés egyre ritkább.

Az epidemiológiai adatokból felbecsülhető a terhesség alatti fertőzések és az ezek következtében kialakuló magzati ártalmak gyakorisága. Korábbi elméleti számításaink szerint hazánkban a születéseknek mintegy 2%-ében kell — jelenleg tehát közel 400 esetben — connatalis toxoplasmosissal (CT) számolni (4, 5). Ez a szám természetesen a halva születetteket is magába foglalja. Az irodalomban a mienknél alacsonyabb és magasabb gyakorisági becslések is ismeretesek (1, 7, 9, 14).

Elterjedtsége ellenére a *T. gondii* postnatalisan viszonylag ritkán okoz betegséget. A fertőzés az esetek nagyobb részében észrevétlenül, kisebb részben nyirokcsomó-megnagyobbodásokkal, lázzal, hurutos tünetekkel jár együtt. A terhesség alatti fertőzést követően sem jelentkeznek jellemző klinikai tünetek, így a kórismézés az újszülött ártalmának felismerése alapján vagy a terhesség alatti célzott szerológiai szűrés során történhet (5).

A CT szinte kivétel nélkül friss fertőzés eredményeképpen jön létre (15, 19, 21, 22). A korábbi fertőzések hatása alatt kialakult cellularis és hu-

moralis immunitás az újabb fertőződés alkalmával megakadályozza a parasitaemiát. Frenkel a CT létét és tüneteit a magzat-újszülött szöveti éretlenségével és specifikus cellularis-immunológiai védtelenségével magyarázza (10). Az agy és a szem gyakori érintettségének az lehet a magyarázata, hogy ezekben a szervekben a fertőződést követően kialakuló imunitás hatása sokkal kevésbé érvényesül, mint a zsigerekben.

Vizsgálati anyag és módszer

A komplementkötési reakció (KKR) specifikus serológiai módszer, amely a *T. gondii* fertőzés időpontjának megközelítésére is alkalmas; viszonylag rövid ideig — 2–4 évig — ad ugyanis csak pozitív eredményt (18, 23, 24). A fenti ok miatt alkalmaztuk a terhesség alatti toxoplasmosis megállapítására a KKR-t. Pozitívként az 1:5, illetve az afeletti titer értékeljük.

A felmérés két lépésben történt. Először kilenc budapesti kerület 8 terhesgondozójában megjelent gravidák esetében — a vércsoport és a WaR vizsgálat céljából levett vérmintákból — a KKR-t is elvégeztük. A vérminták begyűjtésével egyidejűleg megkértük — az e célra készített adatfelvevő nyomtatványok révén — a szükséges személyi adatokat is. A KKR-t 724, III–VI. terhességi hónapban levő gravida vérmintájából tudtuk elvégezni.

Második lépésben a vérvételt követő évben fel kívántuk keresni a 173 pozitív KKR-t adott asszonyt. A címzés pontatlanságai, elköltözés stb. miatt végül is 114 asszony esetében sikerült tisztázni az újszülött állapotát, illetve a terhesség lefolyását. Ezt követően a lakóhely, életkor, szociális helyzet alapján kiválasztott 121 negatív KKR-t mutatott (kontroll) asszonyt is kikérdeztünk. A személyes megbeszélés során az újszülött esetleges ártalmával kapcsolatban felmerült kérdéseket a Fővárosi Gyermekégeszségügyi Szolgálat gyermekszakrendelői dokumentációja alapján tisztáztuk.

Eredmények

A KKR eredményeit a terhesek életkora szerinti bontásban az 1. táblázatban foglaltuk össze. A pozitív esetek gyakorisága — összhangban a hazánkban és más országokban kapott seroepidemiológiai felmérésekkel — elsősorban a fiatalabb korosztályban fordul elő. Így anyagunkban a pozitív esetek előfordulási aránya az életkor növekedésével fokozatosan csökkent. A harminc éven felüliek csoportjában a 27 pozitív vérmintája kevés kivételtől eltekintve alacsony 1:5 titerértéket mutatott.

Az anyák KKR titerértéke alapján csoportosított újszülöttek állapotának megoszlása (koraszületés, vele született rendellenesség, egészséges érett újszülött) viszont számottevő eltérést mutat (2. táblázat). A pozitív KKR-t adott gravidák között gyakoribb volt a koraszülés ($\chi^2 = 4,55$; $p < 0,05$) mint a negatívak között; feltűnő az utóbbiak alacsony, 4,7%-os előfordulása. Az átlagos gestációs időtartamban nem találtunk értékelhető eltérést a pozitív és negatív anyák között. Az újszülöttek átlagsúlyának vizsgálatakor némi súlycsökkenés észlelhető az 1:20 < titercsoportban.

A vele született rendellenességek 5,8% és 3,8 százalékos gyakorisága nem jelent szignifikáns eltérést ($\chi^2 = 0,83$; $p > 0,05$), arányuk a kontroll csoportban megfelel a várakozásnak.

1. táblázat. **A komplementkötési reakció eredményének — pozitív, negatív — megoszlása a terhesek életkora szerint**

Korcsoport (években)	Komplementkötési reakció eredménye				Összesen szám	összesen %
	pozitív szám	pozitív %	negatív szám	negatív %		
19 >	9	32,1	19	67,9	28	100,0
20-24	81	25,6	235	74,4	316	100,0
25-29	56	24,1	176	75,9	232	100,0
30 <	27	18,2	121	81,8	148	100,0
Összesen:	173	23,9	551	76,1	724	100,0

2. táblázat. **Az élveszületett magzatok állapota a komplementkötési reakció titerértékének függvényében**

KKR titerérték	Koraszületés	Vele született rendellenesség	Egészséges érett újszülött	Együtt	Átlag gestatiós időtartam hetekben	Átlag születési súly (gramm)
1 : 5	4	1	34	39	38,96	3068,96
1 : 10	3	2	31	36	39,45	3061,35
1 : 20 <	5	3	20	28	38,55	2996,55
Összesen:	12	6	85	103	38,99	3042,29
Negatív	5	4	96	105	38,96	3074,90

3. táblázat. **Vele született rendellenességek**

Rendellenesség	KKR titerérték	Tünetek a terhesség folyamán	Gestatiós idő (hetekben)	Születési súly (g-ban)
Mitralis stenosis	1 : 10	—	36	1370
Werdning—Hoffmann	1 : 10	—	40	3300
Pes varus	1 : 5	ab. imminens	41	3250
Chorioretinitis	1 : 20	ab. imminens	36	3200
Luxatio coxae cong.	negatív	—	42	3200
	1 : 80	ab. imminens	36	2250
	negatív	—	36	2250
Microcephalia + értelmi fogyatékoság	1 : 40	—	36	1620
Pes calvancovalg.	negatív	—	40	2800
Hypohydroticus ectodermalis dysplasia	negatív	—	41	3650

A vele született rendellenességek típusonkénti előfordulását a 3. táblázat szemlélteti. A kontroll csoport 4 esete közül 3 multifaktoriális kórereditű (2 luxatio coxae cong. és 1 pes calcaneovalgus), és 1 eset pedig X-hez kötött öröklődésű (hypohydroticus ectodermalis dysplasia). A pozitív KKR-jú anyák újszülötteinek fejlődési rendellenességei közül 2 multifaktoriális kórereditű (1 luxatio coxae cong., 1 pes varus), 1 autosomális recessív öröklődésű (Werdning—Hoffmann), 1 pedig kétséges vagy nem teratogen eredetű (mitralis stenosis). Mindezek a terhesség alatti toxoplasma fertőzéssel kapcsolatba nem hozhatók. 2 eset azonban megfelelt a CT jellemző képének. Az egyikben foetalis chorioretinitisre visszavezethető egyszemes vakság, a másikban pedig az ún. pathológiás, intrauterin fertőzésre gyanús értelmi fogyatékoság és microcephalia fordult elő.

Meglepő az újszülötthalálozás megoszlása. Míg a negatívok csoportjában ilyen nem fordult elő — pedig a fővárosi adatok alapján várható lett volna —, addig a pozitív terhesek újszülöttei közül 6 (8%) halt meg. Ez magasabb a várt értéknél. A 6 halott újszülött közül kettőben a rendelkezésünkre álló boncolási leletek, szövettani vizsgálatok alapján a CT (foetalis encephalitis) fennállása valószínűsíthető. Az anya vérmintája mind a két esetben 1 : 20, illetve e feletti titerben tartalmazott antitestet.

Vizsgálataink során felmértük a pozitív és a negatív KKR-t adó gravidák terhessége folyamán fellépett tünetek és betegségek előfordulását is. Értékelhető különbséget e két csoport között nem találtunk.

Mind a pozitívok, mind a negatívok csoportjában összefoglaltuk az anyák előző két éven be-

4. táblázat. Az anyák előző két évi terhességének kimenetele a komplementkötési reakció titerértékének függvényében

KKR titer	Esetszám	Egészséges érett újszülött	Spontán abortus	Koraszülötés	Művi abortus	Halvaszületés	Fejlődési rendellenesség
1 : 5	23	8	6	1	6	1	1
1 : 10	23	5	6	—	12	—	—
1 : 20 <	22	5	5	—	8	3	1
Együtt	68	18 (26,5%)	17 (25,0%)	1	26 (38,2%)	4	2
Negatív	61	26 (42,6%)	15 (24,6%)	—	19 (31,2%)	1	—

lülí graviditásának kimenetelét is (4. táblázat). A pozitívak csoportjában a halvaszületés és a fejlődési rendellenességek gyakoribb előfordulása említhető meg.

Megbeszélés

Vizsgálataink során terhesekben a T. gondii fertőzés előfordulását (23,9%) nem találtuk jelentősen gyakoribbnak a hasonló korosztályú nem terhesekben végzett korábbi vizsgálataink eredményéhez hasonlítva (20,0%) (4, 16). A pozitív KKR-t mutatott gravidák életkor szerinti megoszlása — megerősítve saját megfigyeléseinket és a külföldi adatokat — arra utal, hogy a toxoplasma fertőzés többnyire a 20. életév körüli években történik. Emiatt hazánkban is éppen a reproducióra vállalkozó nők a legveszélyeztetettebbek.

Anyagunkban 4 esetben fogadtuk el a CT-t az újszülötthalalozás, illetve a vele született rendellenesség okául. Eszerint a pozitív KKR-t adott terhesek élveszülötteinek 3,9%-ában fordult elő CT. Figyelembe véve a terhesség alatti KKR pozitívítási arányát, anyagunkban a megvizsgált terhesek 5,5%-ében fordult elő T. gondii eredetű ártalom. Ez magasabb a korábbi becslésnél (4, 5).

A CT tipikus intrauterin gyulladáshoz megbetegedés, amely a szövetek többségére ráterjed, de legjellemzőbbnek a magzat encephalitise mondható. A betegség ritkábban a Sabin által leírt tetrád, gyakrabban a tetrádnak csak egyes tüneteit magába foglaló ún. oligosymptomás formában jelentkezik. Eseteink mind a CT oligosymptomás csoportjába tartoztak.

Említésre méltó az újszülöttek károsodása és az anyák titermegoszlása közötti kapcsolat. A 4 igazolt CT a 28 magas titerértékű gravida újszülöttei között adódott. Ez 14,3%-os gyakoriságot jelent.

A fertőzött terhesek graviditása alatt jellemző klinikai tüneteket nem találtunk, ez megerősíti a terhesség folyamán is a feltételezett inapparens fertőzés létét (20). Azok az anyák, akiknek az anamnézisében alacsonyabb titerű KKR pozitívítás mellett halvaszületés vagy fejlődési rendellenességgel született gyermek szerepelt, egészséges, érett újszülötteket szültek. Feltételezhető, hogy vizsgálatunk alkalmával a vérmintákban kimutatható antitest korábbi toxoplasma fertőzés következménye. Ez a feltételezés megegyezik azzal az

állásponttal, hogy CT — szinte kivétel nélkül — csak a graviditás alatt, főleg a terhesség második felében bekövetkezett friss fertőzés eredményeként alakulhat ki (2, 6). Eszerint az anyának csak egy CT-os gyermeke születhet (26).

A beteg újszülött kezelésétől keveset várhatunk. A jelenleg a leghatásosabb szer még mindig a pyrimethamin, sulphamethoxypyridazinnal vagy sulphadiazinnal együtt adva. Ez a kezelés a felnőttkori toxoplasmosisban eredményes, csecsemőben azonban csak a folyamat terjedésének vet gátat. Az agyi mészlerakódás néhány esetben EDTA adásával tüntethető el (13). Újabban több szerző számol be a spiramycin kedvező hatásáról, ezek az észlelések azonban még megerősítésre várnak.

A toxoplasmosis megelőzése nehéz feladat (10, 11, 12). Jelenleg a CT kiküszöbölésére az állatokkal (elsősorban a macskákkal) való kontaktus kerülése és a terhesség veszélyes szakaszában történő fertőzés serológiai felmérése és kiküszöbölése ajánlható.

Összefoglalás. A terhesség III—VI. hónapjában 724 gravida vérmintájából végeztek komplementkötési reakciót a Toxoplasma gondii fertőzés előfordulásának meghatározására. Komplementkötő antitestet 173 nőben mutattak ki. Munkájuk során 114 pozitív és 121 negatív (kontroll) személy esetében értékelték a graviditás kimenetelét (spontán abortus, halvaszületés, élveszületés), valamint az élveszülöttek állapotának (koraszülött, vele született rendellenesség, egészséges, érett újszülött) megoszlását. Feldolgozták a terhesség alatti tünetek, betegségek előfordulását, valamint az anyák előző kétévi terhességének a kimenetelét. Eredményeik bizonyítják a serodiagnosztika létjogosultságát a terhesség alatti toxoplasma fertőzések felismerésében. Összesített adataik alapján a congenitalis toxoplasmosis gyakorisága 5,5%-ben volt várható, ezzel szemben a pozitív komplementkötési reakciót adó esetekben ez közel 4%-ra, a magas titerű esetekben pedig már több mint 14%-ra emelkedett.

IRODALOM: 1. Alford, C. A., Stagno, S., Reynolds, D. W.: Bull. N. Y. Acad. Med. 1974, 50, 160. — 2. Couvreur, J.: Toxoplasmosis. Bern, Hans Huber. 1971. 119. — 3. Couvreur, J., Desmonts, G.: Develop. Med. Child. Neurol. 1962, 4, 519. — 4. Czeizel E., Jankó M.: Orv. Hetil. 1969, 110, 838. — 5. Czeizel E., Jankó

M.: Amer. J. Obstet. Gynec. 1970, 106, 776. — 6. Desmots, G., Couvreur, J., Alison, F.: Rev. franç. Étud. clin. Biol. 1965, 10, 952. — 7. Desmots, G., Couvreur, J.: Progress in Clinical and Biological Research. 1975, 3, 115. — 8. Feldman, H. A.: New Engl. J. Med. 1968, 279, 1370. — 9. Flock, D. G.: Intrauterin Infection. Amsterdam, Associated Scientific Publishers. 1973, 45. — 10. Frenkel, J. K.: Bull. N. Y. Acad. Med. 1974, 50, 182. — 11. Frenkel, J. K., Dubey, J. P., Miller, N. L.: Science. 1970, 167, 893. — 12. Frenkel, J. K.: Bull. N. Y. Acad. Med. 1974, 50, 228. — 13. Giza, T., Hanicka, K.: Proc. XIII. Int. Congr. Paediatrics, Wien, 1971, 1, 241. — 14. Hengst, P.: Toxoplasmose. Jena. Veb Gustav Fischer Verlag. 1975, 97. — 15. Hutchinson, W. M., Dunachie, J. F., Work, K.: Acta Path. Mic-

robiol. Scand. 1968, 74, 462. — 16. Jankó M., Czeizel E.: Parasit. Hung. 1970, 3, 119. — 17. Jankó M., Czeizel E., Geröfi J.: Népegészségügy. 1970, 51, 108. — 18. Körting, H. J.: Dtsch. Gesundh.-Wes. 1961, 16, 618. — 19. Kräubig, H.: Toxoplasmose. Stuttgart, Georg Thieme. 1966, 104. — 20. Mohr, W.: Verh. dtsch. Ges. inn. Med. 1954, 60, 611. — 21. Peterson, D. R., Tronca, H., Bonin, P.: Amer. J. Epid. 1972, 96, 215. — 22. Remington, J. S.: Ann. Rev. Med. 1970, 21, 201. — 23. Remington, J. S., Desmots, G.: J. Pediat. 1973, 83, 27. — 24. Remington, J. S., Miller, M. J., Brownlee, I.: Pediatrics. 1968, 41, 1082. — 25. Sabin, A. B.: Adv. Pediat. 1942, 1, 1. — 26. Obligatorische Toxoplasmose-Untersuchungen bei Schwangeren in Österreich seit 1974. Bundesgesundheitsblatt. 1975, 18, 168.

BIOSUPRESSIN kapszula

cytostaticum

Összetétel: 1 kapszula 0,20 g Hydroxycarbamidot tartalmaz.

Javallatok: Krónikus myeloid leukémia, melanoma metastasisal. Az említett elváltozásoknál elsősorban kombinációs kezelés formájában alkalmazzuk a remissiók idejének kedvezőbb alakulása céljából.

Nagy kiterjedésű, terápiarezisztens psoriasis; psoriasis ad erythroderma vergens; erythroderma psoriaticum, psoriasis pustulosa.

Ellenjavallatok: Hydroxycarbamid nem adható, ha általában cytostaticum, illetve immunosuppressiv szer kontraindikált, továbbá csontvelőkárosodás, máj- vagy vese-functió zavarok esetén. Fertilis korban csak az életet veszélyeztető állapotokban adható az esetleges teratogen hatás miatt. Terhesség alatt egyáltalán nem alkalmazható.

Adagolás: Tumorok esetében

a) váltakozó terápiában 80 mg/testsúlykg egyszeri dózisban minden harmadik nap, vagy

b) folyamatos terápiában 20–30 mg/testsúlykg mindennapi adagban (pl. 70 kg-os betegnek $3 \times 2-3$ kapszula/die).

Psoriasis esetében

20–30 mg/testsúlykg napi adagban (pl. 70 kg-os betegnek 3×2 kapszula/die.

Intermittáló kezelés: 1 hetes kúra után 1 hét szünet. A klinikai választól függően 2–3 kúra.

Mellékhatások: Gastrointestinalis zavarok (étvágytalanság, émelygés, gyomornyomás), bőrpír, átmeneti haematológiai tünetek (anaemia), néha idegrendszeri zavarok. Esetlegesen emelkedett serum-húgysavszint.

Figyelmeztetés: A szer csak intézetben, dózisbeállítás után, a haemopoetikus rendszer, máj- és vese-functio rendszeres ellenőrzése mellett adható. Krónikus myeloid leukémia kezelésekor az adagolást már a fehérvérsejtszám 15 000 alá csökkenése esetén abba kell hagyni. Egyéb indikációban a terápiát fel kell függeszteni, ha a fehérvérsejtek száma 3000, a trombocitaszám pedig 100 000 alá csökkenne és csak akkor lehet újramezteni, ha az értékük jóval e fölé emelkedik.

MEGJEGYZÉS: ❖❖ Kizárólag fekvőbeteg gyógyintézeti felhasználásra.

Lejárató idő: 2 év.

TERITÉSI DÍJ: 250 db 96,80 Ft



Előállítja: **BIOGAL Gyógyszergyár Debrecen**

Szegedi Orvostudományi Egyetem,
Ideg és Elmegyógyászati Klinika
(igazgató: Szilárd János dr.),
Szegedi Ifjúsági Ideggondozó Intézet
(vezető főorvos: Farkasinszky Teréz dr.)

A gyermek ideg- és elmegyógyászat helye és feladatai

Szilárd János dr., Vargha Miklós dr.
és Farkasinszky Teréz dr.

A gyermek-neuropsychiatria tudományos művelésének történetét a XIX. század elejéig lehet visszavezetni. 1801-ben jelent meg J. Itard első gyermek-pszichiatriai témájú munkája „Sauvage de l'Aveyron” címmel. A pszichiátriában korszakot nyitó Pinel inspirálta *Belhomme*-t és *Seguin*-t az oligophreniák tudományos felosztására. Az úttörők közül elég *Bourneville*, *Montessori*, *Binet*, *Simon*, *Decroly*, *Comby*, *Ebbinghaus* nevét kiemelni. *Friedrich* és *Griesinger* mutatott rá elsők között, több mint száz évvel ezelőtt, hogy már a gyermekkorban is előfordulhat elmebetegség. Alapvető *Kraepelin*, *Ziehen*, *Heller*, *Healy*, *Maudsley*, *Morreaux de Tour*, *Sante de Sanctis* és *Gesell* munkássága. Az első gyermek-pszichiatriai jellegű osztályt 1864-ben *Hofman* létesítette Frankfurtban.

A gyermek-pszichiatria önálló tudománnyá fejlődése elválaszthatatlan *Tramer* nevével. Tőle származik a gyermek-pszichiatria (gy.-ps.) elnevezés is. Alapvető megállapításai közé tartozik, hogy bármely gyermekkori psychés elváltozásban az egész organismust (a diathesist, habitust, érési fokot, fejlődési anomáliákat) kell vizsgálni, és hogy a gy.-ps. elválaszthatatlan kapcsolatot igényel a pszichiátriával és a gyermekgyógyászattal egyaránt, de önálló ága az orvostudománynak.

Tramer fogalmazásában: „a gyermek-pszichiatria a lelki élet nehézségeinek, gátlásainak, a psychés élet mindenféle zavarának gyógyításával foglalkozó tudomány, ezen belül különösen a gyermek psychés fejlődésével foglalkozik, s ennek zavarait kezeli. Feladata a gátlások és zavarok kutatása, az egyszerű eltérésektől, a feltűnő tünetektől a tulajdonképpeni betegségekig, tágabb értelemben ezek okainak, feltételeinek, keletkezési formáinak, kezelésének és megelőzésének a tudománya”. *Stutte* szerint: a gyermek-pszichiatria feladata az érési, fejlődési életszakasz psychés-idegi

zavaraival való foglalkozás, ezek kórismézése, kezelése, szoros kapcsolatban mindazokkal a tudományokkal és intézményekkel, melyek a gyermek szociális adaptációjával foglalkoznak (nevelés, ifjúságvédelem, fogyatékosok, gondozás stb.).

Az első nemzetközi gy.-ps. kongresszus megrendezésére 1937-ben Párizsban került sor, itt létesült az első önálló tanszék is 1948-ban (*Heuyer*). Ma már Európában több tucatnyi van. Svájcban 1953-ban ismerték el önálló tudományágnak, Svédországban az első tanszék 1958-ban létesült. A Szovjetunióban 1955-ben létesült az első gyermek-neuropsychiatriai tanszék. Egyre több államban kötik a szakképzettség megszerzését több éves képzéshez. Több államban a tudományos társaság a pszichiatriai társaság szekciójaként működik, másutt (pl. Anglia, NSZK) szervezetenként függetlenül. Az Európai Paedopsychiaterok Uniója (U. E. P.) a szakmán és Európán kívüli jelentős vonzókörrel is rendelkezik.

Hazánkban *Ranschburg* nevéhez fűződik a gy.-ps. specializálódás és tudományos munka megindulása. Kiemelést érdemelnek az epilepsiás és oligophren gyermekek ellátását célzó korai törekvések (*Balf*, *Gyula*, *Csorna*) és mindenekelőtt *Bárzsi Gusztáv* munkája.

Magyarországon a gy.-ps. formailag 1961-ben vált önálló orvosi szakká, ez időtől kezdve szerezhető szakorvosi képesítés e tárgyból.

Az elmúlt években előbbre léptünk arról a nem is régi fejlődési szintről, amikor a kevés és kis ágyszámú fekvőbeteg-osztály mellett csupán a Budapesti Gyermekideggondozó Intézet működött. Ez utóbbi széles hálózattá terebélyesedett. Már több mint 20 éves a pécsi és a szegedi Gyermek- (ma Ifjúsági) Ideggondozó Intézet, és az elmúlt években szerte az országban ilyen intézetek, szakrendelések kezdtek meg és — ami nem kevésbé fontos — fogadtatták el tevékenységüket. Számuk ma már negyven felett van, azonban tartalmi értelemben véve gondozásról a szűk kapacitás miatt még alig lehet beszélni. Néhány elvi kérdés rendezetlensége azonban szerepet játszik abban, hogy eddig ezen a szakterületen nem mindig sikerült a kívánt mértékben eleget tenni a feladatoknak.

1. A gy.-ps. fejlődésének története szinte minden államban törvényszerűen hasonló buktatókat mutatott. *Spiel* szerint: „Egyáltalán nem csoda, hogy a szak önállósodása nem ment »szülési fájdalmak«, identifikációs krízisek és csalódások nélkül”. A szakma úttörőinek mindenütt meg nem értéssel, szakmai féltékenységgel, az önállóság ellen felhozott különböző „tudományos” érvekkel kellett megküzdeniük, de a fejlett egészségügy tudománnyal és egészségügyi szervezethez való rendező államokban, a szocialista és a tőkés államokban egyaránt mindenütt bekövetkezett, ill. folyamatban van a szakterület önállóvá válása. Ezen a téren a környező államok jó részéhez viszonyítva még ma is számottevő az elmaradásunk.

A gy.-ps. feladatainak meghatározása véleményünk szerint két párhuzamos definíciót igényel:

Orvosi értelemben a gyermek-pszichiatria feladata a fejlődésbenlevő gyermeki szervezet psychés funkciójának működésében és fejlődésében jelentkező zavaroknak, sérüléseknek, károsodásoknak a diagnosztizálása, kezelése, valamint megelőzésének és gondozásának irányítása.

Tágabb (társadalmi) értelemben azonban az ugyanezen károsodások, betegségek, zavarok kiküszöbölését célzó minden tevékenység, tehát a hiányzó, a kellően ki nem fejlődött képességek, funktiók fejlesztése, a helyes rehabilitatio, a megfelelő differenciált beiskolázás és számos pedagógiai, társadalmi és egyéb feladat is hozzátartozik.

Kardinális kérdés a szak önállóvá válása. Sajnálatos, hogy hosszú időn keresztül hazánkban ez az önállósodási törekvés nem kapott kellő támogatást. Még az ideg-elme gyógyászati intézményeken belül sem került sor a legutóbbi időkig — a szakmán belüli egyéb indokolt specializálódása mellett arra, hogy — tisztelet a kivételnek — a gyermek ideg- és elmegyógyászati esetekkel való foglalkozás kellően profilozottá és szisztematikusá váljék.

2. Ezt a folyamatot mindenütt végigkísérte a vita arról, hogy ki koordinálja ezt a tevékenységet; gyermekgyógyász-e, hiszen gyermekről van szó, neuropsychiater-e, hiszen ideg-elme gyógyászati kórképekről van szó, pszichológus-e, hiszen a tünetek hátterének felderítésében sokszor a pszichológiai vizsgálat a legértékesebb, vagy a pedagógus, hiszen a gyermek vezetése, felnőtté válásának irányítása a szülő után elsősorban pedagógiai feladat. Heuyer e kérdésre így válaszol: „A gyermek-psihiatria autonom orvosi szak. A pszichológusok, pedagógusok, psychoanalitikusok doktrínák alapján anektálni akarják, de elfelejtik, hogy a gyermek-psihiatria objektuma az ápolást, somatikus-pszichés ellátást igénylő gyermek”.

Ismert az a gyermekgyógyászok körében uralkodó szemlélet, amely minden gyermekkel foglalkozó orvosi tevékenységet, így osztályos betegellátást és -gondozást is, csak gyermekgyógyász vezetésére, irányítására tartja elképzelhetőnek. Ennek a szemléletnek kétségtelenül vannak nyomai érvei.

Ide kíváncznak Nyírő szavai: „A gyermeki lélek kvalitatíve különbözik az érett ember lelki tulajdonságaitól. A gyermek alakulóban levő fejlődő szervezet, akit a felnőtt ember mértékével nem mérhetünk. Alakulása szoros összefüggésben van a külvilági hatásokkal, melyek sokkal inkább meghatározzák, hogy ki lesz, mint az öröklés. De az átalakulás ugyanazon jellegű anyag törvényszerű formálódása alapján történik, mint amely anyag és törvényszerűség a felnőtt ember lelki tevékenységének alapját képezi”.

Látnunk kell, hogy ugyanannak a differenciálódásnak vagyunk szemtanúi, kortársai és részesei, ami sok évtizeddel ezelőtt a felnőtt medicinában is lezajlott. Vannak határterületek, és egymásba átfolyó, több szakterületet egyaránt érintő kórképek, orvosi tennivalók.

Számos műtétet a belgyógyász indikál, mégsem vonja senki sem kétségbe a belgyógyászat és sebészet külön, önálló művelésének jogosságát. A gyermek fejfájásának pl. számtalan belső szervi vagy idegrendszeri oka lehet, de ha orthoptikai correctióra van szükség, ezt mindenki a szemész szakemberre bízta. A chorea minorban szenvedő gyermek tonsillectomiája lehet az adott pillanatban belső szervi statusa miatt ellenjavallt, de amikor annak elvégzésére sor kerülhet, az a fül-orr-gégész feladata.

A gyermekgyógyász saját érdeklődésétől és felkészültségétől függően tartja a gyermek-neuropsychiatriai esetek kisebb vagy nagyobb részét saját hatáskörébe tartozónak. Addig, amíg csecsemőről és a speciális ellátást igénylő legfiatalabb korosztályokról van szó, ez nem is lehet vita tárgya. A gyermek-neurológiai tevékenységnek az általános gyermekosztályokra való beépítése sürgető követelmény, annál is inkább, mert ma már az élet első napjaiban felismerhetők és kórismézhetők finomabb genetikai prae- és perinatalis károsodások is (Prechtl etc.). Így tulajdonképpen a specializálódásnak korcsoport szerinti alsó határa aligha vonható meg.

Kérdéses azonban, hogy általános gyermekgyógyászati osztályra való-e pl. a tumor cerebri gyanúja miatt kivizsgálást igénylő gyermek, nem tévedés-e ebben az esetben főspecifikumként az életkort figyelembe venni. Szerintünk ez már az a határ, ahol az ideg-elme gyógyászati jelleget kell előnyben részesíteni. A laboratóriumi diagnosztika és a therapiás eljárások differenciálódása megkívánja, hogy ezek használatát minden esetben az a szakember indikálja, végezze és értékelje, akinek szakterületéhez ez leginkább tartozik. Erre nagyon sok példát lehetne az enzimológiai, radiológiai, EEG, általában a műszeres-laboratóriumi vizsgálóeljárások köréből felhozni.

A sor végén azok az esetek vannak, ahol a gyermek feltűnő magatartásbeli, pszichés tünetei állnak előtérben. Ezeket az eseteket a gyermekgyógyászok túlnyomó többsége főleg a gyakorlatban már saját hatáskörén kívülállónak tekinti. A somatikus beállítottóságú gyermekgyógyászok számára (és szükségszerűen, nem is helytelenül a többség ilyen) a „magatartási anomáliákat” mutató gyermek idegen és teher, az egységet nagyon sokan csak addig a határig értelmezik, amíg ilyen tünetek nem kerülnek előtérbe. Ezek ellátásában a pszichiatriai, pszichológiai, pedagógiai-gyógypedagógiai szempontok oly mértékben dominálóak, hogy általános gyermekosztálytól különálló — de a gyermekgyógyász szakorvos közreműködését igénylő — intézmény (osztály stb.) felelhet csak meg az ellátásuk támasztotta sajátos követelményeknek, feladatoknak.

Tapasztalataink arra utalnak — de ez országosan is jellemző —, hogy a gyermek-neuropsychiatriai kázusok intézeti kivizsgálásának gyakorlata meglehetősen következtelen. Legtöbbször a körzeti gyermekgyógyásztól, pedagógustól függ, hogy milyen osztályra, szakra kerül pl. az azonos tüneteket, problémákat mutató egyes retardált vagy epilepsiás gyermek (általános gyermekosztályra, neuropsychiatriai osztályra). Itt aztán adequat ellátásuk ismét függ a véletlentől, hiszen a pszichiaterok többsége számára pl. a különböző anyagcsere-betegségek differenciált diagnosztikus lehetősége épp annyira ismeretlen, mint a gyermekgyógyászok legtöbbje számára a psychopathológiai tünetek differenciált értékelése.

A felnőttekkel foglalkozó neuropsychiaterok és a pszichés zavarok iránt érdeklődő belgyógyászok, körzeti orvosok előtt ismeretes, hogy psychosomatikus, neurotikus kórképek hosszú időn keresztül szinte ki-

zárólag somatikus tünetek képében is megnyilvánulhatnak. (Hetényi a belgyógyászati osztályok beteganyagának 50%-át minősítette ilyennek.) Ma is mindennapos jelenség, hogy a beteget különböző belgyógyászati osztályok gastrointestinalis, cardiologiai, hormonális dysfunkciók irányában vizsgálják és csak késve ismerik fel, hogy pl. mindez somatikus tünetekben jelentkező depressio volt. Ma már elfogadott tény az is, hogy a felnőttkorban megjelenő pszichiatriai kórképek manifesztálódhatnak a gyermekkorban is.

Szuhareva mutatott rá arra elsőként, hogy az iskolás korú gyermekek különböző psychés tünetei egyre korábbi életkorban és egyre inkább „felnőttszerűen” nyilvánulnak meg. A gyermek somatikus tünetei endogen vagy reactiv psychosis vagy neurosis vezető tünetei is lehetnek. A gyermekkorú psychés anomáliák, feltűnő magatartásbeli tünetekben megnyilvánuló esetek igen jelentős százalékot tesznek ki. Az iskolás gyermekek 8%-a küzd valamilyen tanulási nehézséggel, különböző szerzők 5–20%-ra teszik a praes és perinatalisan, kisebb-nagyobb mértékben károsodott egyének arányát. Ha ehhez a társadalmi, szociális fejlődés konfliktusával, az akcelerációval, a pubertás-kori érés antepónalódásával összefüggő (vagy részben összefüggésbe hozható) magatartási zavarokat, továbbá az állami gondozott, a rendezetlen családi körülmények között élő, vagy a legkülönfélébb okok miatt zavart személyiségfejlődésű gyermekeket és fiatalokat még hozzávesszük, úgy rá kell döbbernünk arra, hogy az orvoshoz kerülő gyermekbetegek egyik legnagyobb számú és hosszú perióduson keresztül komplex feladatokat adó csoportját alkotják ezek.

3. Az elmondottak és a leírt példák rávilágítanak arra, hogy a gyermekkorú ideg-élme gyógyászati kóreseteknek legtöbbször a gyermek adott életkorához, fejlettségi színvonalához igazodó differenciált somatikus, psychés, nutritív, ellátási, ápolási feladatok kialakítását, biztosítását és véghezvitelét igényli. Ez szükségessé teszi a gyermek- és az ideg-elmegyógyász együttműködését. A gyermek-ideg- és -elmegyógyászat feladatai között vezető helyet foglalnak el a különleges neurológiai ellátást és még inkább a jóval több, feltűnő psychés tünetek miatt orvosi, pszichológiai, pedagógiai foglalkozást igénylő esetek.

Ezekkel nem lehet mellékesen, és egészen más jellegű betegek között esetlegesen foglalkozni. (Még mindig elterjedt pl. az a nézet és gyakorlat — amit csupán kényszerűségből indokolt ma tolerálni —, hogy ti. a gyermek ideggondozást lehet „mellékesen” is végezni, pl. a felnőtt szakrendelés keretében, hetenként 2–3-szor 1–2 óra gyermek-szakrendelést kiírva.)

Hazánkra is érvényes az, amit Duche mondott: „A sokféle próbálkozás, s a figyelemnek az ellátást igénylő populáció felé fordulása dicséretes és örvendetes: a divergálás, a kellő összhang és egységes conceptio nélküli működés azonban nem”. Pozitívum, hogy ma mindenki foglalkozni kíván a gyermek-pszichiatriai kázusokkal és érdeklődik iránta, de ez önmagában csak annyiba pozitívum, mint ahogyan jobb, ha a körzeti orvos fogorvoskodik, mintha senki.

Az oligophren, epilepsiás, neurotikus, depressiós, autisticus, adaptációs nehézségeket mutató, bizarr viselkedésű, vegetatív labil, psychopatizálódó, praecriminalis viselkedésű, suicidiumot megkísérlő gyermek- és serdülőkorúak csoportja nagyon sokrétű. Differenciált és magas szintű ellátásuk a jövőben csak úgy képzelhető el, ha azt olyanok végzik, akik minden energiájukat, érdeklődésüket kizárólagosan erre a területre tudják koncentrálni.

4. A biológiai-társadalmi hatások eredményeképpen a pubertás általában korábban jelentkezik. A pubertás a testi-sexualis-hormonalis-psychés-intellektuális-érzelmi-szociális érést, átalakulást együttesen jelenti. E sokrétű érés között dissociatio ma gyakoribb és szembetűnőbb, mint korábban volt. A pubertás-korúak között ugrásszerűen megnövekedett a suicidiumok gyakorisága. Szaporodnak az olyan sexualis és egyéb bűncselekmények, melyek sértettjei (de nemegyszer elkövetői is) gyermek- vagy serdülőkorúak. Személyi igazolványt a fiatal 14 éves korában kap, de pl. a büntetőjogi beszámíthatóság kérdésében 18, a homosexualitás megítélésében 20 év betöltése jelenti a felnőtt korhatárt.

A pubertás- és adolescens korú korosztályokkal differenciáltan foglalkozni képes orvosi és pszichológiai intézmények sorára van tehát szükség. Ma egyedül a gyermek-, ill. ifjúsági ideggondozók képeznek szervezett átmenetet a gyermek- és felnőtt korú beteganyaggal való foglalkozás között. A serdülő- és adolescens korú fiatal endokrinológiailag, gynaecologiaiilag, psychésen, de mondhatjuk: minden értelemben sajátos réteg, sajátos teendőket jelent és igényel, és ezt sem a gyermekgyógyászathoz, sem az egyes felnőtt szakokhoz való „hozzácsatolással” nem helyettesíthetjük és nem oldhatjuk meg. Tarthatatlan helyzet, hogy ez a beteganyag sok orvosi szakon belül szinte „senki földje”, adaequat elhelyezésük, intézeti kezelésük sokszor megoldhatatlan. Az életre történő szociális felkészítés korszakát a gyermekkortól is, de a felnőttkortól is külön, differenciáltan kell kezelni. Sem a gyermekosztályokra, sem az általános felnőttosztályokra nem való a serdülőkorú beteg.

5. A gyermek-pszichiatriai betegellátás team jellegű tevékenység. Ebben nélkülözhetetlen, sőt nemritkán előtérben álló a pszichológus, gyógytárgy-terapeuta, logopaed, gondozónő stb. szerepe. Az ezekkel szükséges együttműködésre és a feladatok koordinálására az egészségügyön belüli tevékenységüket szabályozó általános elvek és rendelkezések érvényesek, de ezeknek e beteganyag ellátása során az átlagosnál sokkal nagyobb a jelentőségük.

Ennek szemléltetésére csupán egyetlen (gyakori) példa:

Mi, orvosok a pedagógust, pszichológust joggal bíráljuk olyan esetekben, amikor orvosi-biológiai ismeret nélkül akar dönteni nevelési hibák, magatartásbeli panaszok esetén anélkül, hogy azok hátterét tisztázná. Elfeledkezünk azonban arról, hogy hasonló hibába esünk, amikor pl. a neuropsyhiater akar egyedül dönteni — kellő pedagógiai ismeretek nélkül — pl. az iskolaérettséget illetően.

6. Az előzőekben hol gyermek-neurológiai, hol gyermek-pszichiatriai kérdésekről szóltunk. Nyitva kívántuk hagyni azt a kérdést, hogy a gyermek-neurológia és a gyermek-pszichiatria egy vagy két különálló szakterület-e. Annál inkább ezt kell tenünk, mert ez jelenleg világszerte megoldatlan és vitatott. Nem szólva arról, hogy nemcsak a két

„szülő”, a gyermekgyógyászat és a neuropsychiatria között kell ezeknek az új szakterületeknek helyüket megtalálniuk, hanem részben függvénye ez a neurológia és a pszichiatria egységes vagy külön szakágankénti működésének is. Az összefüggés azonban nem lineáris, mert a gyermekkorban a neurológiai és pszichiatriai tünetképződés és teendők sokkal gyakrabban keverednek mint a felnőttkorban. (Ezért is paradoxon, hogy hazánkban a gyermek-neurológia és gy.-ps. különválásának folyamata előrehaladottabb fázisban van mint ugyanez a felnőttkori neurológiát és pszichiátriát illetően.)

Európa legtöbb országában ma gyermek-neuro-psihiatriáról beszélnek, az intézmények ennek megfelelően a neurológiai és pszichiatriai betegellátást egyaránt szolgálják. Ugyanakkor azonban a gyakorlatban a személyi és tárgyi feltételektől függően jelentős súlyponti eltolódások jelentkeznek. (Hazánkban jelenleg a gyermek-psihiatriai szakképesítés megszerzésének már bejárt útja van, a gyermek-neurológia szakképesítés megszerzésének feltételei megvannak, rendezése csupán jogszabályra vár. Európában a már említett Európai Gyermekpsihiaterek Uniója és az Európai Neurológiai Társaság gyermek-neurológiai szekciója reprezentálja e szakokat. (Ismételten hangsúlyozni kell azonban, hogy másképp vetődik fel a kérdés a szakorvosi képzés és másként a betegellátás, valamint a tudományos kutatás bonyolult problémái oldaláról.)

Egyes tudományos feladatokat illetően az elközlítés érthető és megengedhető lehet, de a gyakorlat, a betegellátás területén a merev elválasztás aggályos. Hová tartozna merev szétválasztás esetén a perinatalisan sérült vagy epilepsziás gyermek, ha iskolai problémái vannak, hová tartozik a psychés problémát mutató vagy retardált anyagcserebeteg, a depressív hangulatban levő agytumoros beteg? De hová tartozna a somatikus tünetekben jelentkező depressio vagy a somatikus tüneteket, panaszokat „felkínáló” neurotikusok sokasága, pl. a fejfájós, álmatlan, neurotikus gyermek?

Mindez nincs ellentétben azzal, hogy a mindennapi betegellátás keretében a psychés anomáliákat mutató gyermekek aránya jóval felülmúlja a „tisztá” neurológiai problémák miatt vizsgálatot igénylők arányszámát. Az elmúlt évek történései és adatai alapján is előbbieket gyakoriságának további emelkedése várható (koraszülöttek, éretlenül megszületettek, epilepsziások, oligophrenek, részleges fogyatékosok, suicid kísérletek, neurotikusok, enuretikusok, magatartási anomáliák, nevelési problémák stb.). Még a csupán neurológiai jellegű gyermekosztályok beteganyagának is számottevő része pszichiatriai kázus.

Tehát az eddiginél jóval szélesebb szakosított, speciális ambuláns és gondozóhálózatra van szükség (genetika, enzymopathia, epilepsia, mozgássérült, érzékszervi fogyatékos, beszédzavarok, suicidium, neurosis, pubertáskori crisis stb.), de anélkül, hogy ezek között merev választóvonal képződne, és főleg nem úgy, ha csupán ezek egy ré-

szét tekintենek feladatnak. Tehát *nem fedi a gyermek-neuropsychiatriai ellátás kritériumát az a nem kivételesen előforduló gyakorlat és szemlélet, amely csupán a szakma egyes területeit tekinti ellátandó feladatnak.*

Kérdés, hogy gyermekgyógyászati vagy ideg-elmeosztályos háttérre van-e szükség. *Gyermek-neuropsychiatriai osztályos háttérre van szükség, olyan szakemberekkel, akik a gyermekgyógyászat ismeretanyagát éppúgy bírják, mint a neuropsychiatria sajátos gondolatmenetét. Az ilyen osztálynak nyújtania kell a gyermekgyógyászati somatikus diagnosztika és therapia, valamint a neuropsychiatriai diagnosztika és therapia korszerű lehetőségeit. Ilyen osztályon szükség van pszichológus, pedagógus, foglalkoztató és játék-terapeuta közreműködésére, differenciáltan szakképzett személyzetre és természetesen e célok kielégítését célzó, megfelelő elhelyezésre, helyiségekre, pl. tanuló-, foglalkoztató és játszósobákra.*

7. Az elmúlt két évtized genetikai forradalma minőségi változást eredményezett a pszichiatriai megbetegedések szemléletében. Az addig szinte egységesen „ismeretlen aetiológiájuként” jellemzett és nihilisztikusan megítélt oligophren, retardált, epilepsziás mozgás- és érzékszervi fogyatékos gyermek és felnőtt beteganyag rövid néhány év alatt szinte áttekinthetetlenül differenciált képet kapott.

Kb. 130 éve, hogy Little kimutatta a születéskori asphyxia tartós idegrendszeri károsító hatását. Bár mai ismereteink és lehetőségeink idején erre vonatkozó szemléletünk átalakuláson ment keresztül, nem tagadható, hogy a prae- és perinatalis életszakasz még ma is az emberi élet egyik legveszélyesebb periódusa, és a veszélytényezők nagyon széles skáláját ismertük meg (Prechtl és Bentema, Ylppö, Szilárd).

Mindez azt a következtetést teszi indokolttá, hogy a *gyermekkori ideg- és elmegyógyászati megbetegedések prevencióját az előző generációk, a szülők felvilágosítása és helyes vezetése, tehát a praeconceptionalis periódus, valamint a prae- és perinatalis életszakasz veszélyfaktorainak korai felismerése és kiszűrése jelenti. Enélkül nem teljes a tevékenysége, ezzel együtt viszont a psychés fejlődés zavarainak, tanulási nehézségeknek és szociális problémáknak jelentős része kiküszöbölhető, ill. csökkenthető.*

8. A feladatok között elsőrendűen szükséges

a) a reális, de sajnos nem kis anyagi kihatású igények kielégítése (létszám, bérfeszültségek, komplett személyi összetétel, az intézmények elhelyezése), a fekvő- és járóbeteg-gondozó hálózat fejlesztése és integrált működése (10 000 lakosra legalább 1 ágy, 75 000 lakosra legalább 1 gyermek-psihiater, ill. gyermek-neuropsychiater);

b) serdülőkorúak részére nemenként külön osztályok létesítése;

c) a szakemberképzés szélesítése;

d) magyar nyelvű tankönyv és tudományos folyóirat;

e) a differenciált betegellátás elvi-szervezeti megoldása, a „team” biztosítása. Ezen belül nem-

csak a neurológiai és pszichiatriai gyermekbetegek szakszerű ellátásáról van szó. Perspektivikusan mindenütt megoldásra vár a perinatológiában vagy pl. a serdülőkorúak ellátásában speciálisan képzett szakemberekből álló biztositása. Ugyanígy az epilepsziások vagy a deviáns viselkedésűek, suicidiumon átesettek, volt koraszülöttek gondozását is olyan szakemberek tudják a legeredményesebben és magas színvonalon ellátni, akik teljes energiájukat, képzettségüket és szakmai érdeklődésüket egy-egy ilyen terület javára fordítják;

f) súlyponti feladatok kijelölése: pl. anyagcsere-betegségek, koraszülöttek, születéskori károsodások utáni állapotok rehabilitációja. Az oktatási, nevelési nehézségeket mutató, tehát következményesen magatartási zavarokat mutató gyermekserdülők nagy számára tekintettel differenciált intézmények létesítése, fejlesztése;

g) a fejlesztés, a gyakorlati tevékenység során nincs teljes paralellitás a tudományos kutatás, a szakorvosi képzés, valamint a gyakorlati betegellátás között. Előbbiekben a szakosodás a mai fejlettségi szinten jobban elképzelhető mint a hétköznapi feladatok végzése során.

Végül talán nem szükségtelen még két gondolatot hangsúlyozni:

a) A WHO által deklarált elv: „minden gyermeknek, aki testben, psychésen vagy szociális szempontból fogyatékossgot mutat, oly nevelést és gondozást kell nyernie, amelyet állapota és helyzete megkövetel”.

b) A gyermek-neropsychiatria célszerű tevékenysége nemzedékre előre kedvezően képes befolyásolni a lakosság egészségi állapotát, a munkaképes populatio arányát. Gazdasági, társadalmi és orvosi szempontból egyaránt alapvető jelentőségű feladatot tölt be.

Gondolatmenetünk talán egy s másban még megelőzi a mai lehetőségeket, de szükségét láttuk annak, hogy kifejezzük azt a véleményünket, mely szerint ennek a jövő generációk szempontjából oly fontos szakterületnek a fejlődése igényli, hogy a preventio, a gondozás, a betegellátás, az ambuláns és fekvőbeteg-ellátó osztályok működésében ez a szemlélet érvényesüljön. Csak így oldható fel az a feszültség, hogy külön-külön argumentumok tömegét lehet felhozni mind a kizárólag gyermekgyógyászati, mind a kizárólag pszichiatriai mentalitás alkalmazásából adódó hibákkal és tévedésekkel szemben.

Összefoglalás. Szerzők tanulmányukban a gyermek-neropsychiatria fejlesztését érintő elvi és szervezeti kérdéseket tárgyalják. A határterületeket is jelentő „alapszakmákkal” való kapcsolat szükségességén túl a szakterület sokrétű összefüggéseit is taglalják, rámutatva a pedagógus és psychológus tevékenységgel való kapcsolat különleges fontosságára. Tárgyalják a szakterület tevékenységének koordinálásával kapcsolatos buktatókat és a vitatott álláspontokat. A feladatok között legfontosabbak: a szakemberképzés ütemének fokozása, színvonalának emelése, magyar nyelvű tankönyv és folyóirat létesítése, valamint a beteg-

ellátás elvi-szervezeti kérdéseinek megoldása (pl. önálló serdülőkorú osztályok létesítése, differenciált szakrendelések és gondozás stb.). Mindenekelőtt szükséges azonban a szakterület művelői részéről éppen olyan egyértelmű kívánalmakat megkövetelni, mint bármelyik más önálló orvosi szakterületen.

IRODALOM: 1. *Asperger, H.*: Heilpädagogik. 2. Aufl. Wien. 1956. — 2. *Boda D.*: Orv. Hetil. 1968, 109, 2663. — 3. *Boda D., Murányi L.*: Respirációs therapia. Medicina, Bp. 1963. — 4. *Brunecker Gy.*: in Orsz. Ideg és Elmegy. Int. 100 éve. Bp. 1968. 291. — 5. *Dieckhoff, I.* (Hrsg.): Pädiatrie u. ihre Grenzgebiete. Leipzig, 1965. — 6. *Dührssen, A.*: Psychogen Erkrankungen bei Kindern u. Jugendlichen. Göttingen, 1965. — 7. *Farkasinszky T. és mtsai*: in: Nemzetközi Symposium a serdülőkor orvosi problémáiról. Szeged, 1973. aug. 30—31. Kiadv. 19. — 8. *Farkasinszky T. és mtsai*: Idegyógy. Szle. 1974, 27, 413. — 9. *Farkasinszky T. és mtsai*: Idegyógy. Szle. 1974, 27, 433. — 10. *Frank K.*: Orv. Hetil. 1968, 109, 1793. — 11. *Fráter R.*: Koraszülöttek fejlődésének prognosztikai megítélése az agyi bioelektromos tevékenység és neuropsychiatriai tünetek együttes értékelése alapján. Kand. értekezés, 1969. — 12. *Gegesi Kiss P.*: Psychol. tanulmányok I. Budapest, 1958. 248. — 13. *Gegesi Kiss P.*: Gyermekgyógyászat. 1963, 14, 97. — 14. *Gesell, A.*: I. M. Christian Verlag, Bad-Nauheim, 1953. — 15. *Göllnitz G.*: Idegyógy. Szle. 1967, 2, 49. — 16. *Göllnitz, G.*: Neuropsychiatrie des Kinder- u. Jugendalters. VEB Fischer, Jena, 1970. — 17. *György J.*: Az antiszociális személyiség. Medicina, 1967. — 18. *Harbauer, H. és mtsai*: Lehrbuch der speziellen Kinder- u. Jugendpsychiatrie. Springer, Heidelberg, 1971. — 19. *Harms, E.*: Prax. Kinderpsychol. 1962, 11, 81. — 20. *Issel, E. P.*: Bedeutung der zerebralen Geburtschäden für die Entwicklung des Kindes in der Gesellschaft. VEB G. Thieme, Leipzig, 1971. — 21. *Jacobziner, H.*: N. Y. J. Med. 1961, 61, 1288. — 22. *Joppich, G., Schulte, F. J.*: Neurologie des Neugeborenen. Springer, Berlin—Heidelberg—New York, 1968. — 23. *Kanner, L.*: Child Psychiatry. 3. Aufl. Oxford, 1957. — 24. *Kerpel-Fronius Ö.*: Gyermekgyógyászat. Medicina, Bp. 1971. — 25. *Kun M.*: A minimalis agykárosodás. II. Orsz. Gyógyepedagógiai Tud. Konferencia anyaga. Felsőoktatási jegyzetellátó Váll., Bp. 1963. 234. — 26. *Kucera, O.*: Problematik der leichteren frühkindlichen Encephalopathien. Heft 8/9, 1968, Leipzig, S. 32. ff. — 27. *Leonhard, K.*: Kinderneurosen und Kinderpersönlichkeiten, Berlin, 1967. — 28. *Lemp, R.*: Frühkindliche Hirnschädigung und Neurose. H. Huber, Bern, Stuttgart, 1964. — 29. *Linnweh, F.*: Die physiologische Entwicklung des Kindes. Berlin—Göttingen—Heidelberg, 1959. — 30. *Little, W. J.*: Trans. Obstet. Soc. London, 1862, 3, 293. — 31. *Lóránt B. és mtsai*: Idegyógy. Szle. 1963, XXI, 162. — 32. *Lutz, I.*: Kinderpsychiatrie. Zürich/Stuttgart, 1961. — 33. *Matthiass, H. H.*: Untersuchungenstechnik und Diagnose der infantilen Zerebralparese im Säuglings-u. Kindesalter. Thieme, Stuttgart, 1966. — 34. *Mestyan Gy., Fekete M.*: Orv. Hetil. 1969, 110, 1417. — 35. *Nyíró Gy.*: Psychiatria. Medicina, 1961. — 36. *Parajcz E., Szénásy J.*: Idegyógyászati és idegseb. vizsgálatok csecsemő- és gyermekkorban. Bp., 1966. — 37. *Peiper, H.*: Die Eigenart der kindlichen Hirntätigkeiten. Leipzig, 1949. — 38. *Pikler E.*: Adatok a csecsemő mozgásának fejlődéséhez. Bp. 1969. — 39. *Popper, P.*: A kriminális személyiség kialakulása. Bp. 1970. — 40. *Precht, H. F. R.*: Klin. Wschr. 1956, 34, 281. — 41. *Precht, H. F. R.*: Wiener. Med. Wschr. 1960, 110, 1035. — 42. *Precht, H. F. R., Dijkstra, J.*: Symposium on prenatal care. Verl. Noordhof Ltd., Groeningen, 1960, 222. — 43. *Precht, H. F. R., Beintema, D. J.*: in IInd Internat. Symp. on Child Neurology. Universita Karlova, Praha, 1971. 45. — 44. *Ranschburg P.*: Az emberi elme. Bp. 1923. — 45. *Rett, A.*: Wiener. Med. Wschr. 1958, 108, 1120. — 46. *Rett, A.*: Österreich. Z. Kinderheilk. 1959, 4, 232. — 47. *Sas M., Ihracska A.*: Orvoseközpén. 1963, 37, 208. — 48. *Sós J.*: Anya- és csecsemővédelem. 1937, 20, 290. — 49. *Sós J.*: Népegész-

ségügy. 1939, 20, 109. — 50. *Spiel, W.*: Öst. Ärztzt. 1975, 30/4, 195. — 51. *Stutte, H.*: Kinder- u. Jugendpsychiatrie. In Psychiatrie der Gegenwart. Band II. Berlin—Göttingen—Heidelberg. 1960. S. 952. — 52. *Sucharewa, G.*: Klinische Vorlesungen über die Psychiatrie des Kindesalters, I. Moszkva, 1955, II. Moszkva 1959. — 53. *Surányi Gy.*: Medicina. 1967. Bp. — 54. *Szegvári Zs. és mtsai*: Szocio-kulturális tényezők szerepe perinatalisan sérült gyermekek személyiségfejlődésében. XXVII. Ideg-Elmegegy. Kongr. Összefogl. Bp. 1972. 63. — 55. *Szereday Z., Szilárd J.*: Zbl. Gynäk. 1971, 93, 757. — 56. *Szilárd J., Szereday Z.*: Ideggyógy. Szle. XXIII, 1970, 11, 481. — 57. *Szilárd J., Szereday Z.*: Ideggyógy. Szle. 1971, XXIV, 73. — 58. *Szilárd J. és mtsai*: Gyermekkori suicidiumok motívációs faktorai. Ideg-Elmegegy. Társ. nagygyűlése. Kiadv. 65. 1972. Bp. — 59. *Szilárd J.*: Az akcelerációról ideggyógyászati szempontból. Nyári Egyetem, Szeged, 1972, 9, 204. — 60. *Szilárd J.*: Perinatalis tényezők szerepe a gyermekkori neurasomatikus fejlődésben. Kand. értekezés, 1973. — 61. *Szilárd J.*: Medizinische und gesellschaftliche Aufgaben bei der Rehabilitation nach perinatalen Hirnschäden. In Therapie in der

Kinder- u. Jugendpsychiatrie. H. Egermann Verlag, Wien, 1975. 965. — 62. *Szilárd J. és mtsai*: Gyermekideggondozás és osztályos háttér. Gyermek-neuropsych. tud. ülés. Bp., 1976. dec. 4. — 63. *Szilárd J., Farkasinszky T.*: Ideggyógy. Szle. XXXI. 1978, 1, 28. — 64. *Szontágh F.*: Moderne Möglichkeiten der weiteren Erniedrigung der perinatalen Sterblichkeit. Wissenschaftliches Treffen der Universitäten. Halle/S und Szeged. 1966. 10. — 65. *Tramer, M.*: Lehrbuch der allgemeinen Kinderpsychiatrie. Schwabe, Basel/Stuttgart, 1964. — 66. *Vargha M. és mtsai*: in IV. Symposium der Kinderpsychiater sozialistischer Länder. Moszkva, 1976, Kiadv. 26. — 67. *Vargha M. és mtsai*: Verhaltensstörungen bei Encephaloperoma im Spiegel kindlicher Zeichnungen. Gyermekpsych. Kongr. Szeczin, 1963. — 68. *Velkey L.*: A praenatalis pediatria időszerű kérdései. Kand. értekezés, 1967. — 69. *Winkler, W. Th.*: Z. Heilpäd. 1959, 10, 4. — 70. *Villinger, W.*: Kinderpsychiatrie. In Lehrbuch d. Nerven- und Geisteskrankheiten. W. Weygandt, u. H. W. Gruhle, 2. Aufl. Halle, 1952. — 71. *Zulliger, H.*: Horde, Bande, Gemeinschaft. Klett, Stuttgart, 1961. — 72. *Ylppö, A.*: Mschr. Kinderheilk. 1926, 34, 502.

SOMBREVIN[®] injekció

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, endoscopiás vizsgálatok, ambulans sebészeti kisműtétek során alkalmazható. Hosszabb időt, tartósabb narcosist igénylő műtétek esetén a Sombrevin a narcosis bevezetésére, más narcoticumok potenciálására alkalmas.

ELLENJAVALLATOK: Fokozott görcskészséggel járó megbetegedésekben, haemolyticus anaemiában, shockban, súlyos szív-, vese- és májbetegségekben, heveny alkoholmérgezésben, hypertonia betegségben a készítmény alkalmazása ellenjavallt.

MELLEKHATÁS: A Sombrevin injekciót a betegek általában jól tolerálják, a narcosis kezdetén azonban rövid hyperpnoe, ezt követően pedig mérsékelt és ugyancsak rövid ideig tartó hypoventilatio előfordulhat.

ADAGOLÁS ÉS ALKALMAZÁS: A készítmény kizárólag intravénásan alkalmazható. Tekintettel arra, hogy az oldat relative viszkózus, az injiciálást tanácsos szélesebb lumenű tűvel végezni. A Sombrevin optimális beadási ideje 30 mp. Veszélyeztetett betegeknél az injekció beadása idejét meg kell nyújtani 60 másodpercre. Az adag nagyságát a beteg életkora, test-súlya, az állapot súlyossága, a műtéti beavatkozás minősége és a beteg általános állapota szabja meg.

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

MEGJEGYZÉS: ✱ Orvosi rendelő részére rendelhető.

FORGALOMBA KERÜL

5 × 10 ampulla térítési díj: 19,80 Ft
10 × 10 ampulla térítési díj: 198,- Ft



Fővárosi István Kórház-Rendelőintézet,
Bőrgyógyászati Osztály
(főorvos: Korossy Sándor dr.),
Országos Munka és Üzemegészségügyi Intézet
(igazgató: Timár Miklós dr.)

Foglalkozási kontakt dermatitisek előfordulása Budapesten

Korossy Sándor dr., Vincze Erzsébet dr.
és Nebenführer László dr.

1976. március 8-án Varsóban megalakult a KGST-államok kontakt dermatitist kutató csoportja. Célkitűzései között szerepel a kutatások elvi irányítása, összehangolása, a gyakorló orvosok tájékoztatása a foglalkozási bőrbetegségek epidemiológiájáról, a kontakt dermatitisek okainak változásairól. Ennek megfelelően ismertetjük az Országos Munka- és Üzemegészségügyi Intézet (OMI) járóbeteg-rendelésén és az István Kórház fekvőbetegein 1974. V. 1-től 1976. április 30-ig végzett vizsgálatainak eredményét.

Vizsgált betegek és vizsgálati módszer

Az OMI járóbeteg-rendelésén összesen 1337 beteget vizsgáltunk foglalkozási bőrbetegség gyanúja miatt, 1974. május 1. és 1976. április 30. között. Ugyanezen idő alatt az István Kórház bőrgyógyászati osztályára 501 beteget utaltak be allergiás vagy irritatív ekzema, ill. dermatitis miatt. Valamennyi betegen a kórszármazás vizsgálatára rátevési próbát végeztünk. A próba technikáját korábban részletesen ismertettük (7). A leggyakoribb kontakt allergéneket együttesen alkalmaztuk az ún. alaprátevési próbasorozat formájában. A beteg kórelőzménye, foglalkozása, megelőző helyi gyógykezelés, stb. alapján a vizsgálatot a sorozatban nem szereplő egyéb anyagokkal egészítettük ki, az anyag természete szerint zárt, vagy nyílt próba formájában (3, 7, 14). Az OMI-ban és az István Kórházban a vizsgálat első és második évében használt alaprátevési próbasorozat allergénjeit, azok töménységét és vívóanyagát a 4. táblázat tartalmazza. A vizsgált gyakoribb speciális foglalkozási anyagokat az 5. táblázatban és a gyógyszer próbasorozatunk összetételét a 6. táblázatban tüntettük fel. A mosószerek vizsgálatára főként a Biopon (3⁰/₀-os) és az Ultra (10⁰/₀-os) oldatát használtuk rátevés formájában (3). A mikrobák szerepének tisztázására tenyésztési vizsgálat és az intracutan próbasorozat (a Human Oltóanyagtermelő és Kutató Intézet által előállított Bakterium Allergén-sorozattal, ill. Trichosan- és Candida albicans-allergénnel) szolgált.

		Foglalkozási esetek		Egyéb esetek	
		Szám	%	Szám	%
Országos Munka- és Üzemegészségügyi Intézet n = 1337	Férfi	278	20,8	337	25,2
	Nő	312	23,3	410	30,7
	Összesen	590	44,1	747	55,9
Fővárosi István Kórház n = 501	Férfi	15	3,0	241	48,1
	Nő	12	2,4	233	46,5
	Összesen	27	5,4	474	94,6

Eredmények

Az OMI-ban vizsgált 1337 beteg közül annak 44,1⁰/₀-a bizonyult foglalkozási eredetűnek (1. táblázat). A többi esetben (55,9⁰/₀) a foglalkozási eredet nem volt igazolható. Ugyanis a kimutatott vegyi allergén vagy irritáló anyag nem szerepelt a beteg munkaanyagai között, az észlelt szenzibilizáció vagy irritáció háztartásbeli, kozmetikai, hobby, stb. foglalatosságból származott. Más esetekben (pl. lábujjak közti mykosissal összefüggő kéz-dyshidrosis) a foglalkozással való összefüggése nem volt bizonyítható. Az István Kórházban a vizsgált 501 kontakt dermatitises beteg közül csupán 27 esetben (5,4⁰/₀) sikerült a foglalkozási eredetet bizonyítani, ezért a továbbiakban a nem foglalkozási 474 beteg adatait dolgoztuk fel részletesen és hasonlítottuk össze a járóbeteg-rendelés foglalkozási és nem foglalkozási csoportjaiban nyert eredménnyel. A férfi és nőbetegek megoszlása tekintetében nem volt szignifikáns különbség.

A bőrfolyamat elhelyezkedésében — a várokozásnak megfelelően (4, 14) — szignifikáns különbség mutatkozott a foglalkozási és a nem foglalkozási beteganyag között (2. táblázat). A foglalkozási eredetű bőrjelenségek esetében a munkaanyaggal való érintkezés helyének megfelelően elsősorban a kézen és karon, míg a nem foglalkozási betegeken főként a lábon jelentkeztek a tünetek, mind a járó-, mind a fekvőbetegeken.

A foglalkozási bőrbetegségek okait vizsgálva járóbetegeken első helyen, 17,6⁰/₀-os gyakorisággal a króm-tartalmú, ill. krómnyomokat tartalmazó anyagok voltak (3. táblázat). A második, harmadik, negyedik helyet — közel azonos gyakorisággal — a gépszírok, ásványolajok, ásványolaj-tartalmú emulziók csoportja (13,7⁰/₀), a szerves oldószerek (12,1⁰/₀) és az epoxigyanták (12⁰/₀) foglalták el. Ötödik helyre (7,6⁰/₀-kal) a mosó- és tisztítószerek kerültek. Mosószert szenzibilizációt nem tudtunk kimutatni. A foglalkozással igazoltan összefüggésbe hozható gombás és bakteriális bőrbetegség 6⁰/₀-ban fordult elő. Eredményeink alapján a táblázatban feltüntetett munkaanyagok az esetek 56,4⁰/₀-ában allergiás és 37,6⁰/₀-ában irritatív kontakt dermatitist váltottak ki. Króm-tartal-

2. táblázat. Bőrelváltozások elhelyezkedése

	Esetszám	Kéz szám %	Kar szám %	Tenyér szám %	Arc, nyak szám %	Láb szám %	Törzs szám %
Országos Munka- és Üzemegészségügyi Intézet							
Foglalkozási esetek	590	465 78,8	395 66,9	111 18,8	157 26,6	106 18,0	85 14,4
Egyéb esetek	747	327 43,8	274 36,7	123 16,5	172 23,0	495 66,3	194 26,0
Fővárosi István Kórház							
Foglalkozási esetek	27	20	19	6	7	4	7
Egyéb esetek	474	247 52,1	192 40,5	170 35,9	93 19,6	368 77,6	151 31,9

3. táblázat. Foglalkozási bőrbetegségek okai
Országos Munka- és Üzemegészségügyi Intézet
(n = 590)

Aetiologiai tényezők	Férfi Szám %	Nő Szám %	Összesen Szám %
Krómtartalmú anyagok (beleértve a cementet is)	73 12,4	31 5,2	104 17,6
Gépolaj, ásvány- olaj és emulziói	44 7,4	37 6,3	81 13,7
Szerves oldószerek	37 6,3	34 5,8	71 12,1
Műgyanták	28 4,8	42 7,2	70 12,0
Mosó-, tisztító- szerek	7 1,2	38 6,4	45 7,6
Formaldehid	12 2,0	19 3,2	31 5,2
Gyógyszerek (foglalkozási)	7 1,2	18 3,0	25 4,2
Savak, lúgok	12 2,0	13 2,2	25 4,2
Kobalt	7 1,2	14 2,4	21 3,6
P-phenylendiamin	10 1,7	9 1,5	19 3,2
Terpentin	10 1,7	7 1,2	17 2,9
Nikkel	3 0,5	13 2,2	16 2,7
Festékek	9 1,5	6 1,0	15 2,5
Gumi	10 1,7	5 0,8	15 2,5
Fertőzés	9 1,5	26 4,5	35 6,0
Összesen	278 47,1	312 52,9	590 100,0

mű anyagok esetében szignifikáns férfi, míg a mosó- és tisztítószeres esetében szignifikáns női túlsúlyt ($p < 0,01$) találtunk.

A vegyi allergének által okozott szenzibilizáció gyakoriságát a 4. táblázatban tüntettük fel. A foglalkozási járóbetegségeket között a fémnyomok közül a króm (23,1%) és kobalt (10%), továbbá a formaldehid (10,8%) volt a leggyakoribb allergén. A p-phenylendiamin-, nikkell- és a gumigyártással kapcsolatos 2 allergén (merkaptobenzthiazol, tetramethylthiuram-disulfid) az OMI foglalkozási és az István Kórház nem foglalkozási betegein közel azonos gyakorisággal (a különbség nem szignifikáns: $p > 0,01$) adtak pozitív eredményt. A terpentin szenzibilizációt leginkább 60 éven felüli kórházi betegeken észleltük (8,4%). Az utóbbi években növekvő jelentősége van a kórházi betegek között a perubalzsamnak (10,3%) és a parabennek (2,5%). A legkevesebb szenzibilizációt

általában az OMI nem foglalkozási beteganyagán tudtuk igazolni.

A célzott vizsgálatok speciális munkaanyagokkal kiemelkedően magas százalékban az epoxigyantákkal voltak pozitívak (5. táblázat). Lényegesen kisebb gyakorisággal a chloramphenicol, chlorpromazin, oxymethyl (a chloramphenicol gyártás közti terméke) és a kátrány adtak pozitív eredményt.

A gyógyszerekkel végzett rátevési próbák kórházi betegeken főként chloramphenicolal, phenylbutazonnal, resorcinnal, sublimáttal és vioformmal voltak pozitívak (6. táblázat).

Megbeszélés

Összehasonlítva a fenti vizsgálati eredményeinket az 1970—1973 közötti összeállításunk adataival (8), a foglalkozási betegek között a leggyakoribb vegyi allergének közül a króm 9,9%-ról 23,1%-ra, a kobalt 5,7%-ról 10,0%-ra és a formaldehid 7,7%-ról 10,8%-ra további emelkedést, ugyanakkor a terpentin 9,2%-ról 4,4%-ra és a vizsgált gumiakceleratorok (merkaptobenzthiazol 5,9 százalékról 2,5%-ra, tetramethylthiuramdisulfid 4,8%-ról 2,5%-ra) csökkenő tendenciát mutattak. A fémnyomok (króm és kobalt) és formaldehid vezető szerepét az allergének között — véleményünk szerint — a munkaköri masszív és tartós expozíció mellett a mindennapi környezeti kontaktus lehetősége magyarázza. Az epoxigyanta szenzibilizáció magas százalékos aránya az egyre kiterjedtebb és gyakoribb ipari felhasználás következménye. Az a tény, hogy a p-phenylendiamin, nikkell és gumikemikáliák a nem foglalkozási betegeken is azonos gyakorisággal okoznak szenzibilizációt, tükrözi a mindennapi használatukat.

A gyakorlat számára hangsúlyozandó, hogy a nem foglalkozási kórházi betegek között változatlanul magas a chloramphenicol (11,9, ill. 11,6%), a perubalzsam (9,3, ill. 10,3%), phenylbutazon (8,1, ill. 7,8%), resorcin (6,8, ill. 7,8%), vioform (7,1, ill. 5,5%) és paraben (1,7, ill. 2,5%) allergia gyakorisága.

A foglalkozási férfi- és nőbetegek megoszlása tekintetében összességében nem volt szignifikáns különbség (lásd 1. táblázat). Ellenben, ha az egyes munkaanyagokat mint foglalkozási allergéneket vizsgáljuk (lásd 3. táblázat), a krómtartalmú anya-

4. táblázat. Leggyakoribb vegyi allergének

Allergének	Orsz. Munka- és Üzemegészségügyi Int.						Fővárosi István Kórház					
	Rátevési próba (év)		Foglalkozási esetek n = 590		Egyéb esetek n = 747		Rátevési próba (év)		Foglalkozási esetek n = 27		Egyéb esetek n = 474	
	1.	2.	szám	%	szám	%	1.	2.	Szám	%	szám	%
1. $K_2Cr_2O_7$ 0,5% vas.	X	X	136	23,1	33	4,4	X	X	9		42	8,9
2. Formaldehyd 2% víz	X	X	64	10,8	47	6,3	X	X	2		24	5,1
3. $CoCl_2$ 1% vas.	X	X	59	10,0	20	2,7	X	X	5		23	4,9
4. P-phenyldiamin 1% vas.	X	X	52	8,8	25	3,3	X	X	3		45	9,5
5. Terpentinolaj 10% ol. helianthi	X	X	26	4,4	7	0,9	X	X	2		40	8,4
6. $NiSO_4$ 2,5% vas.	X	X	25	4,2	10	1,3	X	X	4		14	3,0
7. Mercapto-benzthiazol 2% vas.	X	X	15	2,5	7	0,9	X	X	0		12	2,5
8. Tetramethyl-thiuramdisulfid 2% vas.	X	X	15	2,5	3	0,4	X	X	1		12	2,5
9. Phenyl-beta-naphthylamin 2% vas.	X	X	10	1,7	3	0,4		X	0		0	0,0
10. Perubalzsam 25% vas.		X	11	3,5	11	3,3	X	X	4		49	10,3
11. Kolofonium 20% vas.		X	3	0,9	1	0,3		X	0		0	0,0
12. Parabenek 3% vas.		X	0	0,0	2	0,6	X	X	0		12	2,5
13. Diphenyl-PPD 2% vas.								X	0		1	0,4
14. Metol 1% vas.								X	1		2	0,8
15. Hydrochinon 1% vas.								X	0		0	0,0

vas. = vaselinum flavum

X X Az anyag mindkét évben tagja volt a sorozatnak.
X Az anyag csak a második évben volt tagja a sorozatnak.
(OMI: foglalkozási 317, egyéb 337 eset)
(István Kórház: egyéb 242 eset)

gok többségében férfiakat, viszont a mosó- és tisztítószerek főként nőket betegítettek meg. Az eltérés feltehetően az expozícióbeli különbség következményének tekinthető.

Mind az OMI-ban vizsgált betegek, mind az István Kórházban kezelt betegek irányított beteganyagoknak tekinthetők. A foglalkozási kontakt dermatitises betegek egy része, főként azon esetekben, ahol a foglalkozással való összefüggés könnyen tisztázható, ill. eliminációra gyógyul, nem

kerül az OMI-ban vizsgálatra, hanem a bőr-nemi-beteg gondozó intézetek kezelésbe s jelentik be, így a mi összeállításunkban nem szerepel.

Meg kell említenünk, hogy míg az István Kórház 1952—1959. évi összeállításában (11) a mykogen, ill. coccogen szenzibilizáción alapuló foglalkozási betegek aránya 13,7, ill. 23,5% volt, jelen összeállításunkban a mikroba, ill. mikroba allergia gyakorisága a járóbetegek között a betegség közvetlen okaként csupán 6,0%-ban (mykogen 4,1 és

5. táblázat. Céltott rátevési próba speciális munkaanyagokkal
Országos Munka- és Üzemegészségügyi Intézet

Munkaanyag	Eset szám	Pozitív rátevési próba				Összesen Összesen %	Összes foglalkozási esetek százaléka (n = 590)
		Férfi	Nő	Összesen	Összesen		
		Szám	Szám	Szám	%		
Epoxi-gyanták 5% aceton	115	28	42	70	60,9	12,0	
Chloramphenicol 1,5% vas.	31	2	4	6	19,4	1,0	
Chlorpromazin 2% víz	24	—	5	5	20,8	0,8	
„Oxymethyl” 1% aceton	14	5	—	5	35,7	0,8	
Kátrány 3% vas.	26	3	2	5	19,2	0,8	
Metol 1% vas.	21	4	—	4	19,0	0,7	
Egyéb	354	17	42	59	16,7	10,0	

vas. = vaselinum flavum

6. táblázat. **Célzott gyógyszer rátevési próba**
Fővárosi István Kórház

Gyógyszerek	Vizsgált betegek száma	Pozitív rátevési próba				Összes nem foglalkozási esetek százaléka (n = 474)	
		Férfi szám	Nő szám	Összesen szám	%		
1. Chloramphenicol	1,5% vas.	319	14	34	55	17,2	11,6
2. Phenylbutazon	5% vas.	206	19	26	37	18,0	7,8
3. Resorcin	3% víz	197	21	23	37	18,8	7,8
4. HgCl ₂	0,03% víz	204	11	14	33	16,2	7,0
5. Vioform	3% vas.	182	13	13	26	14,3	5,5
6. Hg amidochlor	5% vas.	216	13	8	21	9,7	4,4
7. Neogranormon	készítmény	185	7	8	15	8,1	3,2
8. Pellidol	2% vas.	191	7	7	14	7,3	3,0
9. Novocain	1% víz	329	8	8	16	4,9	3,4
10. Benzocain	5% vas.	242	4	7	11	4,5	2,3
11. Adeps lanae	30% vas.	189	4	1	5	2,6	1,0
12. Pix juniperi	3% vas.	242	5	1	6	2,5	1,3
13. Neomycin	20% vas.	474	0	4	4	0,8	0,8
14. Pix lithanthracis	5% vas.	242	0	2	2	0,8	0,4
15. Egyéb		221	9	6	15	6,8	3,2

vas. = vaselinum flavum

7. táblázat. **A KGST Államok Kontakt Dermatitiszt Kutató Csoportja által ajánlott alap rátevési próbasorozat**

Sor-szám	Allergén	Töménység	Vivőanyag
1.	K ₂ Cr ₂ O ₇	0,5%	vaselinum flavum
2.	NiSO ₄	2,5%	vaselinum flavum
3.	CoCl ₂	1,0%	vaselinum flavum
4.	Formaldehid	1,0%	deszt. víz
5.	P-phenylendiamin	1,0%	vaselinum flavum
6.	Terpentinolaj	10,0%	ol. helianthi
7.	Sublimat	0,03%	deszt. víz
8.	n-Isopropyl-n'-phenyl-p-phenylendiamin	0,5%	vaselinum flavum
9.	Tetramethylthiuram-disulfid	2,0%	vaselinum flavum
10.	Mercaptobenzthiazol	2,0%	vaselinum flavum
11.	Lanolin alcohol	30,0%	vaselinum flavum
12.	Benzocain	1,0%	vaselinum flavum

bakteriális 1,9%) került megállapításra. Azonban a nem foglalkozási mikrobás alapfolyamat alkalmas talaj lehet foglalkozási vegyi szenzibilizáció kialakulására, továbbá a mikrobás ráfertőzés fenntartó szerephez juthat. A mikrobák ilyen jellegű részvétele az esetek felében (53,5%) fordult elő.

Rá kell mutatnunk arra is, hogy bár a közölt statisztikánk összhangban van a Semmelweis OTE Bőrgyógyászati Klinikája Allergológiai Szakrendelése tapasztalataival (5, 6), ennek ellenére nem mindenben érvényes a budapesti megállapítás az egész országra. Például Tatabányán a bányászok között a gumicsizma hordása miatt a láb-ekzema, láb-mycosis és a gumiakcelerátorok okozta kontakt dermatitis, a műanyagiparban a kéz-ekzema a leggyakoribb kórisme (2).

Figyelembe véve a vázolt saját vizsgálati adatainkat, valamint az irodalmi adatok (1, 5, 6, 9, 10, 12, 13, 15, 16) alapján várható emelkedést, járóbeteg-rendeléseken foglalkozási megbetegedés gyanúja alkalmával a KGST Államok Kontakt Dermatitiszt Kutató Csoportja által javasolt 12 tagú alap rátevési próbasorozat alkalmazása látszik cél-

szerűnek (7. táblázat). Mindez nem teszi feleslegessé a célzott, a vizsgálandó beteg saját munkái és környezeti allergénjeit, továbbá a gyógyszereket tartalmazó kiegészítő sorozatok alkalmazását.

Összefoglalás. A szerzők az Országos Munka-és Üzemegészségügyi Intézet bőrgyógyászati rendelésén utóbbi két évben 1337 betegen végzett vizsgálatok eredményét közlik. Az eredményeket az István Kórház kontakt dermatitiszes betegein nyert adatokkal hasonlították össze. A rendelés 590 foglalkozási betege kórokai között vezettek a króm-tartalmú anyagok (17,6%), a gépszírok, ásványolajok, ásványolaj-tartalmú emulziók csoportja (13,7%), a szerves oldószerek (12,1%), az epoxigyanták (12,0%) és a mosó-, ill. tisztítószerek (7,6 százaléka). A foglalkozási betegek között a króm (23,1%), az epoxigyanták (12,0%), a formaldehid (10,8%) és a kobalt (10,0%) volt a leggyakoribb allergén. A p-phenylendiamin-, nikkel-, gumikémikália-allergia a foglalkozási járó betegek és a kórházi nem foglalkozási betegek között közel azonos gyakorisággal fordult elő. A rátevési próbában a legtöbb pozitív eredményt a chloramphenicol, perubalsam, phenylbutazon, resorcin, higany és vioform adta. A szerzők javaslatot tesznek a 12 tagú alap rátevési próbasorozat összetételére.

IRODALOM: 1. Brun, R.: Dermatologica. 1975, 150, 193. — 2. Darabos L.: Bőrgyógy. Vener. Szle. 1975, 51, 241. — 3. Dömötör A. és mtsai: Orv. Hetil. 1974, 115, 1271. — 4. Förström, L., Pirilä, V.: Berufsderm. 1975, 23, 207. — 5. Hamar M. és mtsai: Bőrgyógy. Vener. Szle. 1975, 51, 193. — 6. Hamar M., Temesvári E.: Derm. Vener. Haladása. 1975, 19, 59. — 7. Korossy S. és mtsai: Orv. Hetil. 1969, 110, 1837. — 8. Korossy S. és mtsai: Orv. Hetil. 1975, 116, 2474. — 9. Lepine, E. M.: Contact Dermatitis. 1976, 2, 89. — 10. North American Contact Dermatitis Group: Contact Dermatitis. 1975, 1, 277. — 11. Rajka Ö. és mtsai: MTA V. oszt. közl. 1965, 16, 123. — 12. Rudzki, E.: Berufsderm. 1976, 24, 100. — 13. Szilágyi I.: Bőrgyógy. Vener. Szle. 1972, 48, 208. — 14. Szurgent J., Nebenführer L.: Orv. Hetil. 1975, 116, 2591. — 15. Van Hecke, E.: Arch. Belges Derm. 1974, 30, 235. — 16. Ziegler, V., Süß, E.: Allergie Immunologie. 1974/1975, 20/21, 281.

A destructiós ileusról

Simonyi István dr.

Az ileusmortalitás ma is igen magas. A különböző statisztikák arányát 3—20⁰/₀ közt adják meg (8, 10, 13). Azok a közlemények, amelyek a tumor okozta vastagbél-ileusokat is beszámítják, 20⁰/₀ feletti letalitást jeleznek (14, 16). A magas mortalitás főként három okra vezethető vissza.

1. A többnyire időskori tumoros vastagbél-ileusok.
2. Az elhanyagolt, későn műtétre kerülő elzáródásos vékonybél-ileusok.
3. A destructiós ileusok.

Az ileusmortalitás csökkentésének lehetőségét e három nagy csoport beteganyagának gondos kliniko-radiológiai vizsgálata, illetve korszerű sebészi ellátása biztosíthatja.

Ad 1.: az idős, változó székürítésről beszámoló betegek rendszeres onkológiai szűrése, occult vérzés vagy egyéb tumorgyanú esetén az irrigoscopia elvégzése lehetővé teszi, hogy a colon-tumorkok időben felismerésre kerüljenek. Jelenleg *Uhlen* és *mtsai* (16) szerint a vastagbél-tumorkok 25—40⁰/₀-át csak ileus formájában észlelik.

Ad 2.: a későn kórházba kerülő, jelentős bél-distensióval járó obstructiós vékonybél-ileusok korszerű sebészi ellátása, főként az elektrolitház-tartás rendezésével és a praeeoperatív decompressió kezelésével egyre inkább sikeresnek mondható. A „szimpla” vékonybél-elzáródások mortalitási aránya az utóbbi években csökkenő tendenciát mutat. Természetesen itt is elsődleges szempont a késői, elhanyagolt esetek számának csökkentése és az ileusos betegek korai műtéti ellátása.

Ad 3.: a destructiós ileusokban — tehát azokban az esetekben, amelyekben nemcsak a béllumen elzáródása, hanem a bélfal és bélfodor lefűzésével a belet tápláló ér- és idegellátás is megszakad — gyorsan kialakulnak az ileus legsúlyosabb szövőd-ményei a bél-necrosis és peritonitis. Ennek megoldása sokszor csak kiterjedt bél-resectióval lehetséges. A heves, görcsös fájdalom, a súlyos, csaknem folyamatos hányás, a gyorsan kialakuló shockszerű állapot következtében még a fiatal, jó általános állapotban levő betegek is gyakran órák alatt igen súlyos állapotba kerülnek és a műtét kimenetele erősen kétségessé válhat. Leggyakoribb destructiós ileus-forma a strangulatio, ritkábban fordulnak elő az invaginatio és volvulus. E csoport magas mortalitását jelenleg csak a korai, gyors diagnosis és a lehető legkorábban elvégzett műtét csökkentheti eredményesen. A korai dia-

gnosis felállításában jelentős szerep hárul a radiológusra, akinek sokszor a nem típusos röntgenjelek alapján is utalni kell a destructiós ileus lehetőségére.

Az ileus meghatározásában döntő jelentőségű a mechanikus és a paralyticus forma elkülönítése — vagyis a műtéti javallat, vagy ellenjavallat kimondása. Szerencsés módon ez a klinikai és radiológiai jelek alapján az esetek jelentős részében sikeresen megállapítható. Számos szerző véleménye szerint további elkülönítésre nincs sem szükség, sem lehetőség. *Nagy S.* (13) szerint a strangulatio ileusok röntgenképe a legkifejezettebb, legkarakterisztikusabb. Ezzel szemben áll *Mellins* és *Riegler* (12) nézete, amely szerint a strangulatio ileus utánozhat normál hasi statust, paralyticus ileust, vékonybél-obstructiót és mesenterialis thrombosist. *Dixon és mtsai* (4, 5) szerint a destructiós ileusokban a röntgenkép megbízhatatlan. A nativ hasi röntgenfelvételen az esetek 35⁰/₀-ában ileusra utaló folyadéknyívó és gázárnyék nem volt. Ők, valamint *Vest* (17) felső passage-vizsgálatot végeztek bárium, illetve jódos kontrasztanyag alkalmazásával. Vizsgálataik szerint a továbbító bélmozgások beszűkültek, a kontrasztanyag passage-zavarát észlelték. Állatkísérletekben 10 óra után a bélmozgások ritkává váltak és intenzitásuk jelentősen lecsökkent. *Chesterman* (2) szerint enyhe strangulatio esetén, amelyben csak a bélfodor vénás compressiója jön létre, a tünetek alig különböznek a „szimpla” vékonybél-obstructiótól. Ha a leszorítás következtében mind a vénás, mind az arteriális keringés megszűnik, akkor az elzáródás feletti és alatti bélszakasz, sőt a pylorus is spasmusba kerül. Ez órák múlva csökken. A gyorsan légző, izgatott betegek levegőnyelése és a kialakuló retrograd vénás thrombosis jelentős bél-distensiót okoz.

Saját megfigyelések

Az ileusnak az irodalmi adatokból is tükröződő magas mortalitása és saját letalis kimenetelű eseteink elemzése készített destructiós ileusos betegek részletesebb radiológiai vizsgálatára, a klinikai tünetek és röntgenjelek összehasonlítására, a nativ hasi felvételek és irrigoscopiás vizsgálatok retrospectív értékelésére.

Anyagunkban 1969. január 1—1977. április 1. közt eltelt több mint nyolc év alatt kórházunkban kezelt, illetve megoperált és röntgenosztályunkon vizsgált 42 destructiós ileusos betegünk szerepel. Ez a szám az eltelt időben vizsgált 161 ileusos esetünk 38,3⁰/₀-át teszi ki. Destructiós ileusos anyagunkban 40 esetben szerepelt strangulatio, mely többnyire régi hasi műtét következményeként alakult ki, de nagyszámban fordult elő külső vagy belső sérv (11 eset) okozta leszorítás miatt. Látunk még fejlődési rendellenesség (pl. Meckel-diverticulum, tumor, Treitz-szalag, valamint tractiós diverticulum következtében kialakult leszorítást. További két esetünkben tumoros ileocecalis invaginatio, illetve caecum-ascendens volvulus következtében alakult ki destructiós ileus. Betegeink átlagéletkora megegyezik vékonybél-ileusos bete-

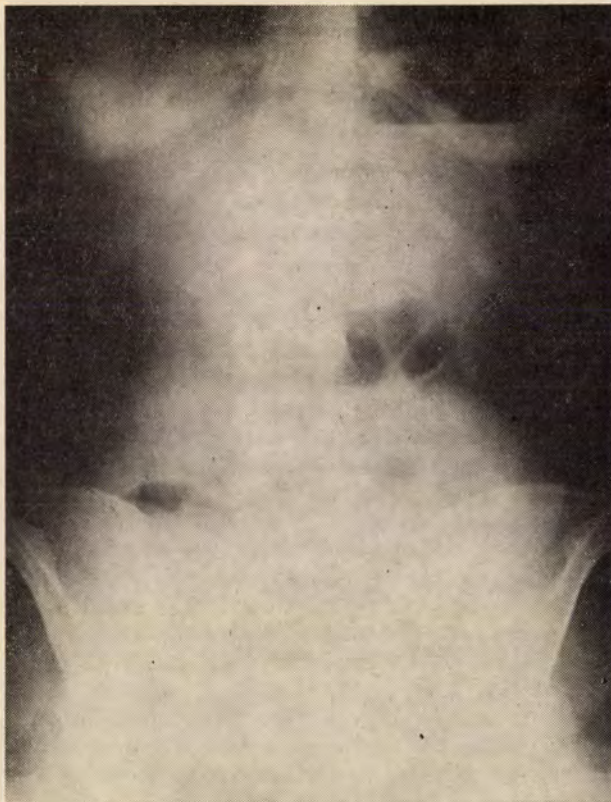
geink korával, azonban viszonylag több fiatal beteg észleltünk strangulatiót. Nyolcan voltak 40 év alatt. Tíz betegünk halt meg (1. 1. táblázat).

Megfigyeléseink szerint a destructiós ileusok korai szakában általában nem alakulnak ki a mechanikus ileusra jellemző széles folyadéknívók, tág, feszülő gázos vékonybélkacsok. Ezt demonstrálja két fiatal betegünk esete.

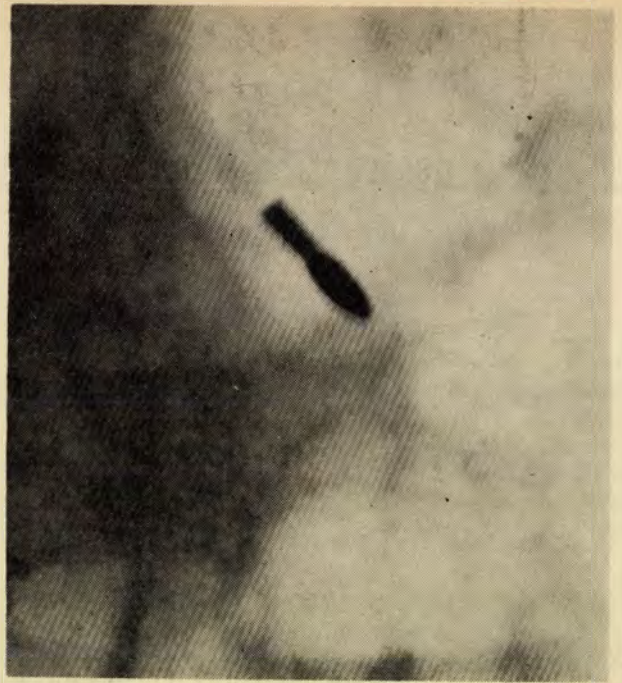
1. M. L., 23 éves nőbeteg. Erős hasi fájalmakkal, görcsökkel került felvételre. Az elvégzett hasi röntgenvizsgálat alkalmával baloldalt paravertebralisán egy kifli alakban meghajlott, tágult vastag falú, gázos vékonybélkacs árnyéka volt látható, mely az ismételt felvételeken változatlanul bizonyult. A hasban nívó, a colonban gázárnyék nem volt. A néhány óra múlva készített kontroll felvételen egy-két újabb gázárnyék jelent meg a vékonybelekben. Az elvégzett műtét alkalmával 25 cm-es bél-necrosist okozó strangulatiós ileust találtak (1. ábra).

2. F. L., 22 éves férfi. Anamnesisében kétoldali herniotomia és appendectomia szerepel. Előző éjjel erős görcsökre ébredt. Azóta állandó nagy hasi fájdalom van. Bejövetelekor kb. 12 órája tartó panaszok mellett a has feszes, néma. A nativ hasi felvételen jobboldalt egy kb. 3 cm-es nívó és néhány kisebb bélgáz látható. A nívó alatt lágyrésztumor gyanúja. Az elvégzett műtét strangulatiót igazolt, mely 80 cm-es necroticus bélszakasz eltávolítását tette szükségessé. Szerzők gyakran megfigyeltek gázárnyékokat a colonban destructiós ileus esetén. Mi csak egy esetünkben láttunk gázárnyékokat a vastagbélben. Ebben az esetünkben azonban a bél-strangulatio nem volt teljes, az észlelt bélsárhányás ellenére sem. Esetünket az alábbiakban ismertetjük:

3. M. F., 61 éves férfibeteg. Anamnesisében gastr-ectomia és cholecystectomy szerepel. Felvétele előtt négy nappal erős görcsök jelentkeztek, főleg a köldök körül. Utána egy napig jól volt. Bejövetele előtt néhány órával ismét görcsök jelentkeztek, hányt. Szék-



1. ábra.



2. ábra.

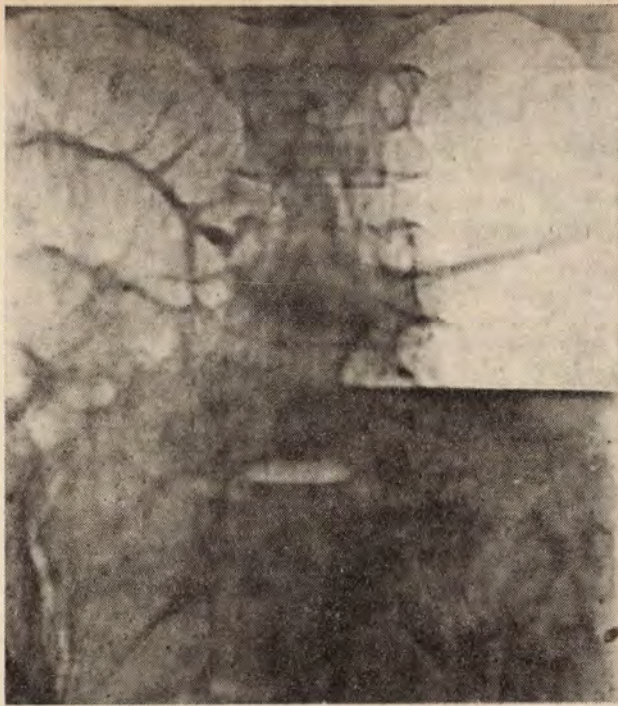
és szélérekedést említ. Felvételekor a has puffadt, jobboldalt az alhasban érzékeny resistentia észlelhető. A röntgenvizsgálat során több ív alakban tágult, feszülő vékonybélkacs látható, melyekben folyadéknívók vannak. Emellett a jobb colonsfélaban is kimutatható gázárnyék. Az elvégzett irrigoscopia enyhén tágult levegős colont igazolt. A röntgenvizsgálat után miserere lépett fel. Az elvégzett opus alkalmával az ileumon hosszú tractiós diverticulumot találtak, mely a coecumhoz letapadt. Ez alatt a terminalis szakasz egy része hurokszerűen beszorult és lezáródott (2. ábra).

Destructiós ileusos betegeinken felső passagevizsgálatot csak egy esetben végeztünk. Megfigyelésünk szerint a kontrasztanyag tovahaladása a gyomorból, illetve duodenumból a mélyen fekvő strangulatio ellenére erősen gátolt volt. Lényegesen gyakrabban egészítettük ki a nativ has röntgenvizsgálatát irrigoscopiával. A beöntéses vizsgálat sokat segített 59 éves nőbetegünk hasi státuszának tisztázásában is.

4. M. J.-né, 59 éves nőbeteg. Ileust okozó incarcerationált hernia műtét után néhány nappal saját felelősségére hazamegy. Öt hónap múlva heves hasi görcsökkel kerül újra felvételre. Az elesett állapotban levő beteg erős, ismétlődő alhasi és köldöktáji görcsökről számol be. A has feszes, kemény. Élénk peristalticus hangok. A röntgenfelvételen baloldalt a flexura tájon rendkívül tág colon-árnyék, jobboldalt feszülő vékonybélkacsok láthatók. A kép alapján, az előzetes műtét ellenére a leszálló vastagbél valószínűleg tumoros elzáródására gondoltunk. Az irrigoscopiás vizsgálat azonban a transversum közepéig akadálytalan telődést mutatott. A kontrasztanyaggal kitöltött distalis haránt-bélszakasz a leírt feszülő, gázos colont alulról övezte. A műtét alkalmával coecum mobile-t találtak, amely a korábbi műtét után kialakult kötegek húzása következtében az ascendenssel együtt torqualódott, bal oldalra került és létrejött a heves hasi tünetekkel járó vastagbél-volvulus (3/a-b ábra).

Megbeszélés

A destructiós ileusok az összes ileusos megbetegedések jelentős százalékát teszik ki. Anyagunkban 38,3% volt a destructiós ileus esetek aránya. Ez magasabb mint a közlésekben általában. Különösen szembetűnő, ha az ileus-diagnosztika legna-



3. ábra.

a

b

1. táblázat.

Kor	Esetek száma	Nem férfi	Nem nő	Destr. ileus forma	Előzetes hasi műtét	Klinikai diagnózis	Röntgen diagnózis	Mortalitás
20-40 év	8	5	3	strang.: 8	7	mech. ileus: 8 ebből Destr.? 3	mech. ileus: 8 ebből Destr.? 3	-
40-60 év	8	6	2	strang: 7 volvulus: 1	5	mech. ileus: 8 Destr.? 1	mech. ileus: 8 Destr.? 3	2
60-80 év	20	5	15	strang.: 19 invaginatio: 1	14	mech. ileus: 20 Destr.? 5	mech. ileus: 19 paral. ileus: 1 Destr.? 6	6
80 év felett	6	1	5	strang.: 6	2	mech. ileus: 6 Destr.? 1	mech. ileus: 6 Destr.? 1	2
Összesen	42	17	25	strang.: 40 volvulus: 1 invaginatio: 1	28	Destr.? 10	Destr.? 13	10

(Destr.: Destructió, strang.: strangulatio, mech.: mechanikus ileus)

gyobb szaktekintélyének, *Frimann-Dahlnak* (8) 18,5%-os arányával hasonlítjuk össze. Feltehetően kisebb destructiós esetszáma is hozzájárult, hogy az irodalomban ismertetett legjobb eredménystatisztikáról (3%-os ileusmortalitás) éppen ő számolt be.

A destructiós ileusok gyors progressziója és rossz prognosisa miatt törekedni kell a korai diagnózis felállítására. Erre a klinikai és röntgenjelek alapján lehetőség van (2. táblázat). *Crowly* (3) véleményével megegyezően úgy látjuk, hogy a tág izolált bélkacs csaknem kórjelző korai destructiós ileusra. Anyagunkban 8 esetben észleltük. A multiplex gázképződés és a folyadéknívók megjelenése csak később alakul ki. Sokszor még ekkor is elkülöníthető azonban a leszorítás helyének megfelelően egy, az átlagnál tágabb, a bélfal oedemája

következtében megvastagodott falú, esetleg megtört, feszülő bélkacs (kávébab tünet). A különböző testhelyzetekben készített felvételeken, valamint compressióra, helyét és alakját nem változtatja, fixált. Ha a leszorított bélkacs folyadékkal kitöltött, homogén szerkezetű, lobulált contúrú, tumorszerű árnyék formájában tűnik fel, különösen, ha gázos belek veszik körül. A bélfal leszorítása következtében a mucosa tartós anoxaemiája alakul ki. A bélfal tonustalanává válik, a redőzet elsimul, a lumen ellapul. A bélkacsban széles folyadéknívó jelenik meg. Ez több órás destructiós ileusokban csaknem mindig észlelhető. Feltehetőleg létrejöttében a lokális ok mellett szerepet játszik a mesenterium leszorítása következtében kiváltott viscerovisceralis reflex mechanizmus is. Destructiós ileusos betegeink több mint kétharmadában láttunk

2. táblázat.

Klinikai-jelek		
	Destructio ileus	Obstructio ileus
Fájdalom	heves, görcsös, vagy folyamatos	periodikus, kevésbé intenzív
Shock-tünetek	korán	később
Hányás	súlyos, folyamatos	a peristalticával szimultán
Decompressio kezelés	eredménytelen	átmeneti javulás lehetséges
Röntgen-jelek		
Isolált bélkacs	előfordul	nincs
Pseudotumorjel	előfordul	nincs
Fixált bélkacs	van	nincs
Felső passage	gátolt	az elzáródásig lehet
Tónus csökkenés	korán	később

tonustalan bélkacsokat, széles folyadéknívókat. E tünet „szimpla” vékonybéllezáródás esetén is gyakran megfigyelhető. Itt azonban lényegesen később a bélfal tartós erőlködése és kifáradása során észleljük.

Az ileus röntgendiagnosztikája bár lehet egyszerű, gyakran nehéz feladat elé állítja a radiológust. Egyetértünk számos szerző véleményével, mely szerint a radiológus fő feladata az ileus felismerése. Elkülönítést csak a mechanikus és paralyticus forma közt kell tennie. A korán vizsgálatra kerülő betegek hasi röntgenképének elemzése azonban az esetek egy részében lehetőséget ad a destructio ileus gyanújeleinek felismerésére. A klinikai tünetek ismeretében a korai röntgenjelek jól értékelhetők és még a széles hasi nívók megjelenése előtt jelezheti a radiológus az ileus kialakulását, illetve utalhat annak súlyos, destructio formájára. A röntgendiagnosztikai jelek gondos értékelésével elkülönítést tehet a mesenterialis érrendszer akut elzáródásaival szemben is, melyek szintén gyakran órák alatt szinte kilátástalan helyzetbe hozzák a korábban panaszmentes betegeket. Mint korábbi közleményünkben rámutattunk ennek lehetőségére (15), elsősorban a klinikai és radiológiai kép discrepantiája esetén kell gondolni, különösen olyan betegek esetében, akik ke-

ringési rendszere nem intakt. Mesenterialis érelzáródás esetén a destructio ileus gyanújeleit nem észleljük, bár sokszor a röntgenkép mechanikus ileusra enged következtetni. Bár egyes szerzők a bélhűdéssel szemben való elkülönítést is fontosnak tartják és leírják destructio ileusokban colonban levegőt, megfigyeléseink szerint ez rendkívül ritka és nem jár a paralyticus ileusra jellemző vastagbél-dilatatióval.

A radiológusnak az ileus-diagnosztikában igen jelentős szerepe van. A diagnosis korai felállítása különösen fontos destructio ileusok esetén, amelyekben a gyors diagnosis a mortalitás csökkentésének legfontosabb eszköze. A klinikoradiológiai tünetek gondos mérlegelése, a korai gyanújelek figyelembe vétele megóvhat a késedelmes beavatkozástól és a beteg számára esetleg az életet jelentő néhány óra elvesztésétől.

Köszönetnyilvánítás. Herczeg Tibor dr. kandidátus főorvosnak a sebészeti esetdokumentációk szíves átengedéséért köszönetet mondunk.

Összefoglalás. A szerző 42 eset alapján ismerteti a destructio ileus radiológiai vonatkozásait és rámutat a diagnosztikai lehetőségekre. Kiemeli a korai diagnosis felállításának jelentőségét és hangsúlyozza a klinikai és radiológiai jelek összevető értékelésének fontosságát. Elemzi a differenciáldiagnosztikai jeleket. Véleménye szerint a radiológus a korai röntgentünetek helyes megítélésével nagy segítséget adhat a sebésznek a műtéti javallat felállításában.

IRODALOM: 1. *Berry, R. E., Arbor, A.:* JAMA. 1952, 148, 847. — 2. *Chesterman, J. T.:* J. Path. Bact. 1944, 56, 442. — 3. *Crowby, R. T.:* Internat. Abst. Surg. 1949, 89, 417. — 4. *Dixon, J. A. és mtsai:* Arch. Surg. 1964, 88, 527. — 5. *Dixon, J. A., Russel, L., Nichols, D.:* Surg. Gynec. and Obst. 1966, 122, 50. — 6. *Erdélyi M., Kun M.:* Orv. Hetil. 1970, 111, 1443. — 7. *Fedor E., Bodrogi T., Szelezky M.:* Orv. Hetil. 1977, 118, 622. — 8. *Frimann-Dahl, J.:* The acute abdomen. Encyclopedie of Med. Rad. Vol. XI. Part. 2. 449. Springer Verl. Berlin—Heidelberg—N. Y. 1968. — 9. *Ihász M.:* Orvosképzés. 1972, 47, 38. — 10. *Kuti Gy., Simonyi I.:* Rad. Közl. 1974, 2, 152. — 11. *Lázár D.:* A hasüreg sebészeti diagnosztikája. Medicina, 1964. — 12. *Mellins, H. Z., Riegler, L. G.:* Amer. J. Roentgen. 1954, 71, 404. — 13. *Nagy S.:* Rad. Közl. 1972, 2—3, 156. — 14. *Simonyi I., Kuti Gy.:* Magyar Onk. 1975, 20, 253. — 15. *Simonyi I., Kuti Gy.:* Orv. Hetil. 1973, 114, 2787. — 16. *Uhlen, A. és mtsai:* Surg. Gynec. and Obst. 1959, 108, 267. — 17. *Vest, B.:* Surg. Gynec. and Obst. 1962, 115, 561.

„Aki sohasem tagadott meg önmagától semmit azért, hogy másnak adjon, nem pillantotta meg az adás örömét.”

Anne Swetchine

Pécsi Orvostudományi Egyetem,
II. Belgyógyászati Klinika
(igazgató: Hámosi Artúr dr.),
Gyermecklinika
(igazgató: Mestyán Gyula dr.)

Oesophago-gastro- -bulboscopia gyermekkorban

Rumi György dr., Solt István dr.
és Kajtár Pál dr.

A flexibilis fiberscopok kifejlesztése óta a felső emésztő-tractus endoscopos vizsgálata gyermekkorban is lehetővé vált. A GIF—P típusú és egyéb úgynevezett „gyermek-endoscopok” segítségével csecsemők is vizsgálhatók (1, 2, 3). *Munte* és *Gutzeit* (6) öt év alatti gyermekek és csecsemők vizsgálatára GIF—P típusú, öt év feletti gyermekek esetében GIF—D típusú fiberscopot ajánl.

Bár a technikai lehetőségek adóttak, mégis csak néhány szerző számolt be gyermekkorban végzett nagyobb számú vizsgálatról (2, 3, 6, 9). Hazánkban *Domján* (4) közölt két kisgyerek esetében sikeres fiberoscpos idegentest-eltávolítást a gyomorból. Egyik esetünkben mi is a gyomorban rekedt idegentest eltávolítása céljából végeztünk fiberscpos vizsgálatot. Két esetben ismétlődő gyomorvérzés, egy esetben occult vérzés miatt végeztük el az oesophago-gastro-bulboscopiaét gyermekkorban. A rendelkezésünkre álló adatok szerint hazánkban először számolunk be gyermekek haematemesis és/vagy melaena miatt végzett felső pánendoscopos vizsgálatáról.

Módszer

Három esetben a Pécsi OTE Gyermecklinikáján, egy esetben a Baranya megyei Gyermeckórházban a helyszínen végeztük el az oesophago-gastro-bulboscpos vizsgálatot. A műszer és a fényforrás szállítása nem jelent nehézséget. Egy hároméves gyermek esetében intratracheális narcosist, a többi esetben im. Ketalar narcosist alkalmaztunk. Olympus GIF—D2 típusú fiberscoppal a vizsgálatokat a gyermeksebészeti műtőkben végeztük.

Eseteink

1. eset: *H. A.*, 9 éves leányt ismétlődő haematemesis és melaena miatt vizsgáltuk 1976. március 10-én. Három hónappal korábban súlyos vérzés miatt

exploratív laparotomián esett át, melynek során a vérzésforrást nem sikerült megtalálni. Az endoscopos vizsgálat előtt elvégzett röntgenvizsgálat során a varixok kimutatása biztonsággal nem sikerült. Az endoscopia alkalmával az egész nyelöcsőben varixok látszóttak, a cardia előtti 5—6 cm-es szakaszon körkörös jó hüvelykujjbegynyi kanyargós vena-tágulatok jöttek látótérbe. A cardiában és a subcardialis gyomorban is varixok voltak megfigyelhetők. A betegnek splenomegaliája volt. A portalis hypertensio okának tisztázására percutan splenoportographia történt, a vizsgálat vena portae thrombosist bizonyított. Ezután műtetre került a beteg, melynek során Karlinger Timaher professzor splenectomiát, Tanner szerinti gyomor-dissectiót és a bal oldali gastrikus vénák leköttetését végezte el. A postoperatív időszakot subphrenikus abscessus kialakulása zavarta, de ennek feltárása után a septikus állapot célzott antibiotikus terapiára megszűnt, a beteg tünet- és panaszmentesen került otthonába.

2. eset: *M. Z.*, 10 éves fiú először 1975 őszén került súlyosan kivérzett állapotban kórházi felvételre. Transzfúsiókra állapota rendeződött, a vérzés megszűnt. 1976 tavaszán ismét haematemesis és melaena miatt került kórházba. Ekkor exploratív laparotomia is történt, mely a vérzés okát egyértelműen nem tisztázta, haemorrhagiás gastritist tételeztek fel. Appendectomiát végeztek. 1976 őszén ismét melaenája volt. A gyomor-bél passage negatív. Az 1976. október 29-én végzett oesophago-gastro-bulboscopia során a bulbus duodeni mellső falán fekély látszott. Az endoscopos diagnosis birtokában újabb műtetre nem került sor. A vérzés megszűnt, a fiú ulcus-kúra után jó általános állapotban, panaszmentesen távozott.

3. eset: *A. I.*, 11 éves leány esetében súlyos fokú vashiányos anaemia, időnkénti occult vérzés miatt ulcus-gyanú merült fel. Korábban giardiasis miatt gyógykezelték. Az 1977. április 5-én végzett endoscopos vizsgálat során a nyelöcsőben, gyomorban és a duodenumban vérzésforrás nem látszott, a peptikus fekélyt kizárhattuk. A multiplex gyomor-biopsia atrophias gastritist mutatott.

4. eset: *F. E.*, 3 éves kislány apja jegygyűrűjét nyelte le. A Baranya megyei Gyermeckórház sebészeti osztályára nyert felvételt. Egyheti observálás alatt ismételt röntgenkontroll mellett (Hiszek Viktória dr.) az idegentest a gyomorból nem jutott tovább. Ezért 1977. május 19-én megkíséreltük az endoscopos idegentest-eltávolítást. Intratracheális narcosisban (Németh László dr.) meglepően könnyen lehetett a rutinszerűen felnőttek vizsgálatára alkalmas műszert levezetni. A gyomorban több helyen felületes nyálkahártya-sérülés látszott, melyeket feltehetően a szabadon mozgó fémtárgy okozott. A nagygyömbület legmélyebb pontján a „nyáktóban” succus alatt pillantottuk meg a gyűrűt. A biopsiás kanállal manipulálva a corpus közepeső harmadába juttattuk, ahol kedvezőbb helyzetben próbáltuk a biopsiás kanállal megragadni. A kanál zárásakor a gyűrű ismételtelen kipattant a biopsiás fogóból. A nyitott kanálra azonban sikerült felfüggeszteni és óvatosan a műszerrel együtt a nyelöcsőbe felhúzni. A cardián könnyen átjutottunk, de a nyelöcsőbemenet magasságában a gyűrű elakadt és a kanálról lecsúszott. Ezután azonnal merev oesophagoscopot levezetve, annak erős idegentestfogójával a nyelöcsőbemenetből sikerült a karikagyűrűt kiemelni (Eklies József dr.). Szövödmény nem volt, a beteg két nap múlva panaszmentesen távozott.

Megbeszélés

Amint eseteink mutatják, gyermekkorban is előfordulnak olyan megbetegedések, amelyek endoscopiaét követelnek, bár kétségtelenül ritkábban mint felnőttkorban. Ha az indikáció adott, a gyermekintézményekben legtöbbször megfelelő műszer vagy megfelelő munkacsoport nem áll rendelkezésre. Járható útnak tűnik a meglévő endoscopos centrumok és gyermekintézmények együttműködésének

dése. Ilyen együttműködés első lépésének tekintjük eddigi vizsgálatainkat.

A technika vitatható. *Tedesco és mtsai* (9) nagyobb gyermekek esetében többnyire narcosis nélkül vizsgáltak és specialis gyermek-endoscopot alkalmaztak. *Graham és Schwartz* (5) csecsemőt is vizsgáltak narcosis nélkül. Mi a vizsgálatokat narcosisban végeztük, mert gyermek-endoscop és előző saját tapasztalat hiányában így biztonságosabbnak ítéltük a beavatkozást. A GIF—D2 típusú fiberoscop alkalmazására irodalmi adatok mellett bátorított bennünket, hogy több mint 3000 oesophago-gastro-bulboscopiát végeztünk felnőttkorban szövődmény nélkül, nagyrészt ambuláner. *Ament* (1) legújabb közleményében a GIF—P2 típusú Olympus fiberoscoppal végzett vizsgálatai alapján elsősorban e műszer alkalmazását javasolja vérző betegek esetében is. Indoklása szerint, míg a gyermekek vizsgálatára korábban használatos GIF—P1 típusú eszköz vége kétirányban, a GIF—P2 fiberoscopé a „felnőtt” GIF—D típusú műszerekhez hasonlóan négy irányban mozgatható.

A vizsgálatokat különösebb nehézség nélkül végeztük el a GIF—D2 típusú fiberoscoppal, szövődmény nélkül. A postbulbaris duodenum is jól áttekinthető volt három esetben, a negyedik — 3 éves gyermek — esetében a vizsgálat célja az idegentest eltávolítása volt, így a postbulbaris duodenum megtekintésére nem is törekedtünk.

Az endoscopia előnyei: az 1. és 2. esetben röntgenvizsgálattal nem sikerült a vérzés okát megállapítani. Az ismétlődő gyomorvérzés miatt végzett endoscopos vizsgálat aetiológiai diagnosist eredményezett. Az 1. esetben a varixok kimutatásával és kiterjedésük megítélésével a további vizsgálatok és a műtéti döntés alapjául szolgált, míg a 2. esetben fiberoscopos vizsgálat után a konzervatív therapia került előtérbe. A 3. esetben a felmerült ulcus-gyanút az oesophago-gastro-bulboscopia kizárta.

Véleményünk szerint, ha egyéb vizsgálóeljárások nem vezetnek diagnosishoz, az oesophago-gastro-bulboscopiát gyermekkorban is el kell végezni, különösen gyomorvérzés esetében a műtéti döntés előtt. Hasonló felfogást képvisel *Munte és Gutzeit* (6).

4. esetünkben a gyomorból nem távozó karikagyűrű nyelöcsőbemenetbe való felhúzásával a fiberoscopos vizsgálat lehetővé tette a könnyű kiemelését. Speciális idegentestfogóval a vizsgálat időpontjában nem rendelkezünk, beszerzése folyamatban van. Esetünk tanulsága hasonló *Dom-*

ján (4) eseteihez: a fiberoscopos idegentest-eltávolítás lehetőségével élni kell, a megfelelő idegentestfogók beszerzése szükséges. *Rösch és Classen* (8) ilyen fogó alkalmazásával pénzérmét emelt ki négy gyermek gyomrából. Megemlítjük, hogy korábban egy 16 éves nőbeteg gyomrába ékelődött, véletlenül lenyelt gombostűt távolítottunk el sikeresen GIF—D típusú fiberoscop biopsiás fogójával (7).

A felső emésztő-tractus vérző laesióinak pontos diagnosisa, az endoscopos idegentest-eltávolítás mellett, egyéb esetekben is értékes módszer lehetne a fiberoscopos vizsgálat a gyermek-gastroenterológiában. Elég csak a célzott biopsiás mintavétel lehetőségére utalni. Véleményünk szerint a már meglevő endoscopos centrumok műszerezettségét kellene úgy fejleszteni, hogy a gyermekintézmények konziliárius vizsgálatait nehézség nélkül el láthassák.

Összefoglalás. A szerzők gyermekkorban végzett oesophago-gastro-bulboscopos vizsgálatokról számolnak be. Olympus GIF—D2 típusú fiberoscopot alkalmaztak narcosisban. Egy kilencéves és egy tízéves gyerek esetében ismétlődő haematemesis és melaena, egy tizenegy éves beteg esetében occult vérzés miatt, egy hároméves gyereken pedig a gyomorból nem távozó karikagyűrű eltávolítása céljából végeztek endoscopiát. A fiberoscopos vizsgálat aetiológiai diagnosist eredményezett: egyik esetben oesophagus varixokat, a másikban vérző nyombélfekélyt igazolt. Az occult vérzés esetében a peptikus fekélyt kizárták. A gyomorban rekedt karikagyűrűt a biopsiás fogóval a nyelöcsőbemenetig felhúzták, így oesophagoscoppal való eltávolítása lehetővé vált. Véleményünk szerint, ha egyéb vizsgálóeljárások nem vezetnek diagnosishoz, az oesophago-gastro-bulboscopiát gyermekkorban is el kell végezni. Javasolják a meglevő endoscopos centrumok fejlesztését.

IRODALOM: 1. *Ament, M. E.:* Gastrointest. Endosc. 1977, 23, 139. — 2. *Ament, M. E., Gams, S. L., Christie, D. L.:* Gastroenterology. 1975, 68, 858. — 3. *Cremer, M. és mtsai:* Endoscopy. 1974, 6, 186. — 4. *Domján L.:* Orv. Hetil. 1976, 117, 348. — 5. *Graham, D. Y., Schwartz, J. F.:* Gastrointest. Endosc. 1974, 21, 32. — 6. *Munte, A., Gutzeit, D.:* Akt. Gastrologie. 1976, 5, (Suppl. 1), 179. — 7. *Rumi Gy., Solt I.:* A Magyar Belgyógyász Társaság Dunántúli Sectiójának XXI. vándorgyűlésén elhangzott előadások kivonata 25. old. Szekszárd, 1974. június. — 8. *Rösch, W. M., Classen, M.:* Endoscopy. 1972, 4, 193. — 9. *Tedesco, F. J. és mtsai:* Gastroenterology. 1976, 70, 492.

„...harcolhatunk az út ellen, melyet a másik választ, de az embert tisztelnünk kell.”

Antoine de Saint-Exupéry

Fővárosi János Kórház,
I. Sebészeti Osztály
(főorvos: † Gergely Rezső dr.)

Chilaiditi syndroma

Decker Iván dr.

Chilaiditi (1) 1910-ben 3 esetet ismertetett a Francia Sebészetszövetségben „interpositio hepato-diaphragmatica” elnevezéssel, így a syndroma az ő nevéhez fűződik. A kórkép első leírója *Cantani* volt 1865-ben, az első radiológiai leírást pedig *Béclere* (2) adta 1899-ben. A továbbiakban 1890-ben *Gontermann* (3), 1907-ben *Cohn* (4), 1908-ban *Weinberger* (5), 1973-ban *Rodriguez Cuartero* (6), 1974-ben *Siewert* (7) közölt eseteket. Hazánkban először *Kurucz* és *Roth* (8) 1960-ban ismertette sikerrel operált esetüket, majd 1974-ben *Bándi* (9) közölt egy nem operált esetet.

A *syndroma lényege* egy olyan fejlődési rendellenesség, melyben a máj és a jobb rekesz közé interponálódik valamely hasúri szerv, vagy szervrészlet, legtöbbször a colon transversum. *Kolju* (10) szerint a mellkasátvilágítások 1%-ében fedezhető fel ez a syndroma, *Varró* (11) és *Uspensky* (12) is hasonló gyakoriságot ír le. Férfiakban ötször gyakrabban fordul elő.

A *rendellenesség oka* még ma sem tisztázott. *Jackson* (13) eseteiben okként az aerophagiát említi, mely bél-distenziót okozva a májat elmozdítja normális helyzetéből. Feltevését azzal igazolja, hogy eseteiben a nappali időszakban a máj helyzetváltozása kifejezettebb volt, míg éjszaka — az aerophagia hiánya miatt — a bél-distensio csökkent, a máj visszatért helyére. *Baum* és *Karpai* (14) az interpositio okaként felsorolja az intestinalis distenziót, a rekesz paralysisét, a májfüggesztők anomáliáit, valamint az ascitist. *Belke* (15) hivatkozik *Bockusra* (16), aki három faktort említi: a) bélfaktor (megacolon vagy meteorismus, mely létrehozza a rekesz felnyomódását; a colon congenitalis abnormis motilitása);

b) rekeszfaktor (a rekesz szerzett, vagy veleszületett gyengesége; phrenicus laesio okozta rekesz paralysis; valamint az intraabdominalis nyomásváltozás tüdő-tbc, vagy empyema következtében), c) májfaktor (máj-ptosis, kicsi máj, függesztőszalagjainak megnyúlása, relaxatiója, valamint a gastrohepaticus szalagok rövidülése, mely peribulbaris laesiók révén a májat lefelé húzza).

A *klinikai tünetek* is eléggé változatosak. Többnyire puffadás, étvágytalanság, székrekedés, igen ritkán hasmenés, bizonytalan hasi fájdalmak jelentkeznek. Érdekes módon a betegek általános tápláltsága jó. A kórisme felállításához legfontosabbak a röntgeneltérések. Mellkasátvilágításkor a jobb rekesz magasabban áll, alatta hausztrált vagy sima szélű bélkontúrok láthatók, ez alatt pedig a máj árnyéka, mely többnyire alul, elől és medianisan helyezkedik el. Az irrigoscopia és a gyomor-bél rtg is kimutatja a belek helyzetét.

Klinikai megjelenési formája lehet: 1. fixált vagy intermittáló, az utóbbi gyulladások lezajlása után átmenet az előbbi formába. *Chilaiditi* eredeti közleménye, valamint az esetek túlnyomó többsége intermittáló forma, olyannyira, hogy néhány perces megfigyelés alatt észlelhető és röntgennel követhető a szervek elmozdulása, melyet a beteg nem is észlel.

2. Komplettné vagy inkomplettné forma, aszerint, hogy a colon teljes egészében vagy csak részlegesen helyezkedik-e el a máj alatt, így a máj csak a komplett formában található alul, elől és medianisan.

A *kórkép kezelését* illetően is megoszloak a vélemények. Kisgyermekes esetekben többnyire konzervatív (étrendi, életmódbeli változtatásokkal) eljárásokkal próbálkoznak. Serdülőkoron túl a műtéti megoldások kerülnek előtérbe. A választandó eljárás az interponált belek felszabadítása, a rekesz rekonstrukciója, a máj és a belek rögzítése. Lehetőleg kerülni kell az interponált belek resectióját, melyre csak akkor kényszerülhetünk, ha a bélszakasz enormisan hosszú, tágult, mesenteriuma igen megnyúlt, mint azt *Pexidr* (17) esetében közölte, vagy ha az interponált bél torsiója miatt elhalt vagy nem reponálható.

Közleményünkben egy fiatal lányban észlelt ritka fejlődési rendellenesség sikerrel operált, gyógyult esetét ismertetjük.

Esetismertetés

D. K., 16 éves nőbeteget 1977. III. 21-én vettük fel osztályunkra. Anamnesiséből: szülei elmondása szerint gyermekorvosuk a gyermek születése után három héttel intézeti kivizsgálás során megállapította a colon rendellenes elhelyezkedését, a jobb oldali magas rekeszállást. Kisgyermek korában normális fejlődés mellett mindig voltak bizonytalan hasi panaszai, amelyek fejlődésével — különösen megterhelő testmozgások alkalmával — fokozódtak. Székletürítése rendszerben volt, puffadni nem szokott. Felvételi állapot: korának megfelelően fejlett, közepesen táplált nőbeteg. A jobb tüdő alsó határa a IV. bordaköz magasságában kopogtatható. A májtompulat típusos helyzetnek megfelelően dobos kopogtatási hang hallható. A köldök magasságában, a median vonalhoz közel egy nem érzékeny, légzőmozgásokat nem követő, sima felszínű, kb. két-ökölnyi kiterjedésű rezisztencia tapintható, amely a diszlokált máj. Laboratóriumi értékeiben semmi kóros nem található. Mellkas rtg: a jobb rekeszfél csaknem a IV. borda elülső ívéig relaxált, alatta a gázos colon flexura hepaticája figyelhető meg. Irrigoscopia: a kontrasztanyag akadálytalanul tölti fel az atípusos lefutású colont, a coecum és a flexura hepatica a relaxált jobb rekesz alatt helyezkedik el. A kontúrok épek, a hausztráció megtartott. A valvula Bauchini nem nyílt meg. Halvány appendix-telődés. Rad. vélemény: interpositio hepato-diaphragmatica (*Chilaiditi*-syndroma) a colon részleges rotációjával (1. ábra).



1. ábra.



2. ábra.

Műtéti indicatio: testmozgáskor fokozódó, állandósult hasi panaszok, igazolt fejlődési rendellenesség. **Műtét:** 1977. IV. 6. Jobb oldali subcostalis behatolásból nyitjuk meg a hasüreget. A máj igen mobilis, könnyen a hasfal elé emelhető teljes terjedelmében, a köldök magasságában helyezkedik el. A jobb rekeszkupola magasan áll, közte és a máj között találjuk a fixált coecumot, az ascendenst, a jobb flexurát és a distalis ileum egy részletét. A transversum mere-deken lefelé folytatódik a descendensbe, flexura lienalist nem alakít ki. Az interponált beleket felszabadítjuk, az ép appendixet eltávolítjuk. A jobb oldali rekeszt öltésekkel összehúzzuk, a májat a rekesz alá helyezzük, a lig. falciformét a rekonstruált rekeszhez öltésekkel rögzítjük. A coecumot és a colon ascendenst a normális anatómiai helyzetében a mellsőfali peritoneumhoz öltésekkel fixáljuk. A rekesz alatti tér-be egy csövet visszahagyva a műtéti sebet zárjuk. Műtét után eseménytelen sebési körlefolvás, pp. sebgyógyulás. A műtét utáni 14. napon gyógyultan, panaszmentesen távozik. A kb. egy hónap múlva végzett kontroll mellkas rtg és irrigoscopia a szervek normális, anatómiai elhelyezkedését mutatta (2. ábra). A beteg klinikailag teljes tünet- és panaszmentességről számolt be.

Megbeszélés

Az irodalom tükrében említésre méltó, hogy a 16 éves leány congenitalis rendellenessége fejlődésében, tápláltságában zavart nem okozott, továbbá soha nem volt gastrointestinalis panasza és tünete, csak mozgásra fokozódó, bizonytalan hasi fájdalmak voltak. Klinikai megjelenésében komplett és fixált forma volt, nemcsak a colon jobb flexurája, hanem a distalis ileum egy része is interponált.

Összefoglalás. A szerző egy ritkán előforduló fejlődési rendellenesség, a Chilaiditi-syndroma műtéttel gyógyított esetét ismerteti. Az esetet ritkásága miatt tartotta közlésre érdemesnek. A hazai irodalomban eddig csak egy — műtéttel gyógyított — esetet közöltek.

Köszönetnyilvánítás

Köszönetemet fejezem ki Keszler Pál dr.-nak (János Kh., II. seb. oszt.) és Balogh István dr.-nak (János Kh., rtg-oszt.) az esettel kapcsolatosan kifejtett értékes közreműködésükért.

IRODALOM: 1. *Chilaiditi*: Presse Médicale. 1911, 9, 6. — 2. *Béclere*: Bull et mém. Soc méd. hôp. Paris. 1899, 16, 506. — 3. *Gontermann*, ???: Dtsch. med. Wschr. 1890, 16, 1043. — 4. *Cohn*, M.: Vehr. dtsch. Röntg. Ges. 1907, 3, 66. — 5. *Weinberger*, M.: Med. Klin. 1908, 4, 584. — 6. *Rodriguez Cuartero*, A., *Pelaez Redondo*, J.: Rev. Esp. Enferm. Apar. Dig. 1973, 39, 179. — 7. *Siewert*, R., *Bahners*, W.: Chir. Praxis. 1974, 18, 243. — 8. *Kurucz V.*, *Róth M.*: Orv. Hetil. 1960, 101, 1643. — 9. *Bándi T.*: Orv. Hetil. 1974, 115, 1896. — 10. *Kolju*, K. J.: Amer. J. Roentgenol. 1938, 39, 928. — 11. *Varró V.*: Gastroenterologia. Medicina, Bp. 1964. 320. old. — 12. *Uspensky*, A.: Fortschr. Röntgenstr. 1928, 37, 54. — 13. *Jackson*, A., *Hodson*, C. J.: Arch. dis. Childh. 1957, 32, 151. — 14. *Baum*, G., *Karpati*, A.: Med. Mschr. 1954, 8, 221. — 15. *Belke*, F. M.: Amer. J. Roentgenol. 1964, 91, 669. — 16. *Bockus*, H. L.: Gastroent. Saunders, Philadelphia. 1944. pp. 440. — 17. *Pexidr*, B.: Rozhl. Chir. 1972, 51, 5, 211.



BESZÁMOLÓK, JEGYZŐKÖNYVEK

A VII. Szlovák Gerontológiai Napok Presovban (Eperjesen).

A VII. Geriátriai Napokat a Szlovák Orvosszövetség és a Szlovák Gerontológiai Társaság közösen rendezte a VI. Reimann-napok keretében a hangulatos Eperjesen 1977. október 13—15. között. Johann Adam Reimann eperjesi orvos végzett első alkalommal variolizációt az európai szárazföldön 1721-ben. Gyakorlatilag tehát majdnem egyidőben azzal, hogy Lady Mary Montagu, a törökországi szintén konzul felesége ezt a módszert Angliába behozta. (Jenner 1796-ban ismerttetett eljárását alig 3 év múlva Magyarországon a szintén úttörő Hell János Sopronban és Rigler főorvos Békés megyében alkalmazta.) Reimann emlékére Szlovákiában évente rendeznek tudományos ülést és ezen belül két évente nemzetközi részvétellel. Ebbe kapcsolódott be 1977-ben a Szlovák Gerontológiai Társaság, amely vándorgyűléseit nagyon helyesen más orvostársaságokkal közösen rendezzi.

Meghívott vendégként a Szovjetunió, Jugoszlávia, Lengyelország, NDK és Magyarország képviselői vettek részt. (A romániai küldött nem jött el.) A Reimann-napok mindig a megelőzést szolgálják és így a mostani gerontológiai kongresszus főtémája szintén a profilaxis volt a gerontológiában. Ennek keretében hangzott el az 50 előadás. Terjedelmi korlátok miatt csupán néhány megemlítésére szorítkozhatunk.

Virsik, K., a Szlovák Gerontológiai Társaság elnöke utalt arra, hogy a megelőzést fiatal korban kell kezdeni. A primer megelőzés a veszélyeztető tényezők, a betegségek manifestációja ellen küzd, a sekunder megelőzés pedig a betegségek progressióját kívánja akadályozni. Az időseken nehezebb a kórisme felállítása a tünetek elmo-

sódása miatt. Pacovsky, V., a Csehszlovák Gerontológiai Társaság elnöke az elméleti tudományok fejlesztése mellett a szociális nézőpontok jelentőségét, a komplex gondozás, a társadalmi összefogás jelentőségét emelte ki. Krc, R. és Litomericzky, S., a Szlovák Gerontológiai Társaság főtítkára a magyar adatokat is megerősítve közölte, hogy számos helyen a 60 évesek és afeletti aránya elérte a 20%-ot. Hermanova, H., a Csehszlovák Gerontológiai Társaság főtítkára az idősek izolációjáról, immobilizációjának veszélyeiről, a hospitalizált idősek pszichés vezetésének szükségességéről beszélt. A szociálisan veszélyeztetettek kiemelésére „szociális szűrést” javasolt. Matejcek E., Szlovákia egészségügyi minisztere és munkatársai a Kassai Sebészeti Klinika anyagáról számoltak be. A gondos, műtét előtti kórtani szemléletű előkészítés és a kelő postoperatív mobilizálás révén sikeresen csökkentették a kizáródott sérv, az ileus és a peritonitis miatti halálozást. Ries, W., Tipesei professzor, az NDK egyik legelismerettebb gerontológusa 10 090, 60 év feletti egyén szűrővizsgálatát végezte a multimorbiditás szempontjából. Elsősorban a keringés, a látás és a mozgás károsodását észlelte. Gressner, E. és munkatársai a topolcsányi kórház intenzív osztályának tapasztalatait közölték, bemutatva, hogy az idős korban is érhetőek el jelentős eredmények. Linkesch, W., eperjesi főorvos, a kongresszus títkára és Urgeova, N., az idősek endocrin betegségeinek substitúciós kezelésében a gyógyszeradagolási gondokat ismertette.

Vrobelova, T., Szlovákia egészségügyi miniszterhelyettese a kardiológiai gondozás továbbfejlesztésének fontosságát elemelte.

A magyar résztvevők közül Hun N. az iatrogén gyógyszerártalmak megelőzésének fontosságáról be-

szélt a gerontológiában és Vértés L. az idősek cukorbetegségének epidemiológiájával, a szövődmények megelőzésének módjaival foglalkozott.

Külön mély benyomást gyakorolt ránk az a tény, hogy az ülésterem mindig tele volt és az előadásokat igen nagy érdeklődéssel figyelte a hallgatóság.

A kongresszus tekintélyét és az ott elhangzottak komolyságát külön alátámasztotta, hogy Matejcek, Szlovákia egészségügyi minisztere és Vrobelova miniszterhelyettes személyesen tartották meg nagy szakmai tapasztalatot igazoló előadásukat és hogy gyakorlatilag az egész kongresszus alatt jelen voltak. Mindketten nagy figyelemmel hallgatták az előadásokat. Ilyen körülmények között aktív részvételük az általában tapasztalt protokolláris udvariasságon túlmenően operatív és aktív volt. Külön meg kell emlékeznünk arról a körültekintő gondoskodásról, amelyben a szervezők és elsősorban a szervező bizottság fáradhatatlan elnöke, Jozef Lukac dr., a területi kórház igazgató-főorvosa a külföldieket részécsitette. Így orvosi kísértőt kaptunk; a kongresszusi teremben nemzeti zászlónk mellett ülhettünk; Johann Adam Reimann-emlékérmet kaptunk, stb.

A kongresszus gazdag társadalmi, kulturális programot biztosított. A Kassai Színház balettagyűtése Dvorzák szláv táncait adta elő. Kirándulást szerveztek Krasznahorok várába. Ismertették Eperjes gazdag történelmi, kulturális emlékeit. Így lehetőség nyílt arra, hogy a szomszédos országok képviselői valóban közel kerüljenek egymáshoz.

Éppen ezért úgy érezzük, hogy külön köszönetet kell mondanunk dr. Jozef Lukacnak, a szervező bizottság elnökének, dr. W. Linkeschnek, a kongresszus títkárának és a Szlovák Gerontológiai Társaság vezetőinek, dr. E. Gressner, dr. K. Virsik kollégáknak mindazért a sok figyelmességért, amelyben bennünket részesítettek.

Hun Nándor dr.,
Vértés László dr.

MEGRENDDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett

az ORVOSI HETILAP-ot

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



SANOTENSIN[®]

TABLETTA
antihypertensivum

ÖSSZETÉTEL: 10, ill. 25 mg guanethidium sulf. tablet-tánként.

JAVALLATAI: középsúlyos és súlyos hypertonia-betegség, beleértve a malignus lefolyású kórképeket is, továbbá hyperthyreosis.

ELLENJAVALLATAI: nem adható chromaffinoma okozta hypertonia, a gyomor és bélrendszer betegsége esetén, valamint műtét előtt álló betegeknek.

ADAGOLÁSA: kezdő adagja napi 10 mg. Ezt az adagot 7–14 nap múltán, egy-két hetes időközönként 10–10 mg-mal növeljük, arra a mennyiségre, amely a kívánt vérnyomásszintet biztosítja (általában napi 50–75 mg).

Hospitalizált betegek adagjának rövidebb időközönkénti növelése is megengedhető.

Kizárólag intézeti kezelés esetén a kezdő adag napi 25 mg, melyet naponta 12,5, ill. 25 mg-mal növelünk a vérnyomás kívánt mértékének eléréséig, illetve, amíg a mellékhatások nem jelentkeznek.

Más vérnyomáscsökkentő szerekkel, elsősorban thiazid-származékokkal (Chlorurit, Hypothiazid) kombinálva a Sanotensin adagja – a szükséghez képest – csökkenthető.

Hyperthyreosis kezelése esetén – adjuvánsként – a 25–50 mg-os napi adagok a peripheriás sympathicus-túl-súlyra visszavezethető tüneteket jól csökkentik.

MELLEKHATÁSOK: a készítmény különösen a reggeli felkeléskor okoz álló testhelyzetben jelentős vérnyomás-csökkenést, amely ájuláshoz is vezethet. A kezelés folyamán gyakran előforduló diarrhoeát az atropin jól szünteti. Az esetleges bradycardia rendszerint nem okoz különösebb kellemetlenséget. Előfordulhat továbbá ejaculatio impotentia, ami azonban mindig reversibilis.

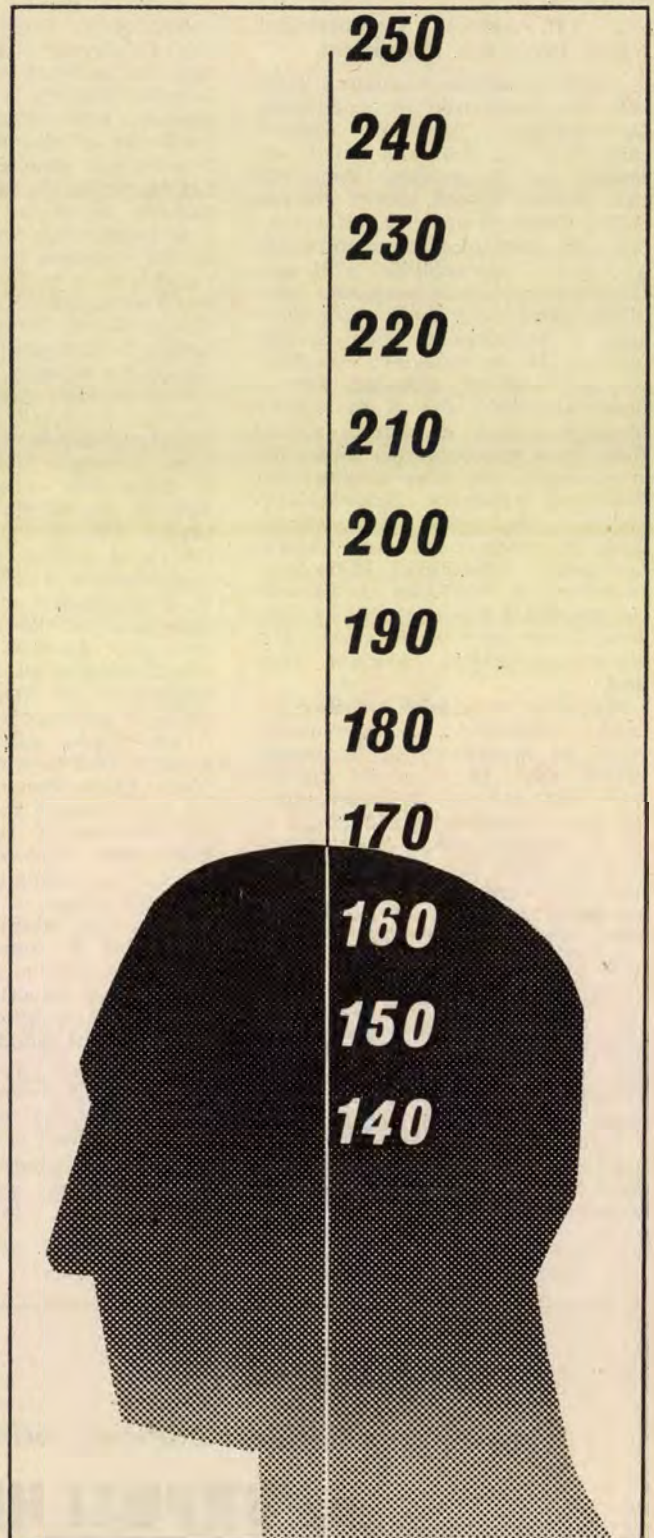
FIGYELMEZTETÉS: az adagolást lehetőleg intézetben kell beállítani, a Sanotensin további alkalmazása idejére pedig biztosítani kell az orvosi ellenőrzést.

A gyógyszer bevétele után 8–10 órán belül, folyamatos szedés esetén pedig a kúra időtartama alatt járművet vezetni, magasban vagy veszélyes gépen dolgozni tilos!

Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtető.

40×10 mg-os tabletták térítési díja 2,70 Ft.

20×25 mg-os tabletták térítési díja 3,- Ft.





Gyógyszerkutatás

A beclomethason dipropionat (DPB) farmakológiája. Jack, D. (Allen and Hanburys Research Ltd. Ware, Hertfordshire, England): La Nouvelle Presse Méd. 1977, 6, 1273—1276.

Új corticosteroid készítmények előállításánál arra törekcsenek, hogy a gyulladásgátló hatást fokozzák és a nemkívánt mellékhatásokat csökkentik. McKenzie teszttel meghatározták különböző corticosteroidok vasoconstrictió hatását és azt találták, hogy a DPB 500-szor hatásosabb a cortisólnál. Lokálisan aerosolban alkalmazva selectiv, mert a lokális gyulladásgátló hatása lényegesen nagyobb, mint általános anyagcsere hatása, ami biztosítja, hogy az asthmában kis adaggal is csökkenti a rohamokat és nem befolyásolja a hypophysismellékvesetengely funkcióját. Ezt a biztonságot még az is fokozza, hogy a máj inaktív komponensekre bontja le. Sem toxikológiai, sem biopás vizsgálatokkal eddig nem lehetett bronchus-nyálkahártya-károsodást kimutatni az inhalációs terápia alatt. Ezzel szemben a klinikai tapasztalat arra utal, hogy a candida albicans elleni védekezés csökken, a candidiasis azonban csak a felső légutakra lokalizálódik, tüdőfertőzés nem keletkezett.

Hajós Mária dr.

Négyéves tapasztalat beclomethason (DPB) aerosollal. Ruff, F., Brouet, G. (Hôp. Laennec, Paris): La Nouvelle Presse Méd. 1977, 6, 1283—1285.

109 beteget két csoportban vizsgáltak, az egyik csoportban kettős vak kísérletet végeztek, a másikban 2—4 éves kontinuális DPB aerosol terápiaát állítottak be. A betegek túlnyomó többsége asthmás volt, 11 bronchitises és 12 tartósan köhögő beteg mellett. Az eredményt kitűnőnek értékelték, ha egyéb medikációt, illetve a steroiddependenciában a corticosteroidokat teljesen el lehetett hagyni, jónak, ha a gyógyszerfogyasztást 50%-kal tudták csökkenteni. Az első csoportban 64%-ban, a másodikban 73%-ban kitűnő terápiás effektust regisztráltak. A DPB aerosol csak akkor hatásos, ha nincs hypersecretio és superinfectio. Steroid dependencia esetén csak fokozatosan szabad az inhalációs terápiaát átállni. Jorde és Wedermann szerint 6 hónapos DPB terápiaára a bronchusok balsalmembránja megvastagszik. A kontinuális DPB adagolás 400 µg/24 óra (4 × 2 szippantás naponta).

Hajós Mária dr.

Bronchospasmus kezelése beclomethasonnal. Germouthy, J. és mtsai (Hôp. du Cluzeau, Limoges): La Nouvelle Presse Méd. 1977, 6, 1289—1292.

18 beteg légúti ellenállását mérték 200 µg DPB belégzése után, a bronchialis ellenállás 30 perc után jelentékenyen csökkent 12 esetben, mérsékelten 6 esetben. Ezután 40 beteget, akik asthmában, recidiváló pneumoniában, nasalis obstructióban, vagy ezek kombinációjában szenvedtek, kontinuális DPB kezelésben részesítettek, roham esetén 200—600 µg-ot, fenntartó adagként 100—300 µg-ot adagoltak. Az esetek több mint felében kitűnő eredményt értek el, 32%-ban a kezelés eredménytelen maradt. A sikertelenség okának a beteg rossz technikáját, hypochondriát, steroid dependenciát és sympathicomimeticumokkal telített szervezetet tartották. Legjobban reagáltak a 60 évnél fiatalabb betegek, közepes rohamokkal, kísérő légúti fertőzés nélkül. Szükséges volt továbbá, hogy a jól kooperáló beteg az orális kezelést közvetlenül a DPB adagolása előtt hagyja abba. Két esetükben a nasalis obstructiót intranasalis kezeléssel lehetett oldani.

Hajós Mária dr.

Kontinuális steroid terápia átállítása beclomethasonra. Charpin, J. és mtsai (Hôp. Ste Marguerite, Marseille): La Nouvelle Presse Méd. 1977, 6, 1293—1294.

67 kontinuális steroid terápiaában részesülő beteget állítottak át napi 6—16-szor 50 µg DPB inhalációra. A betegek előzetesen intermittáló orális, intravenás, illetve kombinált steroid kezelésben részesültek. Az esetek kétharmadában fokozatosan meg lehetett vonni az orális és parenteralis steroidokat. Kb. 1 év után kontrollálták a corticosteroid mellékhatások visszaféjlődését, legfontosabbnak tartották a mellékvesekéregműködés fokozatos restitúcióját. Mellékhatásként laryngitis, candidiasis támadt, az orr-polyposis, arthralgia, ekzema újra jelentkezett és kifejezett astheniát észleltek, azonban ezen tünetek csak 2—2 esetben fordultak elő. A mellékhatások következtében 4 esetben kellett a DPB inhalációtól eltekinteni.

Hajós Mária dr.

Steroid aerosolok asthmában. Girard, J.-P. (Hôp. cant. Genève): La Nouvelle Presse Méd. 1977, 6, 1297—1299.

Két tisztagú teljesen azonos asthmás betegcsoportban összehasonlították a DPB és dexameason

aerosol hatását, a belégzések négy-szer naponta történtek 50, illetve 125 µg-mal. 4 hetes kezelés után meghatározták az eosinophiliát, légzésfunkciót és 17-OH értékeket, összehasonlítva a kiindulási eredményekkel. DPB kezelés után a plasma cortisol szint és az eosinophilia nem változott, míg dexameasonra csökkent. A légzésfunkciós eredmények csak 4 hét után javultak, DPB hatására szignifikánsan. A szerző véleménye szerint a DPB alkalmasabb kontinuális kezelésre, mert a nem kívánt mellékhatásokat a minimumra lehet csökkenteni.

Hajós Mária dr.

Beclomethason kezelés asthmás eredetű bronchialis obstructióban. Denis, J. és mtsai (Hôp. Foch, Suresnes): La Nouvelle Presse Méd. 1977, 6, 1287—1288.

30 beteget keztek DPB inhalációval, átlagosan 7 hónapig. A légzésfunkciós ellenőrzés alapján értékelték a terápiás hatást. 18 beteg lényegesen javult, 6 steroiddependens orális adagolását lényegesen csökkentették. 6 esetben a tünetek súlyosbodása miatt az orális steroidmennyiséget emelni kellett. Az elvégzett 11 légzésfunkciós vizsgálat közül a Tiffeneau érték 4 esetben lényegesen emelkedett, azonban a VK és FEV₁ az esetek 50%-ában javult a Tiffeneau érték lényegesen változása nélkül. A légzésfunkciós értékek javulása vagy romlása nem volt összhangban a klinikai javulással vagy romlással, ezért szerzők kétségbe vonják a légzésfunkciós vizsgálatok jelentőségét a terápiás effektus mérésére.

Hajós Mária dr.

A kutánpróba megváltozásának vizsgálata beclomethason hatására. Dray, J. és mtsai (Hôp. Rothschild, Paris): La Nouvelle Presse Méd. 1977, 6, 1305—1306.

Régebben megállapították, hogy az azonnali kutánreactióra nem hatnak az orális steroidok, azonban megváltoztatják az elhúzódó reactiókat. DPB adagolás alatt vizsgálták a penészgomba, candida és bacterialis érzékenységet, valamint azonnali reactiót tollal, pollennel és háziporral. A DPB egyik típusú reactiót sem befolyásolta, tehát DPB adagolás mellett az allergen analysis elvégezhető és értékelhető.

Hajós Mária dr.

Kontinuális beclomethason kúra asthmás gyermekeken. Lelong, M. (Centre Hosp., Lens): La Nouvelle Presse Méd. 1977, 6, 1313—1314.

34 asthmás gyermek napi 200—400 µg DPB-t kapott 12—20 hónapig, 13 esetben kitűnő eredménnyel, 18 esetben közepes effektus mutatkozott, 3 esetben hatástalan volt. Lokális intoleranciát nem

tapasztaltak, noha 8 gyermek nem tűrte a disodiumcromoglykatot. Candidiasist egy esetben sem észlelték, bacterialis infectio nem jelentkezett gyakrabban, mint DPB adása előtt. A dexamethason okozta elhízás DPB kezelésre elmúlt. Az ACTH teszt normális volt DPB kezelés után. A 17 kontinuális orális steroid terápiában részesült beteg közül 11 esetben az orális adagolást teljesen el lehetett hagyni. A szerző úgy véli, hogy DPB kontinuális adagolásával a súlyos rohamokat meg lehet előzni.

Hajós Mária dr.

Intranasalis beclomethason kezelés. Mygind, N. (Rigshospitalet, Copenhagen): La Nouvelle Presse Méd. 1977, 6, 1319—1321.

1973 óta a pollinosiban, krónikus allergiás rhinitisben és orrpolyposisban szenvedő betegeket DPB-vel kezelik, a terápiás effektust placebo aerosollal hasonlították össze. Az adagolás a betegség típusának megfelelően (szezonális, nem-szezonális) napi $2 \times 400 \mu\text{g}$ volt. Lokálisan az esetek 5%-ában orrvérzést észleltek. Az orális alkalmazással ellentétben a candidiasis igen ritka, összesen egy esetben találtak 30 beteg közül. Az infekciók megítéléséhez, de úgy tűnik, hogy a DPB a fertőzések gyakoriságát nem befolyásolja. A secretorikus IgA még egy év után sem csökkent. Az orrnyálkahártya atrophiját egyéves kontinuális kezelés után sem észlelték; tekintve, hogy az orra 100-szor nagyobb koncentrációban kerül a DPB, mint a bronchus nyálkahártyába, nem valószínű, hogy a bronchus nyálkahártya atrophijája előbb mutatkoznék.

[Ref.: A beclomethason dipropionat Aldecin (Schering) és Becotide (Allen) néven Eü. Min. engedély alapján kapható hazánkban. Az előbbi előnye az volt, hogy orr-részt is mellékeltek, tehát inhalációban és intranasálisan is lehetett alkalmazni. Jelenleg a Becotide-ot importálják. Magunk évek óta használjuk a készítményt és Charpin összefoglalójával egyetértve a következőket állapítottuk meg:

1. Napi 10 mg prednisolonnal több steroidot kontinuálisan igénylő beteg nem állítható át teljesen DPB-re, kombinálható intermittáló vagy depot steroidokkal, tehát lényegesen csökkenthető a terápiás ósszmennyiség.

2. Az adagolást pontosan meg kell magyarázni a betegnek, csak jó kooperáció mellett érdemes elkezdeni. Fel kell hívni a beteg figyelmét arra, hogy a DPB nem hat azonnal, mint a béta-stimulánsok. Sympathicomimetikumokkal való kombináció nem előnyös, inkább Atrovent-tel együtt adandó (atropin aerosol).

3. Legjobb terápiás effektus szezonális és egész éven át tartó rhinitisben érhető el. Ezen esetek általános szaporodása és az antihista-

minok csekély hatása miatt gyakran szorultunk orális vagy parenterális steroid adásra, DPB-vel ezt teljesen ki lehet küszöbölni.

4. A DPB jobb, mint az eddigi steroid aerosolok, a megfelelő indikációt azonban szem előtt kell tartani.]

Hajós Mária dr.

A hyperosmotikus mannit protectiv hatása myocardialis ischaemiában és necrosisban. Powell, Wm. J. és mtsai (Cardiac Unit, Massachusetts General Hospital, Fruit Street, Boston, Massachusetts 02114): Circulation 1976, 54, 603—615.

A hyperosmotikus mannit (M) megelőző kísérletek szerint az extracellularis osmolalitás növelése után a következő hatásokat váltja ki az acutan ischaemiás szívdobban: csökken az ST elevatio mértéke az ischaemiás terület fölött, növekszik az ischaemiás area felé irányuló collateralis véráramlás, javul az ischaemiás myocardium functiója, és csökken az ischaemiás szívdobban oxigen consumptiója. A szerzők állatkísérletes modellben és histológiai vizsgálatokkal kerestek választ arra, hogy a M. megvédi-e az ischaemiás myocardiumot a necrosistól?

Kutyákon különböző idejű coronaria occlusiót hoztak létre, melynek utolsó 15 percében és a reperfusio első 15 percében mannitot, izotóniás sóoldatot, ill. plasma-infúziót adtak. A kontroll és a kísérleti periódusok alatt mérték az aorta átlagos és fázisos nyomását, meghatározták az arteriás pH-t, pCO_2 -t, pO_2 -t, a haematocritot, a serum Na és K koncentrációt, az osmolalitást, és az állatok egy részénél mérték a coronariák vascularis resistentiáját. A szövettani, ill. elektronmikroszkópos vizsgálatra a mintákat az ischaemiás és az ép papillaris izmokból vették.

A coronariák vascularis resistentiája, melyet a perfusio alatt mérték, M. hatására szignifikáns mértékben alacsonyabb volt, mint a só, vagy a plasma infusio után mért érték.

Ischaemia hatására az alábbi histológiai változások következtek be (ezeket quantitative értékelték): fokozódott a myocardialis sejtek cytoplasmájának folyadék tartalma, ennek következtében megnövekedett a sarcolemma és az alatta levő myofibrillumok közötti, valamint az egyes myofibrillumok közötti tér. Csökkent a T-tubularis rendszer átjárhatósága. Vizsgálták a capillaris endothelsejteket is, melyek szintén megduzzadtak, lumenük jelentősen beszűkült. M. hatására ezek az elváltozások szignifikáns mértékben csökkentek.

Vizsgálták továbbá különböző idejű occlusio után 12 órával vett mintákban a necrotikus sejtek arányát is. M.-tal kezelt állatoknál mind a rövidebb, mind a hosszabb occlusio esetén jelentősen csökkent a necrotikus sejtek aránya.

A M.-nak a myocardialis necrosist csökkentő hatása több mechanizmussal magyarázható. Feltételezhető, hogy a sejtnecrosist előidéző egyik faktor az ischaemia következtében létrejövő sejtvolumen szabályozási zavar, mely kapcsolatos a sejten történő Na-, Cl-, és víz-felhalmozódással. Az intracellularis oedema következtében károsodnak a sejtmembránhoz kötött és az organellaris enzimek és az ezekkel kapcsolatos metabolikus folyamatok. A sejtek duzzadása következtében comprimálódnak a capillarisok is. Az intracellularis oedema megszüntetésével ezek az eltérések normalizálódnak, és a sejt életben marad. Ezen túlmenően a hyperosmotikus szer közvetlenül csökkenti a vascularis resistenciát többek között a szívdobban. Hogy ez nem a haematocrit és a viscositas csökkenésének a következménye, azt a mutatja, hogy nem következik be sóoldat, vagy plasma infusio hatására.

Ezen adatok szerint a M. hatásos szer az ischaemiás myocardium extracellularis osmolalitásának növelésére és ennek következtében a sejtnecrosist csökkentésére.

Kálló Kamill dr.

Toxicologia

Tricyclikus antidepresszánsok: az intoxicatio klinikuma és terápiája. U. Rasenack, W. Gottenlöhrer (Med. Klin. d. Univ. Würzburg.): Dtsch. med. Wschr. 1976. 101, 1165—1168.

Az egyes szerek kémiai szerkezetének és a hatásmechanizmusának rövid ismertetése után a szerzők összefoglalják az intoxicáció okozta elváltozásokat, kauzisztikai közlemények alapján.

Vérnyomásesés már terápiás adagoknál is észrevehető, a perifériás értágulat és a szív kontraktilitásának csökkenése miatt. Előfordulhatnak még: I. fokú AV-block, lapos T-hullámok, sinustachycardia, extrasystolék, intraventricularis vezetési zavarok és a Q—T szakasz meghosszabbodása (chinidinszerű antiaritmiás hatás).

Intoxicatiónban súlyos ritmus- és átvezetési zavarok találhatók; sinusaritmiák, pitvarlebegés és -fibrillatio, kamrai extrasystolék, kamralebegés és -fibrillatio, gyakori az AV-block, — mindezek oka a szívnek az adrenalin és a noradrenalin szembeni sensibilizálódása lehet. A QRS-komplexus kiszélesedése és deformálódása a kritikus ritmuszavarok első figyelmeztető jele lehet. Megfigyeltek Adams-Stokes rohamokat is. Esetleg csak terhelésre láthatók, de csaknem obligát jelenségek a repolarisatiós zavarok, már terápiás adagokra is és a lassú kiürülés miatt a szer kihasználása után is néhány napig vagy hétig.

Coronaria-komplikációk inkább az idősebb, cardialisan károsodott be-

tegeken vagy gyermekek intoxica-
tióban észlelhetők. A szívélte-
lenség oka lehet a percvolumen
csökkenése a kontraktilitás gyen-
gülése következtében. Bizonyos-
sággal nem állítható, hogy a thy-
molepticumok myocardialis infarc-
tus kiváltó oka lennének, ennek
kialakulása összetettebb, — az an-
ticholinerg hatás mellett a fokozott
adrenalin és noradrenalin hatá-
sát épp annyira fontos, mint a mem-
bránnal összefüggő elektrolyt-
zavarok és az ATP-hydroxylase
toxikus gátlása.

Az intoxicációk központi ideg-
rendszeri tünetei a feszült izgatott-
ságtól, hallucinációtól, a choreo-
athetosison, myoclonián át a co-
maig terjednek, ezek okai között
szerepelnek az eddig felsorolt ha-
tások, de kimutatták különböző
agyi régiókban a dopaminerg és a
cholinerg mechanizmusok közti
egyensúly pharmacologiai befolyá-
soltóságát. Permeabilitás-zavarok
miatt főleg az agytörzs vidékén
oedema képződhet, ami klinikailag
epileptiform rohamokhoz vezethet.

Therapia: Intoxicatióban a progn-
osis bizonytalan, nagyobb mennyi-
ségű szer esetén gyakran letalis.
Az anticholinerg hatás követ-
keztében a bélperistaltica nagy-
gyon lassul, így a gyomormosás
még órákkal a bevitel után is ha-
tásos lehet. A nyálkahártyák szá-
razsága miatt nagy a perforáció
veszélye, a szonda síkossága bizto-
sítandó. Aktív szén és hashajtás is
javasolt. A szert a gyomorból,
plasmából és vizeletből lehet ki-
mutatni. Gyógyszeresen pyridostig-
min, physostigmin ajánlott, de
utóbbi rutinszerű adásától óvakod-
junk a súlyos cholinerg manifesta-
ciók miatt (bradycardia, convul-
siók), egyébként a központi ideg-
rendszer tünetei esetén jó hatású.
Ha ez nem volna elég, úgy diaze-
pam adható. Súlyos légzésdepres-
sióban intubálás és lélegeztetés
szükséges, fontos az acidosis és az
elektrolyt-eltolódás kivédése, fo-
lyamatos EKG-ellenőrzés nélkülöz-
hetetlen. Bradycardiás ritmuszava-
rokban pacemaker, kamrai tachy-
cardiában, fibrillatióban defib-
rillatio szükséges. Sympathicomi-
meticumokat csak elővigyázattal
adhatunk a sensibilisatio miatt. A
vérnyomást esetleg Angiotensinnel
emelhetjük.

Kuncz Elemér dr.

**Heveny meprobamat mérgezés
kezelése gastrotomiával és a gy-
omortartalom eltávolításával.**
Schwartz, H. S.: New England
Journal of Medicine. 1976, 295,
1177—1178.

A meprobamat készítmények —
irodalmi adatok szerint — halálos
mérgezést is okozhatnak. 12 g be-
vétele okozott már halált, viszont
ismeretes olyan eset is, amelyben
a mérgezett 38—40 g bevétele után
életben maradt.

Eszméletlenség 10—20 mg/100 ml
plazmaszintnél alakul ki, alatta ál-
talanban hypotonus észlelhető. Mű-
vi lélegeztetés is szükségessé vál-
hat, 20 mg/100 ml-nél magasabb
plazmaszint esetében pedig már
haemodialysis ajánlatos.

A szerzők által említett 86 éves
asszony 36 g meprobamat bevétele
után 4 órával eszméletlené vált,
majd endotrachealis intubálás vált
szükségessé. A 10 liter vízzel tör-
tént gyomormosás során zavaros
gyomorbenék ürült, 30 g orvosi
szőnet öntöttek be. Respiratio
elégtelenség miatt kontrollált léle-
geztetést kellett alkalmazni.

Gastroscopia során jelentős
mennyiségű fekete zselészerű
masszát észleltek a gyomorban,
amely az eszköz kihúzására közben
a fémcs felülethez tapadt. Haemo-
dialysist végeztek, a mérgezőanyag
szintjét 8,4 mg/100 ml-re csökkent, de négy óra
múlva ismét 12,6 mg/100 ml-re
emelkedett. A második gastroscopia
a gyomorban látszó masszát
változatlan mennyiségűnek találta,
ezért a felvétel utáni 40. órában
gastrotomia segítségével 140 gnyi
kátrányszínű, kenőcszerű masszát
távolítottak el, amely 24,9 g mepro-
bamatot tartalmazott. A beteg is-
mételt haemodialysis után eszmélet-
re tért, és a szövődmények (pneu-
monia, anaemia) lezajlása után
gyógyult.

Lázár Imre dr.

**Glibenclammal végzett öngyil-
kossági kísérlet: a vércukor, szé-
rum-insulin, C-peptid, és gliben-
clamid-vérszint alakulása.** Berger,
M. és mtsai (II. Med. Klin. u. Po-
liklin. der Univ. Düsseldorf):
Deutsche medizinische Wochen-
schrift 1977, 12, 586—587.

Sulfonylurea típusú szerekkel —
chlorpropamid, Glymidin, tolbuta-
mid — történt öngyilkossági kísér-
letekről már több alkalommal be-
számoltak az irodalomban. E szer-
ek közös veszélye — amire *Creutz-
feld és mtsai* mutattak rá —, hogy
az előidézett hypoglykaemia elhű-
ződő jellegű, s szénhidrátbevitel
ellenére is tartósan fennállhat. A
jóval erősebb hatású glibencla-
middal eddig mindössze két suici-
dium- eset került közlésre, s egyik
esetben sem ismertették a kórtör-
ténét részletes lefolyását. A szer-
zők saját esetük leírásával egyben
a sucid szándékkal létrehozott
protrahált recidiváló hypoglykae-
mia lefolyását is ismertetik.

Az 55 éves férfi 21.00 órákor,
eszméletlen állapotban szállították
be a klinika ambulanciájára. A be-
teget a beszállításakor észlelttel
egyező állapotban találták otthon.
Alkoholfogyasztásra utaló tünete-
ket nem észleltek. A beteget kor-
ábban már két alkalommal kezel-
ték az intézetben, egy ízben barb-
iturát-intoxicatio miatt, második
alkalommal pedig kezdődő hyperto-
niájának kivizsgálása céljából. A
jelen alkalommal vérnyomása 260/
120 hgmm, pulsusa 124/perc volt,

jelentős ajakcyanosis volt észlel-
hető. Areflexia, kétoldali spontán
Babinsky-tűnet mutatkozott. Szem-
fenéken pangást nem észleltek, li-
quora negatív volt. Laboratóriumi
leletei közt 17 g^l/o-os hb-t, 50%^o-os
ht-t, leukocytosist, 50 IU/l GOT-t,
40 mg^l/o-os vércukrot találtak. Kez-
dőben masszív cerebrális vérzész-
re, nyúltvelő-beékelődésre gondol-
tak, digitalis-diureticum-antihy-
pertensiv-infúziós kezelést kezdtek,
a beteg állapota azonban változat-
lan maradt. Ekkor nagymennyiségű
glukóz infúziót alkalmaztak,
mire a beteg átmenetileg kontak-
tusképesé, majd újra nyugtalanná,
comatosussá vált. Iv. glukóz adá-
sára újra eszméletre tért, ezért tar-
tós glukóz infúziót adtak. Ennek el-
lenére még három alkalommal is-
métlődött a hypoglykaemia, átme-
netileg föllépő comatosus állapo-
tokkal. Csak 36 órával klinikai föl-
vételét követően sikerült a hypo-
glykaemiás állapotot maradandóan
rendezni.

4 nappal a beteg beszállítása
után sikerült csak feleségével kap-
csolatot teremteni, aki elmondta,
hogy diabetezes van, s arra glyben-
clamidot szed. A beteg maga is el-
ismerte állapotának rendeződése
után, hogy suid szándékkal bevett fe-
lesége tablettái közül, a tabletták
számára azonban nem emlékszik.

A diagnosis e beismerés alapján
volt föllálítható: antidiabeticum
(sulfonylurea)-intoxicatio. A fölté-
telezés megerősítésére végezték el
az insulin, C-peptid, glukóz és gly-
benclamid vérszintjének meghatá-
rozását. RIA segítségével (Hoechst
AG) megállapították, hogy csak 84
órával a beszállítás után csökkent
a glybenclamid vérszint 100 mg/l
alá. A kettős antitest módszerű
RIA-val végzett C-peptid meghatá-
rozás eredménye a béta-sejtek
prolongált stimulációját mutatta
ki. Az első vérmintából meghatá-
rozott C-peptid tartalom jóval az
az egészségeseken glukóz-tolbuta-
mid bevitelével kiváltott maximá-
lis szekréciónál érték fölötte talál-
ható, s 40 óra eltelte után is olyan
érték mérhető, mely jóval a norma-
lis postprandialis szint fölötte.

Feltételezhető, hogy az igen el-
húzódó hypoglykaemia főnttartá-
sában az excessív — pontosan nem
ismert — gyógyszeradag lassult föl-
szívódása és ürülése is szerepet
játszott. A szerzők rámutatnak,
hogy a recidiváló hypoglykaemiák
folytán az optimális therápia a glu-
kóz infúzió adása mellett a glukoz-
on bevitel.

Winkler Gábor dr.

**Paracetamol által létrehozott
acut pancreatitis.** Gilmore, I. T.,
Tourvas, E. (Worthing Hospital,
Sussex): British medical Journal
1977, 1, 753—754.

Bár sectiós adatok szerint nem
ritka az acut hepatitishez társult
pancreas-gyulladás, ennek klinikai
kórismézésére csak elvétve kerül
sor. A szerzők most — tudomásuk



szerint — az első olyan esetet ismertetik, ahol — paracetamol intoxikáció következtében — akut pancreatitis és májlaesio egyidőben alakult ki, s a diagnosztis in vivo állították föl.

A beteg egy 31 éves háziaszony. Suicid szándéka korábban nem volt, észlelése idején ill. azt megelőzően semmilyen gyógyszer nem szedett. Régebben egy ideig bárleányként dolgozott, ebből származó komoly alkoholizálása évek óta ismert volt.

24 órával beszállítása előtt, hirtelen támadt öngyilkossági szándékából 60 g paracetamol (120 db Panadol tableta) vett be. Heves, a has felső részében érzett, kisugárzó fájdalmat, hányinger, hányás miatt került sor beszállítására. Kezdetben autointoxicációjáról nem beszélt, azt csak jóval később ismerte be. Fölvételekor mérsékeltén icterusos volt, dehydráltakat találtak, hasi fájdalmat klinikailag objektívalhatóknak voltak. Tachycardiát (140), hypotóniát (105/65), normális hőmérsékletet (36,9 °C) találtak, mindkét karján és a mellkas bőrén petechiák látszóttak. Hepatosplenomegalia nem volt észlelhető. Serum amylase értéke 1440 IU/l, fvs szám 15 000, bilirubintartalom 6,0 mg%, alkalikus phosphatase 6 KA (King—Armstrong) egység volt. Acut veselégtelenség alakult ki, amiatt peritonealis dialysist kellett végezni. 3 hét elteltével vesefunkciója normalizálódott, ileus, subfebrilitás, ill. láz, hasi érzékenység azonban változatlanul fennállt. Intraabdominalis tályog gyanúja miatt exploratív laparotómiát végeztek. Abscessust nem találtak, a peritoneum-zsákban azonban 2 l fibrines folyadék volt észlelhető, a pancreas oedemát, haemorrhagiát volt, helyenként necrotizált területek voltak fölismerhetők. Epekövet — tapintással — ill. cirrhosist nem találtak. A postoperatív időszakban állapota javult, 4 hónap múlva panaszmentesen távozott.

Kétségtelen, hogy a betegnek mérgezés okozta acut hepatitisé volt, a klinikai kép előterében azonban acut pancreatitise állt. Az eset közlését az teszi indokolttá, hogy első alkalommal tudták a hepatitis és pancreatitis együttes előfordulását in vivo megállapítani. A két különböző szervben localisálódó acut gyulladás létrejöttének pontos mechanizmusa nem ismert, vascularis factorokat tételeznek föl.

Winkler Gábor dr.

0-Chlorobenziliden Malonitril (CS) expositiót követő patkánytüdő ultrastrukturális károsodások. H. F. Colgrave J. M. Crasey (Institute of Physics, Ministry of Defence, Chemical Defense Establishment Porton-Down, Salisbury) : Med. Sci. Law 1975, 15, 187—197.

Három csoportra osztott 18 patkányt vizsgáltak, amelyeket nagy-

dózisú CS mérgező anyagnak. 90 000, 60 000, és 30 000 mg min/m³ gáz hatásának tettek ki 15 perctől 2 napi időtartamra, amely után vizsgálták makroszkóposan, elektronmikroszkóposan, és rutin szövettani vizsgálatokkal a létrejött szöveti elváltozásokat.

Az elváltozások maximálisan a behatás után 18—36 órával jelentek meg, amikor 6 állat elhullott, 4 a 90 000 mg-os dózis után, 2 a 60 000 mg-os dózis után. Az elhullott állatoknál jelentős bővérőség volt megfigyelhető, valamint az alveolaris területekben vérzések, interstitialis oedema jeleivel. A túlélők-nél kisebb fokú tüdő bővérőséget, vérzést figyeltek meg. Az elektronmikroszkópos vizsgálatok során megfigyeltek alveolaris epithelium változásokat és az interstitiumban folyadékfelparódást a membrán réteg és a kollagen tartalmú septumok között. A folyadék jelenléte kapcsolatban volt az epithelium degeneratív elváltozásaival és az endothelium szakadása a capillaris fal károsodásához vezetett, mely vörösvérsejt és folyadék kiáramlást okozott az alveolaris térben.

Ez a tanulmány azt mutatta, hogy a halál a magas koncentrációjú CS könnygáztüst expositójával kapcsolatos, amelyet bővérőség, bizonyos fokú capillaris károsodás, következményes tüdőoedema és vérzés kísér. A túlélő állatok tüdejében a vizsgálatok indukált tranzitorikus károsodásokat tételnek fel. Feltételezhetően hasonló elváltozások következnek be azoknál a személyeknél, akik CS gázt lélegeznek be és nem képesek az ilyen zárt helyiségből elmenekülni.

Tiborcz Sándor dr.

Halálos diphenylhydantoin mérgezés. Két eset közlése. A. Coutselinis, G. Dimopoulos, P. Varsami (Department of Forensic Medicine and Toxicology, School of Medicine, Goudi, Athens, Greece): Forensic Science 1975, 6, 131—133.

Bár a diphenylhydantoin széles körben elterjedt therapeuticum, az irodalomban mindössze öt közlemény foglalkozik a halálos mérgezéssel. A cikk két esetet ismertet: az egyik 37 éves férfi, aki terápiás céllal hosszabb időn át szedte a gyógyszert, a másik 18 éves férfi, aki szintén hosszabb ideig tartó szedés után követett el a szerrel öngyilkosságot. A boncolás során az agyban, tüdőben, vesében pangás jeleit, a májban zsírosodást találtak. Szövettani feldolgozás során a mellkasi és hasúri szervekben jellegzetes elváltozást nem észleltek. Az első esetben a szervekben a diphenylhydantoin koncentráció a következő volt: vér — 4,5 µg/100 ml, agy — 18,1 µg/g, máj — 17,3 µg/g, vese — 9,2 µg/g, a másik esetben: vér — 4,8 µg/g, agy — 15,4 µg/g, máj — 14,2 µg/g, vese — 5,2 µg/g.

Balogh István dr.

Fejlődési rendellenességek

Phenobarbital hatása a magzatra. Seip, M. (Department of Paediatrics, University Hospital, Rikshospitalet, Oslo): Acta Paediatr. Scand. 1976, 65, 617—621.

Az epilepsziás anyák újszülöttjei között gyakrabban fordulnak elő fejlődési rendellenességek, amit a terhesség alatti anticonvulsiv terapiával hoznak kapcsolatba.

A szerzők két testvérről számoltak be, akik az intrauterin életben masszív phenobarbital hatásnak voltak kitéve. Az epilepsziás anya a terhesség alatt phenobarbitont és primidont szedett. Mivel a pirimidionok a szervezetben barbiturráttá oxidálódhatnak, az anya szérumban a phenobarbital szintje 5—8,6 mg/100 ml között mozgott szemben a szokásos 1—3 mg/100 ml-es terápiás szinttel.

A gyermekekre a prae- és postnatalis növekedés visszamaradottsága, a vázrendszer fejlődésének retardációja mellett jellemző volt a dysmorphiás arc (rövid orr, hypertelorismus, epicanthus, alacsony álló fülek stb.) valamint néhány „minor” rendellenesség.

Hasonló klinikai képet írtak le mások „magzati hydantoin syndroma” néven phenytoin terhesség alatti alkalmazását követően.

Nincs eldöntve, hogy az anticonvulsiv szerek direkt toxikus úton, vagy másodlagosan, folsav hiány előidézésé révén károsíthatják-e a magzatot. Az a tény azonban, hogy a leírt rendellenességek feltűnően emlékeztetnek a „magzati alkohol syndroma”-ra (ahol a folsav hiány szerepet játszik) az utóbbi lehetőség mellett szól. Gardó Sándor dr.

Oesophagus-, duodenum- és anorectalis atresiákhoz társuló csontrendszeri rendellenességek. J. Gruchalski és Mtsai (University of Liverpool): Lancet 1976, 2, 517.

Egy újszülöttsebészeti osztály 791, gyomor-béltraktus atresiával született betegét vizsgálták meg a szerzők csontrendszeri fejlődési hibák keresve.

Feltűnő volt, hogy duodenalis atresiához társulva csak 1,9%-ban láttak csontrendszeri fejlődési zavart, míg hármass atresiához (oesophagealis, duodenalis és anorectalis atresia egyszerre) 40%-ban társult csontrendszeri anomalia is. Oesophagus atresiához 14,60%-ban társult csontrendszeri hiba.

Véleményük szerint helyes, ha a vizsgálok tudnak erről az összefüggésről és gondolnak rá. Bár az acut teendőket egy csontrendszeri hiba meglete ritkán befolyásolja, fel nem ismerésük egyes esetekben komoly következményekkel járhat. Ezért oesophagus atresiában és anorectalis atresiában részletes röntgen vizsgálatokat javasolnak.

Meggyesy Veronika dr.

Alacsony oestriol ürítés fejlődési rendellenességek esetében. Dean, L. és mtsai (University of Melbourne, Department of Obstetrics and Gynaecology, Mercy Maternity Hospital, Melbourne): Brit. Med. J. 1977, I, 257—258.

A szerzők 1971 óta rutinszerűen vizsgálták terheseik oestriol ürítését a harmadik trimeszterben. Az első vizsgálatot a 30—32. héten végzik, majd alacsony értékek esetén és pathológiás terheségekben többször is megismélik.

Osztályuk 5 éves anyagában 12 484 szülőknél között 533 esetben (4,3%) találtak alacsony (6 mg/24 óra alatti) oestriol ürítést. Az 533 terhekből 13 anencephal és 25 más súlyos rendellenességben szenvedő gyermek született, ami 7,1%-os gyakoriságnak felel meg. A perinatalis mortalitás ebben a csoportban 14,6% volt. Kimutatták, azt is, hogy az oestriol ürítés a rendellenesség súlyosságával párhuzamosan alacsonyabb.

Javasolják, hogy 6 mg/24 óra oestriol ürítés alatt minden terheseen végezzenek röntgenvizsgálatot, amelynek segítségével az anencephalia és más súlyosabb rendellenességek már jóval a szülés előtt felismerhetők.

Gardó Sándor dr.

Anyai diabetes mellitus és vele született fejlődési rendellenesség. Day, R. E., J. Insley (Neonatal Department Birmingham Maternity Hospital): Arch. of Disease in Child. 1976, 51, 935.

1969—74 között a Birminghami Maternity Hospital-ben 205 diabeteses anya gyermeke közül 25-ben (12%) találtak fejlődési hibát. A kontroll csoportban csak 6% volt a fejlődési hiba gyakorisága. Major és minor malformatiókat néztek, de olyan jelentéktelen minor hibákat, mint pl. kis bőrfüggelék vagy kis naevusok, nem vettek figyelembe.

Az anyákat 3 csoportba osztották. Az I-es csoportba tartoztak azok, akik insulint kaptak már a conceptiókor (117 asszony), a II-es csoportban azok voltak, akiknél a terhesség alatt manifestálódott a diabetes (57 asszony), a III-as csoport diabetikái diétával vagy orális gyógyszerekkel egyensúlyban voltak a conceptio idején (31 asszony). A IV. csoport azonos számú egészséges kontroll volt.

A fejlődési hiba nélkül született gyermekek közül 8 halva született, 2 meghalt a neonatalis periódusban. Az insulin dependens diabetesben szenvedő 117 asszony gyermekei közül 17-ben (15%) volt fejlődési hiba. A másik két csoportban a fejlődési hibák száma megegyezett a kontroll csoporttal (5%).

A fejlődési hibák gyakorisága nem mutatott összefüggést a diabetes kezdetének idejével, időtartamával, a progressiv diabeteses ér-

elváltozásokkal, sem az anyai életkorral, sem a szülések számával.

A cardiovascularis rendszer hibái voltak gyakoribbak, de a kis számok miatt komolyabb következtetést levonni nem lehet.

Meggyessy Veronika dr.

Duane-syndroma és congenitalis felsővégtag anomáliák. M. M. Okhiro és mtsai (Departments of Neurology and Ophthalmology, Straub Clinic and Hospital, Honolulu): Arch. Neurol. 1977, 34, 174—179.

Csak az utóbbi időben figyeltek fel arra, hogy a Duane-syndroma (retractiós syndroma) viszonylag gyakran társul különböző fejlődési rendellenességekkel, többek között felsővégtagi anomáliákkal.

A szerzők által vizsgált családban 3 generáción keresztül figyeltek meg 5 betegben Duane-syndromát, 4 ezek közül congenitalis thenar hypoplasziát mutatott ossealis zavarokkal. Részletezve: 1. Bilaterális Duane-syndroma. 2. Congenitalis felsővégtagi anomáliák (bilaterálisan: I—2, II—4, III—12, III—19, unilaterálisan: II—6). 3. Congenitalis süketség (bilat.: II—4, unilat.: III—12) 4. Hirschprung-betegség a rectosigmoidalis szakasz agangliosisával (III—12).

Duke-Elder szerint az összes Duane-syndromás esetek mintegy 10%-a, Pfaffenbach és mtsai szerint kb. 5%-a familiaris megjelenésű. A familiaris esetek autosomalis, domináns jellegű öröklésmenetet mutatnak.

A kóreredit bizonytalan, multifactorialis. A szerzők jól áttekinthető családfán közlik betegeiket.

Kovács Miklós dr.

Hidantoinnal kezelt anyák utódai, különös tekintettel a foetalis hidantoin syndromára. Hanson, J. W. és mtsai (Univ. of Washington, RR 234 Health Sciences, RD-20, School of Medicine, Seattle, Wash. 98195): J. Pediatr. 1976, 89, 662—668.

A foetalis hidantoin syndroma meglehetősen változatos képen jelenik meg, melyben a növekedés elmaradás és a szellemi képességek károsodása mellett szokatlan arc, a distalis phalanxok hypoplasiája és egyéb defectusok fordulnak elő.

23 olyan anyától származó 35 gyermeket vizsgáltak, akik terhességük alatt folyamatosan szedtek hidantoint tartalmazó anticonvulsivumot. 15 terheségekben csak hidantoint, a többiben barbiturátot is alkalmaztak.

A 35 gyermek közül négyben (11%) lehetett foetalis hidantoin syndroma kifejlődést igazolni, míg további 31%-ban olyan dysmorphiás elváltozások fordultak elő, amelyek a hidantoin származékok praenatalis hatásának következtében alakulhattak ki. Ezen észleléseket alátámasztotta 104 olyan

gyermek vizsgálata, akik in utero folyamatosan hidantoin hatásnak voltak kitéve.

A foetalis hidantoin syndromával kapcsolatban a legnagyobb kérdőjel az intellektuális képességek alakulása.

A jelen vizsgálat sorozat nem elegendő annak megítélésére, hogy a hidantoin károsító hatását egyéb anticonvulsivumok mennyiben fokozzák. Egyidejűleg 17 barbiturátot szedő terhes nő utódaiban a hidantoin syndromához hasonló elváltozásokat nem találtak.

Az eddigi tapasztalatok alapján azonban feltétlenül szükséges a hidantoint szedő terhes asszonyok kellő felvilágosítása és a lehetőség szerint a hidantoin tartalmú készítmények felcserélése más anticonvulsivumokra. Becslésük szerint évente 6000 olyan csecsemő születik az USA-ban, akiknek anyja rendszeresen szed hidantoin készítményeket. Ennek megfelelően a potenciálisan veszélyeztetettek száma meglehetősen magas, ha a terhesség alatti hidantoin kezelés a jelenlegi szinten marad.

Kiss Péter dr.

Váratlan tüdőer rendellenességek vele született rekeszsérv kapcsán. R. L. Naeve és mtsai (Milton S. Hershey Medical Center, Pennsylvania State University College of Medicine, Hershey, USA): Pediatrics, 1976, 58, 902.

Mintegy 2200 szülésre esik egy rekeszsérv. Sikeres műtét esetén is gyakori a hypoxaemia miatti elhalálozás a tüdőerekben kialakuló nyomásfokozódás miatt; e mellett a rekeszsérv oldalán levő hypoplasziás tüdő parenchymája sem elégséges a kielégítő gázcsereére. 1961—75 között 12 hernia diaphragmaticában elpusztult (részben megoperált) újszülött sectiós anyagát vizsgálták és hasonlították össze hasonló súlyú — és egyéb kóreredit mellett elpusztult újszülöttek leleteivel. A két csoportban előzőleg kizárták minden általános érbetegséget. Így egyik vizsgált csoport tüdőereiben sem találtak boncoláskor sclerotikus vagy thrombotikus elváltozást, de mindkét csoport egyéb vizsgált szerveinek erein sem voltak kóros elváltozások. Ezzel szemben tíz hernia diaphragmaticával született újszülött kis tüdő arteriáinak izomzata lényegesen vastagabb volt, mint a kb. hasonló súlyú és gestatiós idejű kontrolloké. Az elváltozások — sajátos módon — nemcsak a rekeszsérv oldali összenyomott tüdőn, hanem a műtét után többé-kevésbé expandált ellenoldalon is kimutathatók voltak. Több esetben találtak nyitott Botall vezetékét. Minél inkább hypoplasziás volt az érintett tüdő, annál nagyobb volt általában a tüdőarteriák izomzatának megvastagodása. Nem kétséges, hogy az elváltozás már születéskor kialakultnak tekinthető. Vadász György dr.

Congenitalis sensoros neuropathia anhydrosissal. E. L. Lee és mtsai (Department of Pediatrics, University of Malaya, Pantai Valley, Kuala Lumpur, West Malaysia): Pediatrics 1976, 57, 259—262.

Eddig 7 esetet közöltek az irodalomban Swanson első esetközlése óta, a szerzők esete a nyolcadik. A fájdalomérzés congenitalis hiánya mellett a klinikai képet anhidrosis (hypohidrosis), szellemi és testi visszamaradottság jellemzi. Ugyanakkor a bőrben levő szabad idegvégződések, verejtékmirigyek és az érzőidegek velőshüvelyei intaktak. Swanson és mtsai esetében a Lisauer-pálya és a hátsó gyöki axonok afferens rostjai viszonylag rosszul myelinizáltak voltak és ugyancsak a sympathikus ganglionok bizonyos mértékig károsodottak voltak. A tünetcsoport esetenként testvéreken nyilvánul meg, akik egészséges vérokon szülők gyermekei. A fentiekben kívül már korán jellemző a betegekre a fájdalomérzés hiánya, az ennek következtében létrejövő mély, vérző fekélyek, mutilációk a végtagokon, heges nyelv, száraz bőr, generalizált hypotonia a mélyreflexek csökkenésével, az axonreflexek hiányával. A hőérzés károsodott, a tapintásérzés megtartott. A speciális tesztekkel végzett vizsgálatok során az autonóm idegrendszerhez kötött funkciók bizonyos mértékben károsodtak.

A szerzők betege, aki jelenleg 5 éves, mindenben megfelel az irodalmi adatoknak. A jellegzetes kórelőzményi adatokon és klinikai képen kívül a rutin labor vizsgálati eredményei, lumbalis liquor minden tekintetben normálisak. Karyotípus: 46XY hosszú chromosomával, normál variáció. Elektrofiziológiai adatok: EEG normális, a n. medianus motoros és antidrom sensoros vezetése normális határok között. Histológia: a bőr-biopsia során nyert szabad idegvégződések és verejtékmirigyek minden tekintetben normálisak. A n. suralis normálisan myelinizált. Ugyanakkor a rrtg-vizsgálat során jellemző volt a kézujjak vépgerceinek resorptiója.

A szerzők a főbb (gyakran congenitalis) „sensoros syndromákat” nagyon szemléletes táblázatban foglalják össze.

A neuroeffektor mechanizmus blockjának „síkjá” a szerzők számára is ismeretlen.

Kovács Miklós dr.

Dietetika

Elhíztak anyagcsere egyensúlya igen alacsony caloriájú (ún. minimum diéta) étrend egy új formájában. Matzkies, F. (Med. Klin. u. Poliklin. Univ. Erlangen-Nürnberg): Medizinische Welt 1976, 27, 2517—2518.

Az elhízás diétás kezelésének egy új irányzata a minimum diétával

történi kezelés. Az intézet munkacsoportja ezen étrend szempontjainak megfelelő diétát állított össze, s folyamatosan ellenőrizte az e kezelésben részesülő anyagcsere paramétereinek alakulását. Ezzel kapcsolatos tapasztalataikról számolnak be.

A napi táplálék kb. 35 g fehérjét, 100 g szénhidrátot és 1,7 g olajat tartalmazott, utóbbi speciális összetételű volt. 5 nő és 3 férfi beteget vizsgáltak, akik a leírt étrendet 7—19 napon át követték. Napi táplálékukat 5 részre elosztva fogyasztották, 7, 10, 13, 16 és 19 órákor. Minden alkalommal 300 ml hideg vagy meleg vízben főloldva fogyasztották el azt. Calóriamentes italokat ezen felül szabadon ihattak.

A betegek 16—32 kg túlsúlyban voltak — Broca alapján számolva. 7—19 nap alatt 3—5,5 kg-mal csökkent testsúlyuk, ami — korábbi vizsgálatokkal egyezően — nőknél napi 429 g, férfiaknál 471 g súlycsökkenést jelent. Az anyagcsere paraméterek vizsgálata azt mutatta, hogy a nitrogén egyensúly a kezelés során nem változott. Az eljárás jelentőségét éppen a nitrogén egyensúly viszonylagos stabilitása adja meg, mely a hagyományos null-diétás kezeléshez képest előny. *Dit-schuneit* vizsgálatai szerint ui. teljes kopulás esetén a szervezet már a harmadik napon negatív nitrogén-egyensúlyba kerül, s az ürített mennyiségek alapján napi 15—25 g saját fehérje elvesztése várható. E kedvezőtlen körülmény kiküszöbölését szolgálja a minimum diéta, mely a napi kb. 35 g fehérje bevételével az elvesztett mennyiség pótlását fedezi, ugyanakkor az eredményes testsúlycsökkenést nem befolyásolja.

Winkler Gábor dr.

Édesítőszer és cukorpótszerek juvenilis diabetikus betegek diétájában. Schatz, H. és mtsai (Abt. für Innere Med., Endokrinologie u. Stoffwechsel des Zentrums für Inn. Med., Univ. Ulm): Münchener medizinische Wochenschrift 1977, 119, 213—214.

Édesítőszer (saccharin, cyclamat) és cukorpótszerek (fruktóz, xylit és sorbit) számos cukorbeteg és elhízt beteg étrendjében szerepelnek, feladatuk a betegek édesítőszerigényének kielégítése. A WHO és az Amerikai Táplálék és Gyógyszerellenőrző Intézet (FDA) egyes, e szerek károsító hatására vonatkozó adatai alapján rendszeres napi fogyasztásuknak fölső határát szabályozták, sőt egyes országokban, így az USA-ban is, cyclamat használatát nem engedélyezik. Német területen is szabályozták ezen anyagok használatát, s az új terminologia, a „kenyéregység” bevezetésével alkalmazható dosisuk kérdése újra előtérbe került. A szerzők dolgozatukkal e szerek fogyasztásának fölméréséhez kívántak hozzájárulni, egyúttal adatokat szolgáltatni a szo-

kásosan használt napi dosis vonatkozásában is.

A vizsgálatot 1970 és 1973 között, egy diabetikus gyermekek és kamaszkorúak tartós elhelyezését biztosító otthonban végezték 40—60 gyermek folyamatos megfigyelése útján. Az adatokat 71 040 ápolási nap alapján dosis/gyermek/nap egységben adják meg. Megállapítják, hogy saccharin--Na-ból 72 mg-ot, cyclamatból 686 mg-ot, fruktózból 2,32 g-ot, sorbitból pedig 15,57 g-ot fogyasztottak. A gyermekek átlagosan napi 0,075 l diétás szörpöt (heti fél liter) és 23 g diétás dzsemet fogyasztottak. Diabetikus csokoládéből 1,3 g (egy 100 g-s tábla két hónapra át tartott), gyümölcsbonbonból 0,7 g, kakaóból 0,2 g, diabetikus pékáruból 3,0 g volt az átlagos napi adag. E rendkívül alacsony fogyasztási értékekkel valamivel magasabb a napi „tisztá” édességfogyasztás: 0,25 ml Natreent (cyclamatból és saccharinból áll), napi 15 tbl-t (azonos összetételű) fogyasztottak el.

E pótszerek „édesség értéke” napi 66 g cukor hatásával ér föl. Nagy statisztikák szerint a jelenlegi átlagos német lakosság fejénként és naponként 103 g cukrot, ill. mézet fogyaszt, tehát többet, mint e fölmérés cukorbeteg gyermekei. A vizsgálat tehát rámutat arra, hogy noha a juvenilis diabetikus édesítőszerigénye nem hanyagolható el, az egészségesek hasonló igényét semmiképpen nem haladja meg. E csökkent édesítőszerigény egyben testsúlyredukáló is; ha a gyermek 66 g-os fogyasztását követnék elhízt betegek az átlagos napi 103 g-mal szemben, havi 1—1,5 kg-os testsúlycsökkenést érhetnének el.

Winkler Gábor dr.

A parenterális aminosav táplálás biológiai értéke. Semler, P. (I. Inn. Abt. des Rudolf Virchow Krankenhauses, Berlin): Medizinische Welt 1977, 28, 364—365.

A biológiai érték első meghatározása 1909-ben Thomastól származik, hogy ti. 100 táplálék-nitrogén rész hány test-nitrogén részébe hasznosítódik. Ismert tény, hogy az egyes fehérjék biológiai értéke különböző, ahhoz, hogy összehasonlíthatóak legyenek, egy magas értékű fehérje (ún. „Vollprotein”) értékéhez kell biológiai értéküket hasonlítani, vonatkoztatni. Ez a magas értékű protein a tojásfehérje, melynek értékét 100-nak veszik. A szervezet minimális igénye ebből 0,5 g/kg/nap, mely 0,08 g/kg napi nitrogén szükségletnek felel meg.

Az évek során különböző a tojásfehérjénél magasabb értékű fehérje-keverékeket állítottak össze, melyeket részben orálisan, részben parenterálisan alkalmaztak. Az eddigi legmagasabb értékű ilyen keverék a burgonya-tojás étrend (értéke 137), mely különösen a chronikus veseelégtelenségben szenvedők számára nyújt értékes fel-

használási lehetőséget. Készült egy hasonlóan magas értékű aminosav-olajat is, mely legyengült általános állapotú, infúziós kezelésre szoruló betegekben igen eredményesnek bizonyult.

Infúziós terápiára olyan oldat előállítása kívánatos, mely a szervezet magas N-tartalmát nem terheli meg, relatíve kisebb nitrogén bevitelt biztosít, ez azonban mind igen magas értékű, jól hasznosítható aminosavak bevitelét jelenti.

100 alatti biológiai érték mellett a fehérje szükséglet biztosítása csak nagy fehérje (ill. nitrogén) bevittél lehetséges. A cél ezért olyan keverékek összeállítása, melyek magas biológiai értéket képviselnek. Az elméletileg lehetséges, de ma még nem létező keverékek értéke elérheti a 150-et, mely csak 23,5 g napi fehérjebevittél jelentene (összehasonlítás kedvéért: tojásfehérjéből 35,0 g, burgonya-tojás diéta mellett 25,0 g a minimális napi fehérjeigény), s ezzel jelentősen csökkenthető lenne a szervezet fehérjeterhelése. A ma kapható legmagasabb értékű parenterális aminosav-olajat biológiai értéke 131, ez megközelíti az ideális értéket. Ennél magasabb értékű oldatok előállítása nem feltétlenül szükséges, de az mindenképpen kívánatos lenne, hogy valamennyi kereskedelmi forgalomban beszerezhető aminosav-olajat biológiai értéke elérje a 120-at.

Winkler Gábor dr.

Sebészet

A sebgyógyulás morfológiai és biokémiai alapjai. Struck, H. (Biochemische u. experimentelle Abt. am II. Chirurg. Lehrstuhl der Universität Köln): Unfallheilkunde, 1976, 79, 449–456.

A szerző cikkében a sebgyógyulás jól ismert kórszöveti képe alapozva az újabb megismeréseket írja le.

A seb gyógyulása a *vérzéscsillapítással* kezdődik. Ennek fázisai: 1. érszűkítés, 2. thrombocytákból primer thrombus, 3. majd fibrinnel sekunder thrombus keletkezése. A fibrin-háló kialakításában kiemelt a véralvadás XIII. (fibrin-stabilizáló) faktorának szerepét.

A *hámosodásról* szólva leírja, hogy a bekúszó hámsejtek a fibrin-hálót „sín”-ként használják. A sértetlen szövetben egy *hámsejt-összlást gátló glyko-proteid* van (epidermalis chalon), mely a sértett szövetben hiányzik, ezért a hámsejtek gyorsan oszlani kezdenek, sőt a kezdeti stádiumban a friss hám hyperplasiája is létrejön. A *hámsejteknek erős proteolitikus sajátáguk is van*, ami fibrinolysisben és kollagén-lebontásban érvényesül. A hámosodás befejeztével lökődik le a pörk.

A *seb összehúzódik*, mert a benne levő húzóerők nagyobbak, mint a környező bőrői. Ennek oka, hogy

a *seb fibroblastjaiban összehúzódni képes filamentumok vannak.* Ezek abban is hasonlítanak az izomsejt myofibrillumaihoz, hogy *összehúzódsuk ATP hatására jön létre, és izomrelaxansokra is reagálnak.* Ezért az ilyen fibroblastokat „myo-fibroblastok”-nak is nevezik. Dupuytren-contracturában is ezeket a sejteket találják. Felmerül annak lehetősége, hogy a kívánatos összehúzódsat izom-összehúzódsat vagy proliferációt előidéző anyagokkal elősegítsük, a nem kívánatos izom-relaxansokkal, vagy sejtoszlás-gátlókkal akadályozzuk.

Ezután a *kötőszövet* foglalkozik, melynek *alapállományát glykosaminoglykárok* (muco-polysaccharidák) alkotják. Ezeknek az egyes kötőszövet-féleségekben különböző fajtái, változó mennyiségekben fordulnak elő (*hyaluronsav, chondroitin-4-szulfát, chondroitin-6-szulfát, keratan-szulfát, dermatan-szulfát, heparin*). Ezek szabályozzák a kollagén rostok sűrűségét és erősségét, és a kötőszövet víz- és ionháztartását.

A *kötőszöveti sejt* típusai: fibro-, teno-, chondro- és osteo-blast. Ezek közül a fibroblast szintetizálja mind a glykosaminoglykárokat, mind a kollagén-rostokat. Szerepe tehát központi. Biokémiaiag számuk mértékének a szövet DNS-, aktivitásuk mértékének RNS-tartalma felel meg (mert ez szükséges a fehérje-synthesishez. A szervezet fehérjéinek 33%-a van a kollagénben!).

A *kollagén rost* oldható előfokozatai a fibroblastban képződnek, és a sejten kívül alakul (még nem ismeretes, hogy a sejt közreműködésével vagy anélkül) oldhatatlan kollagén rosttá. A sejtben való synthesiséhez O_2 , Fe, C-vitamin szükséges. A kollagénre felettebb jellemző a benne levő hydroxyprolin (aminosav). A kollagén synthesisét — többek között — antirheumaticumok, penicillamin gátlják, ami talán a keloidok gyógyításában lesz kihasználható.

Visszatérve a *sebgyógyuláshoz*, a vérzéscsillapítás után a seb kötőszövetében az *exsudatív fázis* zajlik le (2. napig). A sérülés helyén a vérellátás hiányos. Következmenyek: csökken az O_2 és nő a CO_2 -nyomás → primer acidosis → a glykosaminoglykárok töltése megváltozik → kisebb darabokra esnek szét (depolymerizálódnak) → az alapállomány víz- és ionköti kapacitása csökken → oedema. Ezután a környezetből sejtfolyadék és capillaris vér áramlik be; vörösvérsejtek, granulocyták és makrophagok sejt exsudatumot képeznek; bekövetkezik a basophil granulocyták (hízósejtek) degranulációja, miáltal histamin, serotonin, heparin válik szabadá, ezek fokozzák a capillarisok permeabilitását. Az O_2 hiányában anaerob glycolysis folyik, CO_2 , tejsav stb. keletkezik (secunder acidosis). Ez a pH kedvező a sejtekből kiszabaduló, membránnal ellátott hólyagocskákból, a *lysoso-*

mákban levő hydrolázok működéséhez; a phagocytosis és *pinocytosis* (ref.: folyadékcseppek bekebelezése a sejtbe) mellett ezek működése bontja le a károsodott elemeket (sejttörmelékek, fehérjék stb.).

Ezután a *proliferatív fázis* (1–3. napig) következik, melyben a fibroblastok burjánzása áll előtérben. A beburjánzó *capillarisok endothelsejtjei fibrinolitikusak*, a beburjánzás folytán a szövet O_2 -ellátása megjavul, ezért a fent leírt mechanizmus megfordul, a lysosomal aktivitás gátlódik. A kininokat a kathepsin, a histaminet methylation inaktiválja, így a fokozott capillaris-permeabilitás is megszűnik. A seb területén a DNS- és RNS-tartalom, továbbá a glykosaminoglykárok synthesise nagyfokban emelkedik.

Az utolsó: a *reparatív fázis* (3–21. napig). A sejtek és a beburjánzott capillarisok száma egyre csökken, a kollagén rostok egyre vastagodnak, először párhuzamosan rendeződnek, végül elágazó, a húzóerőknek megfelelő hálózatot képeznek. A glykosaminoglykárok synthesise a 10. napon kezd visszaféledni. A DNS- és RNS-tartalom maximuma is a 10. napon van. A kollagén-tartalom még tovább nő (a 21. napig); a 10. napon még főleg az oldható előanyagok vannak jelen. A seb szakító-szilárdsága a 4. napon kezd növekedni, mikor az első finom kollagén-rostok képződnek. Kielégítő terhelhetőség csak 3 hét múlva várható.

Végül állást foglal a *sebkezelésben antibiotikumok alkalmazása ellen*. Ok: ezek a legkülönfélébb synthesiseket (RNS-, fehérje-, membrán-, C-vitamin-synthesis) gátlják — nemcsak a bacteriumokban —, ezért a sebgyógyulást bizonyíthatóan hátráltatják. Adott esetben a sebésznak kell ezért döntenie alkalmazásuk felől, beszámítva ezt a hátrányt is.

(Ref.: az újabb elektronmikroszkópos és biokémiai megismerések leírása ugyan erősen vázlatos, de a lényegét mégis nagyon jól, röviden tartalmazza). Szönyi Ferenc dr.

Sebgyógyulási zavarok és azok elkerülése. Gierhake, F. W. (Zentrum f. Chirurgie, Justus Liebig-Universität, Giessen, Abt. f. Allgemeinchirurgie): Unfallheilkunde, 1976, 79, 457–460.

A cikk először jól ismert tényezőket sorol fel, melyek a sebgyógyulás zavarainak elkerülésére vezetnek. Ilyenek: 1. a szövetkímélő műtéti eljárások (bár a traumatológiában a szöveteket már tompa vagy éles sérülések érték, mire a műtőbe kerülnek); 2. az asepsis, melyen belül az aerogen fertőzések elkerülési lehetőségét a műtőben bőven tárgyalja („laminar-flow”-eljárás; ág- és személyzet-zsilipelés; műtősapka és szakjéendő helyett a nálunk is már sok helyen alkalmazott különálló „csuklya” használá-

ta; a beteghordók és anaesthesiológusok steril öltözéke; takarító védőruhák helyett, melyekben pedig megfelelő koncentrációjú fertőtlenítőszer van, takarító-gépek használata, melyeknek egyik tartályában a fertőtlenítőszer, másikban a visszászívott felmosó folyadék van); 3. az antibiotikumokkal való harc a sebgyógyulás zavarai ellen, mely azonban, a kórokozók és rezisztenciájuk széles spectrumba, ill. ismeretlensége miatt, mint prophylaxis, teljes családást okozott, mellékhatásai közül pedig főleg a gomba-fertőzések méltán rettegettek.

Érdekesebb ennél a szerző azon javaslatát, hogy a *sebgógyulás zavarainak megállítására 4. a véralvadás XIII. faktorát (fibrin-stabilizáló faktor) kell alkalmazni*. Ez elősegíti a cellularis és fibrillaris reparatiót, mellékhatása pedig az, hogy a bacteriumok sporodási és fertőzési lehetőségeit megszünteti. Munkacsoportja kettős-vak-kísérlettel igazolta, hogy így a sebgógyulási zavarok számát, beleértve a sebfertőzéseket is, szignifikánsan sikerül csökkenteni. A kezelés a *csontgyógyulást is gyorsítja*, amit egy esete közlésével támaszt alá: egy 44 éves férfin thymectomiához transsternalis thoracotomiát végeztek. Műtét után bronchopneumonia miatt gyakori tracheo-bronchialis leszívás és gépi lélegeztetés vált szükségessé. A 12. napon a seb felső pólusából seroma ürült ki; a 14. naptól kezdve 39°-os lázak léptek fel, a sternum felülete nem forrtak össze, ellenben a sternum hosszában a rtg sipoly-csatornát mutatott ki. A 16. napon seb-revisio: a legfelső, átvágó drótvarrat (később a többi, már nem adaptáló drótvarrat) eltávolítása, szívó-öblítő drain elhelyezése a sternum mögött, a sebszélké felírissítése után a bőr és subcutis secuder varratával sebzárás. A drainen át egész napos öblítés Ringer-oldattal; ezt napi 2 × 2 órára megszakítják, ekkor a drainen át antibioticum (cephalotin, carbenicillin, oxacillin) instillatio történik, éjjel pedig XIII. faktor instillatio. Ezenkívül a beteg napi 2 × 1 ampulla XIII. faktor-koncentrátumot kapott iv. (Behring-Werke AG, Marburg). 3 hét múlva a sternum stabillá vált, 4 hét múlva a beteg gyógyultán távozott.

Az eredményt azért tulajdonítja a XIII. faktor hatásának, mert a légzés (*ref.*: és a gépi lélegeztetés) miatt nem sikerült a szegycsont felületeit egymással szemben nyugalomba hozni, és mert már fennállt egy kezdődő fertőzés. Mindenesetre a csontos stabilizálódás és a gyógyulás meglepően rövid idő alatt következett be.

Mivel a XIII. faktor-kezelés költséges, célszerű meghatározni előtte a faktor szintjét, melyre a Bohn-Haupt-módszert ajánlja. (Leírása megtalálható a „Bestimmung des Gerinnungsfaktors XIII. — eine Behring-Information” c. Behring-kiadványban).

Végül állást foglal amellett, hogy 5. passzive vigyünk be immun-globulinokat (Ig). Az alapot erre az adja, hogy a műtét után ezek szintje mindig csökken. Kisebb csökkenés kivédésére ugyan a parenteralis táplálás is, szénhidrátokkal és aminosavakkal, elégnék bizonyul, de nagyobb beavatkozás esetén pótlásra van szükség — sokkal gyakrabban, mint az megtörténik —, hogy az értékeket normális szinten tarthassuk. Különösen fontos, hogy ne csak IgG-t, hanem IgA-t és IgM-et is adjunk, ami csak gyűjtött, kevert (kb. 1000 donortól) serumok adásával érhető el (ilyen pl. a „Biseko”, a Biotest-Serum-Institut, Frankfurt am Main, készítménye).

(*Ref.*: A fibrin-stabilizáló, vagy XIII. faktor: fibrin-polymerase, amely a képződött fibrin-monomereket összekötve, a fibrin-polymeret, a fibrin-hálót hozza létre. A javasolt eljárás tehát a szabályos fibrin-háló, úgy látszik, egyes esetekben hiányos képződését segíti elő, és ezért elvileg is jobb, mint a már kész fibrin-háló elbontását gátló, anti-fibrinolysin, vagy általában anti-fibrinolitikus eljárások alkalmazása. A XIII. faktor egyéb elnevezései: *trans-amidase, trans-glutaminase, ami hatásmódjára utal: a szomszédos fibrin-monomerekben amino-csoportok és a glutamin és asparagin bizonyos csoportjai között létesít keresztkötéseket. Amino-gyökös vegyületeket más fehérjékbe is be tud építeni; keresztkötéseket myosin-molekulák, vagy aktin és myosin között is létre tud hozni — és valóban, más szervek, sejtek mellett, a szivizomban és haráncsikolt izomban is megtalálható. Magyar kutatók, Laki és Lóránd, fedezték fel a vérplasmában, 1948-ban).*

Szönyi Ferenc dr.

Hasi sebek zárása sebragasztószalaggal: klinikai kísérlet. D. J. T. Webster, P. W. Davis (University Department of Surgery, Welsh National School of Medicine, Cardiff): Brit. Med. J. 1975, 3, 696—698.

A szerzők a bevezetőben áttekinetik a sebtapasszal történő sebegyógyítás történetét. Munkájuk az első olyan randomizált klinikai kísérlet-sorozat, melyben 51 hasi műtéti seb gyógyulását vizsgálták, összehasonlítva a ragasztószalaggal és a hagyományos csomós bőrvarrattal egyesített sebek csoportját. A randomizálás úgy történt, hogy a mély rétegek zárásakor a személyzet sorot húzott és ez döntötte el a sebegyógyítás módját. Az akutan operált esetek, stoma-műtétek, és a reoperáltak nem kerültek bele a feldolgozásba. Igen adiposus hasfalak egyesítésekor a ragasztószalagos egyesítésnél is alkalmaztak 3 feszítelő bőrléptést. A szerzők 1,3 × 10,2 cm-es méretű Steristrip szalagot használtak. A sebet megtisztították, száradni hagyták, majd a sebzugokba sebhorgot akasztva

egyezették a sebszéleket. A szalagokat az operatőr a tőle távoli oldalon ragasztotta fel először, majd megfelelő húzás mellett, ügyelve a sebszél pontos illeszkedésére rögzítette a saját oldalán is a bőrhöz. A szalagok iránya a metszészonalra merőleges volt, a felragasztás 3,2 mm-es közők hagyásával történt. A varratszedés, vagy a tapasz-szalagok eltávolítása általában, haránt metszéseknél a 8. és hosszanti metszéseknél a 10. postoperatív napon történt. Az összehasonlítás parameterei részben a betegek szubjektív megítélése alapján a fájdalom, diszkomfort-érzés, viszketés voltak, részben a sebész által megítélt bőr-reactio, heg-szélesség, sebpír, sebfertőzés, és a drainage körülményei voltak.

Teljes sebszétválást az 512 seb közül egyen sem észlelték, ezt azonban a mélyebb rétegekben al alkalmazott nem abszorbeálódó varranyagok számlájára írták és a bőregyegységtől független ténynek tartották.

A bőr viszketése, bőr-reactio, bőrpír, és sebfertőzés tekintetében a két csoport között szignifikanciát elérő különbség nem volt. A szalagokkal kapcsolatos allergiás reakció egyetlen esetben sem észleltek. Szignifikáns különbséget találtak a heg szélességét illetően. Széles heg jóval gyakrabban maradt visz-sza a tapasz-szalagos bőregyegysítés nyomán. Ennek ellenére az eredményt ebben a csoportban is 94%ban kozmetikailag kielégítőnek minősítették. A 262 esetből 50-ben okozott problémát a szalagok korai leválása, amit pótlólag felragasztott szalagokkal korrigáltak. Sebszétválás, illetve ennek tulajdonítható sebfertőzés azonban nem fordult elő.

A ragasztó szalagok szignifikánsan ritkábban okoztak diszkomfort-érzést, fájdalmat, mint a bőrvarratok, és alkalmazásuk legfontosabb indiciójának szerzők ezt tartják. Betegeiket megkérdezve mindazok, akiknél többszöri műtét történt és a sebegyógyítás módját alkalmazzák már, egyöntetűen állították, hogy a szalaggal egyesített sebek mellett a műtét utáni időszak kellemesebb volt. Feldolgozásuk alapján ennek a módszernek a hátrányait elhanyagolhatóan tartják és gyakoribb alkalmazását javasolják.

Balogh Ádám dr.

Nem Clostridiumok által okozott gáz-gangraena. Bessman, A. N., Wagner, W. (Rancho Los Amigos Hospital, Downey, Calif.): JAMA 1975, 233, 958—963.

A Clostridium organismusok által kiváltott gáz-gangraena jól ismert tünetekkel járó elváltozás, és talán ezért gondolnak kevesen nem-clostridialis aetiológiára olyan súlyos fertőzés észlelésekor, amelyet a subcutan rétegben felhalmozódó gáz kísér. Műtéti beavatkozások után a hasfalban vagy gáton fel-

lépő, diabeteses betegek alsó végtagján jelentkező nem Clostridiumok indukálta, bőr alatti crepitációval járó infectiókról az irodalomban csak szórványos ismertetések találhatók. A szerzők 48 nem clostridialis fertőzést taglalnak, amelyek 278 olyan diabeteses betegen fordultak elő, akik alsó végtagjaikat érintő orthopaed-vascularis probléma (gangraena, osteomyelitis, ulceratio stb.) miatt nyertek felvételt. A kiemelés alapja az alsó végtag rutinszerűen készített röntgképén a subcutan szövetben látható gáz volt. 207 betegen műtéti beavatkozás történt, 71 csak localis sebészi kezelésben részesült. A laesiók gennyéből aerob-anaerob tenyésztést végeztek.

A 278 beteg közül egy esetben a sebből Clostridium perfringens izoláltak, de sem crepitatiót, sem izomelhalást nem észleltek. Egy másik betegen a Clostridium perfr. kitenyésztése mellett típusos gázgangraenára jellemző tünetek jelentkeztek.

A 48 nem clostridialis beteg között (17%) 28 nőt és 20 férfit találtak. 9 betegen különböző mérvű septic-toxikus desorientatio volt észlelhető. 30 betegnek retinopathiája, 14-nek nephropathiája volt. 30 beteg art. dorsalis pedis pulsatiója az érintett oldalon hiányzott, 21-nek az art. poplitea lüktenése, kettőnek az art. femoralisa volt tapinthatatlan. A laesio foka egyetlen ujjtól a térdig terjedően különbözőnek bizonyult. A sebészi beavatkozás jellegét is alapvetően ez határozta meg. 33 amputatio, ezenkívül helyi resectio, incisio és drainage történt. Térd felett mindössze egy esetben kellett amputálni.

A 48 beteg közül 5-öt járóképesen, 34-et prothesissal járóképesen bocsátottak ki, 7 nem volt járóképes, 2 meghalt.

A bacteriologiai tenyésztések 83 microorganismust eredményeztek, főleg Proteus, Enterococcus, E. coli, Enterobacter. Anaerob bacterium csak három sebvalódekből tenyésztett ki. Mindössze hét esetben nyertek tiszta culturában microorganismusokat.

A szerzők hangsúlyozzák, hogy főleg diabeteses-gangraenás betegek nem clostridialis fertőzéseit utánozhatják a Clostridiumok okozta súlyos infectiókat. A bacterialis tenyésztésen alapuló elkülönítésnek igen fontos therapiás következményei vannak. Elégséggé válhat ugyanis a lényegesen „takarékosabb” térd alatti amputatio, és az antibiotikus kezelésben nem a penicilliné, hanem a cephalosporin és kanamyciné a vezető szerep.

Mivel diabeteses férfiak gangraenája 53-szor, nőké 71-szer gyakoribb az egyébként egészséges populációnál, és mivel a diabeteses-gangraenás betegek 17%-ában mutattak ki az alsó végtag subcutan szövetében gázt, a nem clostridialis gangraena ismerete a gyógyító orvosok számára igen fontos.

(Ref.: A „klasszikus” gáz-gangraena súlyos anaerob fertőzés, jellegzetes tünetekkel, és főleg kiterjedt izomnecrozissal járó traumás sérülések ill. műtéti beavatkozások után lép fel. Bár károkozó gyakran bacterium associációk, az anaerob Clostridiumok jelenléte alapvető. A szerzők által ismertett esetek jó példái a „gázképződéssel járó közönséges phlegmoné”-nak: a diabeteses betegek lábán lévő gangraenás sebektől — noha sütcutan gáz jelenléte egyértelműen kimutatható volt — gyakorlatilag csak aerob bacteriumok tenyészték ki.)

Vutskits Zsolt dr.

Epesebészet az idős korban: javallatok, veszélyeztetett csoportok, eredmények. Magistris, F. (Chirurgische Abteilung des Krankenhauses Hollabrunn): Zentralblatt für Chirurgie, 1977, 102. 314—320.

Schönbauer 1937-ben 480 olyan betegről számolt be, akiken epeműtét történt; közöttük csak 6 beteg volt 70 év feletti. A mai statisztikákban pedig inkább az idős magas részesedése dominál. Többen foglalkoztak a „geriatriai sebészet” fogalmával, utalva arra, hogy mind több a műtetre kerülő idős beteg, akik *multimorbiditása* (cardiovascularis, renalis stb. állapot) speciális felkészülést igényel.

A szerző anyagában 1967 és 1975 között 179, 70 év feletti beteg fordult elő, akiken az epehólyag vagy az epeutak műtete történt. Az összes, epebetegség miatt operáltak — 1143 beteg — 16%-a volt ilyen életkorban. Az átlagos életkor: 74,66 év, a nemek között nem volt különbség. Ápolási idő: átlag 23,14 nap, a műtét előtt 3, azután 19 nap.

A felvételt követően 12 órán belül *vitalis indicatio* alapján 34 beteget operáltak. 27 esetben helyes volt a kórisme. Három haltak meg (okok: uraemia, urosepsis, tüdőembólia). 7 volt a hibás diagnosis (6 chronikus cholecystitis, 1 acut pancreatitis). 48 órán belüli műtét („*sürgős javallat*”): 57 beteg. Helyes kórisme 53 esetben (7 haláleset, okok: 2 uraemia, 2 pneumonia, 1 máj-coma, 1 postoperatív pancreatitis, 1 cardialis elégtelenség). 4 hibás kórisme.

A 3. és a 10. nap között („*elektív javallat*”): 68 beteg, közöttük 3, fel nem ismert fedett perforatio. 2 haláleset, subcut sárga májsorvadás, ill. szívelégtelenség miatt. A 11. nap után 20 beteget operáltak.

A *műtéti beavatkozások*: 119 „egyszerű”, 42 „kiterjesztett” cholecystectomia, 1 cholecystostomia (kőeltávolítás), 2 cholecystostomia, 15 reoperatio a choledochuson (viszszamaradt kő, cysticus-csonk szindróma, choledochotomia visszamaradt kő miatt, transduodenalis papillotomia).

A *postoperatív szövődmények*: 1 nő és 2 férfi betegen a 7. postoperatív napon teljes hasfalszétválás következett be. Mindegyikük műtét-

te 1,5 óráig tartott, a szerző szerint a hasfal hosszában időn át történt szétfejtése szerepet játszhatott, mind egyiküknek localis peritonitis volt. A műtét előtt is marasmusuk (!) Az egyik — 71 éves — férfibetegen a hasfal szétválása még kétszer következett be, a 37. postoperatív napon pedig meghalt (uraemia). *Sebgennyedés* 9 betegen alakult ki, többnyire az 5. postoperatív napon. 1 esetben subhepatikus abscessusra is gondoltak, a relaparotomia ezt nem igazolta.

A szerző táblázatban is közli a postoperatív szövődményeket, köztük írja: „diabetes mellitus — 4 eset”. (Nem derül ki, hogy ez miért szövődmény? Nyilván nem az. Ref.)

Vértés László dr.

A nyákcszállítás gyengülése műtét után a tüdőben. Gamsu, G. és mtsai (Departments of Radiology, Anesthesiology, and Medicine, and the Cardiovascular Research Institute, University of California School of Medicine, San Francisco, Calif.): American Review of Respiratory Disease, 1976, 114, 673—679.

25 beteg hörgőfájába hasüregi műtét, ill. a lábán végzett orthopaed műtét után tantal-port fűjtak be és annak az ürülését vizsgálták 0, 6, 18, 26 és 48 óra múlva, mellkas-röntgenfelvételeken. Orthopaed műtét után a tantal-por 48 órán belül egyenletesen teljesen kiürült. Súlyos hasüregi műtét után azonban ez a folyamat hat napig is elhúzódott és a legtöbb beteg hörgőiben fűcsaképződést, ezt követően pedig főleg a jobb tüdő alsólebenyében segmentum, ill. lebeny-atelectasiát okozott. A hasműtét átlag 5,7, az orthopaed-műtét pedig átlag 2,2 óráig tartott. A hörgők csillószőrös tevékenységét a műtéti előkészítés, az altatószerek, az endotrachealis intubatio, a műtét után a mozdulatlanág, a mély légzés és a köhögés csökkenése, végül a fájdalomcsillapító szerek gátolták.

Pongor Ferenc dr.

A parathyreoidea adenoma sebészi szempontból. Keminger, K. (I. Chirurg. Universitätsklinik, Wien): Münchener medizinische Wochenschrift 1976, 118, 1549—1554.

A parathyreoidea sebészete Bécsből indult ki Mandl, Schlagenhauer és Gold munkásságával az 1920-as évek elején. Az epitheltesek sebészete ma a primer és secundær hyperparathyreosis bizonyos eseteit, s a mellékpajzsmirigycarcinoma műtéti megoldását foglalja magába. Az említett esetek morfológiai megjelenésük alapján lehetnek soliter vagy multiplex adenomák, hyperplasiák és neoplasmák.

Az egyes adenomák súlya kicsi, 0,1 és 80 g között változhat, eseten-

ként azonban 100 g súlyú eseteit is leírták. Lényeges, hogy az adenoma nagysága és aktivitása között semmilyen összefüggés nem áll fenn, sőt ismertek hormon-inaktív formák is! A sebészeti eljárások tökéletesebbé mellett jelentősen fejlődtek élettani-elméleti ismereteink is: a primer és secunder formák mellett további típusokat is ismerünk már. A quarter és quinter forma a primer hyperparathyreoidismus következménye, a tertier pedig a secunderé. A primer, tertier és quinter típusokban autonom parathyreoidea működésről — hyperfunctióról — van szó, azaz a physiologiás serum Ca-tartalom és parathormon elválasztás közötti negatív feed-back kapcsolat zavart, nem érvényesül.

A primer hyperparathyreosis műtéti indikációjának fölállításánál lényeges kérdés a diagnosis korai fölismerése, már kialakult szervi károsodás esetén ui. az oki thérapia is bizonyos tekintetben elkésztett. A tünetek és laboratóriumi leletek alapján fölállított kórismét a localisatiós diagnosis kell követnie: serioangiographia, jelzett selen-methioninnal végzett scintigraphia, toluidinkékkel végzett vitalis festési eljárások, célzott parathormon-meghatározások segíthetnek ebben. Az angio-, ill. scintigraphia hátránya, hogy csak egy bizonyos mértékét meghaladó adenoma-nagyság esetén nyújtanak értékelhető információt. A legnagyobb támaszt a célzott, a pajzsmirigy vérellátását biztosító erekből történő parathormon-szint meghatározás nyújtja.

1957 és 1975 között a sebészeti klinikán 65 mellékpajzsmirigy műtétet végeztek. 55 esetben primer, 3 alkalommal secunder, 2-szer tertier, 5 ízben pedig malignus hyperparathyreosis miatt történt műtét. A műtét sikerét a calcium-szint postoperatív csökkenése jelzi, egyidejűleg emelkedik a plasma phosphor tartalma. A postoperatív szak szövdményei közt vesefunctiós zavarra, psychés complicatiókra számíthatunk. A parathormon polyuriát kiváltó hatással rendelkezik, műtét utáni csökkenése oliguriához, ritkábban anuriához vezethet! Tetania, paresisek is fölléptek.

Quarter hyperparathyreosisról akkor beszélünk, ha sikerrel operált primer kórforma már a műtét előtt vesekárosodást idézett elő. Glomerulo-tubularis veseinsufficiencia alakul ki, mely hypocalcaemiához, hyperphosphataemiához, hypercalciuriához vezet. A feed-back kapcsolat alapján a visszamaradt mellékpajzsmirigyreszek hyperplasiája észlelhető. Az állandó mellékpajzsmirigy activatio újra autonom működést hozhat létre, ebben az esetben állapítható meg quinter típusú hyperfunctio fönnállta. Az alkalikus phosphatase mindegyik esetben emelkedik, a Ca és a P szint alapján azonban a két forma egymástól elkülöníthető.

Winkler Gábor dr.

Phaeochromocytoma; kórisme és kezelés. Scott, H. W. és mtsai (Vanderbilt Univ. Med. Center, Nashville, Ten.): Ann. Surg. 1976, 183, 587—593.

1950 és 1975 között észlelt 44 betegről számolnak be. A tumor három betegnél bilaterális, hét-nél extraadrenalis elhelyezkedésű volt. Öt esetben volt malignus a daganat, ezek kiterjedt metastasis-képződés mellett meghaltak, egy esetben pedig 5 évvel műtét után ugyanazon oldalon malignus tumor alakult ki.

A phaeochromocytomát 11 betegnek csak a sectio derítette ki — ezek a régebben észleletekből kerültek ki. A 3 operált betegből egy halt meg műtét kapcsán. Az operáltak 70%-a (nem számítva a malignus eseteket) tartósan normotensióssá vált.

Az összes hypertoniások mintegy 0,4—2,0%-ában phaeochromocytoma a magas vérnyomás oka. A tumor lényegében bármely életkorban előfordulhat, nagyjából egyformán érintve a férfiakat és nőket.

A VMS-ürítést 17 betegnek tudták vizsgálni, 14-nél az 12 mg fölött volt 24 óra alatt, háromban alatta, a catecholamin-ürítés 300—1000 mcg/die között váltakozott. A kórismében a radiologiai vizsgálatok értékesnek bizonyultak, de separált vesevéna-katheterizést nemigen végeztek, még kevésbé mellékvesevénán át röntgenvizsgálatot, amelyet kockázatosabbnak tartanak; így is ajánlatos a röntgenvizsgálatok kapcsán megfelelő ellenőrzésre (EKG) és szükségképp a resuscitatióra is felkészülni.

Műtét előtt 4—10 napig phenoxybenzamin is adott, ha súlyos volt a hypertonia, amit — arrhythmia egyidejű fennállásakor — propranolollal egészítettek ki, ill. utóbbit akkor is alkalmazták, ha arrhythmia ugyan nem volt, de a pulzus szám 140/min fölött volt.

A műtétet magát N₂O-halothan-narkózisban, lidocain-infusio mellett végzik. A daganat eltávolítását követően vértransfusiót, valamint 50—75 g albumint és 2—3 l Ringer-laktát-ot adnak. A 33 operáltból elvesztett egy beteg ténye ezen előkészítési és peroperatív körülmények kedvező voltát igazolja.

iffj. Kelemen Endre dr.

A máj jejuniolealis bypass műtét után. Szerkesztőségi közlemény: Lancet, 1976, II, 666—667.

Az elhízás kezelésére egyes intézetekben jejuniolealis bypass-t készítenek. Csupán Dél-California-ban ez ideig 2000 ilyen műtétet végeztek. A műtét kockázata jelentős: a postoperatív szakban gyakori a pulmonalis embolisatio, későbbi szövdményként vese- és epeköveség kialakulását, hasmenést, elektrolyt vesztesét, bypass enteritist, colon pseudoobstructiót, polyarthritist figyeltek meg. A legsúlyosabb

májbetegség fellépése, melynek pathogenesisse intenzív kutatás tárgya.

A nagyfokú elhízás és a zsírmáj szövdménye gyakori, a serum transaminase szintje is emelkedhet. A bypass műtét után a kóros elváltozások fokozódnak, az exacerbatio 6—9 hónapig tart. Az operáltak 1—2%-ában a májlaesio progrediál, icterus, hepatosplenomegalia, ascites jelentkezik. A serum transaminase tartalma emelkedett, az albumin szint alacsony, a prothrombin idő megnyúlik. E betegek májelégtelenség következtében meghalhatnak. A máj szövettani vizsgálatakor zsíros infiltrációt, a parenchymában necrosist, gyulladást, fibrosist látunk. A progressív májkárosodás cirrhosishoz vezet.

Bonder és Pisesky szerint a kísérleti állatok 80%-os jejuniolealis kirekesztés és bypass készítése esetén elhullottak. Ha azonban a kiiktatott bélszakaszt resecálták, az állatok életben maradtak. Elképzelhető, hogy bacteriumok, ill. bacterium toxinok felelősek a májkárosodásért, mivel széles spectrumú antibioticumok jó hatásúak voltak. Más fölfogás szerint a colon bacteriumok az epesavakat — melyek a műtét után nagyobb mennyiségben kerülnek a vastagbélbe — potenciálisan toxikus vegyületekké (pl. lithocholsav, chenodeoxycholsav) degradálják. A lithocholsav a műtét okozta fehérjehiányos állapotban különösen hepatotoxicus. Leírták a máj chenodeoxycholsav tartalmának háromszorosára való növekedését is. E vegyület nagy adagban majmokon májkárosodást okoz. Műtét után a colomba jutó szénhidrátot a bacteriumok alkoholosan fermentálhatják. Toxikusan emelkedett véralkohol szintet azonban nem tudtak kimutatni. Moxley szerint a fehérje malnutritio a májlaesio egyik oka. A máj szövettani képe azonban nem hasonlít a Kwashiorkorban láthatóhoz. A megfigyelés, mely szerint a jejuniolealis bypass után kialakult májlaesio a súlyos aethyles májkárosodástól szövettanilag nem különbözik, arra utal, hogy a két kórkép — eddig ismeretlen — pathogenesisse közös lehet.

A műtétet követő májlaesio gyógyításában parenterális aminosav bevitel, széles spectrumú antibioticumok, végső esetben a reanastomosis jön szóba, bár néhány esetben a fatális kimenetelt az utóbbival sem tudták elkerülni.

Pánczél Pál dr.

Az ileojejunalis bypass utáni súlycsökkenés magyarázata nagyfokú elhízás esetén. Pilkington T. R. E. és mtsai (St. George's Hospital, London SW 17 OQT): Brit. Med. Jour. 1976, I, N. 6024, 1504.

Payne és Wind végzett először ileojejunalis bypass nagyfokú elhízás kezelésére 1969-ben. A betegek

a műtét után kb. 2 év alatt 40 kg-nyi súlyt veszítettek. Ez után a megmaradt súly könnyen tartható volt. Feltehető, hogy a súlyvesztés a műtét után bekövetkező zsír és fehérje malabsorptiónak a következménye. 17 nőn és 3 férfin végezték a bypass műtétet, akiknek átlag súlya 117, illetőleg 142 kg volt. A műtétet oly módon végezték, hogy anastomosist készítették a jejunum áthajlásától kb. 10 cm-nyire levő része és az ileumnak az ileocecalis beszájazástól orálsan levő kb. 25 cm-nyire levő része között. A betegek súlya az első 6 hónapban csökkent a legnagyobb mértékben. Az első 4 hónapban túrték a legkevésbé a beállított étrendet. Nőknél a széklettel kiürített calorია négyszerese volt a műtét előtti calorია veszteségnek, a férfiaknál még több, de itt az esetek száma oly kevés volt, hogy ebből érdemleges következtetés nem vonható le. Diétás szabályozással befolyásolható a súlyvesztés mértéke. A korai postoperatív hónapokban az orális bélszakasz és a gyomor distenziója hátráltatja a táplálkozást. Némelyik beteg gyorsan alkalmazkodik a helyzethez és csak csekély lesz a súlyvesztése. Némelyik beteg képtelen az új helyzethez alkalmazkodni, gyakran hány, így nagy lesz a súlyvesztése s végül a bél rekonstrukciója is szükségessé válhat.

Arányi Sándor dr.

A stressz-ulcus keletkezése és kezelése. Koelsch, K. A. (Bezirkskrankenhaus Altstadt, Medizinische Klinik, DDR-301 Magdeburg): Zentralblatt für Chirurgie 1976, 101, 1409—1419.

A stressz és a shock-állapot kölcsönösen befolyásolja egymást, és nemcsak a hypothalamus vidék elülső, hanem hátsó részének izgalmi állapotához vezet. Ez vagus, illetve hypophysis elülső lebeny izgalommal jár, melynek következtében akut gyomornyálkahártya elváltozások alakulhatnak ki. A szerző a kérdés rövid történeti áttekintése után a gyomornyálkahártyán létrejövő elváltozások endoscopus és pathológiai megjelenési formáit ismerteti. Foglalkozik az állatkísérletekben, illetve emberen kialakuló gyomornyálkahártya elváltozásokat kiváltó tényezőkkel, ezek hatásmechanizmusával. Különösen gyakori a stressz okozta gyomornyálkahártya károsodás koponyatraumát szenvedett, intenzív kezelést igénylő betegen. Sajat bélgyógyászati anyagukban 229 boncolás során 16 alkalommal találtak akut nyálkahártyakárosodást (7%). Vérszés, perforatio megjelenése előtt a diagnosis nehéz, csupán az endoscopia mondhat biztosat. Különösen idős betegeknél, szövődényes esetekben a letalitás magas. A megelőzésnek nagy jelentősége van. Gyógyszeres vagus-, sympathicus

blockolás, savkötők, antihisztaminok, epe-refluxot gátló szerek, adaequat infúziós kezelés nagy jelentőségűek. Masszív vérszés, perforatio esetén a talált lelettől függően a legkisebb műtéti beavatkozás ajánlott.

Kiss Lajos dr.

Masszív gastrointestinalis vérszés: 25 éves tapasztalat vagotomia + drainage műtéttel. McGregor, D. B., Savage, L. E., McVay, C. B., (Yankton S. D. Sacred Heart Hospital USA Yankton Clinic, 400 Park, Yankton S. D. 57078): Surgery 1976, 80, 530—534.

A masszív vérszés és az idős kor közismerten súlyos prognoszt jelent a peptikus fekély kezelése során. A szerzők 73 válogatás nélküli betegük műtéti eredményeit ismertetik, akiknél vagotomia és pyloroplastica történt. A betegek 68%-a 60 év feletti volt, 50 betegnek duodenalis fekélye is volt. Egy esetben erosiv gastritist találtak, míg 3 betegnél a műtét idején vérszést magyarázó elváltozást kideríteni nem sikerült. 60 esetben vagotomia és Heineke-Mikulitz plastica, 9 esetben vagotomia és gastrojejunostomia, 4 esetben resectio történt. 29 duodenalis fekélyes betegnél a műtét idején is vérsző fekély elvárta, míg 4 alkalommal a gyomorfekély kimetszését végezték hasonló okból. Postoperative 4 esetben ismétlődött a vérszés, de csak egy ízben volt szükség reoperatióra. A műtéti mortalitás 8,2% (6 beteg). 65 beteg 5, a betegek egynegyedét 10 évig tudták ellenőrizni. A leghosszabb észlelési idő 24 év 7 hónap volt. Betegeik 85%-ában a késői eredmény kiváló vagy jó volt, 5 betegen kielégítő, és 5 betegen rossz. A sebészileg igazolt kiújulás 3,1%. Hasonló betegcsoportban, ahol a masszív vérszés miatt resectio történik, az irodalmi adatok szerint a postoperatív mortalitás szignifikánsan magasabb. A magasabb mortalitás pedig elfogadhatatlanul magas ár a késői jobb eredményekért.

Kiss Lajos dr.

Szemészet

Retinopathia diabetica a szemorvos gyakorlatban. Zielenski, H. W.: Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde 1975, 167, 715—719.

A cukorbeteg 50%-án a diabetes manifestációja után már 5 év múlva előfordulnak retinalis elváltozások. Mivel a cukorbeteg élet-tartama emelkedik, ezért civilizált országokban a vakság leggyakoribb oka a retinopathia diabetica (r. d.), miért is ennek a korai felismerése nagyon fontos.

A subklinikai r. d. csak fluorescein-angiographiával bizonyítható, mert ezzel a vizsgálattal részletes betekintést nyerhetünk a microstructuralis érvizonyokba. Különö-

sen jól láthatók a capillarisek vé-nás oldalán előforduló microaneury-mák. Megfigyelhető az ér-falak nagyfokú permeabilitása, amit még ekkor szentmikroszkóppal nem látunk. A retina-capillarisek hyperpermeabilitása ideghártya-oedemához, exsudatiohoz és vérszéshez vezet.

Szemtűkórvizsgálattal a r. d.-át 3 stádiumra lehet felosztani. Az 1. és 2. csak fokozati különbséget mutat és benignus r. d.-nak nevezzük. A 3. stádiumnak a proliferatio következtében kedvezőtlen a prognostisa. Ugyanis a benignus elváltozások mindig a retinanívóban maradnak: retinoedema, microaneuryzmák, pont formájú vérszések, folts és csíkos ideghártyavérszések, kemény exsudatumok, mint élesen elhatárolt lipid-lerakódások és puha exsudatumok, mint nem-élesen körülhatárolt gyapotpohely formájú területek. A malignus r. d. esetében újraképződött erek sarjadzanak az üvegtestbe; oedema, vérszések, praeretinalis üvegtest-keményedés, ideghártya leválás látható.

A therapiát illetőleg a világirodalomban eddig kb. 200 hypophysectomiát írtak le, melyből 55%-ban láttak javulást. Az indicatio nagyon szigorú, mert az operatio-letalitás ma még magas. Az elmúlt évek folyamán fénycoagulatio alkalmaztak, melynek indicatiója a r. d. előrehaladási állapotától függ. Aki-ken csak néhány aneurysmát láttunk, azokat ellenőriztük. Viszont a súlyos hypertoniával és sclerosissal járó retinopathiák, valamint előrehaladt érproliferatiók esetében nem vagy csak a legnagyobb óvatossággal coagulálunk. Annak ellenére, hogy ez hatásos és rizikó nélküli localis kezelési methodus, mégis az utóbbi években publikált kiértékelések a határosságát kétségebe vonják.

Az ér-falak tömítő calcium vagy C-, K- és P-vitaminok hatása nem meggyőző. Úgy látszik, hogy a fehérjeanabolikus hormonok alkalmazása indokolt, elsősorban a kezdődő r. d. esetében, mivel ezek a hypophysis-tevékenységét fékezik. Hatásos capillar-activ gyógyszer a Dexium (Calcium 2,5-dihydroxybensolsulfonat), mely kettős vakkísérletben szignifikánsan permeabilitást csökkentő hatást mutatott.

552 cukorbeteg közül (433 nő, 119 férfi) 25-nek 2 hónapig, 42-nek 6 hónapig, 61-nek 12 hónapig és 27-nek tovább mint 18 hónapig adtak Dexiumot. Általában az esetek 48,8%-ában következett be javulás, 31,1%-ban a praeparatum hatásosságát nem sikerült megállapítani, 20,1%-ban hatástalan volt. A nem-proliferatív betegeken javulást 64,2%-ban láttak, a proliferatiót mutató esetekben javulás nem következett be. A kezelés alatti visus változás nem volt összhangban a szemfenéki lelettel, mert az esetek 42,4%-ában mutatott a fundus-kép javulást, 38,5%-ban változatlan maradt, és 19,1%-ban rosszabbodott.

Molnár Lajos dr.



Photocoagulatio a diabetese maculopathia kezelésében. Szerkesztőség közlemény. Lancet. 1975, 2, 1110—1113.

A diabetese retinopathia a leggyakoribb vakvági ok Angliában és Walesben az 50—64 éves korcsoportokban. A diabetese retinopathia a következőképpen osztályozható: 1. „egyszerű” retinopathia, amely microaneurysmákból, vérzésből, kemény gócból és oedemából áll; 2. proliferatív vagy „malignus” retinopathia, melyet érújdokképződés és fibrosus szövetburjánzás jellemez. Visus szempontjából a proliferatív retinopathia rosszabb prognózisú, de ha az egyszerű retinopathia léziói a maculát érintik, szintén súlyosan megromtják a látást. Az elmúlt 10 év alatt a photocoagulatio egyre inkább alkalmazást nyer a diabetese retinopathia kezelésében.

A dolgozat előzetes közlés a diabetese maculopathia xenon photocoagulációs próbálkozásáról a Brit Diabetes Szövetség kezdeményezésére.

Figyelték a látásélesség alakulását 3 éves periódusban. 76 beteget egy évig, 44 beteget 2 évig és 25 beteget 3 évig tartottak ellenőrzés alatt. A kezelt és nem kezelt szemek összehasonlítása arra utal, hogy — bár jelentős különbség nincs a kezelt és nem kezelt visusban, legfeljebb 1—2 Snellen tört — a photocoagulatio lassítja vagy egy időre megállítja a diabetese folyamatot.

A 18 kontroll szemből 4 üvegtesti vérzés, 1 proliferáló retinitis miatt megvakult. Így tehát a nem kezelt szemek egyharmadában vakság alakult ki.

A diabetese retinopathiára vonatkozó újabb tanulmányok azt jel-

zik, hogy új erek csak olyan betegknél fejlődnek ki, ahol a fluorescein angiogrammon nagy peripheriás elzáródott területek vannak. Az újdokképzett erek photocoagulatióval elpusztíthatók, így elhárítható az erekből származó vérzés.

A retinopathia diabetica lézióinak viselkedése a photocoagulatióra egyénileg változik. A sikeres kezelés legfontosabb jelzője a látásélesség megtartása, függetlenül a léziók kinézésétől. Ez a funkcionális mérték a legjobb alap a therapiás vagy prophylaktikus photocoagulatio értékelésére diabetese retinopathiában.

A photocoagulatio hatásmechanizmusa nem tisztázott. Mivel jelenleg nincs hatásosabb kezelés, megfontolandó, mielőtt a látásélesség túlságosan megromlik és a retina károsodása irreversibilissé válik.

Varga Margit dr.

„Léggömb” sejteket tartalmazó chorioidea melanoma. Rodrigues, M., Shields, J. (Wills Eye Hospital, Philadelphia): Canad. J. Ophthalm. 1976, 11, 208.

A szerzők chorioideából kiinduló malignus melanoma 3 esetének klinikopathologiai vizsgálatait ismertetik. Mindhárom esetben sárgás szegély volt látható a daganat körül a szemfenéken, melynek szövettanilag „léggömb” sejtek felhalmozódása felelt meg. Ilyen eseteket leírtak már jó- és rosszindulatú festékes daganatokban. Elektronmikroszkópos vizsgálattal számos praemelanosomát és néhány melanosomát találtak bennük. Alakjukat valószínűleg ezek degeneratív-jakor keletkező vesiculák, majd ezek összefolyásából keletkező vacuolumoktól nyerik.

Irodalmi adatokkal ellentétben a szerzők a „léggömb” sejtekben sem zsírokat, sem savanyú mucopolysacharidákat kimutatni nem tudtak. Histochemiai vizsgálataik szerint a „léggömb” sejtekben az enzimek aktivitása csökkent (LDM, succinyl-dehydrogenase, savanyú phosphatase, béta glucuronidase, aminopeptidase.)

Feltételezésük szerint elfajulóban levő daganatsejtekről van szó, melyek jelenléte nem befolyásolja a daganat klinikai viselkedését.

Bár a szerzők mindhárom esetben eltávolították a daganatos szemet, ilyen kis-tumorok kezelésére egyéb lehetőséget is felvetnek: observatio, irradiatio, photocoagulatio, resectio.

Futó Gábor dr.

Varicella következtében fellépő ophthalmoplegia interna. Noel, L. P. Watson, A. G. (Ottawa General Hospital): Canad. J. Ophthalm. 1976, 11, 267.

Az irodalomban a varicella számos szövödménye mellett csupán 4 belső szembénulást írtak le. A szerzők egy 6 éves kislány bal szemén fellépő, varicellához társuló uveitis és ophthalmoplegia interna esetét közlik. Az uveitis 2 óránként localisan adagolt 0,12%-os phenylephrin és 1%-os prednisolon szemcseppek adására gyógyult. Neurologiai eltérés nem volt, azonban 15 hónappal a megbetegedés után sem lehetett a bal szivárványhártya alsó rostjaiból féregerő mozgáznál többet fénnel kiváltani. 4%-os pilocarpin becseppentése után viszont jól szűkült a bal pupilla.

Futó Gábor dr.

Tájékoztatjuk kedves olvasóinkat, hogy

HIRDETÉSFELVEVŐ IRODÁNK

a BUDAPEST VIII., SOMOGYI BÉLA U. 7. SZ. ALATT várja a nagyközönséget. Az iroda naponta 8 órától 16.30 óráig vesz fel hirdetéseket a NÉPSPORT c. napilapba és a hetenként megjelenő MAGYAR IFJÚSÁG c. lapba. Szombaton zárva. — A vidéki érdeklődőknek postafordultával küldünk tájékoztatást és postai befizetési lapot.

IFJÚSÁGI LAPKIADÓ VÁLLALAT HIRDETÉSFELVEVŐ IRODA

1085 BUDAPEST VIII., SOMOGYI BÉLA U. 7.
TELEFON: 337-517.

GÁZANALIZÁTOR

Tip: GA-3

A Gázanalizátor diagnosztikai orvosi készülék.

Segítségével a beteg által kilélegzett levegő széndioxid- és oxigén tartalma mérhető.

Használható oxigénsátrak levegőjének oxigéntartalom meghatározására, ellenőrzésére.

Felhasználási terület lehet bármely tüdőgyógyászati, belgyógyászati, vagy sebészeti osztály, vagy intézmény.



GYÁRTJA:

Medicor Művek, Budapest

Az Egészségügyi Minisztérium tájékoztatója az 1978. március havi fertőző megbetegedésekről

A járványügyi helyzet általános jellemzése.

Az enterális fertőző betegségek közül mérsékelten emelkedett a *salmonellosis* és *dysenteria* megbetegedések száma, a szezonális változásnak megfelelően. A *hepatitis infectiosa* esetek száma az elmúlt hónapok képest nem változott lényegesen.

A cseppfertőzéssel terjedő fertőző betegségek közül mérsékelten emelkedett a *scarlatina* megbetegedések száma. Területi *rubeola* járványok alakultak ki Békés és Szolnok megyében, melyek következtében az esetek száma lényegesen nőtt az elmúlt hónapokhoz viszonyítva. Tovább emelkedett a bejelentett *mumps* megbetegedések száma is, melyeknek mintegy fele az előző hónapokhoz hasonlóan, a fővárosban és Pest megyében fordult elő.

A *Lyssa epizootia* fokozódott a vadállatok között. Az állategészségügyi intézetek 1978 első negyedévében közel háromszor több állat esetében (661) diagnosztizáltak lyssát, mint 1977 azonos időszakában. Az említett periódusban 728 egyént részesítettek lyssa elleni védőoltásban az előző évi 506-tal szemben.

Említésre méltó járványügyi események

A január közepén kezdődött influenzajárvány március hónapban fejeződött be. A 8 hétig tartó járvány során mintegy 1 300 000 megbetegedést jelentettek be, így az ország lakosságának közel 12⁰/₀-a vészelte át a fertőzést. A járvány alatt több mint 400 000 influenzás beteget vettek táppénzes állományba (a betegek 33⁰/₀-a) és 6228 beteget ápoltak kórházban (a betegek 0,5⁰/₀-a). A megbetegedések általában enyhék voltak és rövid ideig tartottak. A szövődmenyes esetek gyakorisága 4,5⁰/₀ volt. A járvány első felében a H1 N1 altípusú influenza A vírus volt a fő aetiológiai tényező, s ekkor a megbetegedések többsége a 25 éven aluliak között fordult elő. A járvány második felében a H3 N2 altípusú (Texas(1)77-hez közelálló) törzsek váltak dominánssá, s a megbetegedések előfordulási gyakorisága a 25 éven felüli lakosság körében nőtt.

Dysenteria. Ökörítőfülpös (Szabolcs-Sz. m.) község egy mélyfúrású kútja körzetében március elején *Sh. sonnei* által okozott dysenteria járvány alakult ki. A kút ellátási területén 24 személy megbetegedett, további 72 tünetmentes ürítőnek bizonyult. A mélyfúrású kút műszakilag és higiénés szempontból is erősen kifogásolható állapotban volt. Feltehető, hogy a járványt megelőzően meginduló hóolvadás következtében fekalis szennyeződés jutott be a kút vizébe.

Enteritis. A kb. 3000 lakosú Csabrendek községben (Veszprém m.) február 24. és március 3. között 99 személy betegedett meg enyhe lefolyású enteritisben. Az esetek a község területén egyenletesen oszlottak meg és a megbetegedések zöme 3 napon belül kezdődött. A betegek széketmintáinak bakteriológiai vizsgálata negatív eredménnyel zárult. A járványügyi és településegészségügyi vizsgálatok az ivóvíz terjesztő szerepét valószínűsítették. A gödi (Pest m.) 100 fős óvodában valamennyi csoportot érintő enteritis járvány fordult elő, melynek során egy hét alatt 47 gondozott és 2 felnőtt dolgozó betegedett meg. A klinikai tünetek enyhék voltak. Hányás, hasmenés dominált, hőemelkedése csak néhány betegnek volt. A fertőzések terjedési módja tisztázatlan maradt, bár a robbanásszerű kezdet és a tömeges előfordulás miatt közös terjesztőt kellett feltételezni. 19 beteg székletéből azo-

nos fagttípusú, szerológiailag nem tipizálható *E. coli* tenyésztett ki.

Dyspepsia coli. Szekszárdon (Tolna m.) a Megyei Kórház csecsemőosztályán január végén kezdődött *E. coli* 0111 okozta járvány során a fertőzés veszélyének kitett 36 csecsemő közül 20 megbetegedett, 2 pedig tünetmentes ürítőnek bizonyult. A kitenyésztett *E. coli* 0111 törzsek azonos fagttípusba tartoztak. A fertőzés terjedését ápolási-higiénés hiányosságok tették lehetővé.

Diphtheria. Január 4-én influenzaszerű tünetekkel, orrszárnán herpeses elváltozással jelentkezett orvosnál egy jó szociális körülmények között élő Szabolcs megyei fiú. Vegaillin kezelést kapott. 9 nappal később a beteg hangja rekedtté vált és félrenyelt. A körzeti orvos gégészeti szakrendelésre utalta, ahol 3 nappal későbbi jelentkezésekor légyszájpadbénulást állapítottak meg. Beutalás alapján a beteget a kórház gyermekosztályára „légüti obs.” diagnózissal vették fel és Oxacillin kezelésben részesítették. Néhány nappal később, amikor a beteg orrán a folyadék regurgitált, ideggyógyászati konziliumot kértek. Csupán ekkor merült fel a postinfectiosus bénulás lehetősége. A betegség 17. napján levett torokváladékból *C. diphtheriae* nem tenyésztett ki, de a vérsavójában talált magas (8 AE/ml) diphtheria antitoxin titer a diphtheria diagnózist alátámasztotta. A beteg környezetében ezt követően végzett járványügyi és bakteriológiai vizsgálatok negatív eredménnyel zárultak. A gyermek megkapta a korának megfelelően előírt összes diphtheria elleni védőoltást. Ez az eset, valamint a miskolci Gyermekvárosban február hónapban észlelt diphtheria-hordozó járvány (25 felderített tünetmentes hordozó) felhívja a figyelmet arra, hogy toxintermelő *C. diphtheriae* cirkulálhat oltott gyermekek között is, sőt közöttük egyes esetekben megbetegedést is okozhat. A diagnosztikai éberséget éppen ezért fokozni kell.

Bejelentett fertőző megbetegedések Magyarországon 1978. március

Betegség	M á r c i u s *		Medián 1972-76	Január 1-március 31. +		Medián 1972-76
	1978	1977		1978	1977	
Typhus abdominalis	2	3	4	3	8	13
Paratyphus	1	-	1	1	-	3
Salmonellosis	210	339	215	538	806	615
Dysenteria	321	456	599	871	1171	1472
Dyspepsia coli	79	78	87	198	242	290
Hepatitis inf.	562	539	691	1873	1888	1987
Poliomyelitis	-	1	-	-	2	2
Diphtheria	-	-	-	1	2	-
Scarlatina	1287	579	1279	3435	1938	3170
Morbilli	28	17	389	57	58	943
Rubeola	1252	474	-	2562	1190	-
Parotitis epid.	5708	4965	-	13 588	13 947	-
Pertussis	3	3	4	8	6	11
Mening. epid.	14	4	6	25	18	18
Mening. serosa	23	33	19	68	88	61
Encephalitis inf.	6	10	4	19	25	13
Mononucleosis inf.	42	50	45	126	125	124
Keratoconj. epid.	2	2	-	4	4	11
Malária	-	-	-	1 ^x	-	-
Typhus exanth.	-	-	-	-	-	-
Staphylococcosis	16	20	38	61	65	93
Tetanus	2	2	3	5	3	8
Anthrax	-	-	-	-	-	-
Brucellosis	3	4	11	8	26	23
Leptospirosis	3	6	2	6	11	5
Ornithosis	2	1	-	3	2	-
Tularémia	-	4	2	2	4	3
Lyssa fertőzésre gyanús sérülés	232	183	-	639	392	-

* Előzetes, részben tisztított adatok.

^x Importált eset.



A TMB Elméleti Orvosi Szakbizottsága 1978. június 1-én du. 2 órára tűzte ki **Szelényi Zoltán dr.**: „Az agyszövet szerepe a thermoregulációs hőtermelésben” c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA nagyertermében.

Az értekezés opponensei: **Obál Ferenc dr.**, az orvostudományok doktora, **Gáti Tibor dr.**, az orvostudományok doktora.

A Magyar Gyermekorvosok Társasága és Gyermeksebészeti Szekciójának 1978. május 23—25 között Budapesten, a Szabadsághegyi Áll. Gyermekszanatóriumában (XII. Mártonhegyi u. 6.) **kerekasztal-értekezletet** rendez.

Téma: **A meningomyelocelés betegségeinek vegetatív és szomatikus bémulásainak elektroterápiájáról.** (Intravesicalis, intrarectalis elektroterápia, alsóvégtag bémulások elektroterápiája).

Május 23., kedd, 9.00 óra
Megnyitó

Előadók: **Genton, N.** (Lausanne), **Janneck, C. J.** (Hamburg), **Berger, R.** (Zürich), **Schwock, J.** (Greifswald), **Dénes J.** (Budapest), **Katona F.** (Budapest), **Vince J.** (Miskolc).

14.00 óra

Gyakorlati munka (elektromanometriá, poligráfia, intravesicalis és rectalis stimuláció).

Május 24., szerda, 9.00 óra

Előadók: **Pösch, H.** (München), **Jeger, H.** (Leipzig), **Mao, B.** (Berlin), **Czirják, Z.** (Budapest).

14.00 óra

Gyakorlati munka (elektromanometriá, poligráfia, intravesicalis és rectalis elektroterápia, sphincter myográfia).

Május 25., csütörtök, 9.00 óra
Kerekasztal-értekezlet

Téma: **A meningomyelocéle megelőzése, műtéti indikáció, habilitáció és rehabilitáció.**

11.00 óra

Gyakorlati munka (alsóvégtag bémulás elektro és reflex terapiája. Meningomyelocéle és hydrocephalus miatti agyi károsodás komplex habilitációja).

Befejező vita.

A Magyar Sebész Társaság Mellkassebész Szakosztálya és a Szegedi Orvostudományi Egyetem I. Sebészeti Klinikájának 1978. május 27-én (szombaton) de. 10 órakor, a Szegedi Akadémiai Bizottság Székházában (Somogyi B. u. 7.) **konferenciát** rendez.

Téma: **A mellkassebészeti helyzete (feladatok, képzés, továbbképzés).**

Üléselnök: **Petri Gábor.**
Vitaindító referátum: **Kulka Frigyes.**

Felkért hozzászólók: **Barna László, Csorba Lajos, Keszler Pál, Mécs János, Schnitzler József és Ungár Imre.**

A Szegedi Orvostudományi Egyetem Tudományos Szakcsoportja és a Csongrád megye Orvostudományi Bizottsága 1978. május 30-án, 16 órakor, a Szemészeti Klinika tantermében **kerekasztal-konferenciát** rendez.

Téma: **Az orvos felvilágosítási kötelezettsége.**

Résztevők: **prof. Petri Gábor, prof. Földes Vilmos, prof. Szilárd János, prof. Cserhádi István, prof. Boda Domokos, prof. Gál György, prof. Sas Mihály, prof. Simon Miklós.**

A Szegedi Akadémiai Bizottság és a Szegedi Orvostudományi Egyetem Tudományos Szakcsoportja 1978. május 30-án, 16 órakor, az Akadémiai Bizottság Székházában (Somogyi Béla utca 7.) **tudományos ülést** tart.

Szentes Városi Tanács Kórház előadásai

Üléselnök: **prof. Imre József.**

1. **Hódi Imre, Csipő László, Vilyányi Erzsébet:** Vérző emlő és az intraductális daganatképződés (esetbemutató).
2. **Szalma József, Kispál Mihály:** Emlőrák áttétek kombinált cytostaticus kezelése.
3. **Müller Harald:** A chronikus recidiváló parotitis kezelése tympanalis neurectomiával.
4. **Tóth Csaba, Hódi Imre:** A vesekőbetegség gondozásáról.

A Magyar Gerontológiai Társaság 1978. június 1-én (csütörtök) 15 órakor, a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Gerontológiai Kutató Csoport könyvtárában (VIII., Somogyi B. u. 33.) **tudományos ülést** tart.

1. **Szegő Imre dr. (Heves):** Az orvosi hivatás új feladatköre a geriatriai ellátásban (15 perc).
2. **Tóth Katalin dr., Hun Nándor dr., Vértes László dr. (Visegrád):** Az időskori fekélybetegség (20 perc).
3. **Spellenberg Sándor dr. (Budapest):** Az időskori szédülések okairól (20 perc).
4. **Spellenberg Sándor dr., Skripiczky Katalin dr., Dobi Imréné, Lénárt Lászlóné (Budapest):** Az electronystagmographia lehetőségei az időskori szédülések topikai és differenciáldiagnosztikájában (25 perc).

A Magyar Radiológusok Társasága 1978. május 25—26-án Budapesten, a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Elméleti Tömbjében (VIII.,

Nagyvárad tér 4.) **rendezi a IX. Magyar Radiológus Kongresszust.**

1978. május 25., de. 9.00 óra

Medve László dr. egészségügyi miniszterhelyettes: **Megnyitó.**
Zsebők Zoltán dr., a Magyar Radiológusok Társasága elnöke: **Köszöntő.**

Antoni Ferenc dr., a Semmelweis Orvostudományi Egyetem rektora: **Ünnepi beszéd.**

Zoltán Imre dr., a MOTESZ elnöke: **Üdvözlő a kongresszust.**

Vargha Gyula dr., a Debreceni Orvostudományi Egyetem Radiológiai Klinika igazgatója **üdvözlő** az 50 éves budapesti röntgentanzságot.

Zsebők Zoltán dr.: A tiszteletbeli tagok oklevelének átadása.

Főtémák:

I. **Gyermekgyógyászati radiológiai diagnosztika és sugárterápia, beleértve a radioizotópok alkalmazását is.**

II/A. **A koponya- és agysérülések radiológiai vizsgáló módszerei és diagnosztikája, izotópdiagnosztika is.**

II/B. **A csontváz hormonális és degeneratív eredetű elváltozásainak radiológiai kóriszmézése, izotópdiagnosztika is.**

III. **A nyirokhalózat radiológiai vizsgálata, radioizotóp módszerek is.**

IV. **Kerekasztal-konferencia: Az érpályába fecskendezhető kontrasztanyagok mellékhatásai és azok kivédése.**

Május 25., csütörtök, 10.30 óra

„A” szekció

Elnökök: **Liess, G.** (Berlin), **Török I.** (Budapest).

Titkár: **Bernád I.** (Budapest).

1. **Schuler, D.** (Budapest): A radiológia szerepe a gyermekgyógyászati diagnosztikában (15 perc).

2. **Páldy L.** (Szeged): A röntgenorvos feladatainak áttekintése az újszülöttkoról a gyermekkor határáig (15 perc).

3. **Wachsmann F., Fendel, H., Schöfer, H.** (München): A betegek sugárterhelése a gyermekradiológiában és lehetősége a dózis csökkentésére adequat technikák alkalmazásával (15 perc).

4. **Geffert K.** (Budapest): Alsó légúti megbetegedések csecsemő- és gyermekkorban. (15 perc).

5. **Görgény Á.** (Budapest): Az újszülöttkori heveny pulmonalis eredetű légzési zavarok kóriszmézése (15 perc).

6. **Török I., Fehér L.** (Budapest): A gyermekradiológiai vizsgálatok sugárterhelése (10 perc).

7. **Makó E., Petri K.** (Budapest): Az újszülött tüdő röntgenvizsgálat egységesített feltételei (10 perc).

8. **Weisenbach J., Sarlós P., Schultz K.** (Pécs): Asphyxiás újszülöttek születés utáni cardiorespiratoricus alkalmazkodásának röntgenjelei (10 perc).

9. **Beviz J., Páldy L.** (Szeged): **Respirációs terápia szövődményei-**



nek röntgentünetei az újszülöttkorban (5 perc).

10. *Weisenbach J., Schultz K., Kardos M.* (Pécs): Újszülöttek cardiomegaliájának elkülönítő kórismézése (5 perc).

11. *Zala Gy., Madarász J., Petrovics E., Várady M.* (Budapest): Újszülöttek és kisdetek mellkasfelvételén észlelhető egyes röntgenárnyékok elkülönítő kórismézése (5 perc).

12. *Lombay B., Ormóshegyi M., Németh M.* (Miskolc): Gyermekkori asztmás roham és status asthmaticus röntgendiagnosztikája (5 perc).

13. *Münster, W., Porstmann, W., Partel, J.* (DDR-Berlin): A nagyerek komplet transzpozíciójában végzett atrialis septostomia késői eredményei. (10 perc).

14. *Erdélyi M. jr., Sente A., Kákonyi Gy.* (Budapest): Műbillentyű beültetés csecsemő- és gyermekkorban (10 perc).

15. *Münster, B., Krause, J.* (DDR-Berlin): Rosszindulatú májdaganatok angiográfiás diagnosztikája csecsemő- és gyermekkorban (5 perc).

Május 25., csütörtök, 14.30 óra

Elnökök: *Wachsmann, F.* (Münich), *Gefferth K.* (Budapest).

Titkár: *Fornet B.* (Budapest).

16. *Redlich, H.* (Heidelberg): Gyermekkori hasi és retroperitonealis daganatok számítógépes rétegvizsgálata (15 perc).

17. *Hernády T., Martonffy K.* (Budapest): A radioizotópok diagnosztikai alkalmazása gyermekkorban.

18. *Bitvai K., Tóth J., Timár K.* (Budapest): Csecsemőkori urológiai megbetegedések röntgendiagnosztikai lehetőségei (10 perc).

19. *Bozsó G., Dabasi G.* (Budapest): A kiválasztásos urográfia és funkcionális vesecintigráfia helye a kórismezésben gyermekkorban (10 perc).

20. *Kemény J., Köteles Gy., Hernády T.* (Budapest): Vele született megacalicosis (5 perc).

21. *Ormóshegyi M., Németh M.* (Miskolc): Röntgenforgalom és röntgenigény gyermekosztályon. (10 perc).

Szünet

Elnökök: *Szy S.* (Budapest), *Görgényi Á.* (Budapest).

Titkár: *Dabasi G.* (Budapest).

22. *Benz, G., Georgi, P., Willich, E.* (Heidelberg): A röntgenvizsgálat és a csontcintigraphia előrejelzési értékének összehasonlítása gyermekkorban (10 perc).

23. *Weisenbach J.* (Pécs): A gyermekkori endocrín csontelváltozások röntgenjelei (10 perc).

24. *Vizkelety T., Rényi-Vámos A.* (Budapest): Az ún. vele született csípőficam röntgen kórismézése (10 perc).

25. *Fornet B., Pertik A.* (Budapest): Az in vitro izotópmódszerek értéke a gyermekgyógyászatban (10 perc).

26. *Blatniczky L., Péter F.* (Budapest): In vitro izotópos vizsgálat cranio-pharyngeomában (5 perc).

27. *Kocsis J., Csernay L., Laczfi F., László F. A.* (Szeged): Hand-Schüller-Christian-kór röntgen és izotóp diagnosztikája (5 perc).

28. *Nyul-Tóth P., Tomory I., Homoki I.* (Budapest): Az embryogenesis szakában történt gerincárosodás extraterin röntgen ábrázolása két eset kapcsán (5 perc).

29. *Leéb Gy., Szy S.* (Budapest): Újabb radiológiai megfigyelés és annak egybevetése a műtétí képpel — csecsemőkori mastoiditisben (5 perc).

30. *Makay A., György I.* (Debrecen): Renalis tubularis acidosis csonttünetei (5 perc).

31. *Antal E., Sudik E.* (Salgótarján—Nemocnica): Az endogamia okozta gerincfejlődési rendellenességekről (5 perc).

Május 26., péntek, 8.30 óra

„A” szekció

Elnökök: *Barke, R.* (Dresden), *Forrai J.* (Budapest).

Titkár: *Fráter J.* (Szeged).

32. *Cremer, N., Rodesch, P., Cadrenel, S.* (Brussels): Röntgenvizsgálat vagy endoscopia? A gastrointestinalis tractus vizsgálata gyermekkorban (15 perc).

33. *Köteles Gy.* (Budapest): A tápcsatorna fejlődési rendellenességeinek diagnosztikai problémái újszülöttkorban (15 perc).

34. *Baudisch, E., Marzoll, I., Schleicher, Ch., Schikedanz, H.* (Jena): Defecográfia — új vizsgálati módszer a megacolon prae- és postoperatív diagnosztikájában (10 perc).

35. *Schlaffer E.* (Budapest): Acut hasi esetek röntgen kórismézése az újszülöttkorban (10 perc).

36. *Madarász J., Hornyák M., Fülöp Zs., Pintér E.* (Budapest): Vegyszermergeztetett gyermekek röntgenvizsgálatainak tapasztalatairól.

37. *Hittner I., Szy S.* (Budapest): Postnatalis szabad hasi levegő megjelenéséről (két eset kapcsán) (5 perc).

38. *Balogh I., Demeter J., Székely M., Hajas A.* (Budapest): A gyermekkori fekélybetegség radiológiai problémái (5 perc).

39. *Eper T.* (Sopron): Csecsemőkori Curling-fekélyről (5 perc).

40. *Szy S., Békési D.* (Budapest): Gyomornyálkahártya prolapsus okozta hányásról újszülöttkorban (5 perc).

41. *Berkovits L.* (Budapest): Csecsemő- és gyermekkori malabsorptiósyndroma röntgentünetei (10 perc).

42. *Ormóshegyi M., Biró É., Velkey L.* (Miskolc): Csecsemőkori rekeszsérvek röntgen kórismézése (5 perc).

43. *Bereczky M., Úkös M.* (Dombóvár): A milió-hatás szerepe a gyermekradiológiában (5 perc).

Szünet

Elnökök: *Becker, J.* (Heidelberg), *Rodé I.* (Budapest).

Titkár: *Gottwald G.* (Budapest).

44. *Kärcher, K. H.* (Vienna): A gyermekkori tumorok sugárkezelése (15 perc).

45. *Gauwerky, F.* (Hamburg): A döntések logikája a sugárterápiás terv elkészítése során (15 perc).

46. *Kuttig, H.* (Heidelberg): Sugárkezelés a gyermekgyógyászatban (15 perc).

47. *Révész, L.* (Stockholm): A superfractionálás szerepe a gyorsan növekedő gyermekkori daganatok sugárterápiájában (15 perc).

48. *Gyenes Gy., Sátor G.* (Budapest): Tapasztalatok a gyermekkori leukémia, s koponya besugárzásával (10 perc).

49. *Reinartz, G.* (Vienna): A preventív agyi besugárzás eredményei az acut gyermekkori lymphocytás leukémia kezelésében (10 perc).

50. *Szánthó A.* (Budapest): A sugárkezelés szerepe a gyermekkori leukosisokban (5 perc).

51. *Dézi Z., Miltényi L., Borbély T., Kovács I.* (Debrecen): A koponya besugárzásának dozimetriai kérdései gyermekkori akut leukémiában (5 perc).

52. *Kogelnik, H. D.* (Vienna): A medulloblastoma sugárkezelése gyermekkorban (10 perc).

Május 26., péntek, du. 14.30 óra

Elnökök: *Holy, J.* (Brno), *Kuhn E.* (Pécs).

Titkár: *Engloner L.* (Budapest).

53. *Peiffer, J.* (Leipzig): A gyermekkori gonád eredetű tumorok sugárkezelésére szolgáló műszerek (10 perc).

54. *Varjas G., Sátor G.* (Budapest): Dóziseloszlás vizsgálatok a gyermekkori daganatok besugárzásánál (5 perc).

55. *Liszka Gy., Gyenes Gy.* (Budapest): Gyermekkori mediastinalis Hodgkin-kór (10 perc).

56. *Miltényi L., Dézi Z., Sallay A., Kovács I.* (Debrecen): Gyermekkori daganatok sugárkezelési tapasztalatai (10 perc).

57. *Dimopoulos, J.* (Vienna): A nephroblastoma sugárterápiája (5 perc).

58. *Kiss B.* (Budapest): A sugárkezelés szerepe a gyermekkori lágyrész sarcomák ellátásában (5 perc).

59. *Willich, E., Oppermann, H. C.* (Heidelberg): Radiológiai módszerek értékelése a gyermek onkológiában különös tekintettel a cavo-grafiára (10 perc).

60. *Tasnádi G., Bombicz G.* (Budapest): Csecsemő- és kisdetekori angiográfiák sajátos módszerei (10 perc).

61. *Gypser, G., Schreyer, H.* (Graz): A hasi és retroperitonealis daganatok angiográfiája csecsemő- és gyermekkorban (10 perc).

62. *Újvári M., Pleskot K.* (Budapest): A röntgenvizsgálat szerepe a csecsemő- és gyermekkori centralis vénakatéterezéskor (5 perc).

Szünet

Elnökök: *Páldy L.* (Szeged),
Schláffer E. (Budapest).

Titkár: *Osztrovszky I.* (Buda-
pest).

63. *Pieppgras, U., Huber, G., Emde, H.* (Homburg/Saar): Agyi scan és liquor scintigráfia gyermekkori és fiatal felnőttkori különböző hátsó scala belső térszükítő folyamatok értékelésében (10 perc).

64. *Lányi F., Deák Gy., Paraietz E.* (Budapest): A kontraszteljárások jelentősége gyermekkori axialis agydaganatoknál (10 perc).

65. *Nagy I., Deák Gy., Paraietz E., Szénási J.* (Budapest): Csecsemő- és gyermekkori agyi vasopathiák röntgen diagnosztikája (10 perc).

66. *Nekula, J., Drábek, P., Kuncikova, H., Klaus, E., Fárková, H.* (Olomouc): Gyermekkori cerebrális érelzáródás (10 perc).

68. *Arany L., Papp L., Miltényi L.* (Debrecen): Az angiográfias vizsgálatok szerepe a gyermekkori csont és lágyrész daganatok kórisztémzésében (10 perc).

69. *Madarász J., Tasnádi G.* (Budapest): Funkcionális phlebográfia diagnosztikai jelentősége gyermekek alsó végtag éranomáliáiban (5 perc).

Május 25., csütörtök, 10.30 óra

„B” szekció

Elnökök: *Olsson, O.* (Lund), *Zé-
tény Gy.* (Budapest).

Titkár: *Vadon G.* (Budapest).

70. *Kelemen J.* (Szeged): Lym-
phográfia módszertana és szövód-
ményei (15 perc).

71. *Wiljasalo, M. A.* (Finland): A
lymphangiográfia értéke a klinikai
gyakorlatban és jövőbeli kilátásai
(15 perc).

72. *Oliva, L., Ramella, G.* (Ge-
nova): Számítógépes tégevizsgálat
és ultrahang vizsgálatok a nyirok-
csomó megnagyobbodások kórisztém-
zésében (15 perc).

73. *Péter M.* (Debrecen): A lym-
phangiográfia indikációja és kont-
raindikációja (15 perc).

74. *Karika Zs.* (Budapest): Indi-
rekt izotóplymphangiográfia szerepe
a nyirokrendszer vizsgálatában
(15 perc).

75. *Lüning, M., Stargardt, A.,
Abet, L.* (Berlin, DDR): Gyakorlati
szempontok a lymphangiográfia
pontosságának meghatározására (10
perc).

76. *Simay A.* (Debrecen): Hodg-
kin lymphomák lymphangiográfiá-
ja (15 perc).

77. *Molnár Z., Böhm K., Kuhn E.*
(Pécs): Nyirokkeringési zavarok
malignus lymphomákban (10 perc).

78. *Müller, R. P., Glowinski, K.,
Peters, P. E.* (Münster): A nem
Hodgkin lymphomák lymphangi-
ográfias jelei (10 perc).

79. *Gregl, A.* (Göttingen): Phar-
macolymphangiográfia a klinikai
gyakorlatban (15 perc).

Május 25., csütörtök, 14.30 óra

Elnökök: *Sváb, V.* (Prague), *Ke-
lemen J.* (Szeged).

Titkár: *Péter M.* (Debrecen).

80. *Deimer, E., Wenzl, M.* (Vien-
na): Májbetegségek és nyirokerek
(10 perc).

81. *Alföldi E., Balogh E., Kiss A.,
Péter M.* (Debrecen): Differenciál-
diagnosztika lehetőségei lymphan-
giográfia alapján (10 perc).

82. *Szakolczai I., Gottwald G.*
(Budapest): A lymphangiográfia és
az izotóp vizsgálatok értéke a mal-
ignus lymphomák kórisztémzésé-
ben (10 perc).

83. *Engloner L., Stumpf J.* (Bu-
dapest): Kóros és ép határa a lym-
phangiogrammon, malignus lym-
phomák esetén (5 perc).

84. *Barnák G., Jakó J., Józsa A.*
(Debrecen): Staging-laparotomia és
a lymphangiográfia viszonya (5
perc).

85. *Lengyel Z.* (Budapest): Nyi-
rokértünetek malignus lymphomák-
nál (5 perc).

86. *Juhász M., Péter M., Berényi
E.* (Debrecen): A nyirokárnyalás di-
namikája ép és kóros körülmények
között (10 perc).

87. *Kött I., Kuhn E., Molnár Z.,
Böhm K., Grexa E.* (Pécs): Nyirok-
csomók változásának dinamikája
sugaras kezelés alatt és után lym-
phadenogramok alapján (10 perc).

88. *Nárai Gy., Schneider I.* (Sze-
ged—Szombathely): Nem cardialis
eredetű alsóvégtag oedemával járó
megbetegedések lymphangiográfiá-
ja (5 perc).

Szünet

Elnökök: *Liszka Gy.* (Budapest),
Tóth F. (Miskolc).

Titkár: *Simay A.* (Debrecen).

89. *Tsib, A. F., Yarsutkin, V. V.,
Lüning, M., Raab, K.* (Obninsk—
Berlin): Nyirokcsomók metastatio-
s eredetű elváltozásainak tünetta-
na (10 perc).

90. *Nestaiko, O. V., Tsib, A. F.,
Benda, K.* (Obninsk—Olomouc):
Farmakodinamikai lymphográfia
Venolat-tal (10 perc).

91. *Böhm K., Molnár Z., Kuhn
E.* (Pécs): A melanoma malignum
nyirokcsomó áttéteinek lymphan-
giográfias differenciáldiagnosztiká-
ja (10 perc).

92. *Szántó J., Tóth I., Hegedüs Z.*
(Miskolc): A lymphangiográfia he-
lye és jelentősége a seminomás be-
tegek komplex kezelésében (5 perc).

93. *Vachter, J., Baranyai T., Ber-
ta I.* (Debrecen): A lymphangi-
ográfia jelentősége collum-carcino-
más betegek túlélésének tükrében
(5 perc).

94. *Topscher Z., Szántó J., Hege-
düs Z., Petrina Gy.* (Miskolc): A
lymphadenográfia helye a nőgyó-
gyászati daganatok komplex keze-
lésében (5 perc).

95. *Tóth I., Tóth F.* (Miskolc):
Lymphadenográfiával kapcsolatos
allergiás szövődmények (5 perc).

Május 26., péntek, 8.30 óra

„B” szekció

Elnökök: *von Ronnen, J. R.* (Den
Haag), *Walkó R.* (Budapest).

Titkár: *Kéri Z.* (Szigethalom).

96. *Bozsóky S.* (Budapest): A rönt-
genvizsgálat jelentősége és a ké-
pek téves értelmezése a rheumatol-
ógiában (15 perc).

97. *Horváth F.* (Budapest): A
praearthrosisok és az arthritis be-
tegség közötti kapcsolat (15 perc).

98. *Holy, J.* (Brno): A gerinc de-
generatív betegségeinek gázmyelo-
graphias tünetei (15 perc).

99. *Adler, C. P.* (Freiburg): Csont
tumorhoz hasonló csontelváltozás
elkülönítésének kérdése (15 perc).

100. *Lagunova, I. G.* (Moscow): A
radiológiai diagnosztika lehetősé-
gei és korlátai csont tumorok eseté-
ben (15 perc).

101. *Rosenstrauch, L. S., Sotomor,
S. S.* (Moscow): A gerinc osteody-
strophias elváltozásai hyperparathy-
reosisban (15 perc).

102. *Walkó R., Bene E., Megyeri
A.* (Budapest): A lumbosacralis tá-
jék fejlődési rendellenességének je-
lentősége a „discipathia” létrejötté-
ben (15 perc).

Szünet

Elnökök: *Wellauer, J.* (Zürich),
Horváth F. (Budapest).

Titkár: *Martonffy K.* (Budapest).

103. *Holló I.* (Budapest): A csont-
szövet endokrin betegségei (15
perc).

104. *Heuck, F.* (Stuttgart): A
mikroradiográfia hormonalis osteo-
pathiák esetében (15 perc).

105. *Schmidberger, H.* (Graz): A
primaer hyperparathyroidismus
korai röntgenjelei (10 perc).

106. *Hérics I., Bodrogi I.* (Buda-
pest): Csontelváltozások regressiója
mellékpajzsmirigy adenoma eltá-
volítása után Recklinghausen-kór-
ban (5 perc).

107. *Bosnjakovic, S., Heuck, F.,
Reinhardt, E.* (Stuttgart): A rönt-
genképek optoelektronikus anali-
zise hormonalis osteopathiák eseté-
ben (10 perc).

108. *Kolin E., Horváth T., Szücs
J.* (Budapest): Klasszikus röntgen-
jelek és foton absorptiometria ösz-
szehasonlítása endokrin eredetű
csontelváltozásokban (10 perc).

109. *Diankov, L., Velichkov, A.,
Ignatov A., Pampoulov, L., Gav-
railov, M.* (Sofia): A csontok ösz-
zehasonlító röntgenológiai és radio-
izotópos vizsgálata diabetesben (10
perc).

110. *Juhász J., Forgács S., Kéri
Z.* (Budapest—Szigethalom): Ösz-
zehasonlító röntgenológiai és szövet-
tani megfigyelések diabeteses csont-
elváltozásokban (10 perc).

111. *Radó J., Liszka Gy.* (Buda-
pest): Steroid-kezelés okozta csont-
elváltozások Hodgkin- és non-
Hodgkin lymphomákban (5 perc).

112. *Bohár L., Bösze P., Bognár
B., László J.* (Budapest): A csont-
rendszer elváltozásai gonadysge-
nesisben (5 perc).

Május 26., péntek, 14.30 óra

Elnökök: *Vogler, E.* (Graz), *Csató
Zs.* (Budapest).

Titkár: *Tari J.* (Budapest).

PH

1323

113. Mäkelä, P., Virtama, P. (Turku): Lágyrész és csontelváltozások radiológiai ábrázolása idősebb betegek kézizületein (15 perc).

114. Svab, V., Tesárek, B. (Prague): Psoriasis vulgarisban szenvedő betegek sacroiliacalis arthritisének gyakorisága röntgenológiai szempontból (15 perc).

115. Klümper, A. (Freiburg): A lumbalis gerinc degeneratív elváltozásai (15 perc).

116. Cser I., Horváth F. (Budapest): A rétegvételtek jelentősége a coxarthrosis kórimzésében (10 perc).

117. Péntek Z., Fenyőházi L., Pál-völgyi R., Bátorfiné M., Novothny Gy. (Szekszárd—Budapest): Az osteoarthritis deformans xeroradiográfiai vizsgálata (10 perc).

118. Horváth F., Bender Gy., Sil-lár P., Lengyel E. (Budapest): A láb I. szelvényének arthrosis a gerontológiai beteganyagban (10 perc).

Szünet

Elnökök: Gaizler Gy. (Budapest), Horváth J. (Budapest).

Titkár: Bajcséva J. (Budapest).

119. Gyarmati J. (Debrecen): Az endokrin osteopathiák röntgendiagnosztikája (15 perc).

120. Gaizler Gy. (Budapest): Az uraemiás osteodystrophia elkülönítő kórimzése (10 perc).

121. Gyarmati J. jr., Kakuk Gy., Gyarmati J. (Debrecen): Hormonális eredetű csontelváltozások krónikus veseelégtelenségben (10 perc).

122. Váry L. (Sopron): Gammafonton- és röntgenzenitometriás eljárások értéke a renalis osteodystrophia kórimzésében.

123. Löcsey L., Gyarmati J., Kakuk Gy., Barabanova I. (Debrecen): A renalis osteodystrophia röntgenológiai és laboratóriumi adatainak összefüggése tartósan dialysált betegekben (10 perc).

124. Németh A., Ragályi G. (Budapest): Renalis osteodystrophia (5 perc).

Május 25., csütörtök, 10.30 óra

Elnökök: Frommhold, W. (Tübingen), Vargha Gy. (Debrecen).

Titkár: Kisfaludy Zs. (Veszprém).

125. Welin, G., Welin S. (Malmö): A colon Welin-féle kettőskontraszt vizsgálata (15 perc).

126. Kirschner, L. P. (Fairfax — USA): Számítógépes teljes test rétegvizsgálat (15 perc).

127. Vargha Gy. (Debrecen): Számítógépes rétegvizsgálat jelentősége a hasi diagnosztikában (15 perc).

128. van Voorthuisen, A. E. (Leiden): A számítógépes rétegvizsgálat alkalmazása a retroperitonealis betegségek jelzésében és értékelésében (15 perc).

129. Maurer, H. J. (Heidelberg): A dóziscsökkentés lehetőségei a röntgendiagnosztikában (15 perc).

130. Zita, G., Zwick, H., Muhar, F., Kubicek, F., Koriska, K. (Vienna): A pulmonalis hypertensio

jелеi az első bolus passageban (15 perc).

131. Bourvé, H. (Mannheim): A RIA solid-phase tube technika összehasonlítása az enzim immunoassay-vel az ELISA elveknek megfelelően, digoxin mint példa alkalmazásával (15 perc).

132. Mózsai Sz. (Budapest): Az endogen CFU_s D₀-értékei a BIOLP/Sn és a C57B1/10ScSn egértörzsből teljestest röntgenbesugárzás után. A H-3 locus és a nem szerepe (10 perc).

133. Dörr, H. (Erlangen): A radiológiai technika helyzete az 1977-es Rio-i nemzetközi kongresszus tükrében (15 perc).

134. Kleiner, L. (Erlangen): Angiográfiai készülékek fejlődése (15 perc).

Május 25., csütörtök, 14.30 óra

„C” szekció

Kerekasztal-konferencia

Téma: Az érpályába fecskendezhető kontrasztanyagok mellékhatásai és azok kivédése.

Moderator: Lélek I. (Zalaegerszeg).

Felkért résztvevők: Barke, R. (Dresden), Bonati, F. (Milano), Maurer, H. J. (Heidelberg), Oliva, L. (Genoa), Olsson, O. (Lund).

135. Oliva, L., Mallarini, G. (Genova): Az angiográfiai kontrasztanyagok mellékhatásai a vese működésére.

136. Bonati, F. (Milano): Az ionos és nem-ionos kontrasztanyagok az angiográfiában. Farmakológiai adatok.

137. Lélek I. (Zalaegerszeg): Kísérleti adatok a postangiográfiai veseekárosodás eredetéről.

Bejelentett hozzászólások:

138. Deininger, H. K., Heuck, F., Vanselow, K. (Stuttgart): A kontrasztanyag farmakológiai hatása a vese átáramlásra.

139. Varró J., Mezey B. (Pécs): A kontrasztanyag érgörcsöt okozó hatásának vizsgálata peripheriás angiográfia közben.

140. Pokorny L. (Szeged): „Ronpacon” és „Iodamide” hatása a vese állatkísérletben.

141. Keltai M. (Budapest): Bradycardia, asystolia és AV block coronarográfia során.

142. Fazekas T., Nárai Gy., Kiss Z. (Szeged): Lymphográfiával bejuttatott kontrasztolaj okozta tüdőembolisatio EKG jelei.

Május 26., péntek, 8.30 óra

„C” szekció

Elnökök: Virtama, P. (Turku), Deák Gy. (Budapest).

Titkár: Hernády T. (Budapest):

Pásztor E. (Budapest): A radiológiai vizsgálatok jelentősége a koponya-agysérülések ellátásában (15 perc).

144. Psenner, L. B. (Vienna): Régi koponyasérülések elkülönítő kórimzéséről (15 perc).

145. Csanda E. (Budapest): A radiológia szerepe és jelentősége a koponyatraumák ellátásában (15 perc).

146. Berentey Gy. (Budapest): Cranio-cerebralis sérülések korszerű radiológiai diagnosztikája (15 perc).

147. Schubiger, O., Wellauer, J. (Zürich): Számítógépes rétegvizsgálat koponya sérülések esetén (15 perc).

148. Kenéz J., Irtó I. (Budapest): A radiológus feladatai a koponya és agysérülések sürgősségi ellátásában (15 perc).

149. Liliequist, B. (Umea-Sweden): A számítógépes rétegvizsgálat a mélyen ülő intracerebralis post-traumás haematomák kórimzésében (5 perc).

150. Sager, W. D. (Graz): Számítógépes rétegvizsgálat fejsérülések esetén (10 perc).

150/a. Liliequist, B., Säterborg, N. E. (Umea): Agyi scintigráfiai és számítógépes rétegvizsgálatok összehasonlítása 203 betegnél (10 perc).

Szünet

Elnökök: Psenner, L. (Vienna), Csákány Gy. (Budapest).

Titkár: Lengyel P. (Hatvan).

151. Liliequist, B. (Umea-Sweden): Számítógépes rétegvizsgálat spontán arachnoidealis vérzések diagnosztikájában (10 perc).

152. Schumann, E. E., Banzhaf, E. U. (Erfurt): A traumás eredetű intracerebralis vérzések radiológiai diagnosztikája és differenciáldiagnosztikája (10 perc).

153. Baudisch, E., Schleicher, Ch., Marzoll, I. (Jena): Módszerünk az agyhalál meghatározására fej-, agysérülések esetén (10 perc).

154. Deák Gy., Nagy I., Lányi F. (Budapest): Az angiográfiai differenciáldiagnosztika lehetőségei agysérülések esetén (10 perc).

155. Kiss J., Huszka E., Fráter L. (Szeged): A posttraumás intracranialis vérzések angiográfiai kórimzése (10 perc).

156. Rózsa L., Hüllay J., Gál J. (Debrecen): Az áthidaló erek szerepe a subduralis haematoma kezeléseiben és a collateralis keringésben (10 perc).

157. Somogyi Zs., Pentelényi T., Nagy E., Major J. (Budapest): Cranio-cerebralis sérülések angiográfiával felfedezett nem-traumás eredetű agyi elváltozásai (10 perc).

158. Lohkamp, F., Claussen, C. (Heidelberg): A számítógépes rétegvizsgálat eredményei az arckoponya tumoros betegségeinek kórimzésében és stadium beosztásában (10 perc).

159. Claussen, C., Lohkamp, F. (Heidelberg): Az agyat és az arckoponyát érintő sérülések számítógépes rétegvizsgálata (10 perc).

160. Canigiani, G. (Vienna): Panorámix röntgen módszerek maxillofacialis sérüléseknél (10 perc).

161. Pataki L., Nitsche H., Pulay Gy., Rajki J. (Budapest): Állcsonttörések vizsgálata orthopantomogramokon (OP) (10 perc).

Május 26., péntek, 14.30 óra

Elnökök: *van Voorthuisen, A. E.* (Leiden), *Kenéz J.* (Budapest).
Titkár: *Mózsa Sz.* (Budapest).

162. *Kenyeres É., Dömötöri Zs.* (Budapest): Kétoldali subduralis vérömleny carotis angiogramja (10 perc).

163. *Gál J., Rózsa L. Csornai M.* (Debrecen): Az arteria carotis interna sérülés röntgenvizsgálatáról (10 perc).

164. *Huszka E., Nemessányi Z., Szontágh E.* (Szeged): A röntgen és izotóp vizsgálatok jelentősége a tünetesegény krónikus subduralis vérömleny felismerésében (10 perc).

165. *Simkovics M., Pál I.* (Budapest): A krónikus subduralis vérömleny radioizotópos vizsgálata (10 perc).

166. *Zsiska M.* (Kiskunfélegyháza): A szimultán módszer előnye carotis angiográfiánál (5 perc).

167. *Ladvánszky Cs., Dóczi T., Tarjányi J., Szávai J., Fráter L.* (Szeged): A zárt koponyasérülések diagnosztikai kérdéseiről (10 perc).

168. *Kiss M.* (Budapest): A frontobasalis sérülések röntgen-diagnosztikája (5 perc).

169. *Fráter L., Huszka E., Nemessányi Z.* (Szeged): Baleset utáni liquorrheoa röntgen és izotóp kóris-mézése (5 perc).

170. *Tarjányi J., Ladvánszky Cs., Huszka E., Fráter L.* (Szeged): Iatrogen koponyaalp sérülés liquorrheocával (5 perc).

171. *Lengyel P., Farkas T., Gombos E.* (Hatvan): Carotis angiográfiás vizsgálatokkal szerzett tapasztalataink (5 perc).

Sz ü n e t

Elnökök: *Fülöp J.* (Budapest), *Hajós E.* (Budapest).

Titkár: *Arany L.* (Debrecen).

172. *Martonffy K., Gottwald G.* (Budapest): Kemoterápiában részesült emlőrákos betegek izotóp vizsgálata (10 perc).

173. *Zsiska M.* (Kiskunfélegyháza): Az instabilitás jelentősége a gerinc degeneratív megbetegedéseinek kialakulásában (5 perc).

174. *Oláh J.* (Miskolc): Az idős emberek felsővégtag ízületeinek röntgenmorfológiai jellegzetességei (5 perc).

175. *Irtó I., Vigváry Z.* (Budapest): A termográfia értéke a degeneratív ízületi folyamatok vizsgálatánál (5 perc).

176. *Szántó D., Schiefner Gy., Szepesi Zs., Hentes L.* (Miskolc): A kéz arthrosisai (5 perc).

177. *Németh L.* (Budapest): A Caisson eredetű osteoarthrosis (5 perc).

178. *Kollár J., Endes J., Juhász M.* (Debrecen): A thorax atypusos arthrosisai (5 perc).

1978. május 26., péntek, 14.30 óra
Az Elméleti Tömb kerekasztal-teremben, kerekasztal-megbeszélés.

Kerekasztal-megbeszélés

Téma: Rövid idejű expozíciós idő jelentősége a röntgentechikában.

Vitaindító előadó és moderátor: *Németh Pál* (Röntgen- és Kórház-techn. V. oszt. vez.)

A Magyar Ideg- és Elmeorvosok Társasága Tiszántúli Tagozata 1978. VI. 1–3. között Debrecenben, az Idegklinikai és Bőrklínika tantermében tudományos ülést tart.

Június 1., csütörtök, 9.30 óra
Idegklinikai tanterem

1. *Pásztor Emil dr.* (Bp.): Az agyi vérkeringés klinikai vizsgálata és alkalmazásának lehetőségei (30 perc).

2. *Csanda Endre dr.* (Bp.): Az agyi vérkeringés-zavaraihoz társuló oedema kezelése (30 perc).

3. *Mérei Tibor dr., Bodosi Mihály dr., Gács Gyula dr.* (Pécs): Agyi ischaemiás betegségek sebészi kezelésének eredményei (30 perc).

4. *Gömöry András dr.* (Debrecen): Az agyat tápláló nagyerek extracranialis szakaszán végzett rekonstrukciós műtéteink (10 perc).

5. *Török Pál dr.* (Miskolc): Adatok az agyi vérkeringés-zavarainak sebészi kezeléséhez (10 perc).

6. *Gyurkó György dr.* (Debrecen): Szempontok a nyaki nagyerek sebészetében (10 perc).

7. *Kuncz Elemér dr.* (Bp.): Elvek és lehetőségek a schizofrenia kezelésében (30 perc).

8. *Szilárd János dr., Dobranovics Ilona dr., Katona Éva dr., Nagy István dr.* (Szeged): Különböző coma kezelése helye a schizofrenia kezelésében (15 perc).

9. *Vargha Miklós dr., Pető Zoltán dr., Járdánházy Tamás dr.* (Szeged): Convulsiv kezeléseknak effectu-sának összehasonlítása (10 perc).

15.30 óra

10. *Hegedüs K. dr., Geszti É. dr., Gönczi Ágnes dr., Pintér Nándor dr.* (Nyíregyháza): Fiatalkori agyi érszűkületék és érelzáródások osztályunk 4 éves anyagában (10 perc).

11. *Vámosi Bertalan dr., Martini Edit dr., Csornai Márta dr., Demeter József dr.* (Debrecen): A cerebrovascularis kórképek szövödményei és a kezelés. I. Infarctus haemorrhagicus és haemorrhagia cerebri (10 perc).

12. *Csornai Márta dr., Martini Edit dr., Demeter József dr.* (Debrecen): A cerebrovascularis kórképek szövödményei és a kezelés. II. cardiopulmonalis szövödmények (10 perc).

13. *Demeter József dr., Martini Edit dr., Csornai Márta dr., Vámosi Bertalan dr.* (Debrecen): A cerebrovascularis kórképek szövödményei és a kezelés. III. Alsóvégtagi mélyvéna thrombosis és pulmonalis thromboembolia (10 perc).

14. *Tomori Zsuzsanna dr., Balla Sándor dr., Török Pál dr.* (Miskolc): Fallot-tetralogiához társuló agyi érfejlődési rendellenességek (10 perc).

15. *Rózsa László dr., Gombi Rózsa dr.* (Debrecen): Az arteria occipitalis arteriovenosus shuntjei (10 perc).

16. *Zoltai Gábor dr., Czopf József dr., Szirmai Imre dr.* (Pécs): Az EEG-s carotis-testek értéke a carotis területi átáramlászavarok felismerésében (10 perc).

17. *Fodor Miklós* (Bp.): Acut anoxiás keringési zavar kezelése metabolit aktivátorral (10 perc).

18. *Miskey Klára dr.* (Bp.): Cardiovascularis betegségek komplex kezelése (15 perc).

19. *Antal Gabriella dr., Oláh Rózsa dr., Szakáll Szabolcs dr.* (Debrecen): A cerebellaris vérzések klinikopathológiája (10 perc).

20. *Szakáll Szabolcs dr., Balogh Ádám dr., Kiss Judit dr.* (Debrecen): A sinus sagittalis thrombosis klinikuma és pathológiája (10 perc).

21. *Oláh Rózsa dr.* (Debrecen): Az altatás cerebellaris szövödménye (10 perc).

22. *Kadosa Ildikó dr., Bacsik Katalin dr.* (Balassagyarmat): Szokatlanul nagy plexus chorioideus meszesedés esete (10 perc).

Június 2., péntek, 9 óra

Idegklinikai tanterem

23. *Bauer M. dr., Bohács E.* (Sáttoraljaiújhegy): Insulin coma terápiában szerzett tapasztalataink 10 éves beteganyag tükrében (10 perc).

24. *Módis K. dr., Zsádányi E. dr., Degrell István dr., Orosz E. dr., Kálmánczhey A. dr., Kövy I. dr.* (Debrecen): 120 schizofreniás beteg kezelésének tapasztalatai (statistikai értékelés, 7 perc).

25. *Zsádányi E. dr., Módis K. dr., Degrell I. dr., Orosz E. dr., Kálmánczhey A. dr., Kövy I. dr.* (Debrecen): A schizofrenia gyógyszeres, görcs- és comakezeléséről (7 perc).

26. *Degrell I. dr., Kovács L. dr., Molnár G. dr.* (Debrecen): Különböző kezelések hatása schizofreniás betegek liquor és vér cyclikus AMP szintjére (5 perc).

27. *Juhász J. dr., Degrell I. dr.* (Debrecen): Az atropin coma kezelés módosítása (10 perc).

28. *Vigváry László dr., Bánki M. Csaba dr.* (Nagykálló): A Leponex helye és jelentősége a schizofreniák korszerű pharmacoterápiájában (10 perc).

29. *Bánki M. Csaba dr., Vigváry László dr.* (Nagykálló): Biokémiai vizsgálatok a clozapin hatásmechanizmusának elemzéséhez schizofreniás betegekben (10 perc).

30. *Pető Zoltán dr.* (Szeged): Schizoforn tünetek a generációs folyamaton időszakában (10 perc).

31. *Szabó E. dr., Molnár G. dr., Kappéter I. dr.* (Debrecen): A lactatió kialakuló psychosisok tüneteinek alakulása (katamnesticus feldolgozás, 10 perc).

32. *Molnár G. dr., Szabó E. dr., Kappéter I. dr.* (Debrecen): Therapiás tapasztalatok és prognosztikai

megfigyelések a lactatióban kialakuló psychosisokban (10 perc).

33. *Pisztora Ferenc dr.* (Miskolc): A schizoprenia és a paranoid kórformák gyógyítási kísérletei a Monarchia-korabeli Magyarország különböző pszichiatricai intézményeiben (15 perc).

34. *Czece Éva dr.* (Bp.): Schizopren kórformák cellularis és humorális immunitása (15 perc).

35. *Balajthy Béla dr., Kiss Attila dr., Gál Gabriella dr.* (Berettyóújfal): Schizo-affectív psychosisok (10 perc).

36. *Papp Éva dr., Csokai Róza dr., Kiss Tihamér dr.* (Debrecen): Schizopreniás beteg TAT vizsgálatának ismertetése és elemzése (20 perc).

Június 2., péntek, 9.00 óra

Bőrklinika tanterme

37. *Komoly Sámuel dr., Szücs Attila dr., Szegvári Zsuzsanna dr., Engelhardt József dr.* (Szeged): Az agyi trauma jelentősége a központi idegrendszeri candidiasis kialakulására modell-kísérletben (10 perc).

38. *Szücs Attila dr., Joó Ferenc dr., Szegvári Zsuzsanna dr., Komoly Sámuel dr., Engelhardt József dr.* (Szeged): Tetran, dexamethason és H₂-receptor blokkoló metamid hatása a kísérletes agyi candidiasisra (10 perc).

39. *Gulyás Zoltán dr.* (Debrecen): A kezűség kialakulásával kapcsolatos megfigyelések járóbeteg rendelésén (10 perc).

40. *Pintér Nándor dr., Bolla Kálmán dr.* (Nyíregyháza): Anencephal újszülött hangjának összehasonlító acustikai elemzése (10 perc).

41. *Pintér Nándor dr., Bolla Kálmán dr.* (Nyíregyháza—Bp.): Rendeződő sacandáló beszéd kísérleti fonetikai vizsgálata (10 perc).

42. *Hörccsik Edit dr., Pistora Ferenc dr., Gaál Piroska dr.* (Miskolc): Archaikus tudat, folklorisztikus téveseszmék Északkelet-Magyarországon tegnap és ma (15 perc).

43. *Tass Gyula dr., Balogh Gizella dr., Polgárdi József dr.* (Miskolc): Az öngyilkossági kísérleten átesettek önértékeléséről (10 perc).

44. *Bánki M. Csaba dr.* (Nagykálló): Indolamin-rendellenességek pharmacogen zavartságában — összehasonlító vizsgálatok delírium tremens potatatorum ereivel (10 perc).

45. *Malnár Magdolna dr., Cserhalmi Magda dr.* (Eger): Chronicus osztályrészünk profilváltozásának tükröződése az apolonói tevékenységben (10 perc).

46. *Tarnótzky dr., Kibédi dr.* (Miskolc): Epilepsiával kezelt be-

tegeink továbbtanulási lehetőségeiről és munkába-állításáról (10 perc).

47. *Kövy István dr.* (Debrecen): Szociálpszichiatricai megfigyeléseink 150 alcoholista betegnél (10 perc).

48. *Kathonay Irén dr.* (Debrecen): Vírus interferentia, DNS és gének szerepe szervi idegrendszeri betegségekben (15 perc).

49. *Szék Katalin dr., Pistora Ferenc dr., Hörccsik Edit dr.* (Miskolc): Schizopren betegek psychotherapiás célú szembesítése saját betegségük problematikájával (tapasztalataink a P. Sivadon-féle klassztherápiával, 10 perc).

50. *Cserhalmi Magda dr.* (Eger): Krisispontok psychotikus kiscsoportban (10 perc).

Június 3., szombat, 9 óra

Idegklinika tanterem

51. *Jádi Ferenc dr.* (Pécs): Art. therapiás methodikák a scizoprenia psychotherapiájában (10 perc).

52. *Szabó Endre dr., Muraközy Ferencné dr., Várallyai Erzsébet dr.* (Balassagyarmat): Schizoprenek hagyományos és korszerű foglalkoztatása a balassagyarmati Női Elmeosztályon (15 perc).

53. *Limbikné Ignác Piroska dr.* (Eger): Brainstorming-módszer alkalmazása RES-kezelt schizopren betegekénél (10 perc).

54. *Kappéter István dr.* (Debrecen): A család átnevelésének hatása a kórházi kezelésre szoruló schizofrénekre (10 perc).

55. *Fráter Rózsa dr., Környey Edit dr.* (Bp.): Schizopreniás személyiségzavarok therapiás problémái (10 perc).

56. *Horváth Jenő dr., Limbikné Ignác Piroska dr.* (Eger): Depressió betegek alvásideprivatiós kezeléséről (10 perc).

57. *Kiss Sándor dr., Gombos Katalin dr., Harangi Rita, Bacskai Katalin dr.* (Debrecen): A schizopreniás betegek személyiségének re-socialisatiója csoport psychotherapiában (10 perc).

58. *Clemens Béla dr., Mezey István dr., Berecz György dr.* (Debrecen): Az alvás megvonás therapiás értékelése (10 perc).

59. *Mezey István dr., Clemens Béla dr., Berecz György dr.* (Debrecen): Az alvás megvonás diagnostikai jelentősége (10 perc).

60. *Nagy Klára dr.* (Debrecen): Korai életkorban elszenvedett minimális cerebrális károsodások következményei (10 perc).

61. *Gaszner Péter dr., Wagner Mária dr.* (Pécs): A puerperalis psychosisok kimenetele (15 perc).

62. *Bordás Katalin dr., Kovács György dr.* (Eger): Tapasztalataink Syndocarbbal az ambulans betegellátásban (10 perc).

Június 3., szombat, 9.00 óra

Bőrklinika tanterme

63. *Boczás Gábor dr., Borus Ferenc dr., Sorszegi Pál dr.* (Debrecen): Medulloblastomás betegek intrathecalis cyclophosphamide kezelése (10 perc).

64. *Gombi Róza dr., Hullay József dr.* (Debrecen): Opticus gliomák (10 perc).

65. *Kónya Károly dr., Dobai József dr., Török Pál dr.* (Miskolc): Elhúzódó tudatzavar cerebellaris medulloblastoma műtét után (10 perc).

66. *Várhegyi Zoltán dr., Török Pál dr.* (Miskolc): Látóideg károsodást okozó aneurysmák (10 perc).

67. *Leel-Ossy Lóránt dr.* (Esztergom): A corpora amylacea pathologiai értékelése (10 perc).

68. *Baltavári László dr., Guseo András dr., Kerényi László dr.* (Szombathely, Pécs): Központi idegrendszeri xanthomatosis (10 perc).

69. *Diószeghy P. dr., Csenkér É. dr., Mechler F. dr.* (Debrecen): A fehérjeháztartás vizsgálata neuromuscularis betegek serumában és liquorában (10 perc).

70. *Engárt Gizella dr., Gyarmati János dr.* (Debrecen): Tartósan antiepileptikummal kezelt betegek csontelváltozásairól röntgen és serologiai szűrővizsgálatok alapján (10 perc).

71. *Sági Ilona dr., Juhász László dr., Kassai László dr., Degrell Péter dr., Óváry Imre dr.* (Miskolc): A Wilson-kór diagnostikai problémái (10 perc).

72. *Gaál Csaba dr., Cholnoky Gabriella dr., Török Pál dr.* (Miskolc): Guillain—Rarré-syndromás eseteink (10 perc).

73. *Molnár Zsuzsanna dr.* (Eger): A borderline-syndroma néhány esete osztályunk beteganyagában (10 perc).

74. *Túry Ferenc dr., Csenkér Éva dr.* (Debrecen): Corpus callosum agenesia (10 perc).

75. *Csiba László dr., Józsa László dr., Diószeghy Péter dr.* (Debrecen): A biogen aminok concentrációjának változása a liquorban Hunting choreában (10 perc).

76. *Szalamonidesz Erzsébet dr., Bereczky János dr.* (Eger): Lithiummal szerzett tapasztalataink thrombocytopeniák és granulocytopeniák kivédésében (10 perc).

SYDNOCARB

Tablettánként 10 mg N-phenylcarbamoyl-3-(β -phenylisopropyl)-sydnonium-ot tartalmaz.

JAVALLATOK: Alkalmazása általában kiegészítő terapiaként javasolt; kivételesen önálló gyógyszeres terápia formájában is lehetséges. Neurastheniás, pseudoneurastheniás, exhaustiv állapotok. Inaktivitás, intellektuális gátoltság és csökkent koncentrációkészség. Gyógyszeres neurolepszis okozta nem kívánt adynamia.

Depressió kezelésére önmagában nem alkalmas. Kombinált kezelésben a reaktiv vagy exhaustiv eredetű gátolt depressiókban gyorsítja a thymoleptikus vagy thymoeretikus gyógyszerek hatásának kifejlődését és adjuvánsként alkalmazható a gátolt jellegű depressió javuló fázisában az inaktivitás csökkentésére, a koncentrációs készség javítására.

ELLENJAVALLATOK: Mindazon kórfarmák és tünetcsoportok, amelyek kizárják a psychostimulánsok adagolását, nyugalmat követelő betegségek (infarctus myocardi, hypertonia, angina pectoris, hyperthyreosis stb.), valamint arteriosclerosis. Gyógyszer abususra, narcomániára való hajlam, mániás fázis veszélye.



**T
A
B
L
E
T
T
A**

Productiv psychopathológiai tüneteknél (hallucináció, téveszmék, oneiroid állapotok stb.) agresszív, szorongó agított betegnek nem adható. Terhesség.

ADAGOLÁSA: A terápiás kezdeti adag napi 5 mg ($1/2$ tabl.), az átlagos napi dózis 10–20 mg (1–2 tabl.)

a betegség természetétől függően általában napi 2–3 adagra elosztva, maximálisan 3–4 hétig.

Általában 16 óra után ne alkalmazzuk!

MELLÉKHATÁSOK: Alvászavar, hangulat-labilitás, étvágytalanság, esetenként kifokú vérnyomásváltozás és tachycardia. Túlzott élénkség, az aktivitás nem kívánt növekedése előfordulhat. Ezek általában átmeneti jellegűek és a gyógyszer kihagyására, ill. a dózis csökkentésére megszűnnek.

Alvászavar esetén a napi adagot célszerű két dózisban alkalmazni, ill. szükség esetén altató adható. Alkalmazásánál néha paradox hatás jelentkezhet!

FIGYELMEZTETÉS:

Kúraszerű adagolása nem tarthat 3–4 hétnél tovább!
Fénytől védeni kell.

MEGJEGYZÉS: ✖ ✖ Vényre csak egyszer adható ki. Orvos részére személyi igazolvány felmutatása mellett nem adható ki. Rendelése, kiszolgáltatása és gyógyszerári nyilván tartása tekintetében a 20/1972. Eü. K. 15. Eü.M. sz. utasítás hatályos.

CSOMAGOLÁS:


20 tablettá téritési díj: 4,80 Ft.

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.

MEDEXPORT

SZOVJET KÜLKERESKEDELMI VÁLLALAT

**orvosi műszer és készülék
kiállítás**

az  **BEMUTATÓTERMÉBEN**

(Budapest VI., Népköztársaság útja 36.)

1978. május 19–26-ig naponta 10–18 óráig
szombat–vasárnap zárva



ELŐADÁSOK—ÜLÉSEK

Dátum	Helye	Időpont	Rendező	T á r g y
1978. május 23. <i>kedd</i>	Budai Gyermekkórház-Rendelőintézet tornaterme II., Bolyai u. 9.	délután 14.00 óra	Budai Gyermekkórház-Rendelőintézet és a János Kórház Gyermekosztály Orvosi Kara	Velkey László: Vasprophylaxis és terapia
1978. május 24. <i>szerda</i>	Weil Emil Kórház kultúrterme XIV., Uzsoki u. 29.	délután 13.30 óra	Weil Emil Kórház Tudományos Köre	1. Erdi A.: Postoperatív vérviskozitász változás. 2. Baranyai L.: A portális terület jelentősége a szervezet osmoregulációjában. 3. Rigler A., Mészáros I., Hormay M., Jelen E.: Anticoncipiens okozta májadenoma operált esete. 4. Radnai I.-né, Illás G.: Gyógyszeres interakciók
1978. május 24. <i>szerda</i>	Debrecen Megyei Kórház kultúrterme, Bartók B. u.	délután 14.30 óra	Hajdú-Bihar Megyei Tanács Kórház-Rendelőintézet	1. Zarándy Bertalan: Lycurim hólyaginstillációk a papillomák recidivaprophylaxisában. 2. Bulyovszky István: Retenciós herék kezelése osztályunkon. 3. Bódor Lajos: Az egészségügyi helyzet felmérése és a táppénzes állomány alakulása a létvértési Aranykálász Tsz-ben (1969–1976). 4. Borbély Béla: A parodontopathiák és idült gingivitisek kezelése szájússal. 5. Pákh Zoltán: Granuloma apicalek konzervatív kezelése
1978. május 26. <i>péntek</i>	Szajsebészeti Klinika VIII., Mária u. 52.	délelőtt 8.30 óra	Magyar Fogorvosok Egyesülete	Prof. Kubányi Endre: A trigeminus neuralgia sebészeti és jelenlegi konzervatív terapiája (filmvetítéssel). Felkért hozzászóló: Szegegy László
1978. május 26. <i>péntek</i>	XXI. ker. Szakorvosi Rendelő kultúrterme	délután 13.30 óra	Csepeli Orvosok Tudományos Köre	1. Noszko Szilárd: Új ismeretek a klasszikus elektrokardiographiában. 2. Wesniczky Béla: Parodontopathia okozta rágóképességcsökkenés rehabilitációja
1978. május 26. <i>péntek</i>	Heim Pál Gyermek-kórház előadóterme VIII., Üllői út 86., „B” épület, I. em.	délután 14 óra	Heim Pál Gyermek-kórház-Rendelőintézet Mentálhigiénés Osztály	1. Kiss Mária, Sebestyén Szilvia, Semsey András: Kedélyzavarok a gyermekkorban (esetismertetés). 2. Bánlaky Éva: Psychogen reaktívok családi háttere a gyermekkorban. 3. Bogay Mária: Ép értelmű epilepsziás gyermekek Bender-tesztben nyújtott eredményei. 4. Baráth Jánosné: Beiskolázás előtt álló epilepsziás gyermekek ember-rajzainak jellemzői. 5. Lenkeyné Simon Márta, Keserő Józsefné: Értelmi fogyatékos epilepsziás gyermekek habilitációs problémáiról
1978. május 26. <i>péntek</i>	Kiskunhalas Semmelweis Kórház II. emeleti előadóterme	délután 14 óra	Városi-Járás Kórház Rendelőintézet Tudományos Bizottsága	Kerekasztal megbeszélés. Téma: A diabetes mellitus aktuális kérdései. Előadó és vitavezető: Angeli István (Kaposvár). Résztvevők: Bereczky Zoltán (Szeged), Biliczky Ferenc (Kecskemét), Bruncsák András (Kecskemét), Gesztesi Tamás (Kiskunhalas), Tóth Sándor (Kiskunfélegyháza), Vértes László (Budapest)
1978. május 26. <i>péntek</i>	Semmelweis OTE I. Szemklinikai tanterme VIII., Tömör u. 25–29.	délután 15 óra	Magyar Szemorvos-társaság	1. Tasnádi Ágnes, Gábrriel István: Conj. vernális súlyos formája. 2. Nagy Margit, Cserna Éva (Kisvárd): Ochronosis a kötőhártyán. 3. Mucsi Gabriella: Tensio-emelkedés tonographia alatt. 4. Nagy Margit, Tóth Margit, Nádray Ágnes, Vígváry László, Vargányi Márta: Általános betegség-e a keratoconus?
1978. május 30. <i>kedd</i>	Bpest IV. ker. Tanács Kórház-Rendelőintézet I. sz. Szakrendelő kultúrterme IV., Dózsa Gy. út 30.	délután 13.30 óra	Bpest IV. ker. Tanács Kórház-Rendelőintézet Tudományos Bizottsága	1. Kottász Sándor, Kántor Mihály, Szelapcsényi Zoltán, Korányi Endre, Készthelyi László: A módosított Denis-féle prostataktomiákkal szerzett tapasztalataink. 2. Szalay Mária, Máté András, Cziffer András, Szégyvári Mária: Műtéttel gyógyított alagút syndromás betegek
1978. május 30. <i>kedd</i>	Karcag Városi Kórház Pszichiatriai és Psychotherapiás Osztály	délután 14 óra	Karcag Városi Tanács Kórház Pszichiatriai és Psychotherapiás Osztály	Süle Ferenc: A psychotherapia irányzatai XX. A kommunikatív paradoxonon alapuló irányzat II.
1978. június 1. <i>csütörtök</i>	Orvostovábbképző Intézet kultúrterme XIII., Szabolcs u. 35.	délután 14 óra	Orvostovábbképző Intézet Tudományos Bizottsága	Prof. Mester Endre: A laser-sugár biomedikális hatásai
1978. június 1. <i>csütörtök</i>	Főv. XIII. kerületi Tanács VB Egyesített Gyógyító-megelőző Intézmény előadóterme XIII., Róbert Károly körút 82–84., „F” ép.	délután 14 óra	Főv. XIII. ker. Tanács VB Egyesített Gyógyító-megelőző Intézmény Tudományos Bizottsága	1. Selmec Imre, Kádár Tiborné: Betegek elégedettségének vizsgálata három belosztályunkon (15 perc). 2. Petróczi Györgyi, Kádár Tiborné, Selmec Imre: Központi anaesthesiologiai szolgálat szervezése pavilon rendszerű kórházban (20 perc). 3. Fenyvesi Tamás, Molnár Éva, Sárkány Anna: Pszichiatriai betegség-modell sajátosságairól (esetbemutató, 30 perc)

(Lapzárta: a kívánt, aktuális szám megjelenése előtt 18 nappal!)

Kiadja az Ifjúsági Lapkiadó Vállalat, 1374 Budapest VI., Révay u. 16. Megjelenik 17 000 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 hírlapüzletében 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: 325-109, ha nem felel: 327-530
Előfizetési díj egy évre 312.— Ft, negyedévre 78.— Ft, egyes szám ára 6.50 Ft



78.1411 Athenaeum Nyomda, Budapest — Ives magasnymomás — Felelős vezető: Soproni Béla vezérigazgató

ISSN 0030—6002

INDEX: 25 674

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.
ECKHARDT SÁNDOR DR.
FISCHER ANTAL DR.
FÜZI ISTVÁN DR.
HIRSCHLER IMRE DR.
LENART GYÖRGY DR.
PETRI GÁBOR DR.
PETRÁNYI GYULA 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.
VÉRTES LÁSZLÓ DR.

*

119. ÉVFOLYAM

*

22. SZÁM

*

1978. MÁJUS 28.

TARTALOMJEGYZÉK

Lampé László dr.:

Az első terhesség 1331

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Vu Bang Dinh dr.:

Humoralis immunológiai vizsgálatok
vírushepatitisekben és HBAG-hordozókon ... 1339

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Hartyánszky István dr.
és Lozsádi Károly dr.:

A jobb oldali aortaív
prognosztikai jelentősége 1345

DIAGNOSZTIKAI PROBLÉMÁK

Imre György dr., Meskó Éva dr.,
Salacz György dr. és Bögi Júlia dr.:

Carotis-keringészavarok okozta
szemtünetekről és azok eredetének
non invasiv kimutatásáról 1349

KAZUISZTIKA

Tomcsányi István dr., Lónyai Tihamér dr.,
Berentey Ernő dr. és Világi Gyula dr.:

Myocardialis infarktust
és bal kamrai aneurysmát utánzó
pericardialis tályog 1355

HORUS

Flesch Ármin 1359

Tóth Sándor születése
150. évfordulóján 1361

Pierre Bretonneau 1363

Mathéo Orfila 1365

Folyóiratreferátumok 1367

Levelek a szerkesztőhöz 1383

Könyvismertetés 1385

Hírek 1387

Pályázati hirdetések 1390

Előadások, ülések 1392

BISECURIN *tabletta*

ÖSSZETÉTEL

1 tabletta 1 mg aethynodiolum diaceticumot, 0,05 mg aethynil oestradiolumot tartalmaz.

HATÁS

Oralisan alkalmazható ovulatiogátló, anticoncipiens hatású oestrogen-gestagen hormonkombináció.

ELLENJAVALLATOK

Hepatitis utáni állapot, májműködési zavarok, cholecystitis, thrombosis-készség, 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

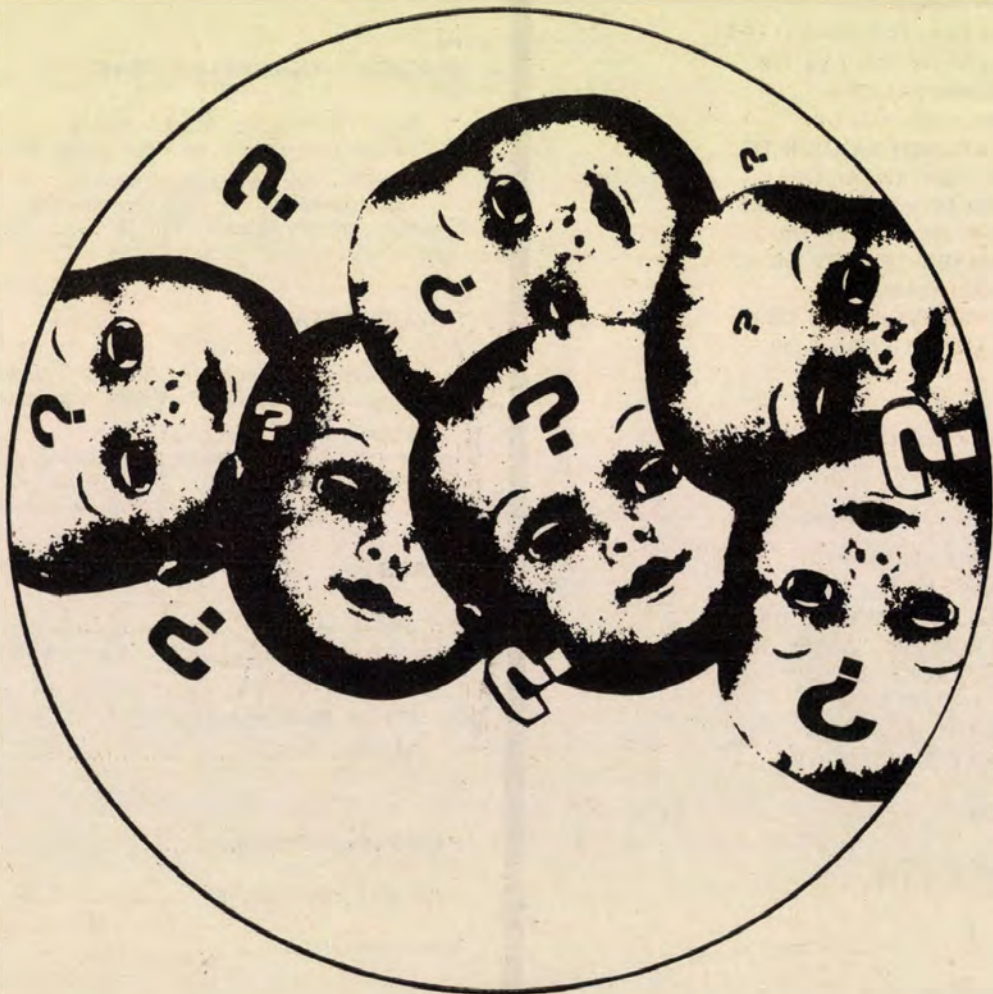
számított 5. napon kell elkezdni és 21 napon át napi 1 tablettát kell bevenni mindennap azonos időpontban, lehetőleg este. Ezt követően 7 nap szünetet kell tartani. Az ovulatiogátló hatás kifejlődéséhez kb. 1 hétre van szükség.

MELLÉKHATÁSOK

Fejfájás, hányinger, mellfeszülés, testsúlynövekedés, bélpanaszok a kúra kezdetén előfordulhatnak, s a későbbi ciklusokban többnyire megszűnnek.

MEGJEGYZÉS: ✱ Csak vényre adható ki és az orvos rendelése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

CSOMAGOLÁS: 21 db tabl., térítési díj: 2,90 Ft.



Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.

Az első terhesség

Lampé László dr.

*Az Orvosi Hetilap újraindulásának 30. évfordulójára,
a szerkesztőség felkérésére írt tanulmány*

Aligha vitatható, hogy az első terhesség valamenyny nő számára az egyik legnagyobb élményt jelenti. Nagy értékű, az élettől kapott felbecsülhetetlen értékű ajándékká, családot összetartó kapcsoló általában csak akkor válhat, ha optimális életkorban, kedvező feltételek között fogamzik és anyaságot ígér.

Az Egyesült Nemzetek Szervezete 1974-ben, Bukarestben tartott Világ Népesedési Konferenciáján megfogalmazott deklarációjából kell kiindulni: „Az utódok szabad és felelősségteljes vállalásában az egyéni döntés, valamint az adequat információ, nevelés és egészségügyi ellátás alapvető emberi jog...”.

Nyilvánvalóan nem lehet „szabad és felelőségteljes” az egyén döntése terhesség kiviselésében, terhességmegszakítás vállalásában, akár fogamzásgátló szerek alkalmazásában, ha nem ismeri ezek egészségi, biológiai, szociális és egyéb következményeit. Különösen vonatkozik a megállapítás tizenévesekre, aminek azért is van nagy jelentősége, mert az ebben az életkorban bekövetkező — kívánt vagy nem kívánt — terhesség minden későbbi életkorinál mélyrehatóbban megváltoztatja az egyén életének alakulását, olykor alapvetően meg is szabja azt. Társadalmi hatásait is észre kell vennünk, hiszen a serdülőkorban bekövetkezett terhességek aránya hazánkban és a világ legtöbb országában évről évre nő, sokak szerint epidemiológiai méretű veszélyt teremt.

Egészségügyi és szociológiai gondos statisztikai munkák bizonyítják, hogy a tizenéves korban bekövetkező terhesség súlyos probléma, akár szüléssel, akár vetéléssel végződik, akár házasságban, akár házasságon kívül történik. A tétel bizonyításához, a kérdés részleteinek megvilágításához és gyakorlati fontosságú következtetések levonásához ismernünk kell azokat a fontosabb tényezőket, amelyek az anyai és magzati perinatalis morbiditást és mortalitást meghatározzák:

- a) a szülések száma,
- b) a szülések közötti intervallum,
- c) az anya életkora,
- d) az első terhesség időpontja és sorsa.

A szülések száma

Régi tapasztalat, hogy legalacsonyabb az anyai halálozás a második-harmadik szüléssel kapcsola-

tosan. Ennél magasabb az első, a negyedik, ötödik és különösen az ennél nagyobb számú szülés (terhesség) folyamán. Újabb adatok is bizonyítják ezt (25, 26) és jól demonstrálja az 1. ábra. Indokolt megemlíteni, hogy a fejlett és fejletlen országok adatai alapján összeállított ábrán az 1. szüléssel összefüggő magasabb mortalitást a tizenévesek nagy aránya magyarázza. Ha a 20 év alatti szülő nők adatait nem vesszük figyelembe (az ábrán szaggatott vonallal jelölve), az első szülés kockázata sem számottevően nagyobb, mint a legkedvezőbb második és harmadiké.

A primaer toxæmia, praeclampsia, eclampsia először szülőknél a leggyakoribb. Battaglia és mtsai (4) anyagában a 15 év alattiak csaknem 30%-a volt praeclampsias, a 15—20 év közöttiek 21,1%-a. A secundaer toxæmia, hypertonia, vesebetegség, uterus ruptura aránya a 3—4. szülés után nagymértékben emelkedik. A szövődmények annál súlyosabbak, minél idősebb az anya.

Intervallum a szülések között

Eastman (10, 11), majd Yerushalmy és mtsai (41, 42), Wyon és Gordon (40) megbízható felmérésekben bizonyították, hogy szülés után 2—3 év szükséges az anyaszervezetének teljes normalizálásához. Wishik és Lichtblau (39) szerint a jó táplálkozás, a megfelelő egészségügyi ellátás, optimális életkor együttesen sem ellensúlyozzák azt a veszélyt, amit a terhességek közötti 2 évnél rövidebb intervallum okoz.

A szülések közötti rövid periódus folytán gyakoribb a súlyos anaemia, a terhességi és szülési szövődmények előfordulása (1, 6), de gyakoribb a koraszülés és magasabb a perinatalis mortalitás is (42). Mindez fokozottan érvényes a 20 év alatti ismeretlen szülőkre.

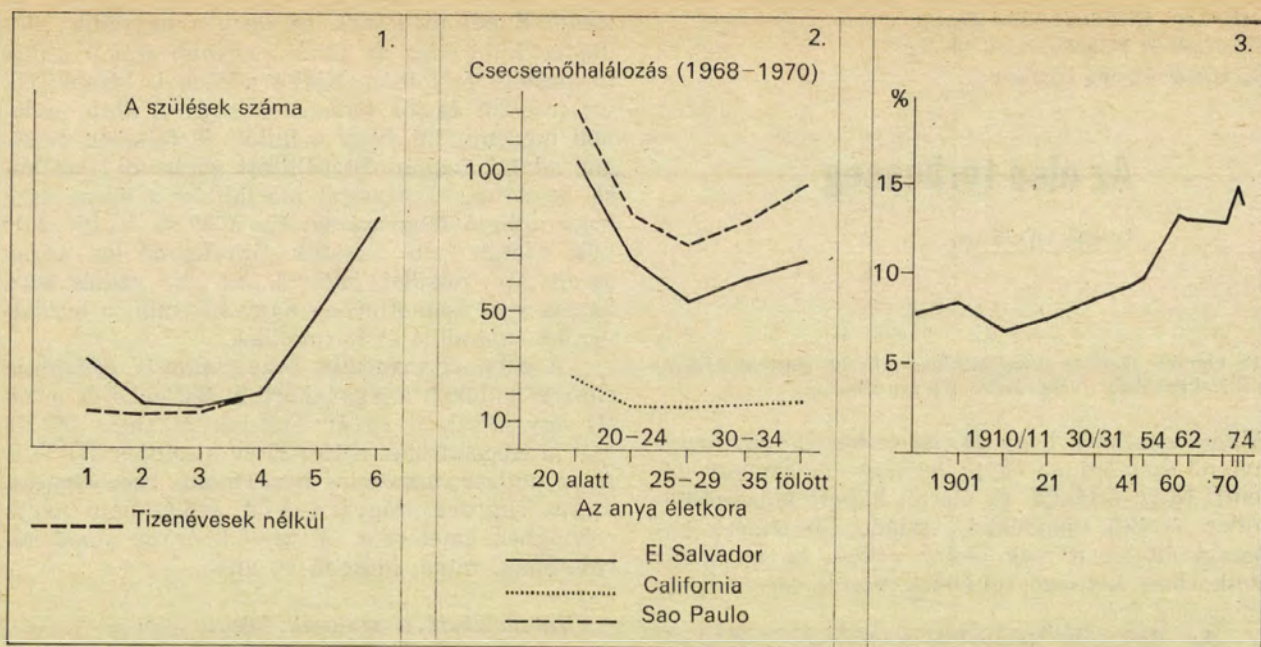
Az anya életkora

A szülés szempontjából sok körülményt (anyai, magzati, csecsemőkori morbiditás, mortalitás stb.) figyelembe véve legkedvezőbb a 20—30 év közötti életszakasz. Az ettől való eltérés 2—6-szorosára növeli a kockázatot Nortman (25) megállapításai szerint. Az USA-ban pl. a 30 évesnél idősebb szülő nők között az anyai mortalitás életévenként 10—12%-kal magasabb mint a 30 év alattiakra számított átlag.

A gestatiós szövődmények közül a korai lepenyleválás, a sub- és post partum vérzés, a placenta praevia, secundaer toxæmia, uterus ruptura, a késői károsodások és megbetegedések közül pedig a diabetes mellitus, a cervix carcinoma, a szív- és érrendszeri betegségek és a hypertonia előfordulása egyenes arányban növekszik a szülő nő életkorával és a szülések számával.

Az első terhesség időpontja és sorsa

Az első terhesség időpontja döntően meghatározhatja az egyén reprodukciós sorsát, megszabhatja a közösségben elfoglalt helyzetét. A kérdés társadalmi jelentősége akkor válik érzékelhetővé, ha megváltoznak azok a körülmények, amelyek az



1. ábra: Az anya egészségének és elhalálozásának kockázata a szülések számától függően

2. ábra: Csecsemőhalálozás a szülő nő életkorától függően, fejlett és fejlődőben levő országokban

3. ábra: Húsz év alatti szülő nők aránya Magyarországon 1900-1975 között

első fogamzást, a terhesség megtartásának évekre át kialakult kényszerét módosítják.

A kérdést indokolt megvizsgálni a világ népesedésének szempontjából, de tanulmányoznunk kell a reprodukciós események hazai mutatóinak tükrében is.

A terhesség végződhet szüléssel, spontán vagy művi vetéléssel.

Szülés. Századunk hetvenes éveiben évenként megközelítőleg 120-130 millió ember születik. Közülük 10-15%, azaz 12-18 millió, serdülőkorban levő anyától.

Fejlett országokban a tizenéves anyák többnyire a szegény néprétegekből kerülnek ki és általában nem férjesek. Az USA-ban kétszer annyi közöttük a néger mint a fehér. Addigi hátrányos helyzetük a szülés után még rosszabbra fordul: a terhesség miatt kimaradnak az iskolából, és később is csak kevesen folytatják tanulmányaikat. Alig akad közöttük, aki főiskolát, egyetemet végzetne. Foglalkozásukat meghatározza hiányos képzettségük, gyermekükkel kapcsolatos elfoglaltságuk. *Presser* New York Cityből 1973-ban összeállított statisztikája szerint az anyák életkora az első szüléskor (1. tábl.) befolyásolta tanulásukat.

1. táblázat. Az első szülés időpontjának és az anya szociális helyzetének összefüggése (Presser, 1973)

Az anya életkora az első szüléskor	Nem fejezte be a középiskolát (%)	Szülésekor nem volt férjzett (%)	Munkanélküli segélyből élt (%)
15-17 év	84,5	79,3	71,9
18-19 év	53,5	46,5	40,8
20-24 év	13,0	13,6	15,8

Angliában és Walesben 1956-1972 között a 16 év alattiak csoportjában a szülő nők aránya (akik terhességüket a 28. hétig vagy tovább viselték) 0,8%-ról 3,8%-ra emelkedett. A vetélések száma 1968-1972 között 363-ról 1671-re növekedett. Szociális háttérét világítja meg az adat, amely szerint a házasságon kívüli terhességek aránya 1950-1970 között a 25 évnél idősebbek csoportjában nem változott, a 16-19 évesekében azonban négyszeresére, a 15 éves és fiatalabbakéban hét-szeresére növekedett (32).

A nők átlagos életkora világszerte meghaladja a férfiakét, a gyermekhozó korban azonban a nők mortalitása sokkal magasabb; pl. 1963-ban a 15-44 év közötti nők halálása Indiában 38%-kal, Pakisztánban 75%-kal volt magasabb mint a férfiaké (12). Banglades egyik tartományában (Matlab thana) 1968-1970 között a 100 000 élveszülésre eső halálozás 570 (!) volt, a 15-19 éveseké pedig 740 (!) (7), azaz kb. ötször magasabb magasabb mint a fejlett országokban. A tizenévesek fokozott kockázatát azonban nemcsak az elmaradott országok statisztikái bizonyítják. *Russell* (32) Anglia és Wales adatai alapján a 15 év alattiak magasabb mortalitásáról ad számot, az USA-ból pedig *Shapiro* (35) fejti ki, hogy 1929-1961 között a 20 év alatti szülő nők mortalitása csökkent a legnagyobb mértékben, de még mindig magasabb mint a 20-24 éveseké.

Serdülőkorú terhesek gyakoribb szövődményei a primaer toxemia, praeclampsia, anaemia s az ezekkel is összefüggő magasabb koraszülési arány és perinatalis mortalitás. Szoros kapcsolat mutatható ki ezen szövődmények, a hátrányos szociális helyzet és a hiányos terhesgondozás között. *Jovanovic* (15) 1033 tizenéves terhesről készített tanulmányt a Chicago Lying-in Hospitalból. Súlyos-

2. táblázat. **Újszülött és csecsemőhalálzási adatok 1973-ban**

	Újszülött halálozás 28 napon belül (ezrelék)		Csecsemő halálozás az első évben (ezrelék)	
	átlag	20 év alatti szülőnők	átlag	20 év alatti szülőnők
USA, San Francisco	12,7	17,2	17,5	26,2
Kanada, Sherbrooke	13,5	16,4	18,3	21,2
Argentína Chaco tartomány	32,3	53,4	80,1	133,5
Brazília, Sao Paulo	33,7	52,3	65,1	104,1
Chile, Santiago	26,6	31,7	55,2	79,3
El Salvador San Salvador	29,6	40,7	88,4	116,6
Mexico Monterrey	26,6	33,1	60,7	86,3

fokú anaemiát 14%-ban mutatott ki (a kontroll 9,3% volt). Kiemeli, hogy a serdülőkorú terhesek Chicagónak talán legszegényebb rétegéből kerültek ki. Az újszülöttet is több veszély fenyegeti: magasabb a morbiditás és mortalitás a perinatalis korban, de a későbbi hónapokban, években is.

A perinatalis magzati halálozás legalacsonyabb a 20–35 év közötti anyák, főleg a 20–29 évesek csoportjában, a 20 év alattiakéban pedig annál magasabb, minél fiatalabb az anya. Az adatok bizonyító erejűek akár fejlett, akár fejlődőben levő ország statisztikájából meritünk. Még nagyobb az utódok kockázata, ha a tizenéves anya második, esetleg harmadik szüléséből származnak.

Ugyanez érvényes az újszülötthalálzásra és a csecsemőhalálzásra is. Puffer és Serrano (31) amerikai, kanadai és dél-amerikai adatokkal bizonyítják ezt (2. táblázat). Az adatok alapján megrajzolt görbék (2. ábra). V alakú lefutást mutatnak, demonstrálva a szélső korcsoportok csecsemőinek magasabb halálozását.

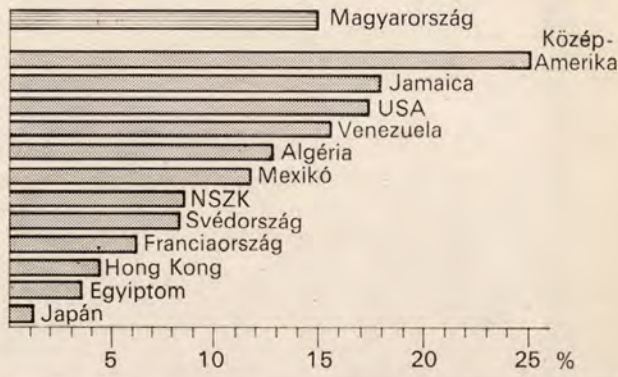
A koraszülés is gyakoribb tizenéves korban. A 2500 g vagy kisebb súlyú, tehát koraszülött, vagy nutritív fejlődésben visszamaradt, retardált újszülöttek aránya az Egyesült Államokban 1973–74-ben kétszeres volt a 15 év alatti anyák magzatai között, összevetve a 20–24 év közöttiekével (3. táblázat).

3. táblázat. **Az anya életkora és az alacsony súlyú újszülöttek előfordulásának összefüggése (USA, 1973, 1974)**

Az anya életkora (év)	Az összes újszülött közül az alacsony súlyú (2500 g alatti) újszülöttek			
	száma	%	száma	%
	1973	1973	1974	1974
15 alatt	1 479	15,7	1 969	15,7
15–19	42 550	10,1	59 196	9,9
20–24	54 084	7,2	78 008	7,0

Jovanovic (15) már említett anyagában 15,9% volt a 2500 g alattiak aránya, az ottani átlag 9,8%-kal szemben. Hasonló adatokat közöl Hassan és Falls (13), Wallace (38).

A rendelkezésre álló hazai adatok is ezekkel megegyező trendet bizonyítanak a perinatalis, a korai és késői újszülött- és csecsemőhalálzásra egyaránt. Ezek ismeretében nyugtalanító és a családi életre nevelés hiányosságaira utal az a tény, hogy a 20 év alatti szülő nők aránya az utóbbi 50 év folyamán 7–8%-ról közel 15%-ra emelkedett (3. ábra). Tanulságos összehasonlításra ad lehetőséget a (4. ábra). Azt bizonyítja, hogy több fej-



4. ábra: Húsz év alattiak aránya a szülő nők között fejlett és fejlődőben levő országokban 1975-ben

lett és fejlődőben levő országban alacsonyabb a tizenéves szülő nők aránya mint Magyarországon.

Az első szülés nemcsak a túl fiatal korban kockázatos, de hátrányos az is, ha 30 év után, különösen, ha 35–45 éves korban történik. Az anyai veszélyek alapját az ekkorra nem ritkán kialakult hypertonia, vesebetegségek, szív- és érrendszeri károsodások, myoma, diabetes, sok esetben a 10–20 éve folytatott dohányzás képezi. A terhesség az átlagnál gyakrabban végződik vetéléssel, halvaszüléssel, koraszüléssel, magzati retardációval, fejlődési rendellenességgel. Szülésbefejező műtétek végzésére 2–6-szor gyakrabban kerül sor mint a fiatalabb, először szült nőknél (24, 16, 34, 14, 25, 23).

Kétségtelen, hogy a 30 év fölötti korban fogant első terhességek szinte kivétel nélkül nagyonyis kívánt terhességek, ezért az újszülött és csecsemő ellátását és gondozását általában a túlzott igyekezet és aggodalom jellemzi. A szociális viszonyok optimálisak, ezért az újszülött- és csecsemőhalálzás alacsony, ha az elkerülhetetlen haláleseteket (éretlenség, fejlődési rendellenességek) nem számítjuk. Mégsem tekinthetjük előnyösnek a későn jött elsőszülöttek sorsát. Többségük egyke marad, nevelésükre ez nyomja rá a bélyeget.

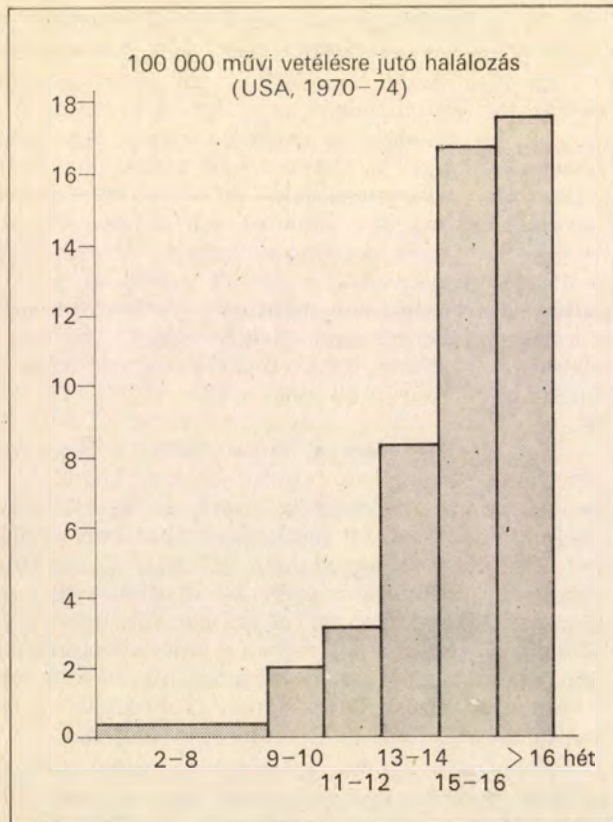
A spontán abortus gyakoribb a fiatal korosztályban mint az először terhes huszonévesek között, feltehetően az infantilis mus, genitális hypoplasia miatt. Ez a rendellenesség azonban — ha nem előzte meg művi abortus — általában nem jelentős, hiszen a terhességgel együttjáró hormo-



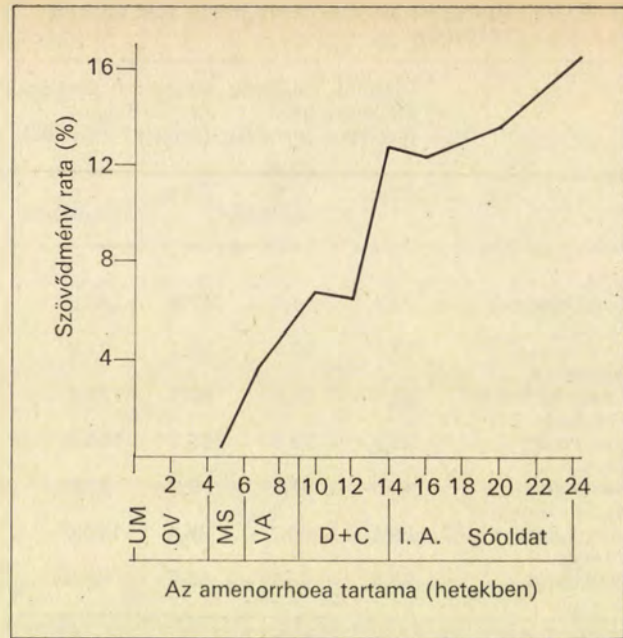
nális hatások előnyösek az uterus fejlődésére és a későbbi, kedvezőbb életkorban fogamzott terhesség kiviselésére.

Criminalis abortus. A nem kívánt terhességektől évezredek óta tiltott beavatkozással szabadulhattak meg a nők. Azokban az országokban, amelyekben a terhességmegszakítás még ma sem megengedett, a nők élete, egészsége szempontjából a legfőbb veszély forrása a criminalis abortus. Nem kétséges, hogy főként házasságon kívül élők, többségükben tizenévesek kényszerülnek életük kockáztatására, első terhességük nem szakemberekkel történő megszakítására, alapvető higiénés feltételeket nélkülöző viszonyok között. Hazánkban ritka kivételnek számít a bűnös vetélés, de sok országban a „családtervezésnek” csak ez a barbár, primitív módja hozzáférhető. *Llewellyn-Jones* (20) szerint Földünkön pár évvel ezelőtt még kb. 20–30 millió illegális abortust végeztek. Chilében alig 10 évvel ezelőtt az anyai halálozás 40 százaléka criminalis abortus következménye volt.

Művi vetélés. A születésszabályozásnak elkerülhetetlen eszköze a nem kívánt terhesség megszakítása és feltehetően még sokáig az is marad. A szakintézetekben végzett legális interuptiók mortalitása egy vagy két nagyságrenddel alacsonyabb mint a criminalis abortusoké, de még így sem elhanyagolható. Ezért és még inkább a korai és késői szövődmények, következmények miatt különleges figyelmet érdemel.



5. ábra: Művi vetéléssel összefüggő mortalitás a terhesség idejének (nagyságának) függvényében, az Egyesült Államok adatai alapján



6. ábra: Művi vetélés okozta szövődmények előfordulása a terhességi időtől függően. UM = utolsó meneses; OV = ovulatio; MS = menstruatio szabályozás; VA = vacuumaspiratio; D+C = dilatatio+ curettage; IA = intraamniális

Magyarországon a vetéléssel (a spontán, criminalis és művi vetéléssel együttesen) összefüggő halálozás az utóbbi 3–4 évtizedben $\frac{1}{20}$ – $\frac{1}{50}$ részére csökkent. Az utóbbi években 100 000 vetülésre évenként 5–10 haláleset jutott, a harmincas években 100–250. Nagyobb gyűjtőstatisztikák alkalmasak a halálokok és a megszakított terhesség nagysága, s a beavatkozás módja közötti összefüggések feltárására. Az USA-ban 1970–74 között végzett legális terhességmegszakításokból az első 8 hétben 100 000 művi vetülésre 0,3 haláleset jutott, a 9–10. héten 2,0; a 16. hét után pedig már közel 20 (!) (5. ábra). *Tietze és mtsai* közel fél millió műtét adatai alapján 100 000 művi vetülésre a 12 hetes vagy fiatalabb vetélésekkel kapcsolatban 1,9, a 12 hetesnél idősebb terhességekkel 17,4 halálozást közölnek.

Különös hangsúlyt kapnak az adatok, ha figyelembe vesszük, hogy 12 hetesnél idősebb terhességek megszakítása csaknem kivétel nélkül serdülőkorban történik és szinte mindegyik első terhesség. A korai szövődmények (vérzés, gyulladás, sérülés) előfordulása szintén összefügg a terhesség nagyságával. A korszerű aspirációs módszer vagy a prostaglandinnal végzett „menstruációs szabályozás” az első 6 hétben 1%-nál kevesebb komplikációt okoz, a vacuum aspiratio a 9. hét előtt 4%-ot, a 14. hétnél idősebb terhességek megszakítása bármelyik módszerrel 10–20%-ban jár korai szövődménnyel (6. ábra).

A terhességmegszakításoknak a késői következményei minden bizonnyal még fontosabbak és a kiviselésre szánt terhességek szempontjából még veszélyesebbek lehetnek mint a korai komplikációk.

A hazai tapasztalatokat elemezve Barsi és Sárkány (3), Arvay és mtsai (2), Klínger (18), újabban Pohánka és mtsai (28, 29), Pohánka és Török (27) és mások bizonyították összefüggést a terhességmegszakítás és a koraszülés között.

Az interruptiónak — mindenekelőtt a hazánkban általánossá vált dilatatio és curettage módszernek — két úton lehet károsító hatása. A gyors és nagyfokú (akár 10–14 mm-ig történő) tágítás következtében a cervix záró rendszere, a belső méhszáj körkörös izom-kötőszövet struktúrája sérül. Emiatt a következő terhesség közepsőtulós harmadában a nyakcsatorna észrevétlenül megnyílik, a burok előbaltosul, megreped, közép-idős vetélés, éretlen vagy koraszülés következik be. Hazánkban a koraszülési arány ijesztő mértékű növekedését (7. ábra) elsősorban ezzel a mechanizmussal magyarázhatjuk, elismerve sok más tényező (dohányzás, megterhelő ingerek stb.) szerepét is. Nem kétséges, hogy a cervix-tágítás károsító hatása legkifejezettebb az első szülést megelőző interruptiók során és annál valószínűbb, minél fiatalabb a terhes és minél idősebb a terhesség. Ennek elfogadásában saját tapasztalataimon kívül számomra az egyik legdöntőbb bizonyítékot Russell professzor (33) (Newcastle upon Tyne) szolgáltatta. Több mint 10 éve prospektív tanulmányban követi azok gestatiós eseményeit, akik 15 éves

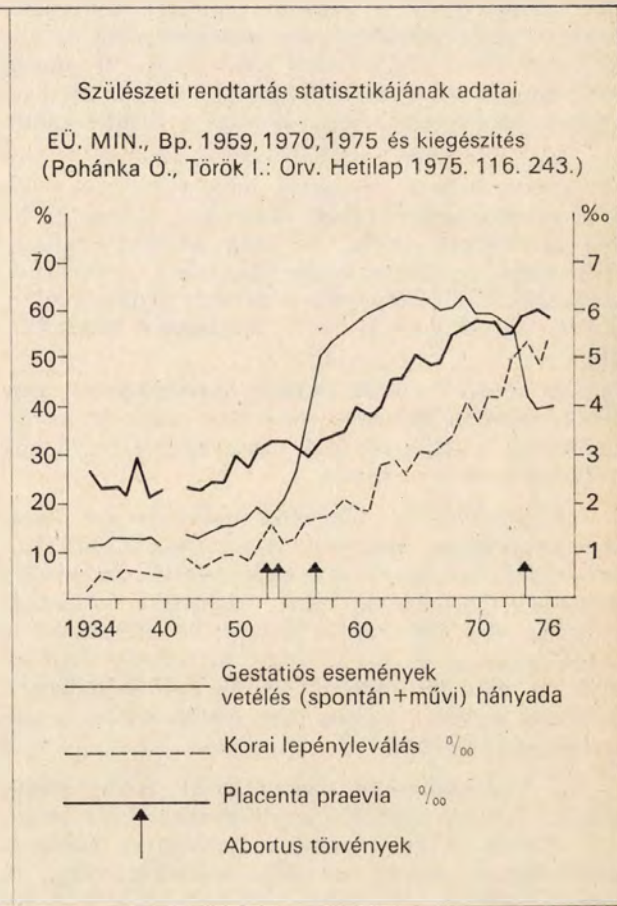
koruk előtt — és természetesen első szülésük előtt — interruptión estek át. Ezek az átlagos 6–7%-kal szemben 40%-ban (!) koraszülötteket hoztak világra. Amikor országunk perinatalis mortalitási adatait és az ezt alapvetően meghatározó magas koraszülési arány okait vizsgáljuk, nem szabad számításán kívül hagyni, hogy évenként 100-nál több 15 éven aluli és 10–20 000, 20 éven aluli (4. táblázat) — többnyire először terhes és kevés kivételtől eltekintve első szülése előtt álló — nő terhessége kerül megszakításra D + C (dilatatio + curettage) módszerrel. Ebből a korcsoportból adódik a 10–12 hetesnél idősebb terhességek megszakításának döntő többsége.

A másik veszélyeztető noxa az endometrium károsodása — amit curette-kanállal, a basalis réteg megsértésével okozhatunk. Az endometrium hiányos regenerációja negatív vérvészavart (amenorrhoea, oligo-amenorrhoea), intrauterin összenövéseket, sterilitást okozhat, kiviselésre ohajtott terhességben pedig pete-(lepény) tapadási rendellenességeket, elsősorban vetélést, placenta praeviát, részleges korai lepényleválást. Nehéz volna bármely más tényezővel magyarázni az utóbbi kórképek egyre gyakoribb előfordulását az elmúlt 20 évben (8. ábra).

Hazánkban az utóbbi 2 évben az Egészségügyi Minisztérium és az Országos Szülészeti és Nőgyó-



7. ábra: Összefüggés a spontán + művi vetélések és a koraszülés között



8. ábra: A vetélések és a lepénytapadási rendellenességek (placenta praevia, korai lepényleválás) kapcsolata

4. táblázat. **Húsz év alattiakon végzett terhességmegszakítások száma Magyarországon**

Év	15 év alatt	15–19 év között	20 év alatt
1960	–	8 370	8 370
1961	59	9 811	9 870
1962	45	10 984	11 029
1963	75	10 518	10 593
1964	90	12 147	12 237
1965	139	12 340	12 479
1966	134	14 186	14 320
1967	108	13 752	13 860
1968	101	14 556	14 657
1969	140	17 020	17 160
1970	164	18 116	18 280
1971	168	16 535	16 703
1972	582	24 615	25 197
1973	162	16 732	16 894
1974	108	10 964	11 072
1975	118	10 128	10 246
1976	104	9 511	9 615

gyászati Intézet irányításával a WHO szervezésében az egyetemi női klinikákon randomizált kísérletekben összehasonlítottuk a D + C és a vacuum aspiratio módszert. Valamennyi vizsgált paraméterben a vacuum aspiratio bizonyult előnyösebbnek. Az eredmények aprólékos elemzése még folyamatban van, annyit azonban előrebo-csáthatunk, hogy a vacuum aspiratio kedvezőbb lehet a késői szövődmények szempontjából is, mivel „szíváshoz” a cervixet csak 8–9–10 mm-ig kell kitágítani, az aspiratio pedig kevésbé sérti az endometrium basalis rétegét mint a curette-kanál.

Biztatók azok a próbálkozások, amelyek a cervix tágítását nem műszerrel, hanem gyógyszer útján, pl. Prostaglandinnal, Rivanollal (22, 8, 9, 21, 36) igyekeznek elérni, és azok az atraumatikus módszerek („menstruációs szabályozás”, „menstruáció megindítás”), amelyek a cervix tágítását és a curette-kanál használatát is fölöslegessé teszik (17, 19).

A kérdés további gazdag összefüggéseit nem lehet egyetlen közleményben kibontani, de az ismertettek is feljogosítanak bizonyos gyakorlati következtetések levonására.

1. A család- és nővédelmi tevékenységet tizenéves-centrikussá kell fejleszteni. Összehasonlíthatatlanul fontosabb az első szülés előtti nem kívánt terhesség megelőzése mint bármelyik későbbi. Nem az első interruptio után kell rádöbbedni a serdülőnek és szüleinek, hogy mi történt, nem az első és második koraszülés után kell sajnálkozni és életre szóló — sajnos több életet érintő — tanulságokat levonni.

2. Tudományosan megalapozott, reális szemléletű, egységes sexualis nevelő munkára van szükség. Ennek ki kell terjednie anatómiai, élettani, pszichológiai, etikai, szociális vonatkozásokra és már az általános iskolában indokolt elkezdni. Ismertetni kell a fertilitás szabályozásának módjait, a tizenéves korban létrejött terhességek veszélyeit, különös hangsúllyal az interruptio korai és késői

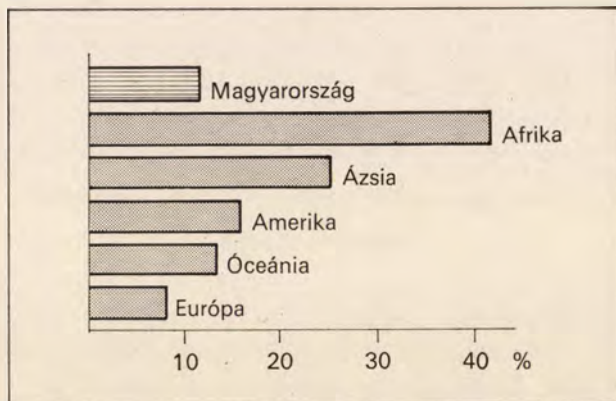
szövődményeire. Még a menarche átlagosnak tekinthető jelentkezési időpontja előtt ismertetni kell a petefészkek- és a méhműködés élettanát s ehhez ideálisan felhasználható a „menses naptár” (5). A menarchetól kezdve a „menses naptár” használatát általánossá kell tenni.

A nevelő-felvilágosító tevékenységben az iskolára hárul a legfőbb tennivaló, mert csak így érvényesíthetők egységes elvek. A pedagógusoknak, iskolaorvosoknak, ifjúsági szervezetnek egyaránt ki kell dolgozni a rájuk háruló feladatokat.

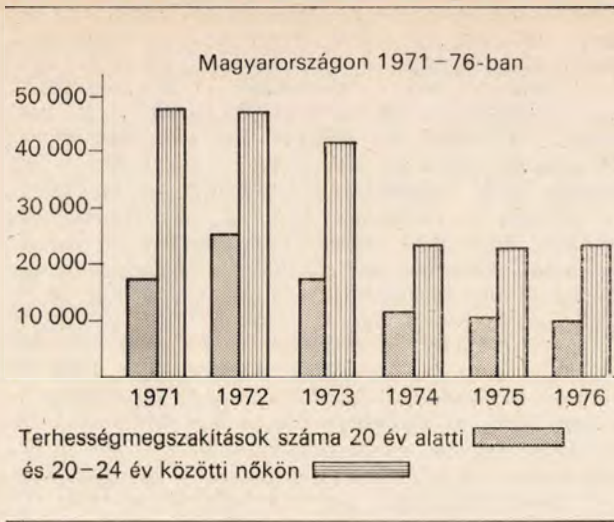
A korai anyaságnak és korai házasságnak vallási, társadalmi, gazdasági okai és gyökerei vannak s emellett jelentősek a biológiai faktorok. Az iszlám országokban jellemző — szinte elkerülhetetlen — a korai házasság, a nagy család. Ma is általános, hogy a férjhezmenés időpontja a pubertással egybeesik, hiszen a vallás törvényei semmiféle alsó korhatárt nem szabtak a házasságnak, sőt az egyik előírás szerint: „házassítsd meg gyermekidet, amíg fiatalok”. A Korán fenyegetése szerint „még a föld is szenved a nem házások lába alatt”.

A legtöbb nyugat-ázsiai országban a lányok 40–50%-a férjhez megy 20 éves kora előtt. Egy Iránban összeállított tanulmány szerint alig 10 évvel ezelőtt a 15 évesnél fiatalabb nők csaknem egyharmada férjnél volt. Napjainkban a 20 év alatti házas nők aránya Egyiptomban 30%, Pakisztánban több mint 70%. Ugyanez az adat az USA-ban 15%, a Fülöp-szigeteken 12%, Franciaországban 3%, Írországban, Japánban 1%.

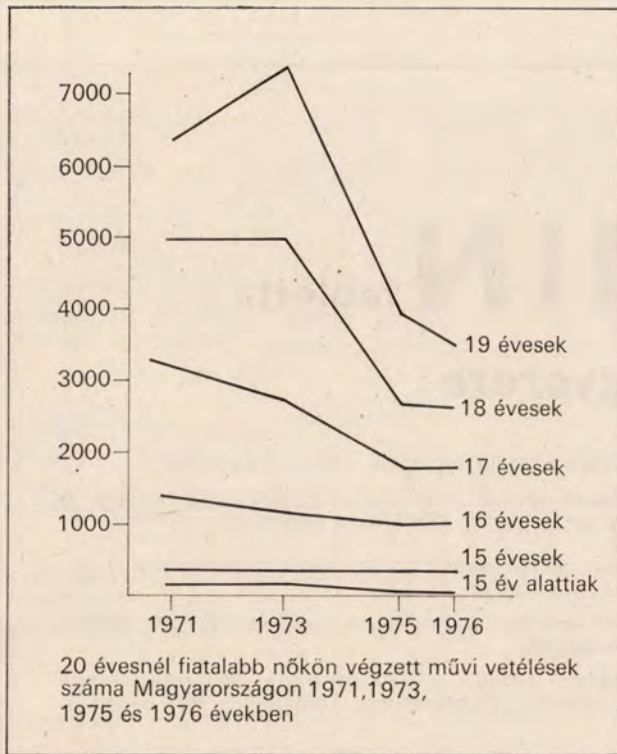
Legnagyobb arányú a 20 év alattiak házassága és terhessége Afrikában (9. ábra), ami a rohamos szaporodás miatt azért is jelent ott különös gondot, mert az utóbbi néhány évtized kedvező egészségügyi változásai (számos fertőző betegséget sikerült leküzdeni, erősen csökkent a csecsemőhalálozás stb.) miatt, valamint a most még alacsony átlagos életkor következtében a lakosság 40–70%-a 20 évnél fiatalabb. A Virginiában 1976-ban tartott, a serdülőkori fertilitással foglalkozó első világkonferencián az afrikai küldöttek sokoldalúan elemezték a helyzet súlyosságát, a művi — legtöbb országban még criminalis — abortusok növekvő mértékét, a népesedési robbanás fenyegető jeleit és az ezekkel összefüggő szociális, gazdasági, társadalmi problémákat.



9. ábra: Húsz év alatti nők aránya a házások között.



10. ábra: Terhességmegszakítások számának változása hazánkban 1971–1976 között, a 25 év alattiak csoportjában



11. ábra

Hazánkban a tizenéves korban létrejött terhességnek, házasságoknak és anyaságnak mind nagyobb mértékben biológiai okai vannak és hiányos ismeretek (védekezési lehetőségek, a terhességgel — akár szülés, akár interruptio — együttjáró veszélyek nem kielégítő ismereteinek) következményei. A vallási vagy gazdasági okok egyre kisebb szerepet játszanak. Ezért bízhatunk abban, hogy sexualis és biológiai nevelő munkánk tartós eredményekhez vezet. A népesedéspolitikai határozatok érvényesítése máris felére csökkentette a nem kívánt terhességek számát (10. ábra), de a legfiatalabb korosztályban (a 16 évesek és fiatal-

labbak) az interruptiók száma alig mérséklődött (11. ábra).

3. A már meglévő gyermeknőgyógyászati szakrendeléseket tovább kell bővíteni olyan „szolgáltatási formákkal”, amelyek a vázolt gondok megoldását elősegítik. Jó ötletnek tűnik az „ifjúsági telefonszolgálat” abból a megfontolásból, hogy kritikus helyzetben a fiatalok szívesebben fordulnak a személytelenséget biztosító telefonhoz, mint szülőhöz, pedagógusokhoz, akár orvosokhoz.

4. A nőgyógyászoknak kiemelten kell foglalkozni tizenévesek fogamzásgátlásának elméleti és gyakorlati megoldásaival. Új reményekre jogosít a postcoitalis contraceptív tabletták forgalomba hozatala, de szükség volna mechanikus védekező szerek nagyobb választékára is.

5. A terhességmegszakítás minél veszélyesebb módszereinek kidolgozása, a már ismert tények gyakorlati felhasználása szintén elsőrendű feladat.

Dolgozatom címe „Az első terhesség védelmében” is lehetett volna, hiszen azzal a céllal íródott, hogy a ma még első szerelmük előtt állókban az is tudatosuljon, hogy az első terhesség előtt vannak, és hogy az csak akkor válhat „az élettől kapott felbecsülhetetlen értékű ajándékká, családot összetartó kapocsá, ha optimális életkorban, kedvező feltételek között fogamzik és anyaságot ígér”.

Ezúton is megköszönöm Klínger András dr. főosztályvezető (KSH) értékes segítségét, magyarországi statisztikai adatok rendelkezésre bocsátásáért.

Összefoglalás. Társadalmunkban, de orvosi közvéleményünkben sem tudatosítottuk eléggé, hogy mennyire fontos az első terhesség optimális életkorra történő tervezése, annak kiviselése. Mind az anya, mind a magzat szempontjából — szociális és társadalmi következményei miatt is — az anya 20–30 év közötti életszakasza a legelőnyösebb az első terhesség vállalására, kiviselésére és a többi tervezett utód világrahozatalára. A 20 év alatti szülő nők magasabb arányú morbiditása és mortalitása, utódaik fokozott veszélyeztetettsége az újszülött- és csecsemőkorban, hazai és nemzetközi statisztikák alapján bizonyítható. Számos veszélyt rejt magában az első terhesség megszakítása. Minél idősebb (nagyobb) terhességet szakítunk meg, annál súlyosabbak lehetnek a korai és késői szövődmények. A tanulmány összegezi azokat a legfontosabb feladatokat, amelyeket az első terhesség védelmében, egész társadalmunk érdekében meg kell valósítanunk.

IRODALOM: 1. Alvarez-Bravo, A.: in Purandare, B. N., Ihaveri, C. L. (szerk.): Proceedings of the Internat. Seminar on Maternal Mortality. Fed. Obst. Gyn. Soc. India. 1971, p. 170. — 2. Arvay S. és mtsai: Rev. Franç. Gynec. 1967, 62, 81. — 3. Barsi Gy., Sárkány J.: Demográfia. 1963, 6, 427. — 4. Battaglia, F. C. és mtsai: Pediatrics. 1963, 32, 902. — 5. Borsos A., Veres Zs.: Orv. Hetil. 1976, 117, 541. — 6. Castalazo-Ayala, L.: in Purandare, B. N., Ihaveri, C. L. (szerk.): Proceeding of the Internat. Seminar on Maternal Mor-

tality. Fed. Obst. Gyn. Soc. India. 1971, p. 58. — 7. *Chen, L. C. és mtsai*: Studies in Fam. Planning. 1974, 5, 334. — 8. *Csapó A. I., Mocsáry P.*: Prostaglandins. 1976/a, 11, 155. — 9. *Csapó, A. I., Mocsáry P.*: Prostaglandins. 1976/b, 12, 455. — 10. *Eastman, N. J.*: New York State J. Med. 1940, 40, 1708. — 11. *Eastman, N. J.*: Amer. J. Obst. Gyn. 1944, 47, 445. — 12. *El-Badry, M. A.*: Amer. Stat. Assoc. J. 1969, 64, 1234. — 13. *Hasan, M. H., Falls, F. H.*: Amer. J. Obst. Gyn. 1964, 88, 256. — 14. *Hay, S., Barbano, H.*: Teratology. 1972, 6, 271. — 15. *Jovanovic, D.*: J. Repr. Med. 1972, 9, 61. — 16. *Kane, S. H.*: Obstet. Gynecol. 1967, 29, 409. — 17. *Karman, H., Potts, M.*: Lancet. 1972, 1, 1051. — 18. *Klinger, A.*: Int. J. Gyn. Obst. 1970, 8, 680. — 19. *Lampé L., Dolhay B.*: Orv. Hetil. 1974, 115, 2967. — 20. *Llewellyn-Jones, D.*: Human Reproduction and Society. New York, Pitman, 1974. — 21. *Máté J. és mtsai*: Orv. Hetil. 1975, 116, 2782. — 22. *Mocsáry P., Csapó, A. I.*: Prostaglandins. 1975, 10, 545. — 23. *Morrison, J.*: Amer. J. Obst. Gyn. 1975, 121, 465. — 24. *Mulcahy, R. K., Knaggs, J. F.*: Amer. J. Obst. Gyn. 1968, 101, 844. — 25. *Nortman, D.*: Reports on Population, Family Planning. 1974, 16, 52. — 26. *Omran, A. R.*: World

Health. 1974, 6, ?? — 27. *Pohánka Ö., Török I.*: Orv. Hetil. 1975, 116, 243. — 28. *Pohánka Ö. és mtsai*: Orv. Hetil. 1975, 116, 1983. — 29. *Pohánka Ö. és mtsai*: Orv. Hetil. 1976, 117, 965. — 30. *Presser, H. B.*: Fam. Planning Perspectives. 1974, 6, 8. — 31. *Puffer, R. R., Serrano, C. V.*: Pan Am. Health Org. 1975, 294, 43. — 32. *Russell, J. K.*: Clin. Obst. Gyn. 1974, 1, 683. — 33. *Russell, J. K.*: Személyes közlés. 1977. — 34. *Saxen, L., Rapola, J.*: Congenital Defects. Holt, Rinehart és Winston, New York, 1969. — 35. *Shapiro, E.*: Infant, Perinatal, Maternal and Childhood Mortality in the United States. Harvard Univ. Press. Cambridge, Mass. 1968. — 36. *Szeverényi M., Lampé L.*: Közlés alatt, 1978. — 37. *Tietze, C. és mtsai*: JAMA. 1973, 225, 507. — 38. *Wallace, H. M.*: Amer. J. Obst. Gyn. 1965, 92, 1125. — 39. *Wishik, S. M., Lichtblau, N. S.*: Előadás az Amer. Acad. of Pediatrics ülésén. San Francisco, Calif. 1974. okt. 20. — 40. *Wyon, J. B., Gordon, J. E.*: The Kanna Study: population problems in rural Punjab. Cambridge, Mass. Harvard Univ. Press, 1971, 437. — 41. *Yerushalmy, J.*: Human Biology. 1945, 17, 65. — 42. *Yerushalmy, J. és mtsai*: Amer. J. Obst. Gyn. 1956, 71, 80.

ÚJ KÉSZÍTMÉNY

U-VITAMIN tabletta

Gyomor-bélrendszer gyógyszer

ÖSSZETÉTEL: Tablettánként 0,05 g methylmethionin sulfonium chlor.-ot tartalmaz.

HATÁS: A methylmethionin – a methionin aktivált formája – metildonorként szerepel. A metildonor szerepéből következik, hogy az U-vitamin elősegíti a gyomor és béltraktus sérült nyálkahártyájának regenerálódását.

A methylmethionin metilálja a hisztamint, inaktív formába viszi, ezzel magyarázható a fájdalomcsillapító és fekélybetegséget gyógyító hatása.

JAVALLATOK: Ulcus ventriculi és duodeni, krónikus gastritis, a gyomor-bélhuzam motoros és szekréciós funkciójának zavarai, gastralgia.

ADAGOLÁS: Az U-vitamin egyszeri adagja 0,05–0,1 g (1–2 tabletta), amit étkezés után kell bevenni. A napi dózis 0,25 g (5 tabletta). A készítményt kúraszerűen kell adagolni; a kúra időtartama 30–40 nap.

MELLÉKHATÁSOK: Émelygés, hányinger, hányás fordulhat elő, mely tünetek az adag csökkentésével általában megszűnnek. Ellenkező esetben a kezelést abba kell hagyni.

RENDELHETŐSÉG: Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtető.

Az orvos akkor rendelheti, ha azt a területileg, ill. szakmailag illetékes fekvőbeteg-ellátó osztály, szakrendelés (gondozó) szakorvosa javasolja.

CSOMAGOLÁS: 100 db 0,05 g-os tabletta

Téritési díj: 14,80 Ft

Forgalomba hozza: GYÓGYÉRT

Információ: MEDEXPORT Tudományos Ismertető Iroda

1055 Budapest, Balassi Bálint u. 25.
Telefon: 122-867, 316-531



Humoralis immunológiai vizsgálatok vírushepatitisekben és HB_sAg-hordozókon

Vu Bang Dinh dr.

A vírushepatitis aetiologiai kutatásának új korszaka nyílt meg, amikor *Blumberg* (2, 3), az 1976. évi Nobel-díjas, felfedezte az Australia-antigént, amelyet hepatitis B antigennek (HB_sAg) neveznek. Az utóbbi években azonban kiderült, hogy az antigen pos. hepatitisek pathológiáját az antigen jelenléte nem magyarázza meg teljesen. Két fő hypothesis merült fel: 1. a hepatitis B vírus közvetlenül károsítja a májsejteket, 2. a vírus csak pathogen indítóként szerepel és a májsejt-károsodást ennek hatására kialakuló immunválasz okozza. Az irodalom szerint az utóbbi feltételezés a valószínűbb; tisztázatlan azonban, hogy melyik immunválasz játszik fontosabb szerepet, a cellularis, a humoralis vagy mindkettő.

Almeida és mtsai (1) a hepatitis B-ben a serumban HB_sAg-ból és HB_eAg-ból álló komplexeket találtak; feltételezték, hogy ezek felelősek a májsejt-necrosisért. *Brzosko és mtsai* (5) közölték, hogy a komplexek és a szabad HB-antitestek megtalálhatók az akut hepatitisek 90%-ában és a chronikus activ hepatitisek (CAH) 100%-ában; azt tartották, hogy ez a két kórforma pathológiailag hasonlít a serum-betegséghez. *Nowoslawsky és mtsai* (15, 16) bebizonyították a komplexek gyulladásos hatásait; ezzel megerősítették, hogy ezek kulcsszerepet játszanak az akut és chronikus hepatitis B pathogenesisében. A májsejt, minthogy benne szaporodik a vírus, az immunválasz céltáblája.

Jelen vizsgálatunkban arra a kérdésre kerestünk választ, hogy milyen mértékben változik meg a serum immunoglobulinok, a C₃ complement szintje és a B lymphocyták abszolút száma a HB_sAg pozitív akut és chronikus hepatitisekben, HB_sAg hordozókban; kimutatható-e összefüggés a kórle-

folyás és a humoralis immunitás között; ha van, lehet-e ebből pathogenetikai és prognosztikai következtetést levonni.

A munka során végzett cellularis és autoimmunválaszi vizsgálatokról később számolunk be.

Beteganyag

Betegeink számát a betegcsoportok, diagnosis, nem és életkor szerint az 1. táblázaton tüntetjük fel.

1. táblázat. **Beteganyag**

Betegcsoport	Férfi	Nő	Összesen	Életkor átlaga
HB _s Ag pos. acut hepatitis	29	6	35	33
HB _s Ag neg. acut hepatitis	23	3	26	34
HB _s Ag pos. chronikus hepatitis	24	1	25	28
HB _s Ag-hordozók	47	0	47	23

Az acut hepatitis kórismét az anamnesis, a panaszok, az icterus, a májnagyobbodás, kóros transaminase, thymol turbiditás, bilirubin- és ubg.-ürítés és a kórlefolás alapján állítottuk fel. A serum HB_sAg vizsgálatának eredménye szerint soroltuk a betegeket a megfelelő csoportba.

A HB_sAg pos. acut hepatitises betegek súlyos lefolyású csoportjába soroltuk azt a 14 beteget, akiknek betegségét adynamia, gyakori hányás, legalább 10 mg/dl serum bilirubin szint, 500 NE feletti transaminase, esetenként elhúzódó kórlefolás, egy esetben acut májelégtelenség tünetei (coma) jellemezték. A többi beteg képezte az átlagos lefolyásúak csoportját.

A HB_sAg pos. chronikus hepatitises betegek közül 11-en történt tú-biopsiás, egyen autopsiás vizsgálat, amelyeknek során 3 cirrhosis felé haladó CAH, 1 definitív cirrhosis, 1 nő esetében PBC és 7 CPH derült ki. A többi 13 esetben a CPH diagnosisát az anamnesis, a klinikai és laboratóriumi adatok, valamint a kórlefolás alapozta meg.

A HB_sAg hordozók véradó vagy donor-jelölt fiatal panaszmentes katonák voltak és egészségesnek tartották magukat.

Módszerek

1. A HB_sAg (HB felületi antigen) és antitest meghatározását ellenirányú immuno-osmoelectrophoresissal *Pesendorfer, Krassnitsky és Wewalka* szerint, *Novák, Kőszeghy és Penke* (14) módosításával végeztük. Párhuzamosan vizsgáltuk az antigént reverz passzív haemagglutinációs módszerrel is (*Hepanosticon, Organon*) a gyári leírás szerint. A *Forssmann- és a többi* ellenanyag okozta hamis pozitívítás elkerülésére a *Hepanosticon*-abszorbenssel kimerítést is végeztünk, ha az utóbbi módszerrel a HB_sAg pozitív, de az előbbivel negatív volt.

2. A lymphocyták szeparálását *Ficoll-Uromiro* elegyével *Böyum* (4), *Harris és Ukaijofo* (9) szerint végeztük.

3. A B lymphocyták abszolút számának meghatározásához a *Jondal, Holm és Wigzell* (10) által leírt

Rövidítések: CAH — chronikus activ hepatitis; CPH — chronikus persistens hepatitis; PBC — primaer biliaris cirrhosis.

2. táblázat. Az immunglobulinok átlagértékei és a magas koncentrációjú betegek aránya a betegcsoportokban

Betegcsoportok	Immunglobulinok	Betegek száma	Átlagérték ± 1 SD mg/dl	Significantia				A magas koncentrációjú beteg. aránya	Significantia				
				A	B	C	D		A	B	C	D	
A Kontroll	IgA	15	260± 69					15/3					
	IgM	15	135± 40					15/3					
	IgG	15	1297±355					15/2					
B HB Ag pozitív acut hepatitis icterus fázis	IgA	19*	355±167	P < 0,05				19/10	P = 0,05				
	IgM	20	190± 72	P < 0,01				20/11	P < 0,04				
	IgG	20	1655±633	P < 0,05				20/7	NS				
C HB Ag pozitív acut. hepatitis posticterus fázis	IgA	16*	258±142	NS	P < 0,01			16/2	NS	P < 0,01			
	IgM	17	152± 85	NS	NS			17/5	NS	NS			
	IgG	17	1460±472	NS	NS			17/6	NS	NS			
D HB Ag pozitív chronikus hepatitis	IgA	22**	270±133	NS	NS	NS		22/7	NS	NS	NS		
	IgM	23	179± 54	P < 0,01	P = 0,05	NS		23/11	P = 0,08	NS	NS	NS	
	IgG	23	1461±385	NS	NS	NS		23/9	NS	NS	NS		
E HB Ag hordozó	IgA	39	297±120	NS	NS	NS	NS	39/13	NS	NS	NS	NS	NS
	IgM	39	134± 63	NS	P < 0,01	NS	P < 0,01	39/6	NS	P < 0,002	NS	P < 0,01	
	IgG	39	1425±352	NS	P = 0,05	NS	NS	39/11	NS	NS	NS	NS	NS

* ** Egy IgA hiányos beteg nélkül

3. táblázat. A C₃ complement átlagértékei és az alacsony koncentrációjú betegek aránya a betegcsoportokban

Betegcsoportok	Betegek száma	Átlagérték ± 1SD (mg/dl)	Significantia				Az alacsony koncentrációjú betegek aránya	Significantia			
			A	B	C	D		A	B	C	D
A Kontroll	15	186±67					15/3				
B HB Ag poz. acut hepatitis ict. fázis	18	128±37	P < 0,01				18/10	P < 0,04			
C HB Ag poz. acut hep. postict. fázis	16	191±52	NS	P < 0,001			16/0	NS	P < 0,001		
D HB Ag poz. chron. hepatitis	22	136±46	P < 0,001	NS	P < 0,001		22/5	NS	P < 0,04	NS	
E HB Ag hordozó	38	159±47	NS	P < 0,02	P < 0,05	NS	38/7	NS	P < 0,007	P < 0,05	NS

EAC (erythrocyta, antitest, complement) rozetta technikát használtuk.

4. A serum immunglobulinok — IgA, IgG, IgM — és a C₃ complement mennyiségi meghatározásához a Mancini és mtsai (12) által leírt radial immundiffúziós módszert (48 órás) alkalmaztuk (Immunoplate, Hyland).

5. A statisztikai analízist a Student t-tesztrel és a χ^2 tesztrel végeztük.

Eredmények

A HBAG pos. acut hepatitisek icterikus és posticterikus fázisában, antigen pos. chronikus hepatitisben és hordozókon vizsgált serum immunglobulinok, a C₃ complement mennyiségi meghatározásának eredményeit a 2. és 3. táblázaton foglaltuk össze.

Az antigen pos. acut hepatitis icterikus fázisában az IgA, az IgM és IgG átlagos koncentrációja szignifikánsan nagyobb volt a controlokénál, majd normálissá vált. A C₃ complement kon-

centrációja ellentétesen alakult. E csoportban egy radial immundiffúzióval és immunelectrophoresissel igazolt IgA-hiányos beteg is volt, súlyos körle-folyással. Az immunglobulinok és a C₃ complement koncentrációjának változása és a betegség súlyossága közti összefüggést vizsgálva (4. táblázat) kitűnik, hogy a HBAG pos. acut hepatitis súlyossága független az immunglobulinok koncentrációjának emelkedésétől és a C₃ complement csökkenésétől.

A HBAG pos. chronikus hepatitisben az IgA és IgG koncentráció normális volt, az IgM-é szignifikánsan emelkedett, a C₃ complementét viszont csökkent (2., 3. táblázat). E csoportban is volt egy IgA-hiányos beteg, CPH-ja volt. Megjegyezzük, hogy e betegcsoportban egy antigen pozitív cirrhosis, két cirrhosis felé haladó CAH és egy PBC volt, valamennyi szövettanilag igazolva.

Vizsgálati eredményeik a következők:

	IgA mg/dl	IgM mg/dl	IgG mg/dl	C- mg/dl
controll:	260±29	135±40	1297±355	186±67
G. J. CAH-cirr- hosis	420	366	2190	128
B. G. CAH-cirr- hosis	120	148	2048	178
S. I. cirrhosis	372	203	1300	26
K. A. PBC	452	210	1160	151

A HBAg hordozókban az immunglobulinok és a C₃ complement koncentrációja nem tért el a controlloktól.

Ismeretes, hogy a B lymphocyták immunglobulinokat termelnek és a B sejtvonal fejlődése több helyen is zavart lehet, ezért a B sejt defektusoknak sokféle variációja ismert. Várható, hogy a B sejtek abszolút száma valamelyest tükrözi a szervezet humorális immunválaszt, ezért tartottuk szükségesnek ennek meghatározását.

Az 5. táblázaton látható, hogy a HBAg pos. és neg. acut hepatitis bármelyik fázisában a B lymphocyták abszolút száma a normális szint körül

ingadozik; ez az antigen-hordozókban szignifikánsan kisebb a controllokhöz és a többi csoportokhoz viszonyítva, kivéve az antigen neg. acut hepatitis posticterikus fázisát és az antigen pos. chronikus hepatitiset.

Megbeszélés

A humoralis immunitás vizsgálati eredményeinek értékelésekor megállapíthatjuk, hogy a HBAg pos. acut hepatitisben a B lymphocyták abszolút száma normális. Functiójuk is kifogástalan: az IgA, IgM és IgG koncentrációja emelkedik az icterikus fázisban. Nem volt módunk meghatározni az immunkomplexeket, de az immunglobulinok icterikus fázisban észlelt magasabb koncentrációjának normálissá válása a posticterikus fázisban, és az icterikus fázisban csökkent C₃ complement szint normálissá válása a posticterikusban — az antigenaemia megszűnésével együtt — valószínűleg csak az immunkomplexek képződésével magyarázható. A comával járó acut hepatitis esetünkben mindhárom immunglobulin koncentrációja magas volt, ugyanakkor nagyon alacsony (26 mg/dl) volt a C₃ complement szintje és még a co-

4. táblázat. Az immunglobulinok és C₃ complement változásának és a betegség súlyosságának összehasonlítása a HBAg poz. acut hepatitis icterikus fázisában

Betegség súlyossága	IgA	IgA	IgA	IgM	IgM	IgM	IgG	IgG	IgG	C'3	C'3	C'3
	Emelkedett	Normális, csökkent	Összesen	Emelkedett	Normális, csökkent	Összesen	Emelkedett	Normális, csökkent	Összesen	Emelkedett	Normális, csökkent	Összesen
Súlyos	6*	3	9	5	5	10	4	6	10	2	7	9
Átlagos vagy enyhe	4	6	10	6	4	10	3	7	10	5	4	9
Összesen	10	9	19	11	9	20	7	13	20	7	11	18
Significantia	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS

* Egy IgA hiányos beteg nélkül

5. táblázat. A B-lymphocyták abszolút száma és aránya a betegcsoportokban.

Betegcsoportok	Betegek száma	Átl. érték ± 1SD (sejtek/mm ³) és %-a	Significantia							
			A	B	C	D	E	F		
A Kontroll	15	756±450 31,28±17,1								
B HB Ag poz. acut hep. icterikus fázis	21	636±314 30,48±14,4	NS							
C HB Ag poz. acut hep. posticterikus fázis	14	685±420 25,06±9,58	NS	NS						
D HB Ag neg. acut hep. icterikus fázis	9	666±203 36,45±7,53	NS	NS						
E HB Ag neg. acut hep. posticterikus fázis	9	540±185 28,88±5,08	NS	NS	NS	NS				
F HB Ag poz. chronikus hep.	10	569±235 26,5±11,41	NS	NS	NS	NS	NS	NS		
G HB Ag hordozó	27	478±233 23,63±13,58	P < 0,01	P < 0,05	P < 0,05	F < 0,05		NS		NS

ma alatt megszűnt az antigenaemia. Eredményeink teljesen megfelelnek *Ortona és mtsai* (18) észleléseinek. Megjegyezzük azonban, hogy a betegség súlyossága nem függ össze az immunglobulinok emelkedésével és a C_3 complement csökkenésével.

A *HBAG pos. chronikus hepatitisben* (eseteink négyötöde CPH volt) csak az IgM emelkedett, a C_3 complement csökkent, bár nem olyan magasra, ill. alacsonyra, mint az akut hepatitis icterikus fázisában. Az IgA és IgG szint viszont normális volt, akárcsak a B lymphocyták abszolút száma is. *Nielsen és mtsai* (13) megállapították, hogy a HBAG pos. CPH-ban és CAH-ban az IgM szignifikánsan magasabb, a C_4 complement pedig alacsonyabb, mint az egészséges hordozóké. *Kosmidis és mtsai* (11) a kétféle akut hepatitis icterikus fázisában csökkent, a posticterikusban pedig emelkedett, azután normális C_3 szintet találtak. *Fox és mtsai* (8) szerint akut hepatitisben és masszív máj-necrosisban a C_3 complement szintje mindig a normális 50%-a alatt van. *Pár és mtsai* (19), *Fodor és mtsai* (7) hangsúlyozták, hogy a C_3 szint a CAH-ban alacsony. Termelődése szerintünk nem lehet csökkent, mert a termelő B lymphocyták abszolút száma normális. Minthogy ugyanakkor fokozott az immunglobulin termelés, a HBAG-hez kapcsolódó immunglobulinok a komplexképződés során fokozott mértékben használnak fel complementet és ez okozza az alacsony C_3 szintet. Ez az értelmezés összeegyeztethető *Almeida és mtsai* (4), *Brzosko és mtsai* (5), *Nowoslawski és mtsai* (15, 16) és *Seiichi Furuta és mtsai* (20) pathogenesisre vonatkozó véleményével.

A hordozókban nincs humorális immunválasz a HBAG fertőzéssel szemben: mindhárom immunglobulin koncentrációja normális. *Dietz és mtsai* (6) szerint a hordozókban az IgM nem emelkedett. Vizsgálataink szerint a B lymphocyták száma szignifikánsan kisebb volt minden csoporthoz viszonyítva, valószínűleg azért, mert nem szenzibilizálódtak és nem proliferálódtak. A C_3 complement koncentrációja nem csökkent, ez is arra utal, hogy immunkomplexek nem képződnek. *Seiichi Furuta és mtsai* (20) 28 hordozót vizsgálva a májsejtek felületén a HBAG-t mindig ki tudták mutatni, de sohasem találtak C_3 complement és immunglobulin depositumokat. *Nowoslawski és mtsai* (17) hangsúlyozták, hogy azok a hordozók, akiknek májszövetében immunkomplexek nem találhatók, egészséges hordozóknak tekinthetők.

Összefoglalás. A szerző vírushepatitisekben és HBAG hordozókban humorális immunológiai vizsgálatokat végzett. A HBAG pos. akut hepatitis icterikus fázisában az IgA, IgM és IgG koncentrációja szignifikánsan emelkedett, a posticterikus fázisban majdnem normálisra csökkent. Ezzel ellentétesen változott a C_3 complement koncentrációja. A B lymphocyták abszolút száma normális volt. A HBAG pos. chronikus hepatitisben csak az IgM koncentrációja emelkedett szignifikánsan, a C_3 complementé pedig alacsony volt. A B lymphocyták abszolút száma nem tért el a normálistól. A hordozókban mindhárom immunglobulin és a C_3 complement koncentrációja normális, a B lymphocyták abszolút száma pedig feltűnően alacsony. Mindezekből arra következtetett, hogy a HBAG pos. akut hepatitisben erős, a HBAG pos. chronikus hepatitisben gyengébb, de tartós, a hordozókban pedig nincs humorális immunválasz. Ezek alapján megerősítette, hogy a humorális immunválasz szerepet játszik a HBAG kiküszöbölésében és a májsejt-necrosisban.

Köszönetnyilvánítás

Fiam Béla dr. kandidátusnak és munkatársainak, *Gelencsér Ferenc dr.* főorvosnak, *Pintér Zoltán dr.* főorvosnak és munkatársainak, *Keleti Béla dr.* kandidátusnak (MN Eü. Szolgálat) a klinikai, laboratóriumi és a dokumentációs munkában nyújtott segítségükért hálás köszönetet mondok.

IRODALOM: 1. *Almeida, J. D., Waterson, A. P.*: Lancet. 1969, 2, 983. — 2. *Blumberg, B. S.*: Bull. N. Y. Acad. Med. 1964, 40, 373. — 3. *Blumberg, B. S. és mtsai*: J. Am. Med. Ass. 1965, 191, 541. — 4. *Böyum, A.*: Scand. J. of Clin. Lab. Invest. 1968, 21, suppl. 97, 77. — 5. *Brzosko, W. J. és mtsai*: J. Inf. Dis. 1971, 123, 251. — 6. *Dietz, W. H. és mtsai*: Clin. Exp. Immunol. 1976, 23, 69. — 7. *Fodor O. és mtsai*: Act. Hepatogastroenterol. 1976, 23, 172. — 8. *Fox, H. A. és mtsai*: Gut. 1971, 12, 574. — 9. *Harris, R., Ukaeiyofo, E. O.*: Lancet. 1969, 2, 327. — 10. *Jondal, M. és mtsai*: J. Exp. Med. 1972, 136, 207. — 11. *Kosmidis, J. C. és mtsai*: Clin. Exp. Immunol. 1972, 11, 31. — 12. *Mancini, G. és mtsai*: Immunochem. 1965, 2, 235. — 13. *Nielsen, J. O. és mtsai*: Clin. Exp. Immunol. 1973, 15, 9. — 14. *Novák E. és mtsai*: Transfusio. 1971, 5, 34. — 15. *Nowoslawski, A. és mtsai*: Lancet. 1970, 1, 494. — 16. *Nowoslawski, A. és mtsai*: Lancet. 1971, 1, 598. — 17. *Nowoslawski, A. és mtsai*: Am. J. Med. Sci. 1975, 270, 229. — 18. *Ortona, L. és mtsai*: Gior. Mal. Inf. Paras. 1974, 26, 1327. — 19. *Pár A. és mtsai*: Orv. Hetil. 1975, 116, 1743. — 20. *Seiichi Furuta és mtsai*: Lancet. 1975, 2, 227.

„Az előrehaladás módja: tüstént elkezdni.”

William Feather

Semmelweis Orvostudományi Egyetem,
II. Gyermekklinika
(igazgató: Schuler Dezső dr.)

A jobb oldali aortaív prognosztikai jelentősége

Hartyánszky István dr. és Lozsádi Károly dr.

Az aortaív és a nyaki nagyerek fejlődési rendellenességei viszonylag korán kerültek a sebészek érdeklődési körébe. Miután ezen anomáliák többségének műtéti korrekciója nem igényelt komolyabb felkészültséget, a szívsebészet kezdetét jelentő műtéti megoldások érthetően az aortaív fejlődési rendellenességeivel kapcsolatosak; az első Botallo-ligaturát Gross és Hubbard (10) 1939-ben, az első coarctatio aortae műtéti megoldását Crafoord és Nylín (5) 1944-ben végezték. A szívsebészet további fejlődése egyre bonyolultabb felszerelést igénylő, egyre speciálisabb műtéti megoldásokat eredményezett. Talán ennek tudható be, hogy az aortaív vele született zavarai — a ductus arteriosus persistens és a coarctatio aortae kivéve — viszonylag keveset foglalkoztak. Napjainkig mindössze két olyan összefoglaló mű látott napvilágot (20, 21), amelyek a kérdést érdemben tárgyalják; a jobb oldali aortaív (j. o. a. i.) prognosztikai jelentőségére pedig mindössze Hastreiter és mtsai (12) közleménye tér ki. A szórványos közlések következtében nem meglepő, hogy a j. o. a. i. felismerése — ha egyáltalán észlelésre kerül — csak a diagnosis-nak egy mellékes megállapítása.

A j. o. a. i. jelentőségét az eddig megjelent munkák csak az említett szempontok szerint tárgyalják, azaz annak statisztikai feldolgozásánál, hogy az a különböző congenitalis vitiumokhoz hány százalékban társul, alig jutnak tovább (8, 24). Ha a kérdést azonban úgy tesszük fel, hogy a j. o. a. i.-hez milyen egyéb cardialis anomáliák társulnak, a várható következtetések újabb szempontokat igényelnek e kórforma prognosztikai jelentőségét illetően.

A j. o. a. i. gyakoriságának felmérése retrospectíve nagyon nehéz, miután ennek megállapításához főleg a sectiók leletek állnak rendelkezésre. Előfordulásuk arányát Hastreiter és mtsai (12) a felnőtteken 0,1%-nak gondolják. Abbott (1) 1000 congenitalis vitiumos betegéből 30 (3%-ban) talált

j. o. a. i.-t. Keith (14), Biedermann (3) és Liechty (15) sectiók anyagában a j. o. a. i. 0,04—0,1%-ban fordult elő.

Anyag és módszer

A Semmelweis OTE, II. Gyermekklinika kardiológiai, illetve szívsebészeti osztályán 1962-től 1976. dec. 31-ig végzett 1715 haemodynamikai vizsgálatból 116 (6,7%) esetben fordult elő j. o. a. i.

A 116 beteget három csoportba osztottuk:

A) Az első csoportba 22 beteget soroltunk, akiknél a j. o. a. i.-hez olyan nyaki nagyér-anomáliák társultak, melyek *vascularis gyűrűt* hoztak létre. Ezek közül 14 esetben a j. o. a. i. mellett megmaradt a bal oldali aortaív is, valódi kettős aortaívet alkotva. A maradék 8 esetben a j. o. a. i. mellett az aorta descendensből eredő bal oldali aberrans a. subclavia, valamint a bal oldali Botallo-köteg alkotta az érgyűrűt. Ezen ér-anomáliák közül a súlyos stridor és dysphagia miatt 18 beteg került műtetre. Az 1970 előtt diagnosztizált 4 eset műtéti megoldásban nem részesült. E csoport 22 betege között sem a kivizsgálás, sem a műtét, sem pedig a sectio során társuló congenitalis vitiumot nem találtunk.

B) A második csoportba 92 beteg került, ezeknél a j. o. a. i.-hez minden esetben congenitalis vitium társult (Táblázat). 89 esetben a nyaki nagyerek „tü-

A) csoport

Kettős aortaív	22	19,0%
----------------	----	-------

B) csoport

Fallot tetralógia	58	50,0
Nagyértranspositio + VSD	11	9,5
Isolált VSD	9	7,8
Corrigált nagyértranspositio + VSD	1	0,9
Truncus arteriosus	5	4,3
Tricuspidalis atresia + VSD	4	3,4
Dextrocardia + VSD	4	3,4

C) csoport

Situs inversus totalis	2	1,7
------------------------	---	-----

Összesen:	116	100,0%
-----------	-----	--------

(VSD = Defectus septi ventriculorum)

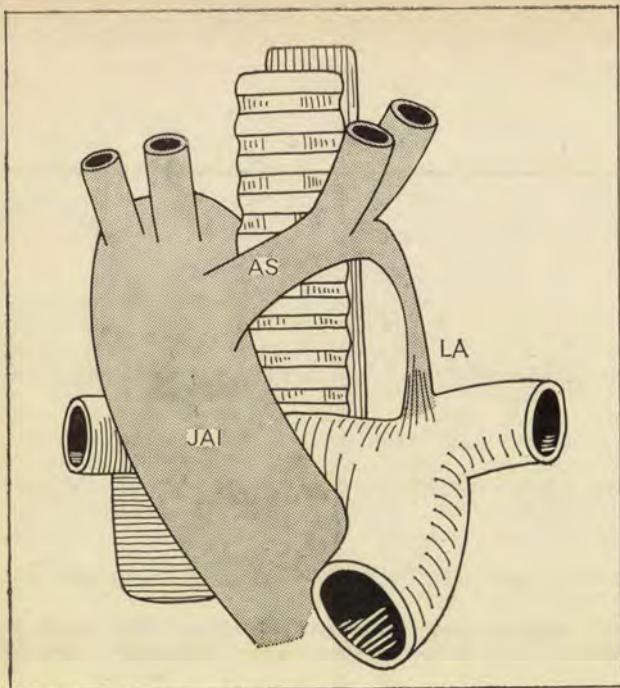
körkép” eredést mutattak, 3 esetben a bal oldali aberrans a. subclavia az aorta descendensből eredt. Érgyűrűt, illetve arra utaló klinikai tüneteket (dysphagia, stridor) egy esetben sem észleltünk.

C) A harmadik csoportba 2 beteget soroltunk, akikben a j. o. a. i. situs inversus totalis résztüneteként jelentkezett; ezzel a két esettel a továbbiakban nem foglalkozunk.

Megbeszélés

Az emberi szervezetben normálisan egy aortaív található, amely a bal főhőrgön hajlik át és a gerinc bal oldalán descendál. Az aortának ettől eltérő lefutását és a belőle induló nyaki nagyerek atypusos eredését kórosnak kell tekintenünk (11).

J. o. a. i.-ről akkor beszélünk, ha az aorta ascendens a jobb oldalra hajló arcusba, illetve a gerinc jobb oldalán haladó descendensbe folytatódik (1. ábra). Úgy jön létre, hogy az ébrényi életben a negyedik primitív aortaív-párból nem a jobb oldali, hanem a bal oldali fejlődik vissza. Ha mindkét aortaív megmarad, akkor az esetek 75—80

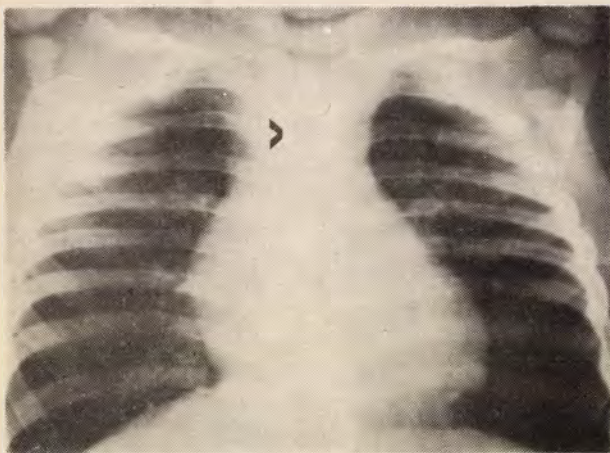


1. ábra: Jobb oldali aortaív sémás rajza
 JAI – jobb oldali aortaív
 AS – a. anonyma sin.
 LA – ligamentum arteriosum

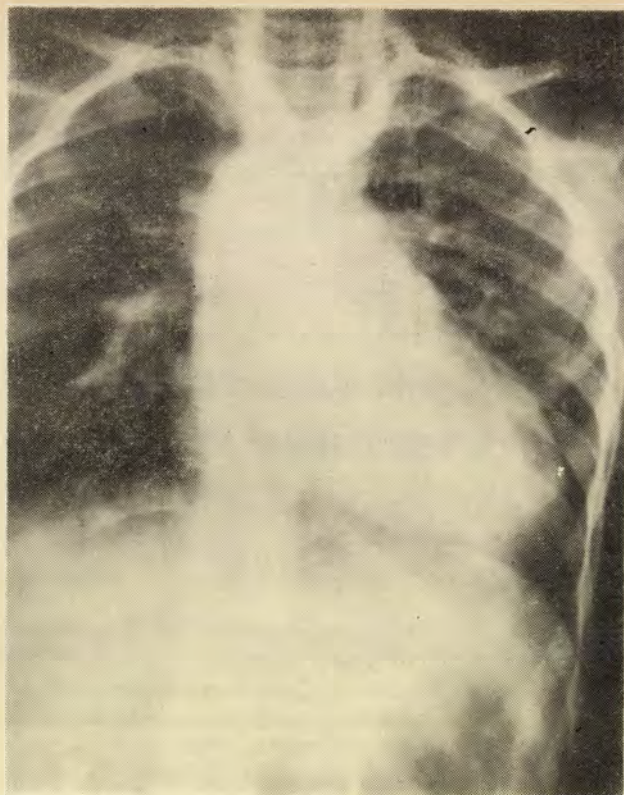
százalékában az aorta bal oldalon descendal (20).

A j. o. a. i. diagnosztizálása könnyű (17). Az a-p. készült mellkasfelvételen felvetődik a gyanúja, ha a középpárnyék bal felső részén hiányzik az aorta arcus, illetve descendens, és a középpárnyék jobb felső része kiszélesedett; ez utóbbi annak a következménye, hogy a jobb oldalon futó aorta jobbra dislocalja a szélalkotó vena cava superiorit. Az a-p. oesophagogrammon a nyelőcső balra helyezett, és azon jobb oldalon felül az arcus benyomatot okoz (2. A ábra). A diagnosis selectív angio- és aortographia segítségével egyértelművé válik (2. B ábra).

Az aorta ascendens jobb oldali aortaívbe vagy kettős aortaívbe történő folytatódásának, il-



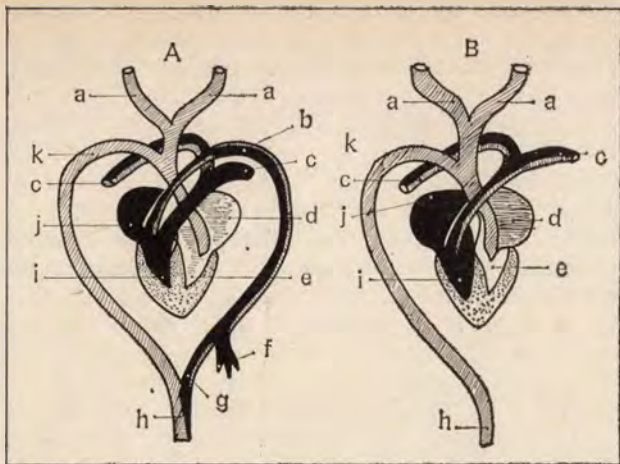
2. ábra: A) a-p. oesophagogramm jobb oldali aortaív esetén. A középpárnyék jobbra kiszélesedett, az aorta az oesophagus jobb oldalán benyomatot ad (nyílhegy)



B) a-p. aortographia jobb oldali aortaív esetén

letve vitiumokkal való társulásának pontos okára magyarázatunk nincs. Ezen anomaliák kialakulásának megértéséhez leginkább a törzsfejlődés nyújt segítséget. Ha a filogenezis során nyomon követjük a szív és az érrendszer fejlődését, ott a szimmetriára való törekvést észleljük. A tüdős halakig (Dipnousok) bezárólag a szív két üregből áll: a szervezetből érkező vér fogadását a pitvar, a vér továbbítását pedig a pitvar folytatását képező kamra végzi. Az egyetlen kamrából egy nagyér lép ki, amelyből a hat primitív aortaív-pár ered, hogy azok — a kopoltyúkon áthaladva — a dorsalis aortában egyesüljenek. A szimmetria felbomlása a tüdőlégzés megjelenésével indul el. Elkülönül a két vérkör, amely a pitvari és kamrai sövény kialakulásával válik teljessé; ezzel párhuzamosan megindul az aortaívek differenciálódása is. Kialakul az a. pulmonalis rendszere, valamint az egyik aortaív visszafejlődik.

A filogenezisben határkövet jelentenek a hüllők és a madarak. A krokodil az első species, amelyben a septum maradéktalanul elválasztja a két kamrát egymástól, itt azonban két aortát találunk. A bal kamrából eredő, arteriális vért szállító aorta jobb oldali ívbe folytatódik, míg a jobb kamrából induló, vénás vért szállító aorta ketté oszlik: az egyik ága az a. pulmonalist, a másik az aorta bal oldali ívét alkotja. Ezen utóbbi ér fejletlenebb a jobb oldalánál, és a jobb oldali ível — az abból eredő nyaki nagyerek leágazása után — dorsalisán egyesül; így a caudalis testfél kevert vért kap. A madarak keringése gyakorlatilag megegyezik az emlősök keringésével, a különbség csupán annyi, hogy az aorta mindig jobb oldali ívet képez (3. ábra).



3. ábra: Krokodil (A) és madár (B) keringésének sémás rajza (Ábrahám után²⁾
 a) art. carot. comm., b) bal oldali aortaív, c) art. pulm., d) b. pitvar, e) b. kamra, f) art. mesent., g) összekötőág, h) aorta desc., i) j. kamra, j) j. pitvar, k) jobb oldali aortaív

Ha a filogenezist ilyen szemszögből tanulmányozzuk, akkor a következőket tételezhetjük fel: 1. a törzsfajlás kezdetén az egyetlen kamrából kiáramló vér a kétoldali aortaívben egyenlően oszlik el. A kamrai septum megjelenésével két kamra alakul ki, és az említett áramlási viszonyok megváltoznak, miután a kamrából kiáramló vérnek kedvezőbb az ellenoldali aortaív felé kerülni tovább; azaz, a bal kamra jobb oldali, a jobb kamra bal oldali aortaívbe, illetve a pulmonalisba folytatódik (l. krokodil, madarak). Ez a tendencia az emlősöknél megváltozik és így alakul ki normálisan a bal kamrához társuló bal oldali aortaív; 2. ennek értelmében, az emberi szervezetben észlelt jobb oldali, illetve kettős aortaív nem más, mint az aorta differenciálódásának alacsonyabb törzsfajlás szinten történő megállása.

Ha emberben a j. o. a. i. mellett a bal oldali aortaív valamilyen formában megmarad, vascularis gyűrű jön létre. Ilyen esetben a kamrai septum mindig intakt (l. krokodil). Ha azonban a j. o. a. i. izoláltan alakul ki, ahhoz minden esetben kamrai septum defectus társul. Ez utóbbi a truncus olyan forgási rendellenességének fogható fel, ahol a bulbos cordis nem tudja completálni a kamrai septumot.

Az irodalomban néhány olyan esetet is közöltek, ahol a kettős aortaív congenitalis vitiummal társult (4, 12, 13, 21). Saját anyagunkban, ami az irodalomban eddig közölt legtöbb ilyen esetet tartalmazza, kettős aortaív és vitium együttes előfordulását nem észleltük. 3 vitiumos betegünkben a j. o. a. i.-ből a bal oldali a. subclavia rendellenesen eredt, de valódi érgyűrű nem alakult ki; ennek megfelelően a szokásos stridor és dysphagia fel sem lépett. 8 hasonló ér-anomaliás betegünkben — ahol vitium nem társult — az aberrans bal oldali a. subclavia valódi érgyűrűt alkotott; ezen esetek műtéti megoldást is igényeltek. Shuford (20), illetve Steward (21) anyagában az utóbbi ér-anomaliákhoz 8 esetből 4-hez, illetve 15 eset-

ből 6-hoz társult vitium; stridor és dysphagia azonban egyetlen esetben sem jelentkezett.

Vizsgált betegeinkben a j. o. a. i.-hez társuló vitiumok 50%-a (58 eset) Fallot típusú anomaliának bizonyult. Ennek alapján, ha a j. o. a. i. diagnosztizálása után ki tudjuk zárni a vascularis gyűrű jelenlétét, elsősorban Fallot típusú vitiumra kell gondolnunk. Miután az irodalomban ilyen jellegű osztályozás — hogy a j. o. a. i.-hez a különböző vitiumok milyen arányban társulnak — még nem történt, adatainkhoz összehasonlítási alap nincs. A Fallot-IV.-ban a j. o. a. i. társulásának gyakorisága egyébként közismert, az 13–34%-ban fordul elő (8, 12, 18).

A társuló vitiumok között 11 esetben észleltünk nagyér-transposíciót. Kamrai sővényhiány minden esetben jelen volt, amihez 7 esetben pulmonalis stenosis is társult. Keith (14) és Elliot (7) hasonló eredményeket közölt: betegek közül nagyér-transposícióban 4–5%-ban találtak j. o. a. i.-t, amikhez mindig társult kamrai septum defectus és pulmonalis stenosis is.

Corrigált nagyér-transposíció j. o. a. i.-vel való társulása irodalmi ritkaságnak számít; az irodalomban eddig két esetet közöltek (16, 12). Magunk Ivemark-syndroma résztüneteként egy esetben találtunk j. o. a. i.-t, ahol a corrigált nagyér-transposíció kamrai septum defectussal és valvularis pulmonalis stenosisal társult.

Izolált kamrai septum defectust 9 esetben észleltünk. Wood (25) azon megfigyeléseit, hogy a kamrai septum defectushoz társuló j. o. a. i. és a pulmonalis hypertonia súlyossága között összefüggés lenne, saját anyagunk alapján nem tudtuk megerősíteni. Cáfolja ezt Seizer és Laqueur (22) is, akik 35. Eisenmenger-kóros betegük közül csak 1 esetben észleltek j. o. a. i.-t.

Öt truncus arteriosusban significans összefüggést a j. o. a. i. jelenléte és az anatómiai típusok között nem találtunk.

A 4 tricuspidalis atresia közül egyhez nagyér-transposíció társult, a másik három esetben hypoplasiás jobb kamra kiáramlási pályát és a pulmonalist találtunk.

Két situs inversus totalis esetén vitium vagy vascularis gyűrű előfordulását nem észleltük.

A 4 dextrocardiás esetünk közül háromban a nagyerek normálisan eredtek; mindegyikhez kamrai septum defectus, egyhez pulmonalis stenosis társult. A negyedik esetben a nagyerek transponált eredését, kamrai és pitvari septum defectust és ductus Botalli persistenst észleltünk.

Az irodalmi adatokkal megegyezően saját vizsgálataink is arra utalnak, hogy a j. o. a. i.-hez vele született mitralis vitium, aorta stenosis, hypoplasiás bal szívfél, pitvari septum defectus, tüdővéna-transposíció, illetve valvularis pulmonalis stenosis izoláltan nem társul.

Eseteinkből az alábbi következtetéseket vonhatjuk le:

1. j. o. a. i.-hez vagy congenitalis vitium, vagy súlyos stridorosus, illetve dysphagiás panaszokat okozó vascularis gyűrű társul. Ezek együttes előfordulását anyagunkban nem észleltük;

2. a j. o. a. i.-hez társuló vitiumok között a kamrai sövényhiány minden esetben megtalálható;
3. a társuló vitiumok között egy esetben sem észleltünk izolált pulmonalis stenosiszt, pitvari sövényhiányt, tüdővena-transpositiót, mitralis vitiumot, aorta stenosiszt vagy hypoplasziás bal szívfelet;
4. kettős aortaív esetén, az irodalmi adatokkal szemben, ahol az aorta descendens az esetek 75–80⁰/₀-ában bal oldalon helyezkedett el, anyagunk 90⁰/₀-ában az aorta jobb oldalon descendált;
5. 116 esetünk kapcsán kimondhatjuk, hogy a j. o. a. i. minden esetben kóros, tehát felismerése esetén mindig gondolni kell vascularis gyűrű vagy congenitalis vitium fennállására.

Összefoglalás. Szerzők 1715 csecsemő és gyermek haemodynamikai vizsgálata során 116 esetben észleltek jobb oldali aortaívet. Ehhez 22 esetben nyaki nagyér-anomalia (vascularis gyűrű), 92 esetben congenitalis vitium, 2 esetben situs inversus totalis társult. Anyagukban vascularis gyűrű és congenitalis vitium együttesen nem fordult elő. A társvitiumok között minden esetben találtak kamrai septum defectust. Mindezek alapján arra a konklúzióra jutottak, hogy a jobb oldali aortaív — a situs inversus totalist kivéve — minden esetben kóros, annak jelenléte egyéb congenitalis anomalia (vagy vascularis gyűrű vagy vitium) fennállására utal.

IRODALOM: 1. Abbot, M.: Atlas of Congenital Cardiac Disease. New York. American Heart Association, 1936. — 2. Ábrahám A.: Összehasonlító állat-

szervezetten. Bp. Tankönyvkiadó, 1964. — 3. Biedermann, F.: Fortschr. Röntgenstrahl. 1931, 43, 168. — 4. Blalock, A., Bahinson, H. T.: Ann. Roy. Coll. Surg. Engl. 1948, 3, 57. — 5. Crafoord, G., Nylin, G.: J. Thorac. Surg. 1945, 14, 347. — 6. D'Cruz, I. A. és mtsai: Brit. Heart J. 1966, 28, 725. — 7. Elliot, L. P. és mtsai: Circulation. 1963, 27, 1105. — 8. Fono R., Littman I.: A szív és nagyerek veleszületett fejlődési rendellenességei. Bp. Művelt Nép Tudományos és Ismeretterjesztő Kiadó, 1955. — 9. Gould, S. E.: Pathology of the Heart. Chic., Illinois, C. C. Thomas, Springfield, 1953. — 10. Gross, R. E., Hubbord, J. P.: J. Amer. med. Assoc. 1939, 112, 729. — 11. Hartyánszky I., Lozsádi K.: Orv. Hetil. (közlés alatt). — 12. Hastreiter, A. R., D'Cruz, I. A., Cantez, T.: Brit. Heart J. 1966, 28, 722. — 13. Higashimo, M., Ruttenberg, H. D.: Brit. Heart J. 1968, 30, 579. — 14. Keith, J. D., Rowe, R. D., Vlad, P.: Heart Disease in Infancy and Childhood. New York. Macmillan, 1958. — 15. Liechty, J. D., Shields, T. W., Anson, B. J.: Quart. Bull. Northw. Univ. med. Sch. 1957, 31, 136. — 16. Lochte, J.: Beitr. path. Anat. 1898, 24, 187. — 17. Moss, A. J., Adams, F. H.: Heart disease in Infants, Children and Adolescents. New York, Williams and Wilkins, 1968. — 18. Nadas, A. S.: Pediatric Cardiology. Philadelphia and London, Saunders Co., 1963. — 19. Shuford, W. H., Sybers, R. G., Edwards, F. K.: Am. J. Roentg. 1970, 67, 109. — 20. Shuford, W. H., Sybers, R. G.: The Aortic Arch and Its Malformations. Chic., Illinois, C. C. Thomas, Springfield, 1974. — 21. Steward, J. R. és mtsai: An Atlas of Vascular Rings and Related Malformations of the Aortic Arch System. Chic., Illinois, C. C. Thomas, Springfield, 1964. — 22. Seizer, A., Laqueuer, G. L.: Arch. intern. Med. 1951, 87, 218. — 23. Törő I., Csaba Gy.: Az ember normális és patológiás fejlődése. Bp., Akadémiai Kiadó, 1964. — 24. Watson, H.: Paediatric Cardiology. London, Lloyd—Luke Ltd., 1968. — 25. Wood, P.: Brit. Med. J. 1958, 2, 701.

Rövid határidővel, olcsón, szakszerűen vállaljuk

a ROVAROK és RÁGCSÁLÓK irtását

Szerződés esetén árengedmény!

„AGROSZER” Önálló Közös Vállalkozás. (Rovarirtó részlege)

Budapest XIV., Lumumba u. 209.

Telefon: 630-985.



Semmelweis Orvostudományi Egyetem,
 II. Szemklinika
 (igazgató: Németh Béla dr.),
 Róbert Károly körúti Kórház,
 II. Belgyógyászati Osztály
 (főorvos: Braun Pál dr.)

Carotis-keringészavarok okozta szembetegségekről és azok eredetének non invasiv kimutatásáról

Imre György dr., Meskó Éva dr.,
 Salacz György dr. és Bögi Júlia dr.

Ismeretes, hogy a carotis interna elzáródása gyakran tünetmentes, vagy csupán látászavarokat, illetve szembetegségeket okoz. A carotis oclusio következtében kialakuló látászavarokat és szembetegségeket nagyobb beteganyag alapján pl. *Hollenhorst* (7) és *Graziano* (5), hazai szerzők közül pedig *Boros* (2) ismertette.

A carotis oclusio súlyosabb szemészeti következményei, a jellegzetes átmeneti látászavarok, az amaurosis fugax mellett, a tractus opticus károsodásából eredő homonym hemianopia, a látóideg fő rossz vérellátásából eredő elülső ischaemiás opticus neuropathia és a retina rossz vérellátásának következményeként az arteria centralis retinae elzáródása.

A szemorvosok rendelkezésére áll egy vizsgálómódszer az a. ophthalmica vérnyomásának mérésére, tehát a carotis interna keringészavarainak vizsgálatára és ez az ophthalmodynamometria (ODM). Ha e vizsgálat szerint az a. ophthalmica középnyomása kifejezetten csökkent, ez a carotis interna szűkületre vagy elzáródására utal, de kifejezetten csökkent az a. ophthalmica középnyomása akkor is, ha a szűkület a carotis communisban vagy magában az a. ophthalmicában van. A szűkület vagy az elzáródás pontosabb non invasiv lokalizálása érdekében az ODM-t más vizsgálómódszerekkel kell kiegészíteni. Erre alkalmas pl. az UH Doppler-technika.

Carotis-elzáródások kimutatására Doppler-elv alapján működő ultrahangos áramlásvizsgáló készüléket hazánkban elsőnek *Csengödy* és *Jámbor* (4) alkalmazták és ismertették az ezzel kapcsolatos

irodalmi adatokat. A carotis externa a. temporalis superficialisának ága anasztomizál a carotis interna rendszeréhez tartozó a. supraorbitalissal. Ezért normális körülmények között az a. temporalis superficialis leszorításakor UH Doppler-vizsgálattal kimutathatóan erősödik az áramlás az a. supraorbitalisban, de jelentősen csökken a carotis interna elzáródásának eseteiben. Carotis-elzáródásra utalnak a carotis-görbék formai elváltozásai is.

Jelen munkában beszámolunk az ODM és az UH Doppler-technika együttes alkalmazásával elért eredményeinkről.

Beteganyag és módszerek

Összesen 70 beteget vizsgáltunk, közülük 34 szembeteget, akiken fennállott a carotis-elzáródás vagy szűkület lehetősége. E szembetegek diagnózis szerinti csoportosítását az 1. táblázatban tüntettük fel.

1. táblázat.

Elülső ischaemiás opticus neuropathia (2 éves beteganyagban.) A betegség egy ízben kétoldali volt	7 beteg
Az a. centralis retinae törzsének vagy valamelyik ágának elzáródása (2 éves beteganyagban)	25 beteg
Rubeosis iridis, ezt okozó más szembetegség jelei nélkül	2 beteg

A többi 36 betegen már előzetesen történt percutan carotis angiographia. E betegek diagnózis szerinti csoportosítása a 2. táblázatban látható.

2. táblázat.

Carotis interna oclusio	3 beteg
Carotis interna stenosis	15 beteg
Carotis insufficientia de negatív angiographia	13 beteg
Carotis stenosis miatt operált	5 beteg

Az ODM minden betegen megtörtént és ezt a vizsgálatot *Weigelin* és *Lobstein* (11) szerint végeztük. Az UH Doppler-vizsgálatra 803-as típusú Doppler-áramlásmérőt alkalmaztunk és a betegek többségén ez a vizsgálat is megtörtént. Minden alkalommal az a. supraorbitalis görbét és a carotis görbét is regisztráltuk.

Azoknak a szembetegeknek többségén, akiken az ODM és az UH Doppler-vizsgálat carotis elzáródásra vagy szűkületre utalt, angiographiás vizsgálatok is történtek. Az angiographiás vizsgálatokat részben a Semmelweis OTE Radiológiai Klinikáján (*Kenéz József* dr.), részben az Országos Idegsebészeti Tudományos Intézetben (*Vajda János* dr.), illetve az Országos Érsebészeti Intézetben (*Pénztáros Iván* dr.) végezték, melyért ezúton is köszönetünket fejezzük ki.

Eredmények

A 3. táblázatban tüntettük fel azoknak a szembetegeknek a vizsgálati eredményeit, akiken ODM-val az a. ophthalmica középnyomását kifejezetten csökkentnek találtuk.

A 4. táblázatban tüntettük fel annak a 18 betegnek vizsgálati adatait, akiken az előzetesen történt percutan carotis angiographia carotis oclusiót vagy stenosiszt mutatott ki,

3. táblázat.

Diagnózis	ODM: P _m ophth. eltérése Hgmm- ben	UH-Dop- pler viz- gálat	Percutan carotis angiographia
Elülső ischaemiás opticus neuropathia (7 beteg, 8 szem)	1. -16	poz.	carotis interna stenosis
	2. -31	poz.	-
	3. 54	poz.	carotis interna occlusio
	4. l. d. -56	poz.	carotis communis occlusio
	l. s. -41	poz.	carotis interna occlusio*
Occlusio a. centralis retinae (25 beteg)	1. -42	poz.	carotis interna occlusio
	2. -23	poz.	-
	3. -23	poz.	-
Rubeosis iridis (2 beteg)	1. -79	-	carotis interna occlusio
	2. -46	-	-

* = aortaív-angiographia

Azon a 13 betegen, akiken a carotis insufficiencia tünetei miatt történt angiographia negatív volt, az UH Doppler-vizsgálat is minden esetben negatív eredményt adott. ODM-val a 13 beteg közül 8-ban találtunk normális értékeket, de 5 betegen és közülük kettőben mindkét oldalon az a. ophthalmica diastolés nyomása átlagosan $18,5 \pm 5,6$ Hgmm-rel fokozott volt. Az a. ophthalmica középnyomása ugyanakkor alig tért el a normálistól.

A carotis stenosis miatt sikeresen operált 5 betegen is enyhén fokozott volt az a. ophthalmica diastolés nyomása.

Megbeszélés

A 34 szembeteg közül 9 beteg 10 szemén mérve találtuk kifejezetten alacsonyabbnak az a. oph-

4. táblázat.

	Percutan carotis- angiographia	ODM: P _m ophth. eltérése Hgmm-ben	UH- doppler- vizsgálat
1.	Carotis interna occlusio	-56	pozitív
2.		-53	pozitív
3.		negatív	negatív
4.	Carotis interna stenosis	-17	pozitív
5.		-20	pozitív
6.		-25	pozitív
7.		-20	pozitív
8.		-15	pozitív
9.		-15	pozitív
10.		-17	pozitív
11.		-20	pozitív
12.		-14	pozitív
13.		negatív	pozitív
14.		negatív	pozitív
15.		negatív	negatív
16.		negatív	negatív
17.		negatív	negatív
18.		negatív	negatív

thalmica középnyomását és az UH Doppler-vizsgálat, melyet 8 esetben végeztünk el, szintén carotis-szűkületre vagy -elzáródásra utalt. 6 betegen történt angiographiás vizsgálat és ez mindegyik esetben igazolta a non invasiv módszerekkel megállapított diagnózist.

Az angiographiával igazolt carotis occlusiók összesen 8 esete (3. és 4. táblázat) közül egy betegen az ODM és az UH Doppler-vizsgálat egyaránt negatív eredményt adott. Ennek a betegnek egyébként nem volt szembetegsége, még amaurosis fugaxa sem volt soha. Valószínűnek látszik, hogy ebben az esetben nem az azonos oldali carotis externa felől az a. ophthalmicán át, hanem elsősorban a circulus arteriosus Willisii keresztül alakult ki a kollaterális keringés. Ezért nem változott meg a keringés iránya az a. ophthalmicában és ezért nem csökkent értékelhetően az a. ophthalmica nyomása. Ez az eset megerősíti *Bettelheim* (1) megállapítását, hogy az ODM negatív lehet és csak az ophthalmodynamographia adhat pozitív eredményt, ha a kollaterális keringés nem a carotis externa felől alakul ki.

Ha viszont a kollaterális keringés nem a carotis externa felől alakul ki, nem csökken kifejezetten az a. ophthalmica vényomása és a carotis occlusio nem okoz szembetegségeket, kivéve az a. centralis retinae igazi embolus okozta elzáródását. Látászavarokat azonban ilyenkor is okozhat a carotis-elzáródás az agyi keringés zavara következtében. Egy ilyen beteget *Brooser és mtsai* (3) is ismertettek. Betegük kétoldali látópálya károsodását carotis stenosis okozta, de az ODM szerint normális volt az a. ophthalmica nyomása.

Az ODM és az UH Doppler-vizsgálat tehát azokon a betegeken adhat biztosan pozitív eredményt, akiken a carotis occlusio szembetegségekhöz vezetett.

Az egyik ilyen szembetegség az elülső ischaemiás opticus neuropathia. Ez a betegség arteriosclerosis vagy gyakran óriássejtes arteriitis következménye, de leírtak már carotis-elzáródás okozta eseteket is (6). Jelenlegi vizsgálataink szerint az elülső ischaemiás opticus neuropathiának meglehetősen gyakran lehet oka a carotis interna elzáródása, esetleg szűkülete (3. táblázat).

Az a. centralis retinae occlusióját is okozhatja carotis-elzáródás vagy -szűkület, de beteganyagunkban ez csak ritkán fordult elő (3. táblázat).

Rubeosis iridis (érűjdonképződések az iris felszínén) ritkán látható egyébként ép szemben. Két ilyen betegünk közül az első már részletesen közöltük (9). Ebben a betegben az ODM és az angiographia igazolta a carotis interna elzáródását. Második betegünk egy 67 éves nő volt, aki a jobb szemén fellépett amaurosis fugax miatt jelentkezett. Akkor mindkét szeme ép volt, csak a jobb szemén mértünk kifejezetten alacsony, mindössze 9 Hgmm-es szemnyomást. Az ODM carotis occlusióra utalt, de az angiographia nem volt elvégezhető. Egy hónappal később már kifejezett iris rubeosisa volt. Az amaurosis fugax, a szem hypotóniája és az ODM alapján ebben az esetben is nagyon valószínű volt a carotis interna elzáródása. Hasonló egyes eseteket a mi közölt betegünkön

kívül is közöltek már, *Makabe* (10) pedig 5 ilyen beteget ismertett.

Véleményünk szerint carotis occlusiók után fellépő iris rubeosis oka a rossz vérellátás, tehát hypoxia miatt a szem szöveteiben túlsúlyra jutó anaerob glycolysis. Előző vizsgálataink szerint az emiatt fokozódó laktátkoncentráció az érújdokép-ződések legfontosabb feltétele. Iris rubeosis ese-teiben pl. szignifikánsan magasabb a csarnokvíz laktátkoncentrációja és ez váltja ki az érújdokép-ződéseket az iris felszínén. A csarnokvíz perc-térfogatának csökkenése pedig elősegíti a csarnok-víz laktátkoncentrációjának fokozódását (8). A csarnokvíz perctérfogata carotis occlusio követke-ztében is csökkenhet, amit bizonyít, hogy hypoto-niás lehet ilyenkor a szem, pl. az egyik betegünk iris rubeosisos szemén kifejezetten alacsony szem-nyomást mértünk, a másik ilyen betegen a csök- kent csarnokvíztermelést tonographiás vizsgálat igazolta.

Carotis occlusio eseteiben tehát a szem hypo-toniája kedvez a rubeosis iridis kialakulásának, az a. centralis retinae occlusióját és az elülső isch- aemiás opticus neuropathiát viszont a normális szemnyomás látszik elősegíteni.

A 4. táblázatból látható, hogy az angiogra- phiával igazolt carotis stenosisos betegeink több- ségén az ODM és az UH Doppler-vizsgálat pozitív volt, de carotis stenosisok kimutatásában a Dopp- ler-vizsgálat az ODM-nál érzékenyebb módszernek látszik.

Abban az 5 betegen, akiken a carotis insuf- ficientia miatt elvégzett angiographia negatív eredményt adott és az ODM szerint az a. oph- thalmica diastolés nyomása fokozott volt, de a kö- zépnomás alig tért el a normálistól, a carotis in- terna nem szűkülettel, hanem inkább tágulattal járó arteriosclerosisra valószínű. Ilyen értékeket nem kaphatunk a carotis interna területén fellépő perifériás érszűkület eseteiben, mert ilyenkor *Weigelin* és *Lobstein* (11) adatai szerint elsősorban az a. ophthalmica középnomása fokozódik.

Az ODM és a Doppler-vizsgálat egyszer sem utalt carotis-szűkületre abban a 13 esetben, me- lyekben az angiographia negatív volt, de a carotis stenosis miatt operált betegeken sem, igazolva egyúttal a műtét sikerét is ezekben.

Az ODM és az UH Doppler-vizsgálat tehát egyetlen esetben sem adott ál-pozitív értékeket, azokban a betegeken viszont, akikben e vizsgá- latok carotis-szűkületet vagy -elzáródást mutattak ki, ezek angiographiával igazolódtak. Vélemé- nyünk szerint, ha az ODM és a Doppler-vizsgálat egyaránt pozitív és a beteg általános állapota miatt műtéti megoldás nem jöhet szóba, nincsen szükség angiographiás vizsgálatra. A diagnózis ugyanis e non invasiv vizsgálómódszerek alapján angiographia nélkül is biztosnak tekinthető. Vizs- gálómódszerünk más módszerekkel, pl. ophthal- modynamographiával való további kombinációja pedig tovább csökkentheti az ál-negatív eredmé- nyeket, melyek jelenleg is 24 angiographiával is vizsgált beteg közül csak 5-ben, az esetek 20,8%-ában fordultak elő.

Összefoglalás. Carotis occlusio következtében kialakuló elülső ischaemiás opticus neuropathia, occlusio a. centralis retinae és egyébként ép sze- men kifejlődő rubeosis iridis közvetlen oka az a. ophthalmica csökkent nyomása. Az első két szem- betegséget a normális szemnyomás, a harmadikat a csökkent csarnokvíztermelés látszik elősegíteni. Ilyen betegeken ophthalmodynamographia és UH Doppler-vizsgálat segítségével nagy biztonsággal diagnosztizálható a carotis-elzáródás. E non inva- siv vizsgálatok pozitív eredményét az angiographia minden esetben igazolta. Szerzők véleménye sze- rint, ha az ODM és a Doppler-vizsgálat egyaránt pozitív és a beteg általános állapota miatt műtét nem jöhet szóba, angiographiára nincsen szükség.

IRODALOM: 1. *Bettelheim, H.*: Nervenarzt. 1966, 37, 224. — 2. *Boros B.*: Orv. Hetil. 1967, 108, 1925. — 3. *Brooser G., Dénes I., Kékes E., Horányi P.*: Sze- mészet. 1971, 108, 274. — 4. *Csengödy J., Jámbor Gy.*: Orvosképzés. 1973, 48, 441. — 5. *Graziano, F. M.*: Ann. Oftal. 1965, 12, 1161. — 6. *Hayreh, S. S.*: Anterior ischemic optic neuropathy. Springer, Berlin—Heidel- berg—New York, 1975. — 7. *Hollenhorst, H. W.*: Med. Clin. N. Amer. 1960, 44, 897. — 8. *Imre G.*: Albrecht v. Graefe's Arch. Ophthalm. 1977, 201, 263. — 9. *Imre Gy. Betkó J.*: Orv. Hetil. 1968, 109, 2275. — 10. *Maka- be, R.*: Klin. Mbl. Augenheilk. 1974, 164, 700. — 11. *Weigelin, E., Lobstein, A.*: Ophthalmodynamometrie. Karger, Basel—New York, 1962.

MEGRENDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett

az ORVOSI HETILAP-ot

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

PH

1353



A THERMOFLUX automata
kézszáritó készülék
kiválóan alkalmas
kórházakban és orvosi
rendelőintézetekben,
ahol egyéni rendeltetésű
törülköző nem alkalmazható
higiénikus kézszáritás
céljára. Működése teljesen
automatikus: sem be-
sem kikapcsolni nem kell.



Gyártja:

IPARI MŰSZERGYÁR, IKLAD

2170 Aszód Pf: 2. Telefon: Aszód 60.

Forgalomba hozza: **RAVILL KERESKEDELMI VÁLLALAT**



**ÉS A VIDÉKI VAS- ÉS MŰSZAKI
KERESKEDELMI VÁLLALATOK**

Orvostovábbképző Intézet,
I. Sebészeti Klinika
(igazgató: Littmann Imre dr.)

Myocardialis infarctust és bal kamrai aneurysmát utánzó pericardialis tályog

Tomcsányi István dr., Lónyai Tihomér dr.,
Berentey Ernő dr. és Világi Gyula dr.

A pericardium betegségei miatt végzett sebészi beavatkozások száma az egyéb szív-műtétek számához viszonyítva csekély, különösen ritka a pericardialis tályog előfordulása. Olyan pericardialis tályog leírásával, amely myocardialis infarctus és következményes bal kamrai aneurysma klinikai képét megtévesztően utánozta volna, az irodalomban nem találoztunk. Ma már közismert, hogy szív-műtét nem végezhető részletes haemodinamikai kivizsgálás nélkül. Az utóbbi időben ebbe már beleértjük indokolt esetben a selectiv coronarographiát is, melynek egyik indicatiója a szíven kívüli elváltozások extracardialis eredetének bizonyítása. Ezen tény illusztrálása és az eset ritkasága miatt tartjuk betegünk kórtörténetét közlésre érdemesnek.

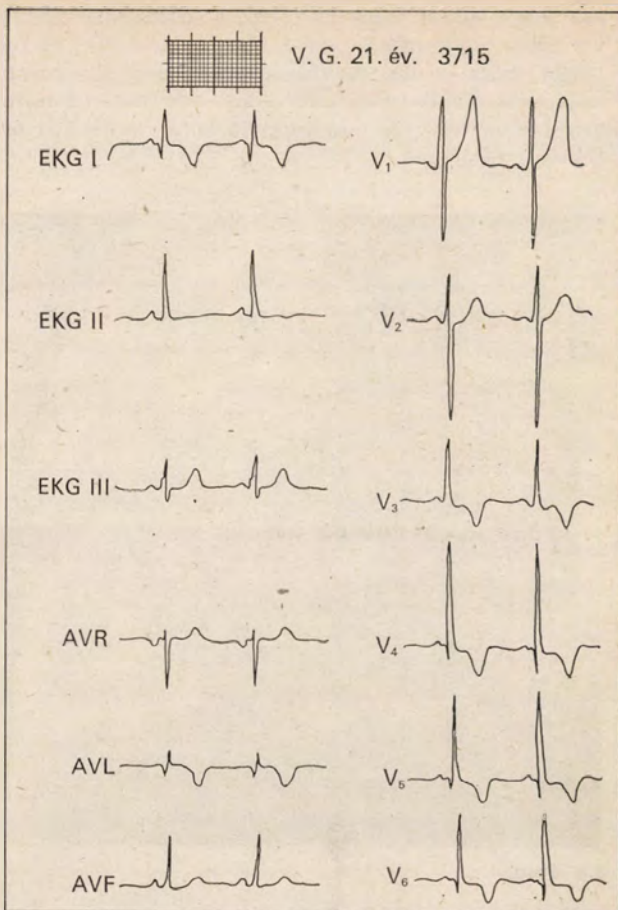
Esetismertetés

V. G., 21 éves férfit 1975. július 7-én vettük fel klinikánkra, terhelésre jelentkező fulladásérzés, szívdobogás és szív-táji szűró fájdalom miatt. Anamnesiséből kiemeljük, hogy 1972-ben erős, szegycsont mögötti fájdalom miatt szállították kórházba, ahol pericarditist állapítottak meg és meg is csapolták. Egy évvel később kezdődtek ismét szívpanaszai, fáradékonyság, munka-dyspnoe formájában. Ekkor myocardialis infarctussal kezelték, majd leszálalékolták. Felvételekor státusában fizikális vizsgálattal kóros eltérést nem találtunk, rutin laboratóriumi leletei negatívak, illetve normálisak voltak.

Az EKG-n (1. ábra) sinus ritmus, normális átvezetési idő, balra deviáló R tengely, standard I. elvezetésben mélyebb Q hullám, negatív T, az aVL-ben széles Q hullám, negatív T hullám, a mellkasi elvezetésekben a V₄–V₆-ig mély Q, negatív, széles, szimmetrikus T hullámok láthatók.

Orvosi Hetilap 1978. 119. évfolyam, 22. szám

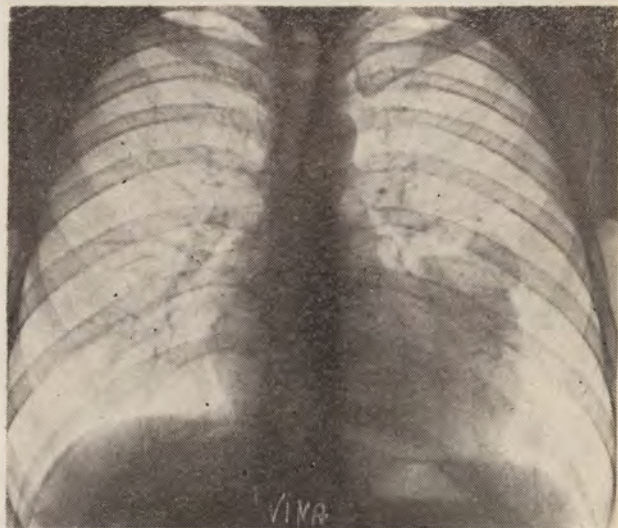
4*



1. ábra.

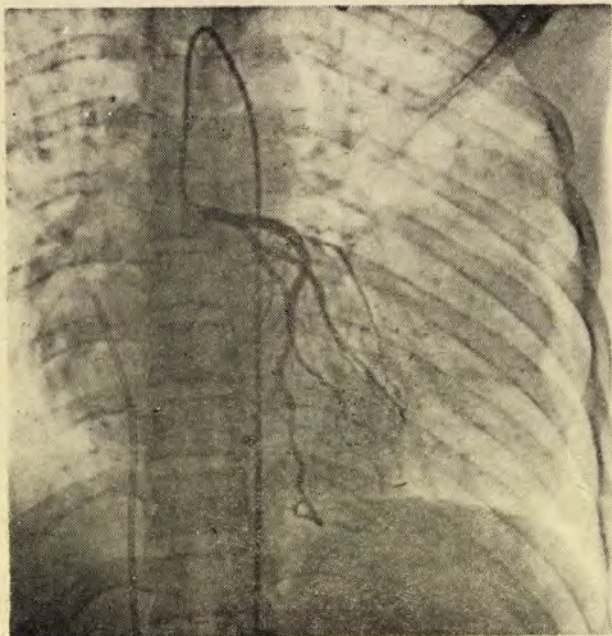
A mellkas röntgenfelvételen (2. ábra) a kisvérkörben eltérés nincs, a normális nagyságú szív bal kontúrján, egy ökölnyi és egy kisebb, éles szélű terime látható. Az átvilágításkor echinococcus cysta gyanúja merült fel. Ezért a-p tomographiát készítettünk, ezen azonban sem meszesedés, sem felritkulás nem volt látható.

Ezen adatok alapján pericardialis cysta lehetőségére gondoltunk, azonban bal kamrai aneurys-

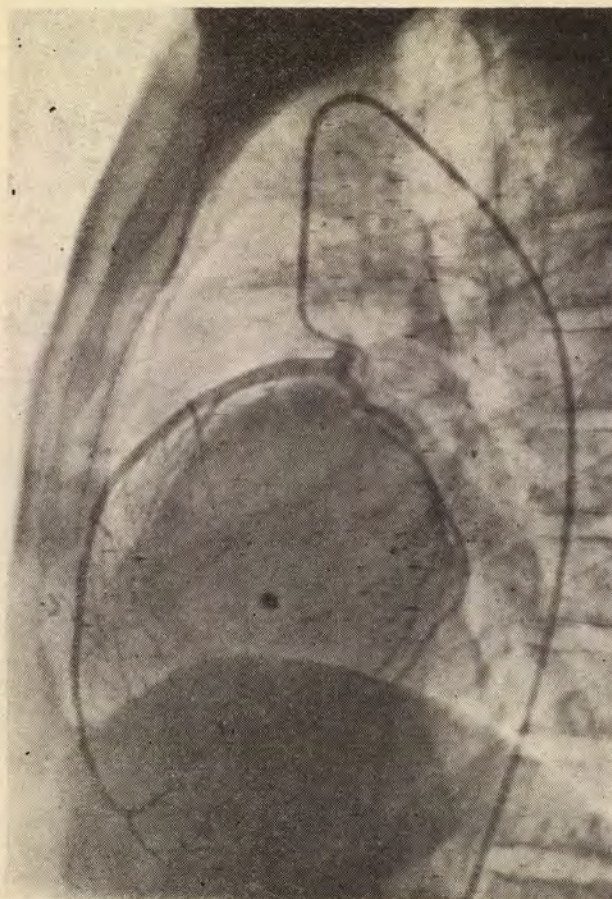


2. ábra.

ma vagy tumor lehetőségének a kizárására részletes haemodynamikai vizsgálatot végeztünk. A beteg jobb és bal szívfél katéterezés, bal kamra angiographia és mindkét oldali selectiv coronarographia történt. A manometria során normális értékeket találtunk.



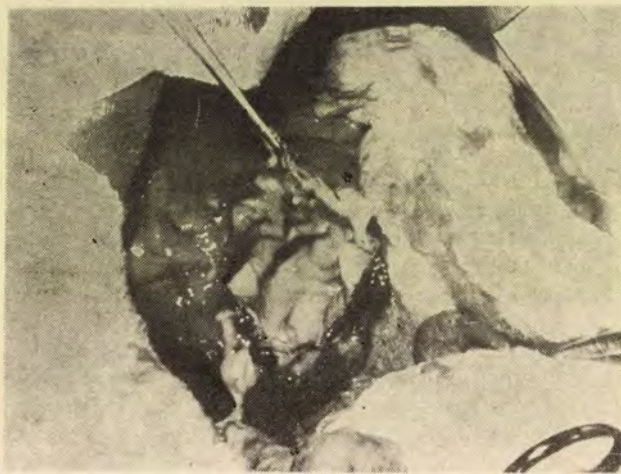
3/a ábra.



1356 3/b ábra.

A bal kamra angiographián normális helyzetű, tágasságú, szimmetrikusan és jól kontrahálódó bal kamra telődött fel. A circumferentialis rost-rövidülés 41%. A kontrasztanyag eltűnési idő 6,5 másodperc. Mitralis regurgitatio nincs. A kérdéses terime a bal kamrától, valamint annak falától elkülöníthetőnek látszik. A kamraüreg ép, aneurysma kizárható.

Mind a jobb, mind a bal coronaria-töltés (3. ábra) ép anatómiai viszonyokat mutatott. A vizsgálattal megállapítható volt, hogy a coronaria-rendszer normális lefutású, a kérdéses elváltozással összefüggést nem mutat. A terime coronariákat nem tartalmaz, parenchymásan nem festődik. Így tehát egyértelműen igazolódott, hogy az elváltozás extracardialis elhelyezkedésű, sem a szív üregeivel, sem izomzatával, sem a coronaria-rendszerrel nem függ össze. Ezért megfelelő előkészítés után 1975. július 10-én pericardialis cysta diagnosis

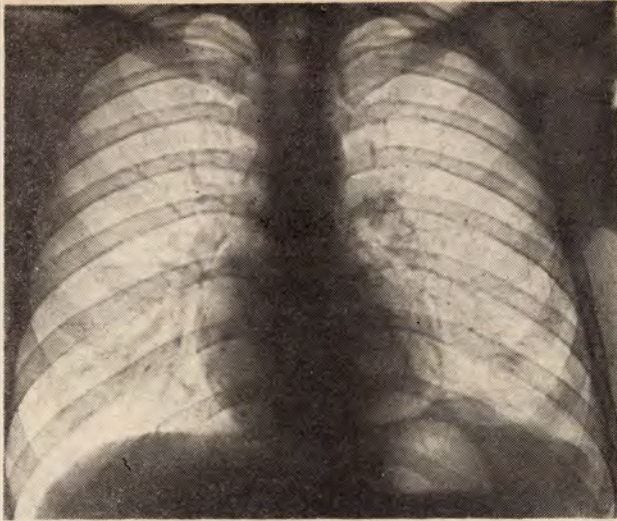


4. ábra.

miatt műtétet végeztünk. A bal V. borda ágyában végzett thoracotomia után a pericardiumon egyetlen felszínű, dudoros, nagy kiterjedésű terimét tapintottunk. Punctióval sűrű gennyet kaptunk. A pericardiumot a n. phrenicus mentén, annak megtartásával megnyitottuk. Igen nagy tömegű, rendkívül sűrű gennyel kitöltött, sokrekeszes üreg tárukt fel (4. ábra). A gennyet eltávolítottuk és az üreg falát körben resecáltuk. A szíven szívósan tapadó cysztarészt, illetve pericardiumot a vérzékenység miatt nem lehetett lehántani, ezért azt a helyén hagytuk. Vérzéscsillapítás és drainezés után a mellüreget zártuk. Az eltávolított szövet histológiai vizsgálattal pericardialis cystának bizonyult, a tenyésztés bakteriológiailag steril volt. A beteg per primam sebgyógyulás és zavartalan postoperatív szak után panaszmentesen távozott (postoperatív mellkas rgt: 5. ábra).

Megbeszélés

A pericardialis cysta viszonylag ritkán előforduló betegség. Az embrionalis életben előforduló lacunákból ered, melyek ha összefüggésben maradnak a pericardium üregével, diverticulumot alkotnak, ha nyakuk elzáródik, cysta képződik belő-



5. ábra.

lük, vagy felszívódnak. A betegek általában panaszmentesek, a cysta tüneteket nem okoz. Leggyakrabban rutin mellkas röntgenvizsgálattal fedezik fel jelenlétüket. Nagy többségükben elől, valamelyik cardiophragmatikus szögletben helyezkednek el, az esetek 80%-ában a jobb oldalon. Az önmagukban ártalmatlan cysták komoly differenciáldiagnosztikai problémát jelentenek, ui. a tüdő, a szív, a thymus és a mediastinum egyéb szövegeiből kiinduló jó- vagy rosszindulatú tumoroktól kell elkülöníteni. Ez általában csak intraoperatív, ill. histológiai vizsgálattal lehetséges, ezért a szinte elhanyagolható kockázattal járó műtét feltétlenül indokolt. Maga a műtét a cysta egyszerű eltávolításából áll, a behatolás módját a cysta elhelyezkedése határozza meg.

Pericarditis gyógyulása során előfordulhat, hogy a pericardium egyes részei letapadnak és így

álcysta alakul ki. Betegünkön valószínűleg az 1972-ben lezajlott pericarditis miatt végzett punctio során fertőzés lépett fel, s így alakult ki a letokolt tályog.

Esetünket ritkasága mellett azért tartottuk bemutatásra érdemesnek, mert a hagyományos klinikai vizsgálatokkal az elváltozás extracardialis eredete nem volt bizonyítható, sőt azok megtévesztően myocardialis infarctust követő bal kamra aneurysmára utaltak. A műtét előtti helyes diagnózis felállítása csak a részletes haemodynamikai vizsgálattal volt lehetséges, ezért hasonló esetekben ajánljuk annak elvégzését.

Összefoglalás. Szerzők 21 éves betegük esetét ismertetik, akin 1972-ben pericarditis zajlott le. Terhelésre jelentkező fulladás, szívdobogás és szív-táji szúró fájdalom miatt vették fel. Az EKG-n myocardialis infarctusra, a mellkas röntgenen bal kamra aneurysmára gyanús elváltozás látszott. A selectiv coronarographia ép koszorúrendszerrel, a bal kamra angiographia normális alakú, jól kontrahálódó bal kamrát mutatott. Az elváltozás extracardialis elhelyezkedésének bizonyult. A műtét során ökölnyi, sűrű gennyet tartalmazó pericardialis pseudocystát távolítottak el. A beteg szövődímentesen gyógyult, azóta panaszmentes. A szerzők hangsúlyozzák a részletes haemodynamikai vizsgálatok (selectiv coronarographia) jelentőségét az ilyen jellegű elváltozások pontos praeparatív differenciáldiagnózisában.

IRODALOM: 1. *Davis-Christopher:* Textbook of Surgery. Saunders Co., Philadelphia—London, Toronto, 1972. — 2. *Gomes, M. N.:* Ann. J. Cardiol. 1975, 36, 817. — 3. *Miscia, V. F.:* JAMA. 1975, 231, 1340. — 4. *Peterson, D. T.:* Chest. 1975, 67, 719. — 5. *Wychulis, A. R., Connolly, D. C., McGoon, D. C.:* J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1971, 62, 294.

Tájékoztatjuk kedves olvasóinkat, hogy

HIRDETÉSFELVEVŐ IRODÁNK

a BUDAPEST VIII., SOMOGYI BÉLA U. 7. SZ. ALATT várja a nagyközönséget. Az iroda naponta 8 órától 16.30 óráig vesz fel hirdetéseket a NÉPSPORT c. napilapba és a hetenként megjelenő MAGYAR IFJÚSÁG c. lapba. Szombaton zárva. — A vidéki érdeklődőknek postafordultával küldünk tájékoztatást és postai befizetési lapot.

IFJÚSÁGI LAPKIADÓ VÁLLALAT HIRDETÉSFELVEVŐ IRODA

1085 BUDAPEST VIII., SOMOGYI BÉLA U. 7.

TELEFON: 337-517.

TISASEN A+B draszté

laxativum

ÖSSZETÉTEL

Sennozid A + B 10 mg drasztéként.

HATÁS

A senna-drog antron, diantron és antrakinon típusú glükozidokat tartalmaz. Száraz kivonatában – melyet ez a draszté tartalmaz – hatásos diantron származékok találhatók: sennozid A és sennozid B. Az eddigi senna készítményekkel ellentétben ebben a drasztéban a hatóanyag pontosan meghatározható, és általában mentes a nem kívánatos mellékhatásoktól. A draszté hatásos mind spastikus, mind az atóniás obstipatio esetén. A gyógyszer bevétele után 8–16 órán belül lép fel a hatás, könnyű és bőséges székletürítés formájában.

Diabeteses betegeknek is adható.

Alhasi vérbőséget nem okoz, terhességben is alkalmazható.

Forgalomba hozza:

**ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR
TISZAVASVÁRI**

JAVALLATOK

Különböző eredetű (pl. habitualis, postoperatív, terhességi) obstipatio, továbbá műtéti előkészítés.

ELLENJAVALLAT

Bélelzáródás.
Káliumháztartás zavara.

ADAGOLÁS

Felnőtteknek a széklet rendezése céljából napi 1–2 draszté, hashajtás céljából napi 3–4 draszté este, étkezés után. Gyermekeknek 1 draszté este, étkezés után.

MELLÉKHATÁSOK

Ritkán átmenetileg flatulentia előfordul, továbbá abdominális fájdalmak jelentkezhetnek.

MEGJEGYZÉS: Vény nélkül is kiadható.

CSOMAGOLÁS: 30 db draszté. ● **TÉRITÉSI DIJ:** 3,90 Ft.



Flesch Ármin

1878. május 17-én született a magyar gyermekgyógyászat egyik kiemelkedő egyénisége, *Flesch Ármin dr.* Életének 75 éve történelmünk ellentmondásokkal teli, viharos időszaka. 50 éves orvosi működése alatt 2 világháború gyötörte meg az országot. Közöttük a Tanácsköztársaság hősi korszaka, majd az ellenforradalmi kurzus és a Horthy-fasizmus. Ez volt a népellenes faji törvények, a német megszállás, a koncentrációs táborok és deportálások, a nyilas rémuralom ideje. A szenvedéseknek a felszabadulás vetett véget, amit az ország és vele az egészségügy újjáépítése követett. Különös módon erre az időszakra esik a gyermekgyógyászatnak mint különálló tudományágnak kialakulása és egyre gyorsuló fejlődése. Ennek a disziplínának hazai megteremtői között találjuk *Flesch Ármin* alakját. Vértbeli klinikus volt, a *Korányiak* szellemi rokona. Tudományos munkásságát a betegágnál nyert inspiratio irányította. Foglalkozott a gyermekek minden időszerű és fontos egészségügyi kérdésével. Érdeklődése rendkívül sokoldalú volt. Felfigyelt az új vizsgálo- és gyógyító eljárásokra és saját tapasztalatai tükrében foglalt róluk állást. Széles körű tudása és tehetsége az említett élénk érdeklődésével, fáradhatatlan szorgalmával és józan ítélőképességével párosulva, korának elismert orvos vezetői közé emelték őt.

Tanulmányait a Budapesti Pázmány Péter Tudományegyetem orvosi karán kezdte. Ugyanazzal a hivatástudattal folytatta tanulmányait, mint amivel később sok éven át orvosi munkáját végezte. Oklevelét 1902-ben nyerte el. Ugyanebben az évben a Stefánia Gyermekkorházban indult el gyermekorvosi pályafutása. A korszak nagyhírű magyar gyermekorvosának, *ifj. Bókay János*nak egyik legközvetlenebb munkatársaként dolgozott a Gyermekklinikán és a vele kapcsolatos Gyermekkorházban. Ismereteinek teljesebbé tétele érdekében igyekezett megismerni kora legnevesebb gyermekgyógyászati intézményeit. 1907-ben külföldi tanulmányutat tett, a csecsemőtáplálás és a táplálkozási zavarok kutatásának területén úttörő munkát végző *Czerny* és *Finkelstein* intézetében. Hazatérése után folytatta klinikai munkáját és 1912-ben I. tanársegédi beosztást nyert, 1913-ban egyetemi magántanárrá habilitálták a *Csecsemők betegségeinek kór- és gyógytanából*. 1916-ban az Állami Gyermekmenhely budapesti intézetében főorvossá nevezték ki. 1926-ig maradt itt, míg a



fővárosban létesítendő önálló gyermekkorház főorvosaként megbízták a felszerelési és berendezési munkák ellenőrzésével. Az új kórház (Madarász utcai Csecsemő és Gyermekkorház) megnyitására pénzügyi nehézségek miatt csak 1929 végén került sor. Ettől az időtől kezdve 1943. december 31-ig volt a kórház igazgatója és a csecsemő- és gyermek-belgyógyászati osztály főorvosa. Nyugdíjazása a népellenes faji törvények következménye volt. A felszabadulás után, amint megviselt egészségi állapota megengedte, folytatta a gyermekorvosi munkát. A Madarász utcai Kórházba nem térhetett vissza, mert ez a háborús események során megrongálódott, kiürítették és helyreállítása csak 1947-ben fejeződött be. Sok évtizedes gyermekorvosi tapasztalatait ezért mint a Péterfy Sándor utcai Rendelőintézet főorvosa állította a fővárosi gyermekegészségügy szolgálatába. Ebben a beosztásban is módot talált a fiatalabb orvosok tanítására, szakmai ismereteik gyarapítására, orvosi gondolkodásuk fejlesztésére. A felszabadulástól 1953-ban bekövetkezett haláláig eltelt években államunk egyetemi rk. tanári és kandidátusi címmel, majd „Érdemes orvos” kitüntetéssel méltatta kiváló érdemeit. Elnöke is volt a Gyermekgyógyász Szakcsoportnak.

Orvosi működésének első évei azon a klinikán teltek el, mely a hazai orvostörténet nagy alakjainak, idősebb *Bókay János*nak és méginkább fiának, *ifj. Bókay János*nak munkája nyomán alakult ki. Az a légkör, melyben közel 15 éven át dolgozott, orvosi alkotóképességén kívül önzetlen, nemes erkölcsiségét is kifejlesztette. *Bókay Jánost* méltató egyik későbbi újságcikkében ő maga így ír erről: „Láthattuk, hogy itt sohasem volt különb-

ség szegény és módosabb gyermek közt és hogy individuális ápolásban, gondozásban s a leglelkiismeretesebb orvosi kezelésben volt mindig mindenkinek része". A kapcsolat, ami közte és a klinikát vezető ifj. Bókay János között fennállott, mindvégig meghatározó volt számára. Ennek a viszonyoknak kölcsönösségét mutatja az a fontos feladat, ami az első átfogó magyar nyelvű gyermekgyógyászati tankönyv, a *Bókay—Flesch—Bókay „A gyermekorvoslás tankönyve”* megalkotásában reá hárult. Ez a mű 4 kiadást ért meg, és mint egyetlen magyar nyelvű *Pediatrics*, sokak számára évtizedekig a gyermekorvosi ismeretek forrása maradt. Szerzői részesedésének mértékét a tankönyvben jelzi, hogy a szöveg kb. 700 oldalából mintegy 380 az ő tollából került ki.

Flesch Armin szakirodalmi tevékenységének részletes ismertetése túllépné e szerény megemlékezés kereteit, ezért csak a közel 100 publicatio legjelentősebbjeinek említésére szorítkozom. Az *angolkór* aetiológiájának és pathomechanismusának felderítése, ill. megelőzésének és gyógyításának kidolgozása idején 8 közleményben foglalkozott a rachitissal és a spasmophyliával. A „D”-vitamin felfedezése előtti időben különféle hormonkombinációknak a bőrbe dörzsölésével egyes szerzők a csontokba történő Ca-depositiót elő tudták segíteni. Ő ugyanilyen eredményt ért el egyszerű vaselines bedörzsöléssel. A kedvező hatást a masszázs-nak tulajdonította. A kvarcfény és D-vitamin kezelés bevezetése után már 1931-ben hangsúlyozta, hogy „nem szabad elfelednünk, hogy a domesticációs ártalmaknak, tehát a szabad levegő és mozgás hiányának, a helytelen, célszerűtlen táplálásnak, a rossz ápolásnak stb. mekkora szerepe van az angolkór kórtanában. Ezért kell súlyt helyezni a lakásviszonyok javítására és ezután elsősorban a megfelelő táplálásra... *Korán adjunk a negyedik hótól gyümölcs nedveket és az ötödik hótól főzeléket*”. A rachitis prophylaxis ezen sokoldalú orvosi-szociális szemléletéhez ma sem lehetne sokat hozzátenni! Ajánlotta a koraszülöttek korai, már az első hónapban elkezdett fénykezelését. Hangoztatta, hogy a spasmophylia megelőzésében is a női tej nyújtja a „legjobb biztosítéket”.

Egyébként is lelkes szószólója volt a női tej táplálásnak: „Mindannyian kötelességünknek tartjuk, hogy a természetes táplálás fölényének hirdetői, apostolai legyünk”. Vizsgálta a természetes táplálás elterjedtségét hazánkban. Megelégedéssel állapíthatta meg, hogy a vizsgálat idején (1906) a csecsemők túlnyomó többsége anyatejet kap és kb. 65%-uk 6 hónapig női tej táplálásban részesül. A kedvező táplálkozási szokásokkal nem tartotta arányosnak a csecsemőhalandóság mértékét (1904-ben 146‰). Az okot is helyesen felismerte „a mostoha higiénikus viszonyok, a szegényebb néposztálynál a természetes táplálás által nyújtott előnyöknek nagy részét lerombolják”.

Rendszeresen foglalkozott a gyermekek haematológiai betegségeivel is. Az elsők között számolt be leukaemiát utánozó állapotról fiatal csecsemők septicus folyamataiban. Vizsgálta a csecsemő- és gyermek-anaemiák különböző alakjait. Munkásságát az „*Ergebnisse der Inneren Medizin*

und *Kinderheilkunde*” 1909. évi kötetében megjelent monographiájában foglalta össze. Ebben követi *Ehrlich* és *Lazarus* beosztását, akik 2 nagy csoportot, embryonalis és postembryonalis vérvézzel járó anaemiát különböztettek meg. Az előbbiek között részletesen tárgyalta az anaemia pseudoleukaemia infantumot. (Ez később *Jaksch—Hayem-anaemia* néven került be, főleg a német nyelvű, szakirodalomba.) Következményes formának tartotta, melyben az embryonalis vérvézzel való visszatérés, különböző toxicus behatásokra következik be. A kórkép súlyossága szerinte inkább a behatás erősségétől, mintsem minőségétől függ. A ma már csak ritkán előforduló *sindroma* jelenlegi megítélése teljesen az ő elképzelését igazolja. A leukaemia röntgen-therapiáját maga is alkalmazta. Megállapította, hogy „*átmeneti javulásnál többet nem érünk el... a tartós besugárzásnak bizonyos esetben a vérvézzőszervek működési elégtelensége lehet következménye...*”.

A gyakori előfordulásuk és súlyos kimenetelük miatt fontos fertőző betegségek is rendre megjelentek közleményeinek sorában. Ezek között az *icterus infectiosus epidemicus* — manapság használt nevén *hepatitis epidemicus* — foglalkozó korai munkáját megjelenésének 60. évfordulóján (1965) *Korányi György* az *Orvosi Hetilapban* méltatta. Másokkal egyetértésben, de saját megfigyelései alapján az elsők között jutott *Flesch* arra a következtetésre, hogy a *hepatitist* „*sajátos különleges kórokozó által okozott kórképnek kell tartani*”. Abban az időben írta ezt, amikor a sárgaságot hurutos epeút-elzáródás következményének tekintették! A legmodernebb tankönyvben is helyet kaphatna a betegségről szóló leírása.

A *hepatitisen* kívül a *tetanus neonatorum*, az *influenza*, a *poliomyelitis*, a *mononucleosis infectiosa*, a *dysenteria*, a *diphtheria*, a *morbilli*, a *tbc* is szerepel munkái között. A *gyomor-bél tractus* röntgendiagnosztikájában, részben *Péterivel* közösen, alapvető megfigyeléseket végzett a különböző korú gyermekek fiziológiás *gyomor röntgen-képének* és egyes *patológiás állapotok* (*duodenalis fekély*, *nyelőcsőszűkület*, *diverticulum* stb.) röntgenjeleinek megállapításával. Túlzás nélkül mondhatjuk, hogy a gyermekkor *patológiájának* csaknem minden megjelenési alakjával foglalkozott (*koraszülöttség*, *légzőszervi*, *húgyúti*, *emésztőrendszeri betegségek* stb.). A *chorea minor* gyógyításában vizsgálta a *nirvanol* *therapia* eredményeit és veszéyleit és felhívta a figyelmet a *barbiturát* kezelés előnyeire.

Szívvel-lélekkel *klinikus-gyógyító orvos* volt, de sohasem feledkezett meg a *praeventio* fontosságáról. Ezt számos felvilágosító, egészségnevelő cikke tanúsítja, főleg a *csecsemőtáplálásról*, a *rachitis megelőzéséről*, az *egészséges életmódról* stb.

A *könyvek*, a *közlemények*, a *tudományos eredmények* az *utódokra* maradnak. A szó azonban elszáll, a példa elhalványul. Ezért sokkal nehezebb felidézni a tanítónak, az orvosnak, a kórházigazgatónak, annak az embernek az alakját, akinek minden gondolata a betegeké volt. Ő nem

szégyellte személyes tekintélyét és kapcsolatait felhasználva gyűjteni a betegek számára, hogy felruházva, megajándékozva kerüljenek haza a kórházból. Idősebb korában is kutató kedvvel, elmélyüléssel és nagy gondossággal látta el feladat-körét. Intézetének ügyeivel fáradtságot nem ismerő figyelemmel foglalkozott. Személyes felelősséget érzett tanítványainak szakmai fejlődéséért és örült, hogy sok vezető gyermekorvos került ki közülük. Osztályát állandóan orvos-vendégek sora látogatta. Pedig minden külsőségtől tartózkodó, szerény, halk szavú ember volt. Munkatársai és a közvélemény megbecsülését, tiszteletét tudásával, emberségével szilárd erkölcsi felfogásával vívta ki.

Azokban a szégyenteljes időkben, mikor sok gyermekorvos előtt zárult el a működés lehetősége politikai meggyőződésük vagy származásuk miatt — amíg ő a helyén maradhatott — a vizitjein való részvétel jelentette nekik a nélkülözött orvosi és emberi kapcsolatot. Mélyen együttérzett minden emberi szenvedéssel és elszomorította minden igazságtalanság. A sors különös kegyetlensége, hogy neki is el kellett szenvednie a mellőzést, az üldöztetést, tétlenségre kényszerülve tudása teljén.

A felszabadulás után vált végre lehetségessé, hogy köztisztviselőben, a hazai pediatria kiemelkedő alakjai közt foglalhassa el megérdemelt helyét.

Kemény Pál dr.

Tóth Sándor születése 150. évfordulóján

*Fáradj, s ne irtózz, hogy csekély leszen
Műved hazánk nagy építményében
Morzsát vigyünk csak s töltsünk hézagot
Sok morzsa dombbá, domb hegygé leszen
Naggyá, magassá, mint a Tátrabérc!*

Olvashatjuk Tóth Sándornak az Orvosi Hetilap 1861. évi 5. (45) számában megjelent, Szliács fürdőről írt cikkében.

150 éve született, sok cikkel gazdagította a korabeli orvosi ismereteket, a magyar és nemzetközi zoológiai kutatásokban a jövő ígérete volt. Eppen ezért 33 éves korában a Magyar Tudományos Akadémia levelező tagjává választotta. Korai, egy év múlva bekövetkezett halála megfosztotta azonban attól, hogy sokoldalú tehetségét a tudományos kutatásban, a gyakorlati életben és oktató-nevelő munkájában kamatoztassa.

Tóth Sándor 1828. február 16-án született Debrecenben. Apja jómódú tímár mester volt, aki feleségével a legteljesebb egyetértésben fiát szigorúan nevelte. Tóth Sándor a debreceni főtanodában 1835-ben kezdte iskoláit. Kitűnt tehetségével és szorgalmával. Apját 10 éves korában elvesztette. Ez, valamint anyja másodszori házassága mély hatást gyakorolt rá. Komorrá, merengővé vált, nem tudott örülni, kerülte a játékot, bánatát szelleme elfoglaltságával igyekezett enyhíteni.

Éles eszével, szorgalmával, kitartásával már 13 éves korában messze felülmúlta iskolatársait. Nagy hajlama volt a természet szépségeinek meg-látására és azokban való gyönyörködésre. Minden segítség nélkül anyja kertjéből olyan változatos és szép kertet alkotott, hogy azt még a hivatásos kertészek is megnézésre érdemesnek tartották. Később gyümölcsfa-nemesítéssel is foglalkozott.

Nem kortársait, az idősebbeket kedvelte, sőt baráti kötelék fűzte hozzájuk, hiszen tőlük tanulni tudott.

1845-ben mint bölcsészhallgató az ásványtan és növénytan tanárától, Cserei Nagy Imrétől kapta az indítékot ásványok és növények gyűjtésére. Több mint 100 fajból álló növénygyűjteményéért tanára meg is jutalmazta. Lugosi József, aki az állattan területén vezette, még nagyobb hatással volt reá. Madarak és rovarok gyűjtésére buzdította. Ez lett későbbi tevékenységének alapja. 1847-ben bölcsészetet és vegytant hallgatott. Az őszi szünetben Nagybányán órákat adott a bölcsészetből, számos rovar, növényt és 900 db ásványt gyűjtve tért haza Debrecenbe.

1848-ban elsőéves tanulmányait befejezve, nyáron a debreceni vöröspántlikás önkéntesek között vett részt a szabadságharcban. Bátorsága, ügyessége, gyorsasága következtében csakhamar a 65. zászlóalj tisztje lett. Amikor Damjanich az aradi várat átadta, mint főhadnagy tette le a fegyvert. A táborban mindig vele volt francia nyelv-tana, növénytan és állattan kézikönyvei. Szabad idejében nemcsak ezeket olvasta, hanem gyűjteményét is gyarapította.

Egy véletlenül kezébe jutott komáromi útle-vél megmentette a besorozástól. Orvosi tanulmányokat szeretett volna Pesten folytatni, de anyja megtagadta tőle a tanulmányi költségeket. Kénytelen volt Debrecenben maradni. Teológiai és jogi előadásokat hallgatott, közben diákok tanításával szerzett magának pénzt. 1850 őszén sógorával, Szőke Jánossal egy kétkerekű lovas kocsin Erdély nagy részét bejárta, közben természeti és történelmi nevezetességeket figyelt meg, és gyűjteményeit is gyarapította. Később ismertette ezek közül a Réz-hegység növény-, állat- és ásványföld-tani érdekességeit.

Vasakarattal tört orvosi tanulmányai eléré-sére. 1851-ben jó jövedelmű tanítóság kínálkozott számára, ezért teológiai tudományokkal, a görög és héber nyelvvel olyan buzgón foglalkozott, mintha ez lenne végcélja. Pedig mindez csak mellékes volt számára. Szabad idejében növény- és állattan tanulmányokat folytatott. Korán reggel bejárta a növény- és állattan hallgatókkal a távoli réteket, erdőket, azután rendszeresen elment a teológiai előadásokra. Sokoldalúságára jellemző, hogy 25 éves korában a villamosságról írt pályamunkát, amellyel 50 Ft jutalmat nyert.

1851 őszén választania kellett: házi nevelő lesz 5 évig vagy a szalontai gimnáziumban tanár. Szőke János tanácsára Szalontára ment. Szabad idejét természeti megfigyelésekre és gyűjtésekre fordította. Szalontán egy hasonló hajlamú fiatal orvossal és Balogh Péterrel, a későbbi tiszántúli szuperintendenssel kötött barátságot. A közelben

lakó Tisza családot is gyakran meglátogatta, az ott nevelősködő Kovács Jánossal is megismerkedett, aki 1860-tól az állattan tanára volt Debrecenben.

Kötelességét pontosan teljesítette, szerencsés természetével jól tudott alkalmazkodni környezetéhez. Így Szalontán közkedvelté vált, a község nélkülözhetetlen tagjának tartották. Jó híre alapján a debreceni gimnáziumba hívták meg tanárnak. Jövedelme, pályája biztosítva volt. Mégis 1854 szeptemberében Pestre ment, beiratkozott orvostanhallgatónak. Pályatársai békeszerető, jellemes, józan gondolkodású, szelíd lelkű férfiúnak ismerték meg. Örömmel látták, hogy Langer Károly professzor vezetésével milyen lankadatlan türelemmel képezte magát az állattani tudományokban. A kitűnő képzettségű, igen jó nevelő Langer és a fogékony elméjű Tóth Sándor tartoztak abban az időben olyan kevés számú zoológusaink közé.

Egyik alkalommal a Váci út környéki mezőn gyűjtés közben összetalálkozott a szintén ott gyűjtő Chyzer Kornéllal, aki nála fiatalabb, de 2 évvel idősebb hallgató volt. Szoros barátság alakult ki közöttük. Elhatározták, hogy életüket az állattannak szentelik, és hazai, különösképpen a pesti *kagylósrák* faunát fogják tanulmányozni. Munkálkodásuk eredményéről a Természettudományi Társulat (Társulat) 1857. március 6-i szakülésén tartottak előadást, és cikkük a *Magyarhoni Természetbarátban* jelent meg 1861-ben. Ezután azonban Tóth és Chyzer útja elvált egymástól. Eleinte tudományos felfogásuk és érdeklődésük különbözősége okozta ezt, később a társaséleti súrlódások, versengések mélyítették közöttük a szakadékokat. Lassan Tóth Sándor a több éves baráti viszonyt megszakítottnak tekintette. Ettől kezdve önállóan dolgozott, bár nélkülözte a baráti körben felmerült véleménycserét, a szétválás előnyére vált. Ezt bizonyítják a Társulat 1858-tól 1862-ben tartott szaküléseinek jegyzőkönyvei. A rendkívül szorgalmas, és sok reményre jogosító Tóth Sándor 4 előadást tartott a keresekfégekről és azok bonctani viszonyairól. Ezeket az állatokat behatóan dolgozta fel. Az általa gyűjtött *kagylósrákok* *Cypris* fajairól és anatómiai viszonyaikról, valamint a *Daphniákról* is előadott. Referált Steinnek az ázalékállatkák szervezetéről írt munkájáról, Gegenbaur alapján a növény és állat közötti határesetekről, a marseille-i állatkert igazgatójától kapott levél alapján arról, hogy az ottani állatkertben 1862-ben, Európában először sikerült a strucctojásokat kikölnöteni stb. Kutatásainak eredményeit részben a *Matem. és Term.-tud. Közleményekben* (1861–62), a *Verhandl. d. zool.-botanischer Gesellschaft in Wien* (1862) és a *Term.-tudom. Társulat Közlönye* (1862) köteteiben jelentette meg.

Romló egészsége ellenére élete utolsó idejében a *levéllábú rákokat* vizsgálta. Eredményeit a magyar orvosok és természetvizsgálók vándorgyűlésén (melyet újból feléleszteni akartak), ennek abbamaradása után akadémiai székfoglalóként akarta felolvasni.

Orvostanhallgató korában, mint akkor szokásban volt, tanítással tartotta fenn magát. Szőnyi Pál magánintézetében a „természetrajzot” tanította. 1859-ben befejezve orvosi tanulmányait, a pesti evangélikus gimnáziumban lett 2 évig természetrajz-latin tanár. Ezalatt 1859/60-ban letette a szigorlatokat és orvosdoktorrá avatták. 1861 nyarán Pest város képviselő testülete a főreáliskola latin-természetrajz szakos tanárává választotta.

A Társulat 1860. december 29-i tisztújító közgyűlésén Tóth Sándort segédtitkárrá választották, az 1861. február 16-i választmányi ülésén ebben a tisztségében megerősítették azzal, hogy a Társulat könyvtárát rendezze.

Nagy elfoglaltsága mellett az orvosi folyóiratokban, elsősorban az Orvosi Hetilapban közölt sok ismeretterjesztő cikket. Legérdekesebb ezek közül kelet heréltjeiről és bénított ivarszervű nőiről, a foszfor feltalálásáról és mérgezéséről, főként az akkori hazai fürdőkről írt fürdői levelei. Ez utóbbiakban beszámol azokról a tapasztalatairól, amelyeket akkor szerzett, amikor Lónyai Menyhért költségén 1861-ben az észak-magyarországi részen ásvány-, föld-, növény- és állattani kirándulásokat tett. 20 fürdő forrásait, vizének hőmérsékletét, vegyi összetételét közölte. Tárgyalta a medencéket, a betegek kúráját, elhelyezését, a fürdőkkel kapcsolatos szobákat, továbbá az egyes fürdők vize milyen betegségek gyógyítását segíti elő.

A MTA megbízta Tóth Sándort, hogy Petényi Salamon János hátrahagyott iratait Kubinyi Ferencsel együttműködve gyűjtse össze. 1861 őszén hosszú ideig feküdt súlyos tüdőgyulladásban. Eközben kapta az örömdetes hírt, hogy az MTA az 1861. januári nagygyűlésén a természettudományi osztály levelező tagjává választotta. Ezt követte a másik megtiszteltetés, hogy a Társulat 1862. január 15-i tisztújító közgyűlésén nagy szótöbbséggel első titkárrá választották. A Budapesti Kir. Orvosegyesületnek, a Magyar Földtani Társulatnak, a bécsi Zoologisch-Botanischer Vereinnak rendes tagja volt. Ezek voltak a jutalmi kiemelkedő és kibontakozó tudományos tevékenységének.

Mint a Társulat első titkára, szerkesztette a Kir. Magyar Természettudományi Társulat Közlönye 1862. évi 3. kötetét, amely tulajdonképpen tudományos folyóirat volt.

1862 augusztusában néhány hétre Dernára utazott, hogy az ottani, a hírlapokban is közölt földrengést tanulmányozza. Ezen kutatásainak eredményeit az 1862. október 22-i szakülésen adta elő, az ott nagy mennyiségben lerakódott kénfajták, kénsavas ammóniák és kiégett tárgyak bemutatásával. Gyenge, szakadozott hangja, lankadt magatartása, bágyadtsága vészjóslóan jelezte már a hamarosan bekövetkező véget. Még remény volt rá, hogy felépül, de „*túláságos buzgalma ezen reményt végkép meghiusította*” — mondta róla Balogh Kálmán emlékbeszédében. Hiába kérték barátai, a tanítással nem hagyott fel. November egyik pénteki napján a következőket mondta Balogh Kálmánnak: „*kérd meg Markusovszkyt, hogy a jövő hét szerdáján látogasson meg, de előbb nem, mert hamarabb nincs időm*”. Tíz napig fe-

küdt még, tüdőgümők és gümős hártyalob következtében 1862. november 22-én fejezte be eredményekben gazdag és a tudományos kutatások területén még több reményre, eredményre mutató életét.

A Társulat 1862. november 26-i szakülésén Bugáth Pál javasolta, hogy Tóth Sándor emlékét jegyzőkönyvben örökítsék meg és a Társulat valamelyik tagja tartson róla emlékbeszédet.

Életművére, mely nemzeti kultúránk része, személyiségére, törhetetlen kitartására születésének 150. évfordulóján kötelességünk emlékezni.

Lukács Dezső dr.

Pierre Bretonneau

(1778—1862)

A francia orvostudomány halhatatlan autodidaktája

„Die Diphtherie seit Bretonneau” címen írt monográfiát ifj. Bókay János (1858—1937), a budapesti gyermekorvosi iskola megalapítója, a hazai diphtheritis (di.) elleni küzdelem legkiemelkedőbb alakja az „Ergebnisse der Inneren Medizin und der Kinderheilkunde” 42., 43. kötetében 1932-ben. Társzerzői szintén a magyar orvosi közelet későbbi kiválóságai: Johann B., Tomcsik J., Lovrekovich I., Kanyó B., Szirmai P. és P. v. Kiss. Ebben rámutattak arra, hogy a di. tulajdonképpeni története 1821-ben kezdődik, amikor Bretonneau az Academie Royale de Médecine-ben, annak június 26-i ülésén az első e tárgyú munkáját ismertette és a betegséget „diphthérite”-nek nevezte el.

Második és harmadik előadását e tárgykörből még ugyanebben az évben tartotta meg. Nyomtatásban 1826-ban jelent meg: „Des inflammations spéciales du tissu muqueux, et en particulier de la diphthérite, ou inflammation pelliculaire, connu sous le nom de croup d'angine maligne, d'angine gangréneuse, etc.” címen. A munka német nyelven csak 1927-ben vált hozzáférhetővé, amikor a Német Gyermekgyógyász Társaság lefordította. A bevezetést a düsseldorfi gyermekgyógyász: A. Schlossmann (1867—1932) írta. Bretonneau művének jelentőségét így foglalja össze:

1. Felismerte, hogy a di. egy fertőző megbetegedés, melyet kontaktus és nem a levegő terjeszt.
2. Egy egységes képben foglalta össze a di. különböző megjelenési formáit.
3. Hangoztatta, hogy az angina diphtherica és a laryncroup azonos eredettel bíró megbetegedések.
4. Újból bevezette a di. kezelésébe a tracheotomiát.

Az amerikai orvostudományról a XVIII. században keveset tudunk és így meglepően hathat, hogy egy New York-i orvos, a King's College orvososa S. Bard (1742—1821) egy munkájában 1771-

ben, tehát még a függetlenség kikiáltása előtt már precízen leírta a betegség különböző formáit és első ízben hangoztatta, hogy a garat- és gégefolyamatok azonos betegségnak különböző megjelenési formái. A hosszabb címek csak az első részét idézzük: „An Enquiry into the Nature, Cause and Cure of the Angina Suffocative, or sore Throat Disaster...” (A King's College később átalakult Columbia Egyetemé és Bard ott tanított.)

A croup elnevezés F. Home (1719—1813) skót orvostól, az edinburgh-i egyetem materia medica professzorától származik. A croup skót szó, mely rekedtséget jelent. Ő tüzetesen leírta a croup tüneteit, azonban — bár említi a tracheotomiát — hozzáfűzi, hogy azt sohasem végezte el.

Mindenesetre, amikor Bretonneau említett munkája 1826-ban megjelent, a franciák joggal nevezték „Ouvrage original et classique”-nak.

Külön megbeszélést érdemel kezdeményezése a tracheotomiával kapcsolatban. Ezt a beavatkozást már ismerték az ókorban, sőt valószínűleg Asklepiades valamilyen formában intubatiót is végzett. Santorius Santoro (1561—1635) padovai tudós egy eszközt is tervezett a tracheotomia elvégzésére. Az elnevezés L. Heister (1683—1758) helmstedti orvostól származik. P. J. Desault (1744 1795) intubatiót is végzett. Nils Rosén von Rosenstein (1706—1773) uppsalai, majd stockholmi egyetemi tanár, a mai értelemben vett gyermekgyógyászat megalapítója, 1764-ben svédül megjelent könyvében erről ezt írta: „A lélekző gégeének a kivágásától lehessen-e valamit elérni, az idő és tapasztalás fognak arról bennünket megtanítani”. (A könyvet a német fordításból Domby Sámuel ültette át magyarra és 1794-ben Füstkuti Landerer Mihály nyomdájában jelent meg: „Orvosi tanítás a gyermekek nyavalyáiknak meg-esmérésekről és orvoslásokról”. Itt olvashatjuk: „Mert a mal de gorge gangreneux-ben daganatot tapasztalunk a torokban, melly meg-fejéredik, meggeny-nyettségeseedik és hideg-fenével végeztetik el, hogy ha hirtelen nem segítenek rajta”.

A tracheotomia Bretonneau munkássága nyomán nyert polgárjogot. 1825-ben sikerült egy 4 éves kislány életét légszomszéssal megmentenie. (Az orvostörténelem feljegyezte a gyermek nevét is. Egy főnemesnek volt a lánya, kinek már három gyermeke halt meg di.-ban.) Bretonneau azonban a műtétet a későbbiekben is csak néhány esetben végezte el.

A tracheotomia tulajdonképpeni elterjesztője egyik tanítványa: A. Trousseau (1801—1867) volt, akit a tracheotomia keresztapjának neveznek és aki a párizsi Hôpital des Enfants malades-ban rendszeresen tracheotomizált. Ő a diphtheritis elnevezés helyett a diphtheriát ajánlotta, amivel azt akarta kifejezésre juttatni, hogy nem egy helyi gyulladásról, hanem egy általános megbetegedésről van szó.) Ő 27,7⁰/₀-os eredményről számolt be, másoknak azonban még ennél is szerényebbek voltak az eredményeik. A budapesti Stefánia kórházban is igen alacsonyak voltak a gyógyulási százalékok. Attól kezdve, hogy 1889-ben Bókay vette át a kórház vezetését és a műtétet személyesen

végezte, a gyógyulási eredmények megjavultak ugyan, de még mindig csak 17,5%-os eredményt sikerült elérnie.

Közben azonban jelentkezett egy újabb sebészi irányzat: az intubálás. A 19. században többen próbálkoztak, hogy a gége-croup következtében fellépő légszomjat egy bevezetett cső segítségével iktassák ki. 1858 szeptemberében egy párizsi sebész: *E. Bouchut* (1818—1891) számolt be az orvosi akadémián — 7 eredményes eset kapcsán — az általa „*tubage permanent*”-tel elért eredményeiről. Az akadémia bizottságot küldött ki, hogy véleményezze az eljárás eredményességét. A bizottság egyik tagja éppen *Trousseau* volt, aki a tracheotomia elleni akciónak tartotta a kezelésmódot és kierőszakolta, hogy a háromtagú bizottság lesújtó véleményt terjesszen a plenum elé. Resumée: „*Az eljárás nem veszélytelen és teljesen haszontalan*”. A plénum azonban nem fogadta el a bizottság határozatát és az ülés egyik résztvevője a hangulatot úgy jellemezte, hogy ott egy tudományos vihar tombolt. („*Tempête scientifique*.”) Végül is *Trousseau* győzött és az Akadémia elvetette az eljárást. *Trousseau* 1861-ben megjelent *Clinique medical*-jában különösen aláírta a tracheotomia jelentőségét.

1865-ben egy német szerző csodálkozásának adott kifejezést, hogy a francia Akadémia egyáltalán foglalkozott egy ilyen „*barokk és ártalmas*” eljárással. A gondolatot *J. P. O'Dwyer* (1841—1898) elevenítette fel. *Bouchut* 1885-ben kesernyően jegyezte meg, hogy a larynx-tubage, melyet holtak hittek, lám feltámadt és lerázta magáról az akadémiai ékesszólás (eloquence) bilincset. 1890-ben Hamburgban egy nemzetközi kongresszuson *O'Dwyer* 40%-os eredményekről számolt be és a jelenlevő *Bouchut* örömet fejezte ki, hogy elgondolása milyen tökéletes formában támadt fel.

Az intubációs eljárás első alkalmazói között volt *Bókay* is. Ő a primaer intubatio mellett szállt síkra és 1892 után csak ellenjavallat esetén alkalmazott osztályán tracheotomiát. A magánpraxisban azonban, olyan helyiségben, ahol nincsen kellő felügyelet, ott szükség esetén — véleménye szerint — a tracheotomiát kell előnyben részesíteni.

A di. serum, majd a di. védőoltás az egész problémát elfeledtette.

Amikor *Bretonneau* érdemeiről beszélünk, arról se feledkezzünk meg, hogy *Bretonneau* és *Trousseau* iktatták ki a di. kezeléséből a mustáros borogatást, a piócázást, hashajtást, véna-punctiót és helyettük helyi kezelésre sósavas, lapisos és timsós ecsetelést ajánlottak.

Külön kell szólni B-ről, a terapeutáról. Ebben az időben párizsi orvosi körökben *F. Broussais* (1772—1839) felfogása vált uralkodóvá. *R. Th. H. Laennec* (1781—1826) és *Bretonneau* a kórbonctani irányt képviselték, ezzel szemben *Broussais* igen ironikusan nyilatkozott a „*hullanyitogatók*”-ról („*ouvreurs de cadaver*”) *Bretonneau* ugyanis éjszaka felnyitotta a meghalt betegei tetemét, hogy meggyőződjék diagnózisa helyességéről és az alkalmazott gyógyszerek hatásáról, melyeket állatkísérletekben kipróbált.

Laennechez hasonlóan *Bretonneau* volt az első, aki felemelte szavát a szélsőséges diéták és a válogatás nélkül alkalmazott érvágás (*saignée*) ellen. Kimutatta például, hogy sokkal több vérhasban szenvedő beteg gyógyul meg, ha csak diétásan kezelik, mintha eret is vágnak. Lázellenes szereket alkalmazott: hideg leöntéseket és chinint. A chinint nagy sikerrel alkalmazta a malária kezelésében. Ő ugyanis, ellentétben az addig uralkodó nézetekkel, a napi adagot egyszerre vétette be. (Mai terminológiával: lökésterápiát végzett.) Ezt később francia metódusként tartották számon.

Még egy fontos terápiás elv fűződik nevéhez. Ő vezette be a roboráló kezelést.

További megállapításai: a nagy adag kalomelkáros hatását állatkísérletekben igazolta. Kiterjedten alkalmazta az adstringáló szereket. Különös figyelmet szentelt az ópium kezelésnek és ismerte a bismut hatását az emésztőrendszer bántalmaiban. A belladonnát sikeresen applikálta a spasztikus köhögés, ill. az asthma bronchiale kezelésében. Ugyancsak elismerően írt a per os belladonna kedvező hatásáról asthma nervosumban. A sennega gyökeret ajánlotta mint a „*bronchialis secretio modifikátorát*”, és a pneumonia kezelésében az antimont is alkalmazta.

Érdeklődött az akupunktúra iránt és megbízta egyik tanítványát, hogy vizsgálja a hatását. Franciaországban ő vezette be rachitisben a csukamájolaj kezelést. Katarakta műtéhez konstruált egy orvostörténelmileg számontartott tűt és a tracheotomiát is a saját maga által szerkesztett canullel végezte. Az oesophagus strikturák kezelésére ugyancsak saját maga szerkesztett egy tubust. A tapasztalat is mesterien alkalmazta és volt egy saját tyúkszem tapasza.

P. F. Bretonneau 1878. április 3-án született. Felmenői között 9 generációban 15 gyógyszerész, borbély-sebész és seborvos található. Mint vidéki gyermek, természetközelenben nőtt fel és olvasni csak 9 éves korában tanult meg. A latin nyelvvel élete végéig nem barátkozott meg. 1795-ben iratkozott be a párizsi katonatorvosi iskolába. Mint ismeretes, a konvent feloszlatta az egyetemek orvosi fakultásait és ehelyett 3 egészségügyi iskolát (*Ecole de Santé*) szervezett: Párizsban, Montpellier-ben és Strassbourganban. Itt három év alatt képezték ki a katonasebészeket. Sebészetet kezdetben *P. J. Desault*-tól (1744—1795), a Humanitás kórháznak elnevezett Hétel Dieu-ben, míg belgyógyászatot *I. N. Corvisart*-tól (1755—1821) tanult a l'Hospice de l'Unitében (azelőtt Charité).

Két év után abbahagyta tanulmányait, okára mind ez ideig nincs elfogadott magyarázat. (Rossz tanulmányi eredmények? Betegség? Honvág?) A következő évekről nincsenek hiteles adatok. Ekkor kezdődhetett kapcsolata későbbi feleségével, aki 27 évvel volt idősebb nála. Említik, hogy megpróbálkozott a záróvizsgálával, de eredménytelenül.

1801-ben nősült meg és több mint tíz éven keresztül elsősorban felesége birtokán kertészkedéssel foglalkozott, emellett praktizálgatott. Nem lévén a falucskában gyógyszerész, a gyógyszereket is maga készítette el. A környék gyermekeinek himlőoltását is ő végezte. Közben barkácsolgatott.

Barátai számára hőmérőket készített. Egy fontos újítása: mint kitűnő üvegtechnikus, hajszálcsöveket készített, amiben a himlőnyirok lassabban veszti el hatékonyságát. Ezért a felfedezéséért díjat kapott.

1814-ben megüresedett a szomszédos tours-i kórház főorvosi állása és a prefektus, akinek feleségét bravúrosan meggyógyította, ragaszkodott hozzá, hogy az állást *Bretonneau* nyerje el. Ekkor kiderült, hogy nincs meg az orvosi diplomája. Barátai elintézték, hogy a vizsga csak formális legyen, a vizsgáztatók a hőmérővel kapcsolatban tettek fel kérdéseket.

Bretonneau hadilábon állott az ortográfiával. Kéziratait *Trousseau* nézte át. 1816 és 1819 között hastífusz járvány pusztított Tours környékén. Ez bőséges alkalmat adott neki, hogy ezt a betegséget mind klinikailag, mind kórbonctanilag tanulmányozza. A bélben talált eruptiók és fekélyek adták az ötletet, hogy a betegséget „*Dothisentérite*”-nek nevezze el. (Dothin görög szó, fekélyt jelent.) A betegség részletes leírását *Trousseau* adta közre 1826-ban.

1818 és 1821 között egy másik járványos megbetegedés jelentkezett: a diphtheritis. A nevet *Bretonneau* adta. (A görög diphtera = lehúzott bőr szóból származtatta.)

Feleségét 1836-ban veszítette el. 1838-ban lemondott a főorvosságról. Ekkor felmerült a gondolat, hogy Tours-ban is felállíttanak egy orvosi iskolát és annak szervezésével *Bretonneau*-t bízták meg. Nagy lendülettel látott munkához, azonban — minthogy a tanári karra vonatkozó javaslatát nem fogadták el — lemondott arról, hogy ő legyen az iskola vezetője. Ezután ismét kertészkedéssel és óriási praxisa ellátásával foglalkozott. Párizsba is gyakran hívták konziliumba, nemcsak volt tanítványai.

1857-ben, tehát 79 éves korában beleszeretett egy neves tanítványa: *Moreau de Tours* elmegyógyász (1804—1884) 19 éves unokahúgába, feleségül vette és két gyermekük született. Házat vett Passyban és 1862. februárban hunyt el. A francia orvostudománynak egyik legeredetibb egyénisége volt. Halálának 100. évfordulóján Tours-ban nagy ünnepségeket rendeztek.

Kenéz János dr.

Mathéo Orfila

A felvilágosodás korának nagy jelentőségű természettudományos felfedezései, a fizika és kémia tudományának haladása megújító erővel hatott a 19. század elején az orvostudományi kutatásokra. A rokon tudományok eredményeinek és kutatási módszereinek felhasználása az orvosi vizsgálódások területén új szaktudományok kialakulását, ill. a régiek további szakosodását eredményezte. Éppen az orvosi vegytan kifejlődése alapozta meg — többek között — a tudományos gyógyszerterant és a törvényszéki méregtant, bár az utóbbi kialakulását nagyban elősegítette a jobb boncolási technikával rendelkező tudományos kórbonctan roha-

mos fejlődése is. Igaz, már a középkor orvostudományában is találkozzunk olyan adatokkal és törekvésekkel, amelyek az orvosi ismeretek alapján próbálták a mérgezéses bűneseteket felderíteni, perdöntő bizonyítékokat keresni. Azonban a tudományos igazságügyi — akkori nevén rendőrorvosi — orvostan megalapozását főleg a törvényszéki méregtan megteremtése tette lehetővé. Ebben nagy jelentőségű munkásságot fejtett ki *Mathéo Orfila*, spanyol származású párizsi toxikológus, akinek sikerült olyan módszereket kidolgoznia, amelyekkel a mérgeket jóval a halál beállta után is sikerrel lehetett kimutatni.

Mathéo José Bonaventura Orfila 1787. április 24-én született a Spanyolországhoz tartozó Minorca szigetén, Mahonban, ahol apja orvos volt. Orvosi tanulmányait 1804-ben kezdte el Valenciában, majd Barcelonában folytatta. Már hallgatóként különös érdeklődéssel fordult a vegytan felé és ezzel magyarázható elhatározása, hogy orvosi tanulmányait 1807-től a párizsi egyetemen folytatta, ahol 1811-ben orvosdoktori oklevelet szerzett. Nem tért vissza hazájába, hanem az egyetem fizika és kémia előadásait hallgatta, mindjobban elmélyedt a vegytan és a botanika tudományába. Ekkor már azt a nézetet vallotta, hogy meg kell ismerni a különböző vegyületek, így a mérgek kémiai viselkedését az emberi és az élő szervezetben és ezt először állatokon kell kísérletileg megpróbálni. 1812—1815 között elsőnek végzett olyan kísérleteket, amelyek célja a mérgek hatásának kimutatása volt az élő szervezetre. Ezen vizsgálódásai közben már eredménnyel kutatta azt, hogyan és milyen módszerekkel lehetséges a halál beállta után is kimutatni a mérgező vegyületeket. Ennek alapján közölte első jelentős munkáját (*Traité de toxicologie générale*), amely új irányt szabott az orvosi toxikológiának. Művét már az 1820-as években több világnyelvre is lefordították, sőt az eredeti francia kiadás haláláig négy új kiadást ért meg. Különböző ez az időszak rendkívül termékeny *Orfila* szakirodalmi tevékenységében: 1817-ben kiadta a *Vegytan alapjai* című alapvető munkáját, majd az 1823-ban a törvényszéki orvostanról írott könyve korszakalkotó jelentőséggel bír e tan kialakulása szempontjából. Ebben már bővebben tárgyalja az előbb említett módszereit, amelyekkel exhumálás után is kimutatható a halál okát bizonyító mérgezés.

Tudományos munkássága alapján 1818-tól *Orfila* lett a párizsi egyetem törvényszéki orvostan professzora, sőt 1823-ban kinevezték az általános vegytan tanárává is. Az oktató munka és két intézet vezetése mellett továbbra is elmélyült kutató munkát végzett. A törvényszéki orvostani tanulmányai sorra láttak napvilágot különböző francia és német akadémiai folyóiratokban. Rendkívül megnyerő egyénisége és színes előadói készsége számos hívet, hallgatói közül pedig követőt szerzett az orvosi vegytannak, a törvényszéki méregtannak. Kutatói munkássága mellett előadói tevékenységével is nagyban hozzájárult szakterületének szaktudománnyá való fejlődéséhez, tekintélyének megszilárdulásához. Az 1830-as években a legmagasabb egyetemi tisztségeket is több alka-

lommal betöltötte, négyszer viselte a dékáni, ugyanennyiszor a rektori méltóságot. Ez utóbbi tisztségviselési alatt születtek meg a párizsi egyetem fejlesztésének kiemelkedő tervei: új épületet kapott az egyetemi anatómiai intézet (1833) és a gyógyszer-tani tanszék (1834), számára új klinikai épületet emeltek (1833—36), keresztül vitte a kórbonctani és a később nevét viselő anatómiai összehasonlító múzeum, valamint a luxembourgi botanikus kert létesítését. Ilyen irányú tevékenységével a párizsi egyetem legkiemelkedőbb rektorainak sorába emelkedett. Ugyancsak nevéhez fűződik az új tanulmányi rend és vizsgáztatási szabályzat kidolgozása is, valamint az egyetemi törvényszéki orvostani intézet létesítése és fejlesztése.

Egyetemi tisztségei mellett a francia orvosi közélet legmagasabb méltóságait is elnyerte: 1834-ben a Párizsi Orvosi Társaság elnökévé választották, tagjai sorába hívta a Tudományos Akadémia,

majd 1834-ben tanácsosi rangban a Legfelsőbb Orvosi Tanácsba is beválasztották. Feladatkörébe tartozott az összes franciaországi kórház felügyelete és a törvényszéki igazságügyi orvosi kérdések véleményezése. 1848-ban országos orvosi felügyelővé nevezték ki és megválasztották az egyetem elnökévé is.

Orfila nemzetközi elismertségének van magyar vonatkozása is: a budapesti Kir. Orvosegyesület 1843-ban levelező tagjává választotta, ami annál is érdekesebb, hiszen az egyesület külföldi tagjai közül ő az első franciaországi, a francia orvostudományt képviselő tag.

Mathéo Orfila 1853. március 12-én halt meg Párizsban. Hatalmas vagyonának jelentős részét tudományos intézetekre és az egyetemre hagyta, amelyen belül külön pályadíjat alapított a gyógyszer-tani kutatások területén kiemelkedő kutatók számára.

Kapronczay Károly dr.

OXYBION por szirup készítéséhez

Antibioticum

ÖSSZETÉTEL: 1 üveg (16 g por) 5 000 000 NE Phenoxymethylpenicillin-Dibenzylaethylen-diaminum-ot tartalmaz.

JAVALLATOK: Penicillin terápia. Az összes penicillinérzékeny kórokozó (*Streptococcus*, *Gonococcus*, *Pneumococcus*, *Staphylococcus* stb.) által előidézett fertőzés kezelésére vagy megelőzésére; elsősorban tonsillitis follicularis gyógyítására. Előnyösen befolyásolhatók az enyhe és közepes súlyos felsőlégúti infekciók, továbbá tonsillitis, pharyngitis, bronchitis, otitis, valamint pneumóniák egy része. Alkalmas penicillin-érzékeny infekciókra hajlamosító – elsősorban *Streptococcus* okozta (pl. scarlat) – megbetegedések kivédésére is.

ELLENJAVALLATOK: A beteg penicillin-allergiája és a kórokozók penicillin-rezisztenciája. Túlérzékenységre utaló jelek esetében nem szabad alkalmazni.

ADAGOLÁS: Az üveget nyakig feltöltjük csapvízzel (ivóvízzel, csecsemők esetében forralt, de lehűtött ivóvízzel), néhányszor erősen összerázzuk, míg egyenletesen sima szirupot kapunk. Egy adagolókanál 250 000 NE penicillint tartalmaz.

Terápiás adagok:

csecsemőknek: 3 × 1 adagolókanállal naponta
 1–3 éves gyermekeknek: 4 × 1 adagolókanállal naponta
 3–6 éves gyermekeknek: 3 × 2 adagolókanállal naponta
 6–12 éves gyermekeknek: 4 × 2 adagolókanállal naponta

A kezelés időtartama általában 5–7 nap.

Megelőzés céljára kisgyermekeknek napi 1–2 kanál,
 3–6 éves korú gyermekeknek 3 × 2 kanál.

MELLÉKHATÁS: A kezelés során elvétele a széklet lazulása észlelhető, ez azonban a gyógyszeradagolás befejezésével megszűnik.

FIGYELMEZTETÉS: Az üveg tartalmát minden használat előtt fel kell rázni. Az elkészített szirupot hűvös helyen kell tárolni, 10 napon túl felhasználni nem szabad.

MEGJEGYZÉS: ✖ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismétlőd.

TÉRÍTÉSI DIJ: 16 gr 6,- Ft



Előállítja:

Biogal Gyógyszergyár, Debrecen



Szív- és érsebészet

Arteria subclavia — arteria carotis externa by-pass graft az agyi vérellátás javítására. Berguer, R., Bauer, R. B. (Wayne State University and Harper Hospital, Detroit): Arch. Surg. 1976, 111, 893—896.

Az arteria carotis interna (ACI) elzáródása esetén az arteria carotis externa (ACE) kollaterálisain keresztül jelentős mértékben járul hozzá az agyi keringés javításához. A szerzők szerint a leszorított ACI distalis részén mért nyomás 21%-kal növekszik, ha az egyidőben leszorított ACE-t felengedjük.

A közlemény egy 72 éves férfi beteg esetét ismerteti, aki mindkétoldali carotis műtét, majd mindkétoldali reobliteráció miatt került felvételre vertebrobasilaris elégtelenség és transiens cerebralis stroke állapotában. Az elvégzett aortaív angiographia mindkét ACI, a jobboldali ACE és ACC (arteria carotis communis) elzáródását, a bal arteria vertebralis (AV) 40%-os stenosisát mutatta. A jobb AV átjárható volt. Doppler-féle ultrahang vizsgálattal kimutatták, hogy a jobb ACE csupán eredésénél záródott el, egyébként kollaterálisokon keresztül feltelődik. Ennek alapján az agyi perfúziós nyomás javítására jobboldali arteria subclavia — ACE venás by-pass műtétet végeztek.

A műtét utáni 15. napon végzett kontroll arteriographián a jobb szemén keresztül, kollaterálisokon át feltelődött a jobb ACI. A műtét után a transiens cerebralis attackok megszűntek.

A szerzők hangsúlyozzák, hogy az arteriographián elzáródtak tűnő ACE az esetek többségében jó kollaterális rendszere miatt rövid szakasz után ismét átjárható, így a műtét elvégezhető. Ilyenkor Doppler vizsgálat döntő jelentőségű az ACE permeabilitásának megítélésében.

Bár a műtét korai eredménye igen jó, késői eredményről a szerzők még nem tudtak beszámolni. Hasonló műtétről az irodalomban is csak egy esetről jelent meg közlemény.

Gloviczki Péter dr.

Takayasu-betegség következtében kialakult aortitis syndroma; a sebészi kezelés irányelvei. Sunamori, M. és mtsai (1st Department of Surgery, Tokyo Medical and Dental University, Tokyo, Japan): J. Cardiovasc. Surg., 1976, 17, 443—455.

A közlemény az aortán és annak főtrónjain stenosisról, ill. dilatáló laesiókat okozó aortitis syndroma

(Takayasu-betegség, aortaív syndroma) sebészi kezelésének indikációit ismerteti. A szerzők az elváltozások anatómiai elhelyezkedése szerint 4 csoportot különböztetnek meg: 1. csoport: az aorta és a nyaki nyakerek stenosisáló és/vagy occlusiv laesiói (ide tartozik a klasszikus „pulseless disease” is). 2. csoport: a thoraco-abdominalis aortaszakasz és annak főágain — elsősorban az arteria renalis — kialakult stenosisáló és/vagy occlusiv laesiók. 3. csoport: az 1. és 2. csoport együttes fellépése. 4. csoport: aneurysmák.

A sebészi kezelés a változatlanul ismeretlen aetiológiájú aortitis akut szakában kontraindikált.

A szerzők Takayasu-kór okozta 1 hasi aorta aneurysma, 2 atipusos aorta coarctatio, 2 aorta billentyű elégtelenség és 2 renovascularis hypertonia miatt sikerrel operált esetüket részletesen ismertetik. (Leírnak a tüdő nagy és kis elasztikus artériáira is kiterjedő Takayasu-betegséget is.)

A műtét megoldás by-pass műtét legyen, az irodalmi adatoknak megfelelően a szerzők is az autolog véna használatát hangsúlyozzák a műanyag érrel szemben.

Műtétnél és a postoperatív szakban feltétlenül vigyázni kell a kóros vérárvadásra. A betegségben meglévő hypercoagulabilitás — ami csökkent fibrinolysis, fokozott heparin-resistentia, fokozott véremez aggregabilitás eredménye — gyakran oka a korai occlusióknak.

Gloviczki Péter dr.

A Takayasu-kór angiographiás osztályozása és sebészi kezelése. Takahashi, M. és mtsai (Department of Cardiovascular Surgery, Tokyo Medical College): Folia Angiologica, 1975, 10, 373—376.

A szerzők 22 saját betegük és a Japánban eddig leközölt 134 „pulseless disease” (aortaív syndroma) alapján a betegség klinikai tünetek, ill. angiographiás lelet alapján történő felosztását javasolják.

A Takayasu betegség 82%-ban nőbetegeken jelentkezik, leggyakrabban a második évtizedben. A szédülés, karzsibbadás, a hűvös kezek a típusos tünetek. Gyakori fejfájás, a betegek 10%-án aorta coarctatio miatt felsővégtagi hypertoniát észleltek. Palpitatio a betegek 36%-án, syncope 15%-án fordul elő.

A szerzők a betegeket a következő csoportokba osztották fel: 1. stádium: Az aortaív ágai kismértékben stenotikusak, kollaterális keringés nem alakult ki, a klinikai tünetek átmenetiek, enyhék. 2. stádium: Az aortaív ágai elzáródtak, de kielégítő kollaterális keringés

van. Enyhe klinikai tünetek: fejfájás, hűvös kéz. Radialis pulzus nem tapintható. 3. stádium: Az aortaív ágai elzáródtak, a kollaterális keringés fejlett, de a klinikai tünetek is kifejezettek. 4. stádium: Az aortaív ágai jelentős szakaszon elzáródtak, a kollaterális keringés elégtelen, a klinikai tünetek súlyosak.

A betegek nagy részénél a betegség gyulladós eredetét tudták kimutatni. 62%-ban magas sülydedést észleltek, 20%-ban leukocytosist, 33%-ban pozitív R-faktort mutattak ki. Steroid adása után a sok esetben észlelt magas IgG szint jelentősen csökkent. Ez a Takayasu arteritis auto-immun jellegére utal.

A különböző stádiumokban alkalmazott therápiára vonatkozóan a szerzők a következő irányelveket szabják meg: az 1. és 2. stádiumban a gyulladós tünetek mérséklése, steroid kezelés alkalmazása szükséges. A 2. és 3. stádiumban a kollaterális keringés javítására thoracalis sympathectomia indokolt, a 4. stádiumban javasolnak csupán érműtétet, thrombo-endarterectomiát vagy by-pass műtétet. Ez utóbbi elvégzésére az autolog véna a legmegfelelőbb, mert műanyag érprothesis alkalmazásakor a gyulladós tünetek infekcióhoz, varratelégtelenséghez, disruptióhoz vezethetnek. Ha megfelelő véna hiányában mégis dacron by-pass műtét történnik, az éranastomosis az elzáródástól távol kell elvégezni, hogy az intima necrosis tovaterjedése varratelégtelenséghez ne vezessen.

Gloviczki Péter dr.

Szimultán kétoldali carotis endarterectomiák. Clauss, R. H. és mtsai (Department of Surgery and Neurology, New York Medicine College, Flower and Fifth Ave Hospital and Metropolitan Hospital Center, New York): Archives of Surgery, 1976, 111, 1304—1306.

Tizenkét 46—80 év közti betegten végezték el a szerzők „együlésben” a kétoldali carotis endarterectomiát. Műtét előtt mindegyiküknek átmeneti ischaemiás attackjai voltak, ami indokoltá tette a „négy nagy ér” angiographia elvégzését. Minden esetben stenosis vagy egyéb degeneratív elváltozást találtak mindkét arteria carotis internán. Bár a carotis endarterectomiák kevés szövődménnyel járnak, két súlyos komplikáció előfordulhat: újabb neurologicali maradványtünet és myocardialis infarctus. A szimultán bilaterális carotis endarterectomia nem feltétlenül növeli az újabb neurologicali tünetek kialakulásának vagy a meglévő súlyosbodásának esélyét, a myocardialis infarctus előfordulását pedig csökkenteti a szerzők véleménye szerint.

Az „együlésben” végzett műtét mellett szól: 1. Az agyi keringés nincs nagyobb terhelésnek kitéve akkor sem, ha a második endarter-

ectomia közvetlenül az első arteria carotis keringésének a helyreállítása után történik. 2. Az egyik oldali carotis endarterectomia ellenére a csak részben rekonstruált agyi keringés miatt továbbra is fennáll a súlyos következmények lehetőségére, így halogatásnak nincs helye. 3. Gyakran az angiographiás vizsgálat nem mutatja meg, hogy a súlyosan károsodott arteria carotisok közül melyik a felelős az egyre gyakrabban jelentkező ischaemiás attackokért.

A szerzők egyetlen esetben sem észleltek neurologiai szövődményt, két alkalommal alakult ki myocardialis infarctus: egy 57 éves nőbetegben 33 nappal, egy 71 éves nőbetegben pedig 4 nappal a műtét után.

A műtéttechnikai problémákat a szerzők nem részletezték, de kiemelik, hogy belső shuntot mindig használnak, ha az érintett arteriális ág vérnyomása kisebb mint 30 Hgmm. Tekintettel arra, hogy a cerebrovascularis elégtelenségben szenvedő betegek késői haláloka leggyakrabban cardialis természetű, a beteget csak egy, de szimultán keringés-rekonstruáló műtétnek szabad kitenni.

Dóczi Tamás dr.

Adatok a rheumás aorta insufficiencia műtéli indiciójához.

Smith, H. J. és mtsai. (Cardiology and Cardiothoracic Surgery Departments, Green Lane Hospital, Auckland, New Zealand): British Heart Journal, 1976, 38, 147—154.

A szerzők 180 súlyosabb rheumás eredetű aorta insufficienciás beteg adatait gyűjtötték össze, akik 1953 és 1967 között panaszakkal a Green Lane Hospital-hoz fordultak. A vizsgált adatok a következők voltak: részletes anamnesis, nagyvérköri systolés, diastolés, valamint pulsusnyomás, rtg-vizsgálat (cardio-thoracikus index — továbbiakban CTR) EKG, különös tekintettel a frontális tengelyállásra, szárblockra, rhythmuszavarokra és a bal hypertrophia mértékére. A 180 beteg közül 110-nél homograft aorta billentyű beültetés történt, 22 meghalt, míg a fennmaradó 48 beteg műtét nélkül a megfigyelési idő alatt életben volt.

A szerzők a következő kérdésekre keresték a választ: 1. A fennjelölt faktorok közül melyek azok, amik a közelgő halál előhírnökei, 2. melyeknek jelenléte esetén gyakori a műtéli complicatio (jelentős residualis aorta regurgitatio, myocardialis károsodás), illetve mik azok a faktorok, melyeknek fennállta jól sikerült műtét esetén is rossz távolabbi prognózisra utal. Ezek a kérdések segítenek a műtét időpontjának pontos meghatározásában, ami akkor indokolt, ha a beteg életkilátásai műtét nélkül már igen rosszak, de a betegség még nincs olyan előrehaladott állapotban, amikor már a műtéli halálozás is igen magas, illetve a műtét utáni

életkilátások a sikeres műtét ellenére sem jók.

Az eredmények a következők voltak: A 2,3 éves átlagos megfigyelési idő alatt meghalt 22 beteg közül 14 anamnesisében szerepelt paroxysmalis dyspnoe vagy pangásos szívelégtelenség, 18 CTR-e volt 0,60-nál nagyobb, 9-nél mérsékelt, 12-nél extrém fokú bal hypertrophia, 13-nál valamilyen arrhythmia volt jelen.

A felsorolt terhelő klinikai adatok a túlélőkörhöz viszonyítva szignifikánsan gyakoribbak voltak ebben a csoportban. A 2,3 éves átlagos megfigyelési idő után műtétre került 110 beteg közül 10 az I., 44 a II., míg 56 a III., illetve a IV. stádiumban volt. 34 betegben közvetlenül a műtét után sebeszi complicatio léptek fel: jelentős aorta regurgitatio, myocardialis károsodás vagy ingervezetési zavar formájában. Ezek közül 15 meghalt (4 még a kórházban), 10 állapota rossz, míg nyolc kielégítő vagy jó volt. (Egy beteg sorsát nem tudták követni). Azt találták, hogy 0,65-nél nagyobb CTR, az anamnesisben szereplő keringési elégtelenség, valamint a mitralis billentyű kisméretű laesiója kedvezőtlen a korai műtét eredmények szempontjából. Az eredmények azonban nem szignifikánsak. A 110 közül 76 betegben a műtét teljes mértékben sikeres volt, ennek ellenére csak 51 volt jó állapotban. 14 állapotba kielégítő, egyé igen rossz, míg 8-an meghaltak a 4—36 hónapos megfigyelési idő alatt. 2 beteg sorsáról nem tudnak. A meghaltak közül keftónél bakteriális endocarditist találtak. A 23 rossz késői eredményt mutató, illetve meghalt beteg közül 3-nak volt cardiomyopathiája, 8-nak cardiomegaliaja (CTR nagyobb mint 0,65), a meghaltak közül 4-nek rhythmuszavara, illetve 2-nek nagyfokú szívelégtelensége a műtét alatt. Más oldalról megvilágítva: abban a betegcsoportban, akik anamnesisében keringési elégtelenség szerepel, a halálozás 21%, míg akiken keringési elégtelenség nem volt, csak 7%. Ahol a CTR nagyobb volt 0,6-nál, a halálozás 23%, és mindössze csak 30% a 0,6-nál kisebb CTR-val rendelkező csoportban. Egyetlen betegük sem halt meg ahol az EKG-n hiányoztak, vagy enyhék voltak a bal hypertrophia jelei, míg az extrém bal hypertrophiánál a mortalitás 26% volt.

Ugyanez áll az arrhythmiaikra. Az arrhythmias csoportban a halálozás 22%, a sinus rhythmusú csoportban 8%. A különbségek matematikailag szignifikánsak. Különösen kedvezőtlenek az életkilátások, ha több terhelő faktor van jelen (pl. keringési elégtelenség az anamnesisben, cardiomegalia, extrém bal hypertrophia, rhythmuszavar.)

Eredményeiket összefoglalva a szerzők megpróbálják körülhatárolni a műtéli javallatot. A műtét indikált, ha jelentős fokú aorta insufficienciára utaló peripheriás tünetek vannak (diastolés nyomás ala-

csonyabb 60 Hgmm-nél, a pulsusnyomás pedig nagyobb a systolés nyomás 50%-ánál), jelentős fokú cardiomegaliaival (CTR nagyobb mint 0,60). Ugyancsak műtétit indiciót jelent, ha az anamnesisben keringési elégtelenség szerepel és extrém fokú bal kamra hypertrophia áll fenn. Ventricularis ES-ek kedvezőtlen jelnek tekinthetők, de csak az előzőkkel együtt jelentenek műtétit indiciót.

[Ref.: Új-Zéland, ahol bizonyos bennszülött néptörzsek között a rheumás láz és a szerzett vitiumok igen gyakoriak, következképpen nagyszámú billentyűbeültetés is történik, igen alkalmas nagy beteganyagot magában foglaló retrospektív szövészeti statisztikai felmérésekre. Nem véletlen tehát, hogy e közlemény is innen származik. A cikk kétségtelen előnye az, hogy a műtéli kockázat valamint a várható eredmény megítélését az általános orvosi gyakorlat számára is jól hozzáférhető vizsgálati módszerekkel (részletes anamnesis, EKG, rtg-felvétel, egyszerű vérnyomásmérés) közelíti meg. Sajnos az esetek nagyobb részében — s ezt a szerzők is hangsúlyozzák — a műtétit javallatot jelentő anamnesztikus és vizsgálati adatok olyan kombinációban jelentkeznek (keringési elégtelenség az anamnesisben, nagyfokú cardiomegalia, nagyfokú bal hypertrophia, rythmuszavar) amik egyben az elkésett műtétnek is a hírnökei.]

Gelléri Dezső dr.

Arteria vertebralis bypass. Bergner, R., Andaya L. V., Bauer, R. B. (Wayne State University, Harper Hospital, 3990 John R. Detroit, MI 48201): Archives of Surgery, 1976, 111, 976—979.

Az arteria vertebralis szájadékának arteriosclerotikus eredetű szűkülete gyakori. Különösen nem megfelelő intracranialis anastomosisok, ellenoldali arteria vertebralis hypoplasia vagy stenosis esetén agyi ischaemiás tünetek alakulhatnak ki. A carotisnál kisebb átmérőjű vertebralis arteria a sebészi beavatkozás számára nehezebben hozzáférhető. A szerzők autogen vena by-pass felhasználásával új műtét eljárásról számolnak be. Az esetek ismertetése után részletesen leírják a műtét módszerüket. A nyílt endarteriectomia, a subclavian keresztül végzett endarteriectomia, vagy a vertebralis arteria reimplantációja magas mortalitással, nem megfelelő postoperatív eredménnyel, szövődményekkel jár. A vena-graft felhasználása csökkenti a leszorítási (ischaemiás) időt, kiterjedtebb, magasabba terjedő elzáródás esetén is végezhető, és feltehetően a késői eredményei is jobbak. Négy betegüknél a postoperative végzett angiographia átjárható grafft mutatott.

Kiss Lajos dr.

A mitralis billentyűpótlás tartós eredménye. Erhard, W. és mtsai: Dtsch. med. Wschr. 1977, 102, 615.

A szerzők két müncheni és egy erlangeni szívsebészeti centrumban végzett 210 mitralis billentyűcseréről számolnak be. 37 beteg a mitralis billentyűpótláson kívül aorta-billentyű (27 eset) és tricuspidalis billentyű (10 eset) pótlásban is részesült. A betegeket a műtét után fél éven belül, később évenként kontrollálták. Postoperatív katéterezést csak akkor indikáltak, ha egyértelmű rosszabbodás volt megállapítható. A prae- és postoperatív functionális értékelést a New York Heart Association (N. Y. H. A.) kritériumai alapján végezték, az I—IV. stádium megjelölésével.

A 173 mitralis billentyűpótlásban részesült beteg túlélése egy hónap után $92 \pm 2\%$, egy év után $83 \pm 3\%$, három év után $73 \pm 4\%$ és öt év után $68 \pm 7\%$. Kiemelendő, hogy az ötéves túlélési valószínűség azoknál a betegeknél, akik praeoperatív a N. Y. H. A. szerinti III. stádiumba tartoztak, $73 \pm 8\%$ volt, míg a IV. stádiumba tartozóknál $57 \pm 8\%$ ($P < 0.1$). Mitralis stenosis és mitralis insufficientia miatt végzett billentyűpótlás esetén statisztikailag szignifikáns különbséget nem találtak. A műtét túlélésének kockázata nem nőtt meg annál a 37 betegnél, akik kettős billentyűpótlásban részesültek. Ezzel szemben a 45 éven felüli életkor és a műtét előtt jelentősen emelkedett pulmonalis vascularis resistentia csökkentette a túlélési valószínűséget.

Kálmán Péter dr.

Szívbillentyű beültetés terhese-ken és az anticoagulans kezelés. Szerkesztőségi közlemény: British Medical Journal 1977, 1, 1047—1048.

Az utóbbi években mind több terhes nőn végeznek szívbillentyű beültetést. Az okok különbözők: congenitalis, postinfektív vagy reumatikus szívbetegségek. Az újabb típusú szívbillentyűkhöz kevesebb tromboemboliás szövődmény társul. Az anticoagulansok folyamatos adása az ilyen betegeknél elkerülhetetlen. Ez a kezelés az anya biztonságát szolgálja, azonban a magzatnak kockázatot jelent.

A cumarinszármazékok átjutnak a placentabARRIEREN és foetalis haemorrhagiát okoznak, főleg az éretlen májban. E szerek teratogen hatására ugyancsak figyelemmel kell lenni. Abortus, halva szülés, vele született fejlődési rendellenességek és a perinatalis mortalitás 15% körüli értéke jelzi, hogy az anticoagulans a magzat számára nem közömbös, káros tényező. A subcutan heparin adása látszik a legjobb megoldásnak. A Bonnar által ajánlott séma a következő. Az első trimeszterben s. c. heparint adott, az orális anticoagulansok teratogen hatásának elkerülésére. A 12—37. hét között per os alkalmazta az al-

vadagátlokat viszonylag kis dózisban. A 37. hét után visszatért a s. c. heparin alkalmazásához, ezt folytatta a szülésig.

Az eredményes kezeléshez elengedhetetlennek tartotta a plazma heparin szint állandó ellenőrzését, ti. főleg az utolsó trimesterben a gravidák relative refrakterré válnak az anticoagulansokkal szemben. 48 órával a szülés után ismét orális anticoagulans javasolt, hozzátéve, hogy a mellről táplálkozó újszülöttnél a K-vitamin pótlása szükséges.

A legtöbb terhes asszony, akin szívbillentyű műtétet végeztek, megfelelő kezelés mellett terhességét nagyobb baj nélkül kiviselte, és az anticoagulansok károsító hatása a foetusra a minimumra csökkenthető.

Hegedüs Tibor dr.

Postperfusió syndroma gyermekkorban. Handrick, W., Meister, E.-M. (Kardiologische Abteilung der Kinderklinik der Karl-Marx-Universität Leipzig): Deutsche med. Wschr. 1977, 102, 239—242.

Postperfusió syndroma nem csupán extracorporalis keringésben végzett műtétek kapcsán, hanem egyéb sebési beavatkozások után is fellép, ha nagyobb mennyiségű friss vér transfúziójára került sor. Ezért, valamint a jellemző vérkép alapján „posttransfusió syndroma”, illetve „transfusió mononucleosis” elnevezés is használatos. A típusos tünetek: splenomegalia, lymphocytosis (atypusos lymphocyták) 3—6 héttel a műtét után lépnek fel.

Számos betegben sikerült cytomegalia vírus ellenitestet igazolni. Egyes esetekben Epstein-Barr-vírus is kimutatható volt. Cytomegalia vírus direkt tenyésztéssel is igazolható volt. A szerzők 18 hónap alatt 3 betegben észlelték a kórkép felléptét. A diagnózist a klinikai tünetek, cytomegalia vírus antitest megjelenés, IgM, IgG eltérés alapján igazolták. A tünetek a 33—68. postoperatív napon léptek fel, a betegek a 70—110. postop. napra tünetmentessé váltak.

Nehézséget jelenthet a syndroma elkülönítése carditistól, vagy sepsistől. Az utóbbiakkal szemben a kórképben a betegnek általános állapota jó. Cytomegalia igazolása perdöntő. Prognózis jó, recidiva nem lép fel. Előfordulását extracorporalis keringésben végzett műtétek után 4—11%-ra becsülik, de nem minden esetben ismerik fel.

Fekete Farkas Pál dr.

Csecsemő- és gyermekgyógyászat

Van D-vitamin az anyatejben. Lakdawala, D. R. Widdowson, E. M. (Dept. Med., Addenbrooke's Hosp., Cambridge): Lancet 1977, 1, 167—168.

A szerzők japán és francia közlések alapján felülvizsgálták azt a

hosszú évtizedeken keresztül bizonyítottnak vett állítást, mely szerint az emberi tej alig tartalmaz D-vitaminszerű anyagot. Az a régi megfigyelés készítette őket erre, hogy az anyatejes csecsemő D-vitamin bevitelére nélkül is csak ritkán lesz rachitises.

Szerintük a korábbi D-vitamin meghatározások azért adtak durván téves eredményt, mert az anyag zsírdékonyasága miatt a tej vizes fázisát meg sem vizsgálták. Ők a D-vitamin egyik vízben oldható formáját, szulfátkomplexét keresték az anyatejben. Kiderítették, hogy a korábbi állításokkal szemben nem $0,01 \mu\text{g}/\text{dl}$ az anyatej D-vitamin tartalma, hanem ennek legalább százszorosa: a szülés utáni 3—5. napon átlagosan $1,78 \mu\text{g}/\text{dl}$, a 6—8. napon is még $1,00 \mu\text{g}/\text{dl}$, a 8. nap után úgyszólván nem csökken. Minthogy a csecsemő szükséglete mintegy $10 \mu\text{g}/\text{die}$ ($= 400 \text{ E}/\text{die}$), tisztán anyatejes táplálás mellett ennek a bevitelének teljesen vagy közel teljesen megtörténik.

Tisztázni kell még természetesen, hogy a D-vitamin szulfátot mennyire hasznosítja a csecsemő, de semmi sem szól amellett, hogy nem jól. Fontos lenne tudni azt is, hogy az anya ellátottsága nem játszik-e jelentékeny szerepet a tej D-vitamin tartalmában.

Ha igaznak bizonyul az, hogy az anyatej ilyen nagy mennyiségben tartalmaz antirachitises anyagot, ennek óriási gyakorlati jelentősége lesz. Felül kell vizsgálnunk a D-vitamin bevitel tisztán anyatejes csecsemőkben és újabb, hatalmas érvelést kapunk kezünkbe az anyatejes táplálás rangjának visszaállításáért folyó küzdelemben.

Cholnoky Péter dr.

Kövérek maradnak-e a kövér csecsemők? Poskitt, E. M. E., Cole, T. J. (Inst. of Child Health Birmingham, and MRC Dunn Nutr. Unit, Cambridge): British medical Journal 1977, 1, 7—9.

Ismert az a kétségtelenül rendkívül mutató és meggyőző nézet, hogy a csecsemőkori túltáplálás a zsírszövet sejtjeinek számát növeli, s így megteremt az egész életet végigkísérő obesitas iránti hajlamot. Ez a nézet azonban korántsem egységes, hisz kimutatták, pl., hogy a csecsemőkori túlsúly nem feltétlenül a túltáplálás következménye, ill., hogy a csecsemőkori testsúly nem determinálja a későbbi testméreteket.

1969—70-ben Shukla és mtsai 300 csecsemőt vizsgáltak meg testsúlyuk és táplálkozásuk szempontjából. 28% -ban találtak túlsúlyt, 17% -ban kifejezett obesitást. A jelen közlemény szerzői e 300 gyermekből az elérhető 203-t újra vizsgálták annak megállapítására, hogy a csecsemőkori elhízás befolyásolja-e valóban a korai gyermekkorban észlelhető testsúlyt.

A 203 kisgyermek közül 100 fiú, 103 leány volt. Megállapították, hogy a korábban túlsúlyosnak ill. elhízottnak talált gyermekek-csecsemők az újravizsgálás idején túnyomórészt normál testsúlyúak voltak. 22 súlya haladta meg a nemnek, kornak megfelelő átlagot (11%), s 5 bizonyult elhízottnak (2,5%). Bár az 5 „kövér” kisgyermek közül 3 csecsemő korában is kövérnek bizonyult, a testsúly kedvező alakulását a %-ban kifejezett érték is bizonyítja.

A fölmérés azt a véleményt támasztja alá, hogy a csecsemőkori testsúly nem játszik meghatározó szerepet a testsúly későbbi alakulásában, a táplálkozási szokások, a gyermekek táplálkozására vonatkozó adatok a socioökonómikus tényezők jelentőségére utalnak.

(A közlemény referálását indokoltá teszi, hogy rávilágít az obesitas aetiologiája körül még mindig észlelhető bizonytalanságokra, s így, bár gyermekgyógyászati témát tárgyal, valójában a belgyógyászok érdeklődésével is találkozhat. Az elhízás aetiologiai faktorainak áttekintésekor számos szerző utal a csecsemő- ill. gyermekkori helytelen táplálásra, egyes ételféleségek — ezt a referált közlemény nem vizsgálja — pl. cereáliák idő előtti bevezetésére. Amint azt az általános fölfogás is tartja, sokkal valószínűbb, hogy ezekben az esetekben nem azért alakul ki túlsúly ill. elhízás, mert már csecsemőkori helytelen táplálkozásról volt szó, hanem, mert az elhízást elősegítő környezeti hatások, táplálkozási szokások az élet minden fázisában érvényesülnek. Ezt a nézetet támasztják alá a jelen közlemény adatai is, amikor a szocioökonómikus faktorok szerepét hangsúlyozzák.)

Winkler Gábor dr.

Rendellenes zsírfelhalmozódás a cseplezben és a mesocolonban gyermekkori. R. Hernandez és mtsai. (University of Michigan Medical Center, Ann Arbor, Mich.): Radiology 1977, 122, 193—196.

Betegük, egy 5 éves lány egy év alatt lefogyott, hasa feltűnően előbőltösült, bőralatti zsírszövege csaknem teljesen eltűnt. Hasi röntgenvizsgálatnál feltűnt a hasfal és a belek között levő nagymennyiségű, fokozottan sugáráteresztő zsírszövet. Műtét során nagyfokú zsírszövet-felszaporodást találtak a cseplezben, ugyanakkor a mesenteriumban és a hasfalban zsír gyakorlatilag nem volt. Az eltávolított cseplez súlya 2,5 kg volt — a beteg súlya 15,5 kg! Műtét után a gyermek hízott, bőralatti zsírszövege megszaporodott.

Egy 3,5 éves fiú hasi göresök, hányás, tapintható terime miatt került intenzív osztályra. A has röntgenképén a nagymennyiségű zsírszövet transzparenanciája következtében nativan

is kivethető volt a gyomor, lép, máj alsó része. Exploratív laparotomia során a mesocolonban nagymértékben felszaporodott zsírszövetet találtak egyébként normális viszonyok mellett.

Az ismertetett esetek tulajdonképpen lipodystrophia speciális formáinak felelnek meg, de a szerzők szerint különböznek az e címen elkönyvelt kórképektől. Nem azonosíthatók mesenterialis lipodystrophiával, diencephalikus syndromával, lipodystrophia totalissal, partialis lipodystrophiával, pelvikus lipomatosisal, visszatérő panniculitissal és egyszerű lipomával sem.

Lacay András dr.

Reye-syndroma és vírusos ketoacidosis. Aiyathurai, J. E. (University Hospital, Dept. of Pediatrics, Singapore): Lancet, 1976, II, 7997, 1253.

Vírusfertőzéshez kapcsolódó súlyos ketoacidotikus gyermekeken a preterminális stádiumban a Reye-syndromának megfelelő tünetek figyelhetők meg. A rossz, elégtelen gluceose utilisatio a metabolikus acidosis oka.

A máj szövettani vizsgálata az akut szakban zsíros infiltrációt, a glycogen kiürülését mutatja. Az egy hónappal később végzett májbiopsiánál a májban hiányzik a zsír, és fokozott a glycogenmennyiség.

Vírusos ketoacidosisban a tünetek, valamint a máj szövettani elváltozásai megegyeznek a Reye-syndromáéival.

Eredményes kezeléssel feltétlenül szükségesek akár hyperglycaemiát is létrehozó gluceose-infúziók.

Vásárhelyi Katalin dr.

A Reye-syndroma Böhlen, H.: Dtsch. med. Wschr. 1977, 102, 446.

A Reye-syndroma (továbbiakban: R. s.) 21 esetét *Reye és mtsai* 1963-ban írták le Ausztráliában: acut enkephalopathia + zsíros májdegeneráció, amit prodromális tünetként felsőlégúti hurut előzött meg. Okát még nem sikerült tisztázni. E közlemény megkísérelt rendet teremteni az eddigi eredmények zűrzavarában.

Klinikai tünetek: általános rossz közérzet, köhögés, tüdőszögés, pharyngitis, otitis, egyes esetekben morbilliform exanthema, hypothermia vagy hyperpyrexia. 1—3 nap múltán rosszabbodás: csillapíthatatlan hányás (a legállandóbb tünet!), eszméletvesztés, stupor, majd 4 óra—5 nap után coma.

A beutaló dg. toxicosis, enkephalitis, hiszen hyperaktivitás, irritabilitás, delírium, göres (rossz jel!) kíséri a betegséget. A legsúlyosabb esetekben a cerebrális funkciók teljes benuálása és 2—3 nap múltán halál következik be. Enyhébb esetekben hirtelen és gyors a ja-

vulás. A betegek életkora: 4 hónap—16 év. Kisdedekben súlyosabb a lefolyás.

Laboratóriumi leletek: leukocytosis; hypoglycaemia; a fokozott nyomással ürülő liquorban sejtszámszaporulat; magas húgysav-, SGOT- és LDH-értékek; megnyúlt prothrombinidő. Magas a vér ammóniaszintje (a túlélőkben átlagosan 93,3 μ mol/l, a meghaltakban 401,1 μ mol/l).

Körbonctani-kórszövettani leletek. Agyoedema; egyes sejtekben sudanophil granulomok; a ganglionsejtek izolált necrosisa. A máj megnagyobbodott, különösen tömött tapintatú, felszíne és metszslapja sárga, vagy narancssárga. A májelszírosodás nem különbözik a toxikus-infeciók betegségeiben meghaltakétól. Sok esetben a máj glycogentartalma csökkent. A vesékben a proximális tubulussejtek duzzadtak, zsírvacuolákat tartalmaznak. — Egyik sem specifikus elváltozás.

Epidemiológia. Családokon belül általában csak egyetlen eset fordul elő, de egy közlemény beszámol arról, hogy 62 betegnek 169 kontaktjából 23 esetben észleltek prodromális tüneteket. A R. s. leginkább tél végén, tavasz elején fordul elő.

Halállal végződött esetekben a szövetekből ECHO, Coxsackie-A és adenovírust izoláltak, egy vizsgálat során pedig 1700 influenza-esetből egy R. s.-t találtak; az esetek nagyobb részében azonban semmiféle vírust nem tudtak kimutatni. Lehetséges, hogy postinfectiozus enkephalitishez hasonló körképről van szó. Toxinhatásra is gondoltak, de bizonyítani nem tudták. Egyesek feltételezték, hogy acetylsalicilsav-idiosyncrasia vezethet R. s.-hoz. Más okokat is feltételezték, de semmit sem sikerült bizonyítani. Biztató állatkísérletekről is beszámolnak.

Therápiás próbálkozások. Nincsen bizonyítható értékű terapia. Megkísérelték corticosteroidok és cukor adagolását. Peritonealis dialysist végeztek az acidosis és a hyperamoniaemia megszüntetésére, értékelhető eredménnyel. A kicseréléses transfusio eredményessége kétes, talán ha korán végzik, hasznos. — A szabad zsírsavak káros hatásának akadályozására glukózt és inzulint adnak (1 NE 5 g-ra). Néhány esetben citrullint adagoltak (35 mg/kg), ezek a betegek meggyógyultak.

A közlemény az elméleti megfontolásokat hosszasan elemzi. Általában alacsony a vércukorérték és a máj glycogéntartalma, a túlélőkben azonban normális. Hyperinzulinizmus kizárható. A hypoglycaemia oka: csökkent glyconeogenesis. E miatt is indokolt a kiadós glukózinfúzió. Sok kutató azonban ettől sem látott kellő eredményt.

A R. s. nyilvánvalóan különféle okokra vezethető vissza (infectio,

toxinhatás, allergia). Az egyes szer-
vi jelenségek nem specifikusak és
nem is különíthetők el hasonló en-
kephalopathiáktól. A diagnózis-
hoz lényegesnek tartják a máj histoló-
giai elváltozásait. A terapia cse-
kely sikerei miatt a korai dg. és
intenzív terapia igen fontos. Az
utóbbi időben sok közlemény szá-
mol be pathogenetikai tanulmányokról,
de eredményeik megbízhatatlanok.
Haller felhívása: fogjanak
össze a kutatásban érdekelt klini-
kai centrumok. *Bogárdi Mihály dr.*

**Átmeneti intestinalis lactase elé-
g telenség fénykezelésben részesülő
icterusos újszülöttekben.** Bakken, A.
F. (Dept. Pediatrics, Rikshospitalet,
Oslo 1, Norway): Acta paediat.
Scand. 1977, 66, 91—96.

Az újszülöttkori hyperbilirubi-
naemia fénykezelésének bevezetése
óta eltelt közel 20 esztendő alatt
következatosan észlelik ezekben a
csecsemőkben gyakori, laza, zölde-
s székletek ürítését. A kezelést a jól
ismert mellékhatás ellenére világ-
szerte alkalmazzák.

Kiderült, hogy a fénykezelés ha-
tására a nem konjugált bilirubin
koncentrációja az epében és a vé-
konybélben jelentősen emelkedik.

Hat olyan inkompatibilitás nél-
küli érett, icterusos újszülöttet
vizsgáltak, akiknek a serum bili-
rubin szintje a 2. életnapon meg-
haladta a 10 mg/dl-t és ezért a szó-
kásos fénykezelésben részesültek.
Ennek során mind a 6 beteg
diarrhoea alakult ki (naponta leg-
alább 6 laza széklet). A 2—3. élet-
napon per os vékonybél biopsiát és
2 g/kg lactoseval terhelést végez-
tek.

A kontrollokhoz viszonyított, de
önmagában is egyértelműen lapos
lactose felszívódási görbe a vé-
konybél lactase aktivitásának hiá-
nyát bizonyította. A biopsia során
nyert nyálkahártya szövettani vizs-
gálata során a bélbolyhok csaknem
teljes hiányát és a nyálkahártya
sárga elszíneződését észlelték. His-
tochemical módszerekkel a kefeszé-
gélyekben lactase aktivitást nem le-
hetett kimutatni. Az objektív lele-
tek mellett a lactase hiányállapot
fennállását jól bizonyította az is,
hogy lactose mentes étrend hatá-
sára a diarrhoea azonnal megszűnt,
illetve ezután még a fénykezelés
alatt anyatej újabb adásával a has-
menést elő lehetett idézni.

A leírt pathomechanizmus hátte-
rében az áll, hogy a fénykezelés
során a nem konjugált bilirubin
koncentrációja a vékonybélben je-
lentősen emelkedik, ami közvet-
lenül gátolja az intestinalis lactase
működését.

Ez a megfigyelés továbbá indi-
rekt módon magyarázza azt a jól
ismert jelenséget, hogy hyperbili-
rubinaemiás újszülöttekben a vér-
cukor szint az első 4 életnapon ala-
acsony.

Tekintettel a fénykezelés alatt
kialakuló átmeneti lactase dysfunc-
tióra, a kezelés idején lactose men-
tes tápszert alkalmazni a
diarrhoeából adódó esetleges sző-
vődmények megelőzése érdekében.

Kiss Péter dr.

**Az „Alice Csodaországban”-syn-
droma mint a gyermekkori mono-
nucleosis infectiosa bevezető tü-
nete.** S. M. Copperman (Dept. of
Pediatrics, Nassau County Medical
Center, Long Island Jewish-
Hillside Medical Center): Clinical
Pediatrics, 1977, 16, 143.

Az infectiós mononucleosis kap-
csán számos szövődmény megfigye-
lése került közlésre az irodalom-
ban szemészeti és idegrendszeri vo-
natkozásban. Nem ritka az epilep-
sia a betegség alatt és után, és kö-
zöltek már fatális lefolyású en-
cephalopathiát is. Másrészt az „Alice
Csodaországban” (metamorphopsia)
syndroma húsz éve ismert más be-
tegségek: schizoprenia, migrain,
epilepsia kapcsán, továbbá a kábí-
tószerélvezőkön (LSD, marijuana),
de egyszerű lázas delíriumok alkal-
mával is.

A tünetcsoport lényege percep-
tuális zavar: a tárgyak és szemé-
lyek alakjának, nagyságának, tá-
volságának, helyzetének eltorzulá-
sa; pl megkisebbedése, vagy meg-
nagyobbodása. Az érzékszálódáso-
kat átélő egyén saját alakját, nagy-
ságát és egyéniségét is torzítva ér-
zi (hyperschematia, hyposchematia,
derealitatio, depersonalisatio). Ezek
az illúziók nem állandóak, de he-
teken keresztül visszatérően jelen-
keznek. „Alice” csodálatos kaland-
jait 1865-ben *Lewis Carroll* írta,
azóta színpadon — prózában és
megzenésítve — továbbá megfilme-
sítve is az egész világon ismert.
Szerzője — pszichoanalitikus véle-
mény szerint közismerten migrain-
ban szenvedett egész életében, ro-
hamai alatt bizonyára gyakorta
volt érzékszálódása. Ezeket álmod-
ta azután regényhőse, Alice, lelki-
világába...

Fél év alatt két teenager korú és
egy 9 éves gyermek hasonló látó-
márait figyelték meg. A kezdeti vi-
zuális tüneteket mindhárom eset-
ben mononucleosis inf. tipikus kli-
nikai képe követte. A diagnosist a
haematológiai és serológiai vizs-
gálatok is igazolták. Mind az illú-
zió, mind a mononucleosis rövid-
esen gyógyult. A betegek, ill. csalá-
djuk anamnesisében migrain
vagy hasonló érzékszálódással járó
betegség nem fordult elő; halluci-
nógén gyógyszert a betegek nem
szedtek. Bár a syndroma és a mo-
nonucleosis összefüggésének lefrá-
sa e közleményben először törté-
nik, feltehetően nem túl ritka, hi-
szen egy osztályon fél év alatt há-
rom eset fordult elő.

(Ref.: *A magyar szépirodalom-
ban I. Szabó Lőrinc két költemé-
nyét: „Dzsuang Dszi álma”, vagy*

*még inkább „Lóci óriás lesz” c.
közismert versét: „...és ahogy én
lekuporodtam, / úgy kelt fel rögtön
a világ: / toronyok jártak-keltek
köröttem / és minden láb volt, csu-
pa láb, / és megnőtt a magas, a
messze / és csak a padló volt
enyém, / mint nyomorult kis rab
mozogtam / a szoba börtönfene-
kén...”)*

Vadász György dr.

Radiologia

**A légutak röntgenárnyékot nem
adó idegentesteinek functionális
röntgendiagnosztikájához.** G. I. Ry-
lova és mtsai (Medizinisches Insti-
tut zu Perm beim Ministerium für
Gesundheitswesen des RSFSR,
Perm): Radiologia Diagnostica 1976,
17, 469—474.

A légutakba került idegentestek
röntgenvizsgálattal való kimutatása
indirekt jelek segítségével lehetsé-
ges, ha az idegentest röntgenárnyé-
kot nem ad. Ezek az indirekt jelek
az idegentest által okozott hörgő-
szűkület következményei, medias-
tinum elmozdulások a különböző
légzési fázisokban, az egyes tüdő-
területek ventilációjának eltérései
a ki-belégzés során. Utóbbiak ki-
mutatására alkalmazott szellemes
eljárásukat ismertetik a szerzők.
Ki- és belégzésben készítenek fel-
vételeket idegentest-aspiratio gya-
núja esetén. A felvételekről apico-
caudalis irányban mindkét tüdő
felett densitometriás görbét vesz-
nek fel, és ezeket összehasonlítva
elemzik. Normális körülmények kö-
zött a két oldalon a belégzési gör-
bék hasonló magasságúak és lefu-
tásúak, a kilégzésiek alacsonyab-
bak, a két oldalon hasonlóak. Tel-
jes hörgőelzáródás esetén az ate-
lectasiának megfelelően természet-
esen azon oldalon mindkét tüdő
görbe alacsony lesz az érintett lebeny
területének megfelelően. Részleges
hörgőelzáródásra jellemző a gör-
bék egymáshoz közeledése az érin-
tett oldalon oly módon, hogy a be-
légzési görbe kissé alacsonyabbá,
a kilégzési magasabbá válik. Ventil-
szűkületnél jellegzetes képet mutat
a be- és kilégzési görbe keresztező-
dése, a kilégzési görbe részben a
belégzési fölé emelkedve azt ke-
resztezi.

142 idegentest aspiratióra gyanús
betegét vizsgáltak módszerükkel. 78
esetben láttak hörgőszűkületre uta-
ló görbét, és az idegentestet a bron-
choscopya meg is találta a meg-
felelő helyen. 64 esetben a densi-
tometriás görbék normálisok voltak,
a későbbi észlelés kizárta az ide-
gentestet. A densitometriás görbe-
elemzés pontosabb és objektívebb
a légtartalom-változás visualis
elemzésénél. Utóbbi módon az
anyagból 10 esetben bizonytalan
volt a lelet, 3 esetben pedig nega-
tív.

Laczay András dr.

Az epeutak gáz-kontrasztos vizsgálata sebészi helyreállító műtétek után. J. E. Williams és mtsai (St. Georg's Hospital, London): *Clinical Radiology* 1976, 27, 249—254.

A szerzők bilio-enteralis anastomosisok átjárhatóságának vizsgálatát egyszerűen úgy végzik, hogy a beteggel megítatnak két palack Pepsi Colát, majd 10 percig háton, 5 percig bal oldalán fektetik. Ez alatt a felszabaduló szén-dioxid átjárható anastomosis esetén bejut az epeutakba, és a megfelelő vetületekben készített röntgenfelvételen azokat jól láthatóan kirajzolja. 47 beteget összesen hetvenszer vizsgáltak így. 34 esetben a gyomor és a proximalis vékonybelek gáztelődése mellett az epeutakba kimutatható gáz nem jutott. Ez a lelet a bilio-intestinalis anastomosis elzáródása mellett szól, és ezt 29 esetben, tehát eseteik 85%-ában igazolták is. Az epeutak szabályos gáztelődése nem jelent feltétlenül ideális anastomosisot, mert emellett fennállhat részleges elzáródás, mely panaszokat okozhat, bár nem vezet az epeutak tágulatához. 15 normális képet mutató esetük közül 10 volt e vonatkozásban normális, 5 esetben állott fenn az anastomosis kismértékű szűkülete. 21 esetben a gáz tágult epeutakat rajzolt ki. Ennek oka legfőbb esetben az anastomosis stenosisa, amit 12 operált esetükben a műtéti lelet igazolt. A tágulat azonban még az anastomosis-műtét előtti durva tágulat maradványa is lehet, ezenkívül a máj fibrosisa akadályozhatja az epeút-tágulatok megszűnését. Ezeknek a viszonyoknak a tisztázásában is segíthet a gázzal végzett egyszerű vizsgálat megfelelő időben való megisméltése. Ugyanezen beteganyagban az iv. cholangiographia 23-ból csak 7 esetben eredményezett értékelhető képet, ami e vonatkozásban bizonyítja az egyszerű gázos vizsgálat fölényét.

Lacza András dr.

A iodoxaminsav (Endomirabil) cholecystographiás alkalmazásában szerzett klinikai tapasztalatok. Keiner, F. (Innere u. Röntgenabteilung des Krankenhauses Langenberg in Velbert): *Medizinische Klinik* 1976, 71, 1885—1890.

Az epeutak kontrasztanyag segítségével történő ábrázolásának módszere 1923 óta használatos. Az akkor, elsőként előállított tetrajódphenolphthalein rendkívül toxikus volt, de csak 1953-ban váltotta föl a Iodipamid, majd a Ioglycamid. A trijódphenylpropionsavak fölsimítése vezetett az orális cholecystographia módszerének bevezetéséhez. Később számos kontrasztanyag-változatot állítottak elő, de az általuk biztosított „kontrasztúság” nem volt kielégítő, heterotop kiválasztással is rendelkeztek, s általában nem kívánatos mellékhatásaik is voltak. E jelenségeknél

sokkal kevésbé a jódkomponens, sokkal inkább a hordozó anyag volt az okozója. A kutatások további menete tehát arra irányult, hogy olyan jódhordozó anyagokat állítsanak elő, melyek a kontrasztanyag leírt, nem kívánatos hatásaival nem rendelkeznek, s szelektív kiválasztódásuk folytán a funkciójukban csökkentsék májsejtek által is kiválasztódhassanak.

A Bracco cég most egy új kontrasztanyagot állított elő, mely előző társaihoz hasonlóan hexajód-származék. 20 és 30 ml-es ampullákban, ill. 100 ml-es infúziós palackokban kerül forgalomba. A klinikai kipróbálást számtalan in vitro, ill. állatkísérletes vizsgálat előzte meg. Az eddigi vizsgálatok alapján jól tolerálhatónak, gyakorlatilag selective biliaris kiválasztódásúnak minősült. Tapasztalatok szerint 90 perccel a beadás után várható megfelelően kontrasztos kép. A szerző 86 betegen végezte el a készítmény klinikai kipróbálását (48 nőn, 38 férfin), és összeveti tapasztalatait más kipróbálók megfigyelésével. A 20 ml-es ampullát 5, a 30 ml-es 10, a 100 ml-es infúziós ampullát 30 perc alatt adták be.

A tapasztalatok egyértelműen kedvezőnek bizonyultak. A készítmény jól tolerálható, csak jelentéktelen mellékhatásokat észleltek. A gyors beadás okozhat kellemetlen tüneteket, ezért a megadott időtartamok betartását szüksegesnek tartják. A továbbiakban részletesen ismerteti a szerző a bevittelt egy-másoldójának inditációt és eredményeit.

Winkler Gábor dr.

A máj nyirokereinek ábrázolása percutan intrahepatikus kontrasztanyag befecskendezéssel. Kunio Okuda és mtsai (I. Dept. of Medicine, Chiba University School of Medicine, Chiba): *Radiology* 1976, 119, 321—326.

Sok jel mutat arra, hogy a máj nyirokrendszerének szerepe van az ascites keletkezésében és a májtályog pulmonalis szövődményeinek kialakulásában. Ezen klinikai megfigyelések ellenére ma még keveset tudunk a máj nyirokkeringéséről. Ennek oka valószínűleg az, hogy nem rendelkezünk olyan vizsgálati módszerrel, mely emberben alkalmas lett volna a kérdés in vivo vizsgálatára.

A szerzők 125 percutan transzhepatikus cholangiographia és portographia röntgenogramját elemezték ki olyan esetekben, amikor a máj nyirokereit is ábrázolódottak. Ezekben a vizsgálatokban kontrasztanyagot fecskendeztek a parenchymába azért, hogy epeutakat vagy vena porta ágait találják. Ilyenkor a hiluson keresztül folyik a kontrasztanyag a perihépatikus nyirokutakba.

Azonos idő alatt összesen 800 transzhepatikus vizsgálatot végez-

tek. A 125 beteg különböző hepatobiliaris betegségben szenvedett.

Az áramlási sebesség a nyirokerekben valamivel lassúbb, mint a vénákban. A nyirokerek a kontrasztanyag töcsától egy-két zegzugos lefutású csatornácska formájában láthatók, melyek legtöbbször a hilus felé vezetődnek. Az erek a portaágak és az epeutak mentén futnak és a ductus choledochus szabálytalan hálózatot alkotnak, azonban nem jutnak egészen a papilláig.

A vizsgálatok azt sugallják, hogy a májnak az egész szervezet sűrűn átszövő nyirokhálózata van.

Elzáródásos sárgaságban ezek a nyirokerek retrograde is telődhetnek, ami arra utal, hogy a nyirok nem mindig a hilus felé áramlik.

Tehát a máj nyirokkeringésének dinamikájáról élőben nem tudunk még mindent. A hepatikus lymphographia a jövő mindennapos vizsgálati módszere lehet.

Horváth László dr.

A gyomor lymphoreticularis hyperplasiája (pseudolymphoma). W. Martel, M. R. Abell, T. N. K. Allan (Dept. of Radiology, Univ. Michigan Medical Center, Ann Arbor): *Am. J. Roentgenol.* 1976, 127, 261—265.

Smith és Hellwig 1958-ban megjelent közleménye óta különösen az érdeklődés előterében áll a gyomor lymphoproliferatív megbetegedése; ők 131 „gyomorbéli malignus lymphoma” esetet néztek át, és retrospective úgylátják, hogy 42 esetben valójában benignus lymphoproliferatív rendellenességekről volt szó. Azóta fordítanak figyelmet ezek elkülönítésére, egy sor pathológiai kritériumot is felállítottak. A különböző elnevezések, melyekkel ezt a benignus elváltozást illették: reactiv lymphoid hyperplasia, pseudolymphoma, chr. lymphoid gastritis stb. A szerzők 3 eset kapcsán mutatják be a radiológiai jellegzetességeket, illetve a klinikai képet, pathológiai elváltozásokat. Részletesen tárgyalják 3 beteg kórtörténetét.

A röntgenvizsgálatok alapján megállapítják, hogy a gyomor lymphoreticularis hyperplasiáját, a lymphomától vagy a carcinomától elkülöníteni nehéz lehet. A klinikai jelek kevésbé megbízhatóak: általában régebbiek a tünetek, mint neoplasmánál, férfiak gyakrabban betegek, mint nők, az átlagéletkor 50—60 között van (a szerzők egyik betege 17 éves volt). Hasi fájdalom, haematemesis és melaena gyakoriak, nagyon ritka a tapintható tumor. Anaemia gyakori és sokszor van szabad sav. Amit röntgenológailag a szerzők kihangsúlyoznak, az egy intraluminalis tumor, mely kifehélyesedik: ez szélesmagas redők képével társul. Emellett még fekélyek is előfordulhatnak a gyomorban vagy a duodenumban. *Paris és Saltstein* szerint

a gyomor lymphoid hyperplasiáját a gyomor peptikus ulceratiója késői nem specifikus reakciójának stádiumának tartják. Ezzel a körképpel nemcsak a gyomorban, de vékonybélben is találkozhatunk. Közöltek gyomor-duodenum-terminalis ileum lymphoid hyperplasiát, ulcusok nélkül, sok kicsi polypoid képlettel. A mikroszkópos elkülönítés sem mindig egyértelmű és könnyű a lymphoid hyperplasia és a valódi lymphoma között. Leírják az elkülönítés néhány histológiai kritériumát is.

Tabár László dr.

A nyelőcső Crohn-betegségének röntgenológiai tünetei. H. Frühlich és mtsai (Inst. f. Klinische Radiologie des Departments Innere Medizin, Medizinische Hochschule, Hannover): Fortschr. Röntgenstr. 1976, 125, 497—500.

A szerzők a nyelőcső Crohn-betegségének röntgenológiai tüneteit tárgyalják. A szövettani vizsgálat mind az 5 betegüknél a nyelőcső elváltozásának okaként Crohn-betegséget fedett fel.

Hangsúlyozzák, hogy az oesophagitis regionalis Crohn röntgen-tünetei nagyon sokrétűek. A betegség lefolyásában stenotizáló és szűkületes nem okozó formákat lehet elkülöníteni.

A szűkületes nem okozó folyamat kezdetben erosiv, illetve ulcerativ oesophagitis képében jelentkezhet. Jellemző rá az elsimult, széles nyálkahártya-redőzet, mely később szabálytalanává válik. A kóros szakaszon a nyelőcső fala me-revvé válik, rajta peristaltica nem figyelhető meg. A szerzők ezt a formát 2 betegüknél észlelték.

A betegség nyelőcsőszűkülettel járó formájában több cm hosszú stenosis alakul ki a középső vagy az alsó harmadban. A szűkült szakasz kontúrja finoman hullámos vagy szabálytalanul csipkézett, me-rev. A szűkület előtt a nyelőcső lumene tágult.

A szerzők rámutatnak, hogy a nyelőcső Crohn-betegségét csupán röntgenológiai tünetek alapján nem lehet elkülöníteni a nyelőcsőráktól vagy szűkületes okozó benignus folyamatoktól.

Könnyebb a helyzet a nyelőcső kóros elváltozásának megítélésében, ha a béltraktus Crohn-betegsége már ismert.

Molnár Zoltán dr.

Crohn-betegség okozta húgyhólyag-elváltozások. N. Joffe (Dept. of Radiology, Beth Israel Hospital and Harvard Medical School, Boston): Am. J. Roentgenol. 1976, 127, 297—302.

A hosszú ideig Crohn-betegségben szenvedő betegeknek gyakran húgyúti megbetegedéseik vannak: vesekövesség nagyobb arányban, az amyloidosis miatt nephrosus syndroma, perirenalis abscessus, ure-

terobstructio hydroureterrel és hydronephrosissal.

A szerzők a Crohn-betegségben észlelhető húgyhólyag-elváltozásokat részletezik 12 esetük kapcsán. A megbetegedett vékonybélszakaszról terjed a betegség a hólyagra: kezdetben csak annak peritoneumborítékát, majd a hólyag falát érinti a folyamat, a beteg vizelési panaszai ettől fogva kezdődnek. Ezek uralhatják a klinikai képet, mely miatt a beteget esetenként hosszú ideig urogenitalis panaszai miatt kezelik.

A röntgenológiai elváltozások jól észlelhetők kiválasztásos urographia során, esetenként retrograd cystographia szükséges a laesio pontos felderítésére. Kezdetben csupán a megbetegedett bélszakasz compressióját észlelni a kontrasztanyaggal telt hólyagon. Ekkor a hólyag még sima kontúrú. Amint a gyulladással járó folyamat ráterjed a hólyag falára, két további röntgen-elváltozást figyelhetünk meg: dif-fus nodularis deformitas a hólyag felső kontúrján, vagy egy körülírt sima, esetenként szabálytalan telődési defectus, mely hólyag carcinomát utánozhat. Ritkán, előrehaladott stádiumban, a szomszédos szervekkel fistulán keresztül összeköttetések lehetnek. A szerzők részletezik a hólyag egyéb betegségeitől, főként a primaer vagy secundaer gyulladással, illetve neoplastikus folyamatoktól való elkülönítés röntgenológiai kritériumait.

Tabár László dr.

Kísérletes vizsgálatok a tibia proximalis epiphysis törések röntgenológiai kimutathatóságának határainak kapcsolatban. F. U. Niethard, R. Plau (Orthopädische Klinik der Universität Heidelberg): Fortschr. te auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen und der Nuklearmedizin 1976, 125, 136—140.

A spongiosus szerkezetű csontok kis impressió töréseinek felismerése klinikailag is, röntgenfelvételen is problematikus. A törés klasz-szikus klinikai jelei hiányoznak, és a röntgenológiai kimutathatóság-nak is határai vannak. Tipikus példa erre a tibia proximalis vég-gének impressiója. A térdízületi traumák műtéti ellátásának terjedése során derült ki, hogy a mű-téti és a röntgenlelet között nem ritka a discrepantia. A röntgenké-pen látott törésnél a műtétnél ta-lált elváltozás jóval kiterjedtebb és súlyosabb, negatív röntgenlelet mellett pedig előfordulnak a mű-téttel kimutatható impressiók a condylusok subchondralis felszí-nein.

A szerzők post mortem kísérle-tekét végeztek emberi térdízület-preparátumokkal. Megfelelő, jól kontrollálható erőművi behatásokkal kisebb-nagyobb impressió fracturákat hoztak létre a tibia proximalis végének ízületi felszí-nein, és vizsgálták ezek röntgen-

felvételeken való kimutathatóságát. Megállapították, hogy az 5 mm-nél kisebb impressiók általában már nem mutathatók ki még rétegfel-vételekkel sem. Az anatómiai vizs-gálat azt mutatta, hogy ezen ese-tekben subchondralis impressió törésekről volt szó, melyek csak a porcfelszín leválasztása után vál-tak láthatóvá. Tudomásul kell ven-ni tehát, hogy a jelenleg rendel-kezésre álló klinikai és röntgen-diagnosztikai módszerekkel nem lehetséges kis impressió törések elkülönítése a térdízületi distor-sióktól. Ha a sérült panaszai tar-tósan fennállnak, negatív röntgen-lelet esetén is joggal gondolhatunk impressió törésre.

Laczay András dr.

Csontsarcoidosis. E. Uehlinger, K. Wurm (Private Kuranstalten in Höchenschwand und Pathologi-sches Institut Zürich): Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen und der Nuklearmedizin 1976, 125, 111—122.

A szerzők egy 39 éves nőbetegük történetét ismertetik, kinek betegsége negyedik évében medence-csontjain multifocalis, sclerotizáló, szövettanilag sarcoidosissal bizo-nyult elváltozásokat találtak. A mellkas röntgenfelvételen látható sarcoidosissal elváltozások cortison kezelés hatására visszafelődtek, de a csontelváltozások 7 év múlva, 5 éves cortison kezelés után is válto-zatlanok maradtak.

Ezen észlelés kapcsán áttekintik a csontrendszeri sarcoidosis irodal-mát. A csontrendszer érintettségé-nek gyakoriságára vonatkozó ada-tok nagyon eltérőek, 3—36% között ingadoznak. Ennek magyarázatát a különböző szerzők beteganyagának válogatott voltában, elégtelen do-kumentációban és diagnosztikus problémákban vélik megtalálni. A csontrendszer érintettsége a sarcoi-dosis korai szakában nagyon ritka, inkább hosszasan, idült betegség so-rán számíthatunk rá. Kiindulási pontja a csontvelő. Az itt kialakuló sarcoid-szövetburjánzás követke-zésében a csont spongiosa állomá-nyában osteolytikus vagy scleroti-kus elváltozások alakulhatnak ki, esetleg azonban a spongiosát a csontvelőben zajló folyamat meg is kímélheti. Ilyen értelemben a rönt-genképen osteolysis, sclerosis vagy éppen semmi kóros sem látható. Utóbbi eset analog az ún. osteo-neutralis tumormetastatisatióval. A sarcoidosis ismert és gyakoribb lo-calisatiói a kéz- és lábujjak rövid csöves csontjai. Ritkábbak a kop-ponya, a csigolyák és a medence-csontok sarcoidos elváltozásai. Az irodalomban között ilyen esetek adatait a szerzők táblázatokban foglalják össze, és röviden elemzik. Ismertetik az elkülönítő kórisme lehetőségét biztosító 12 kritériu-mot, melyek alapján lehetséges az elkülönítés.

Laczay András dr.

Multiplex térfoglaló veseelváltozások. O. Olsson (University Hospital, Lund, Sweden): Acta Radiologica Diagnosis 1976, 17, 481—492.

Malignus vesetumorok kétoldali előfordulását a szakirodalom ritkának tartja. Kivétel ez alól a lymphogranulomatosis és a hasonló systemás malignomák, valamint a metastasisok, melyek gyakran kétoldaliak, a főként gyermekkorban előforduló Wilms-tumor, valamint a polycystás vese. Ezeket a körképeket nem számítva a szerző a lund radiológiai klinika angiographiás anyagában néhány év alatt 25 olyan esetet talált, melyekben számos változatban fordultak elő mindkét vesében a következő elváltozások: carcinoma az egyik, cysta a másik vesében; cysta az egyik, multiplex cysta a másik vesében; carcinoma mindkét vesében; vesemedence-carcinoma az egyik, vesecarcinoma a másik vesében; angiomyolipoma és több cysta az egyik, solitaer cysta a másik vesében; carcinoma az egyik, metastasis a másik vesében stb. Mivel egyetemi intézet válogatott beteganyagáról van szó, nem lehet következtetni az ilyen kombinációk előfordulásának tényleges gyakoriságára, de az észlelt esetek nem kis száma alapján nem tekinthetők ritkaságnak, számítani kell rájuk.

Leggyakoribb változat rák az egyik, cysta a másik vesében. 10 ilyen esetük közül az urographia csak egyben adott támpontot malignitás felvetésére, a többiben a kép két cystára utalt csak. Tudott dolog, hogy urographiával nem lehet kimutatni sok kóros veseelváltozást. Ez ma is a vese műtéti exploratóriójának fő indoka, különösen ott, ahol nem végeznek kiegészítésként angiographiát. Hiba az is, ha csak egyik vese selectiv angiographiáját végzik. Ezért csak a mindkét vese angiographiás vizsgálata tekinthető teljes értékűnek bármelyik oldalon talált térfoglaló folyamat műtét előtti tisztázásában.

Laczay András dr.

Sportorvostan

A Nuptset látni és meghalni. Szerkesztőségi közlemény: Lancet 1976, 2, No. 7996, 1177.

A magasság emelkedésével légkörünk oxigén tartalma csökken. Az O₂ partialis nyomása 5500 m magasságban a tengerszinten mértnek a fele. Ezt fontos figyelembe venni, mivel a magas hegyi turizmus terjed, így pl. a Pike csúcsot (Colorado, 4300 m) júliusban és augusztusban 3600 turista mászta meg. (A Nuptse a Himalája egyik, 7879 m magas csúcsa.)

A heveny hegyi betegség (h. b.) tüneteit már a XIX. században felismerték. 1913-ban elkülönítik a h. b. könnyű lefolyású esetein kívül két súlyos formáját: a cardia-

lis és az idegrendszeri típust. A h. b. bekövetkezését előre megjósolni nem lehet, általában az új magasság elérése után 72 órán belül bekövetkezik. Objektív jel a retinalis vérzés (33—36%). A h. b. kiváltója a hypoxia, az alkalosis másodlagos. Jellemző az antiidiuresis. A cerebralis formában, mely 3700 m alatt ritka, ataxia, hallucinációk, papilla-oedema, coma, bérulások és halál is bekövetkezhetnek. Boncoláskor: multiplex agyi vérzések, agyoedema. A túlélőkön tartós idegrendszeri defektusok maradhatnak vissza. Az agyi károsodás okát különféleképpen magyarázzák, hasonlóan a tüdővízenyőét is, amelynek gyakorisága 0,57—15% között van.

A legtöbb esetben a h. b. magától meggyógyul, de bele is lehet halni. A gyógyítás: a legfontosabb a gyors leereszkedés, de ajánlják az oxigént és furosemidet is. Megelőzésként szóba jön az acetazolamid. A döntő, vitális fontosságú azonban a megelőzés, az acclimatizatio: megfelelő számú éjszakát kell adott magasságban eltölteni és 2130 méteres magasság felett nem szabad napi 300 méternél többet emelkedni.

Balogh Péter dr.

A heveny hegyi betegség incidenciája, fontossága és profilaxisa.

Hackett, J. H., Rennie, D., Levine, H. D.: Lancet 1976, 2, No. 7996, 1149.

A magas hegyi turisták száma egyre szaporodik, emiatt gyakoribb a súlyos, néha halálos heveny hegyi betegség. A Himalája fő turistaútvonalán, a 4243 m magasságban telepített segélyhelyen szerzett tapasztalatokról számoltak be. 278 turistával kérdőívet töltettek ki, ezek adatai, valamint a betegek vizsgálata szerint 53 százalékukon fejlődött ki hegyi betegség (fejfájás, étvágytalanság, szédülés, hányinger, légszomj, ataxia, súlyos esetben tüdő- vagy agyoedema). Az incidencia fordítottan arányos az életkorral, de független a nemtől, előző magas hegyi tapasztalattól, előző légzőszervi betegségtől. Kiemelik az acclimatizatio fontosságát. A nagyobb magasságra gyorsabban felérők, valamint a „bepülők” (azaz, a hegymászást 2800 m-es magasságban, oda repülőgéppel történt érkezés után megkezdők) között lényegesen több a hegyi beteg. Az acclimatizatio kívül megelőzésként acetazolamid szedését ajánlják. A betegek 63%-a gyógyszeres kezelés után folytathatta útját felfelé, a többiek zöme visszafordult. 12 beteg (8,2%) súlyos állapota miatt intenzív kezelésben részesült, négyet légi úton kellett elszállítani. Mivel a hegyi betegség már halállal is végződött, szükséges a tünetek ismerete, a betegek időbeni visszaküldése, és megelőzésként mindenki számára a lassú acclimatizatio.

Balogh Péter dr.

A növekedés és az edzés hatása a szív- és tüdőfunkciókra. P. Hamilton, G. A. Andrew (Department of Physiology and School of Physical and Health Education, Queen's University Kingston, Ontario, Canada): Europ. J. appl. Physiol. 1976, 36, 27—38.

A szerzők a rendszeres edzés légzési és keringési hatásait vizsgálták fiatalokon és elsősorban arra a kérdésre kívántak választ kapni, hogy milyen változásokat idéz elő az edzés a növekedés korában. Összesen négy csoportot vizsgáltak meg: rendszeres edzésen résztvevő (jégkorong) praepubertás, kontroll praepubertás, edzésen résztvevő postpubertás és kontroll postpubertás korúakat. A vizsgálat alatt a laboratóriumi terhelés különböző szintjén nézték a perctérfogatot, valamint a légzési paramétereiket, mint oxigénfogyasztás, diffúziós kapacitás. Praepubertás korban semmilyen eltérést nem tapasztaltak a két csoport között, a postpubertásban is csak a perctérfogat összetevőiben láttak különbséget: a pulzusszám minden szintű terhelésnél alacsonyabb, a pulzusterfogat minden szintű terhelésnél magasabb volt a sportolókon.

A növekedési periódus alatt végzett nagy intenzitású sport jelentőségét hangsúlyozzák, ugyanis ebben az életkorban alakulnak ki a felnőtt méretek és a felnőttkori tulajdonságok a terheléshez való alkalmazkodásban.

Horvai Marianna dr.

CO₂ visszalégzéssel kiváltott ventilációs reakciók nyugalomban és terhelés alatt sportolókon és nem edzett embereken. Miharu Miyamura és mtsai (Department of Physiology, School of Medicine, Konazawa University, Konazawa 920, Japan): Jap. Physiol 1976, 26, 245—254.

A szerzők a légzőközpont ingerlékenységét vizsgálták sportolókon (10 maratóni futó) és nem edzett kontrollokon, a vizsgált személyek zárt térbe lélegeztetésével. A pontos kvantitatív analízis érdekében az egyre növekvő CO₂ koncentrációt folyamatosan meghatározták. A légzőközpont ingerlékenységére a PCO₂ és ventiláció függvényének meredekségéből következtetnek.

A sportolókon a CO₂ felszaporodása mind nyugalomban, mind terhelés alatt kisebb ventilációs emelkedést váltott ki, mint a kontroll csoportban. A szerzők ebből arra következtetnek, hogy a rendszeres edzés csökkenti a légzőközpont ingerlékenységét.

Horvai Marianna dr.

Rendszeres edzésben levő él-sportolók glucose toleranciája, insulin secretiója és zsírsavcsereje. Heilmann, W. és mtsai (Stadtkrankenhaus Leipzig): Dt. Gesundheitswesen. 1977, 32, 453—456.

A test terhelésével párhuzamosan a szervezet energiaszükséglete is nő, amit a tartalékolt szénhidrátokból és zsírokból biztosít. Ilyen vonatkozásban a szénhidrát és zsíranyagcsere szoros összefüggésben áll, és mindkettőt megközelítőleg hasonló hormonok regulálják. A testi aktivitás anyagcsere hatásáról már sokat tudunk, de arról még viszonylag keveset, hogy ez hogyan befolyásolja az anyagcseret reguláló hormonokat. Az anyagcsere-betegségek emelkedését napjainkban a megváltozott és mozgásszegény életmódra is visszavezetik, valamint a testi aktivitás megelőző szerepét is hangsúlyozzák.

A szerzők 6 (átlagosan 20,5 éves, és 3,83 éve rendszeresen edzésben levő) hosszútávú futó élsportolón vért vizsgálták a glucose, az immuno-reactív insulin, a glicerin és szabad zsírsav szintet, illetve választ határozták meg a glucose infúzióra, 115 egészséges anyagcserejű normál egyén értékeivel összehasonlítva. A vércukorértékekben és a glicerin szintben szignifikáns különbséget nem észleltek. Feltűnően magasabbak vizsolt az élsportolók alap szabadzsírsav értékei és ezek a glucose infúzió alatt is magasabbak maradtak. A legfeltűnőbb különbséget az insulin szintben látták, amennyiben ez a sportolók között már éhgyomorral is lényegesen alacsonyabb volt és bár a glucose infúzióra gyorsan emelkedett, mégis a normál csoportnál kifejezetten alacsonyabb maradt. Míg az élsportolók insulin szintje csak 30 μ E/ml-re nőtt, a kontrolloké 90 μ E/ml-re emelkedett átlagosan.

Az edzett sportolók szabad zsírsav forgalma viszonylag nagyobb, sőt a glucose nagyrészt insulin nélkül is értékesítik. A glucose adást követő csökkent insulin válasz tehát nem minden esetben szól praediabetes mellett, hanem a fiziológiai adaptációs mechanizmus következtében is létrejöhet.

Angeli István dr.

Orr- fül- gégebetegségek

Alkohol hatása a vakjára. Wilke, J., Rickter, R. (Erfurti Orvosi Akadémia Fül-Orr-Gége Klinikája.): HNO-Praxis, 1977, 2, 34.

Megállapítható, hogy a véralkohol-koncentráció meghatározása egyedül nem elég a részesség fokának megállapításához, mivel a szervezet alkohol-toleranciája nagy egyéni ingadozást mutat. A szerzők az alkohol vakjára való hatását vizsgálták. A vizsgált személy fejére fényforrást erősítettek, és a mozgást széles látószögű objektívvel felszerelt fényképezőgéppel rögzítették. 13 személy vizsgálata alapján megállapították, milyen mértékben és mennyi időre befolyásolja a véralkohol koncentráció a vizsgáltak koordinációs képességét, ami a vakjára vizsgálatnál jól tesztelhető volt. Perifériás vestibularis megbé-

tegedésben szenvedők fénynyom képét vizsgálva megállapították, hogy kb. 0,3–0,5%^o véralkohol koncentrációnál lép fel perifériás vestibularis zavar, ami kb. 1,5%^o-ig kompenzálható. Ez a kiegyenlítő folyamat hullám alakú fénynyom görbével demonstrálható. Ez úgy érthető, ha feltételezzük az alkohol perifériás vestibularis receptorra való hatását, ami miatt a vestibularis tónus zavarból eredő eltérés és a somato-sensibilis tartási és járási kiegyenlítés váltakozása hullám alakú fénynyomot hoz létre.

Tolnay Sándor dr.

A gége rupturája. Schulze, W., Kleinsasser, O. (Philipps Egyetem, Fül-Orr-Gége Klinikája, Marburg, Lahn.): HNO, 1977, 25, 117–121.

A gége rupturája létrejöhet a larynx és trachea vertikális megnyúlása következtében, az áll hátrafejtése és ún. „ostoresapás-trauma” miatt.

A szerzők 14 gége, ill. laryngo-trachealis rupturáról számolnak be. A sérülés 3 formáját különböztetik meg:

1. Supraglottikus ruptura. Ilyenkor az epiglottis és az álhangeszalag elülső része kiszakad a gége belsejéből. Ebből következik, hogy a membrana thyreoidea beszakad, így a nyelvgyök, nyelvcsont az epiglottissal és az álhangeszalaggal a sérülés cranialis részét, a gége és a trachea caudalis részét képezi, és egymástól elválhatnak. A szerzők 6 ilyen esetet észleltek anyagukban.

2. Subglottikus ruptura. A sérülés a ligamentum cricothyroideum területén jön létre. A sérülések legritkább formája. A szerzők egy esetben észleltek.

3. Laryngo-trachealis ruptura. A trachea részleges vagy teljes leszakadása a gyűrűporcra a gégeruptura leggyakoribb formája. A szerzők anyagában 7 esetben fordult elő. Mindegyik betegnek egyoldali recurrens paresis is volt, és mind-egyiket tracheotomizálni kellett. Ismertetik a sérülés tüneteit és az alkalmazott terápia. A sérülés mindhárom formájában megtörik a laryngo-trachealis tengely és hegszövet képződik a gégeben.

A következményes stenosis elkerülése végett minden esetben sebészeti látás után, belső sinként egy egyes dilatort helyeztek be.

Tolnay Sándor dr.

A gége teljes leszakadása miatt kialakult súlyos nyelési zavar. Dencke, H. J.: HNO, 1977, 25, 164–167.

A gége teljes leszakadása cranialis felfüggesztéséről ritka sérülési forma. Rendszerint a gégeváz sérülésével, így törésével vagy széttroncsolódásával jár együtt, és azonnali légszomjhoz vezet. Ezért e sérülési formát kevés beteg éli túl.

A szerző beszámol két esetéről, az egyik gépkocsibaleset következté-

ben sérült, a másik öngyilkossági szándékából nyakát késsel átvágta. Mindkét beteg gégeje teljesen leszakadt cranialis felfüggesztéséről és a thorax felé, a nyelvgyök pedig cranial felé húzódtott. Ez röntgenen is látható tetemes távolságot eredményezett a nyelvgyök és gége között, és súlyos nyelési zavart okozott, lehetetlenné téve, hogy a nyál és étel a nyelöcsőbe jusson.

A sebészeti megoldás során a felső mediastinumba sülyedtt felső légutakat mobilizálták és a nyelvcsontot rögzítették. Egyidejűleg a gégeváz és trachea sérüléseit plasztikailag korrigálták. Mindkét beteg légzése, nyelése jó, hangja kielégítő.

Tolnay Sándor dr.

A homloküreg muco-pyocelleinek pathogenesis és terápiája. H. Schaller (Kantonsspital, Basel, Fül-Orr-Gége Klinikája.): HNO, 1976, 24, 448–451.

1968–77 között operált 33 betegük adatainak elemzése alapján tárgyalják a cele képződés aetiológiáját, pathogenesisét és az általuk alkalmazott műtéti eljárást. Eseteik közel 45%^o-ában előzőleg már különböző típusú homloküreg műtét történt a betegekben. Rámutatnak arra, hogy a műtét sikere egyrészt a ductus nasofrontalis anatómiai viszonyaitól, másrészt a functionálisan teljesértékű nyálkahártyától függ. Az előzőleg végzett homloküreg műtétek után kialakult nagyszámú mucocele miatt revisio alá vették a klinikájukon alkalmazott műtéti eljárásokat, és tapasztalataik alapján az alábbi műtétet ajánlják a recidiva elkerülésére: A ductus nasofrontalis fúróval való megtágítása után az elülső ethmoid sejteket megnyitják, és tág összeköttetést teremtenek az orr felé. Ezután műanyag tubust vezetnek az üregből a középső orrjáratba. Ezt 6–8 hónapig a helyén hagyják. Szerintük a tartós tubus sem subjektív panaszokat nem okoz, és az orrnyálkahártya is jól tűri. Rendszeresen ellenőrzik betegeiket, és ha szükséges — interkurrens gyulladás esetén — megfelelő gyógyszerekkel (antibiotikum, steroid, inhalatio, mucolyticum) látják el.

Tolnay Sándor dr.

A bacteriumok szétszóródása okozta infectio-veszély gyulladt esontállomány fúróval való feltárása során. Paulsen (Fül-orr-gége klinika — Kiel): HNO 1976, 24, 119–121.

A szerző kísérletsorozatát végzett annak megállapítására, milyen veszélynek van kitéve az operátor és a műtő személyzete a csontállomány sinusitis, vagy otitis miatt fúróval végzett feltárása során, mely a műtő levegőjét és területét többé-kevésbé szennyezheti.

A fúró fordulatszámától és a fúrófej alakjától függően a hűtőfo-

lyadék és a finom csontszilánkok különböző mértékben szóródnak szét a környezetben. Az első kísérletsorozatban színezett hűtőfolyadékokat használt, a másodikban szíraz sziklacsonttal végezte a kísérletet, és azt vizsgálta, milyen távolságra jut el a folyadék, illetve csontdarabka. Mivel ezek a nagy cseppek, illetve szilánkok terjedésére adtak felvilágosítást, végeztek a fűró által létrehozott köd terjedését mutatta ki oly módon, hogy a hűtőfolyadékba *Staphylococcus albus* oldatot tett és a műtőasztal körül táptalajt helyezt el, különböző távolságra. A cseppek és szilánkok 80 000 fordulatszámú fűró, és R20-as gömbfűrófej használatkor 90 cm sugarú körben szóródtak szét.

A gömbfűró és gyémántfűró létrehozta finom por órákig a levegőben lebegett és a légáramlással a műtő környező helyiségeibe is bejutott. Ugyanezt észlelte a *Staphylococcus albus* tartalmú hűtőfolyadékból keletkezett köd esetében is. A műtő személyzete is állandó fertőzés veszélyének van kitéve. A cikk végén a szerző felhívja a figyelmet a fertőzés elleni védekezésre, ennek különböző módjaira.

Tolnay Sándor dr.

Recidiváló infantilis gégepapillomatosis hypophysis elülső lebeny insufficiencia esetében. D. Adler és Mtsai (Heidelbergi Fül-Orr-Gége Klinika, és Endokrinológiai részleg): *Laryng. Rhinol.* 1977, 56, 128—132.

A gégepapilloma szövettani képének, etiológiájának és kezelésének tárgyalása után ismertetik esetüket, és összefüggést keresnek a gégepapillomatosis és endokrin rendszer működése között. Leírják infantilis gégepapilloma miatt kezelt 19 éves férfibetegük esetét, akinek a papillomatosis mellett gyermekkor óta hypophysis elülső lebeny elégtelensége volt hiányzó növekedési hormon termeléssel, secunder mellékvese insufficienciával, és secunder hypogonadizmussal. A hypophysist craniopharyngeoma ronesolta, amit 15 éves korában frontotemporalis úton részlegesen eltávolítottak. A hormonális elégtelenség miatt a beteg össz-anagcseréje „vita-minimá”-ra csökkent. Ennek ellenére a gégepapilloma növekedése kifejezett volt. A craniopharyngeoma eltávolítása után a papilloma recidivák száma nem csökkent, bár a beteg közben gyógyszeresen substitúciós terapiaként cortisont és thyroxint kapott. Így a gégepapilloma befolyásolhatósága mellékvesekéreg- és pajzsmirigyhormonokkal kizárható. A somatotrop hormon papilloma gátló hatása nem valószínű. Továbbra is bizonytalan marad a gégepapilloma pubertás végén megfigyelt gyakori regressiója a sexuálhormon hatásának tekinthető.

Tolnay Sándor dr.

A transmyringealis dobúri drainage ritka szövödménye. Reck, R. (Fül-Orr-Gége Klinika, Mainz): *HNO*, 1977, 25, 114—115.

Ha a tuba működési zavaron alapuló dobúri folyadékgyülem más módon nem befolyásolható, rutin kezelési mód a transmyringealis dobúri drainage.

E célra különböző típusú műanyag csővecskék alkalmazhatók. A mainzi klinikán 1969 óta 1100 esetben helyeztek be drain csövet. 226 eset elemzése során, ahol a beavatkozást ugyanaz a személy végezte, 5 esetben (2,2%) észleltek rendellenes lefolyást. Részben közvetlenül a cső behelyezése után, részben csak hetek vagy hónapok múlva gennyes középfülgyulladás alakult ki, bő váladékokkal. A gyulladás a kórokozó rezisztencia vizsgálata után sem volt befolyásolható konzervatív terápiával. A csővecske eltávolítását határozták el, ezután a dobhártya perforatio azonnal záródott, és a bacterialis gyulladás néhány nap alatt megszűnt. Mikor 2 betegnél az ismét fellépő dobúri folyadékgyülem miatt ismét dobúri drainage-ra kényszerültek, újból heveny középfülgyulladásához hasonló kép alakult ki. Mivel az elvégzett vizsgálatok az infekciós eredetet kizárták, a folyamat vagy a középfül nyálkahártya polivinylchlorid (PVC) csővecskével szembeni intoleranciájával, vagy a dobúri nyálkahártyának a mesterséges perforatio által létrejött „különleges reakciójával” magyarázható.

Tolnay Sándor dr.

Sebészet

A felnőttkorban észlelt congenitalis eredetű incomplet intestinalis passage zavarokról. Peters, H., Kogel, H. (Abteilung Chirurgie der Medizinischen Fakultät an der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen): *Aktuelle Chirurgie* 1976, 6, 399—404.

A vele született incomplet extra-és intraluminaris, a felső vékonybél szakaszra lokalizálódó passage zavarok éppúgy, mint a teljes elzáródás, általában az újszülött, vagy kisgyermekkorban felismerésre kerülnek. Amennyiben a tünetek nem jellegzetesek, a helyes körisme felállítása a felnőtt életkorra áthúzódhat.

A szerzők két ilyen betegük esetét ismertetik.

1. 21 éves nőbetegükön 6 hetes korban hypertrophias pylorus stenosis miatt pyloromyotomia, 8 éves korában a gyomrában elakadt idegentest miatt gastrotomia történt. Későbbi fejlődése zavartalan volt. A beteg az utóbbi években gyakori teltségérzéstől, puffadástól, nehezebb ételek utáni hánygerről, sőt hányásról panaszkodott. Emiatt többször vizsgálták. A szerzők intézetébe vérhányás, illetve vérszéke-

lés miatt került. A rtg-vizsgálat során a nyombél alsó szakaszán praestotikus tágulatot találtak és intraduodenalis diverticulum gyanúját vetették fel. Endoscopus vizsgálattal a röntgen által jelzett helyen egy hártyszerű képletet lehetett látni, amelyen csak egy excentrikus elhelyezkedésű, ingomb nagyságú nyílás volt. Műtétél vele született nyálkahártya membrán által okozott heges szűkületet találtak, amelyet kimetszettek. A beteg zavartalanul gyógyult.

2. 18 éves nőbetegükön 8 éves korában vesemedencekő dg. miatt pyelotomiát végeztek, amit a műtét nem igazolt.

Az évek óta tartó bizonytalan hasi panaszai idült féregnyúlvány gyulladás gyanúját keltezték és 16 éves korában appendectomiát végeztek. A jobb felhasra lokalizálódó görcsös jellegű fájdalmai, puffadás és teltségérzete ezután is megmaradtak. Később ezekhez a panaszokhoz hányinger, hányás is társult. Rtg-vizsgálattal a bulbus duodeni tágulatát, a postbulbaris szakasz állandó szűkületét mutatták ki. Az endoscopus vizsgálat a szűkület okát nem tudta tisztázni. A műtét során pancreas annulare mellett a duodenum előtt futó és azt összenyomó portalis ereket találtak. Duodeno-duodenostomiát végeztek. Ezután panaszai csökkentek.

A felső emésztő traktus vele született passage zavarai rendkívül ritkák. Gyakrabban a duodenum, ritkábban a pylorus területén fordulnak elő, a jejunumon csak elvétve észlelhetők. Ezeknek a zavaroknak belső és külső okai lehetnek. A belső obstructio létrejöhet: atresia és complet, vagy incomplet nyálkahártya membrán miatt. A külső elzáródás okai gyakoriság sorrendjében a következők: pancreas annulare, Ladd-féle szalagszorítás, duodenum malrotatio, praeduodenalis elhelyezkedésű portalis erek. Ezek a fejlődési rendellenességek koraszülötteken lényegesen gyakrabban fordulnak elő, mint érett magzatokon. A különböző szűkületformák egymással és más fejlődési rendellenességekkel (Down-syndroma) kombinálódhatnak. A praeduodenalis futó portalis erek a duodenumszűkület tünete mellett, adott körülmények esetén portalis hypertensióra is hajlamosíthatnak.

A legtöbb diagnosztikus problémát az incomplet belső vagy külső obstructiók okozzák. A körismét esetenként a leggondosabb radiológiai és endoscopus vizsgálattal sem lehet tisztázni. Amennyiben a tünetek változatlanul fennállnak és a körisme a fenti vizsgálatok ismétlésével sem tisztázható, a műtéti feltárás elengedhetetlen.

Rácz István dr.

Az adhaesió ileus műtéti kezelése és annak késői eredményei. Aigner, P. W., Käufer, C. (Chirurgische Universitäts- und Poliklinik Bonn 53, Bonn-Venusberg): Aktuelle Chirurgie 1976, 11, 235—242.

Az összenövések következtében kialakult bélezáródások gyógyításában a következő szempontok a leglényegesebbek. A folyadék-elektrolit, a sav-bázis- és a fehérje-háztartás zavarainak sürgős rendezése. A tárgult belek dekompresziója. Az összenövések oldása és a folyamatos bélműködés zavartalanosságának biztosítása. Olyan műtéti technika alkalmazása, ami lehetőséget nyújt az újabb ileus megelőzésére.

A belek leszívását az orron keresztül levezetett duodenum, vagy Miller—Abbott szondán át lehetőleg már a műtét előtt el kell kezdeni. Emellett az ún. zárt módszer mellett az utóbbi években a nyitott módszer, azaz a műtét alatt a bélbe vezetett és rögzített szondán át való leszívás is polgárjogot nyert.

Az újabb bélezáródás megelőzése és a bélműködés korai megindítása céljából az utóbbi években több módszert dolgoztak ki: Noble, Childs és Phillips-féle plikáció, a Reifferscheid- és Phillips-féle „belső sínzés”. A szerzők intézetében tartózkodtak ezeknek a módszereknek az alkalmazásától. Az 1952—1972. évek között 308 beteget operáltak ileus miatt, ezek közül 274 betegen adhezívizist, 23-on adhezívizist + bélresectiót, 9-nél megkerülő anastomosist, egyen enterostomát, egyen Noble-féle plikációs műtétet végeztek. Az összhálozás 11,4%, ezen belül a 60 évnél öregebb betegek hálozása 44,9% volt. Az utóbbi 5 évben a műtéti mortalitást 3,7%-ra sikerült csökkenteniük. A 20 év alatt adhezívizis ileus miatt operált betegeket felülvizsgálták, ennek során a következőket találták. A betegek 35,5%-a 41—50 év közötti korú. 64,5%-a nőbeteg volt. Az előzményben 91,3%-ban szerepelt valamilyen hasi műtét. A bélezáródás a betegek 10,3%-án a laparotomia utáni 20 napon, az esetek több mint felében pedig 4 éven belül következett be. Mindössze 29 olyan beteget találtak, akinek az előző műtét és az ileus kialakulása között közel 20 év telt el. Az ileust megelőző műtétek között az appendectomiát 43%, a gynaecologiai műtéteket 30% gyakoriságúnak találták. Beteganyaguk 64%-ában egy, 36%-ában több hasi műtét előzte meg az ileust.

Az operáltak műtét utáni sorsát elemezve teljesen panaszmentesnek találták a betegek 38,8%-át, enyhe fokú, a munkaképességet nem befolyásoló panaszt 25,6%-ban észleltek. Újabb műtét vált szükségessé 8,9%-ban korai, 2,2%-ban késői recidív ileus miatt. A másodszor operált 14 beteg közül 8-at harmadszor is meg kellett operálni. Véleményük szerint ezek az eredmé-

nyek jónak mondhatók, mert a különböző plikációs módszerekkel végzett ileus műtétek utáni recidív a világirodalmi adatok szerint 5—15% gyakoriságún.

A plikációs műtétek végzése ellen szól még, az ezeket gyakran követő dyskinetikus panasz, feltehetőleg a vékonybelek afiziológias elhelyeződése miatt, valamint a recidív ileus korai jelentkezése és a reoperációk nagy technikai nehézségei.

Összegezve megállapítják, hogy az ileus miatti első műtét során a profilaktikus plikáció nem indokolt. A Noble, illetve a Childs—Phillips-féle műtétek relatív indikációja csak az olyan recidív ileusok esetén áll fenn, ahol igen kiterjedt összenövések vannak.

Tapasztalataik alapján azt is kérdésesnek tartják, hogy a vékonybelek „belső sínzése” csökkenti-e a korai recidív ileusok számát.

Rácz István dr.

A Miller—Abbott szonda alkalmazása utáni szövődmények. Stutzer, H. (Chirurgische Abteilung des Marienkranken-hauses Hamburg): Aktuelle Chirurgie 1976, 11, 243—246.

A Wangensteen és Miller—Abbott által kezdeményezett szonda kezelés a bélezáródás gyógyításában egyre nagyobb szerephez jut. Ez a kezelés két szempontból lehet eredményes.

1. A belekben pangó folyadék kiürítésével az ileus circulus vitiosus megszüntethető. A tartós szívás megakadályozhatja a bélfal-kapilláris károsodást és a béltartalom átjutását a bélfalon át a szabad hasüregbe. A bél motilitási zavarait előnyösen befolyásolhatja.

2. A levezetett szonda a vékonybelek belülről „sínzve” megakadályozhatja a belek szögletbe töréseit.

Az utóbbi lehetőség miatt az eljárás mint a recidív ileus profilaktikus módszere elterjedt. Természetesen strangulációs ileus esetén a kezelés eredménytelen, ilyen esetekben a műtét abszolút indikációja áll fenn.

A praeoperatív szonda levezetés esetenkénti nehézségei, ill. a nasopharyngealisan levezetett szonda kezelés után észlelt gyakori pulmonalis szövődmények miatt az utóbbi években — főleg az angol-szász sebészek körében — az intraoperatív szonda-levezetés módszere terjedt el.

A szerzők tapasztalatai szerint az intraoperatív nasopharyngealisan levezetett, v. jejunostomiával beépített szonda a coecumig előretolható. A szondát rendszerint 10 napig tartják bent.

A tartós szonda-kezelés szövődményeit Chafee az alábbiakban foglalja össze: sinusitis, otitis media, pajzsporc nekrozis. Nyelöcsővizér repedés és vérzés, illetve

szűkület. Nyelöcső, gyomor és vékonybél átfürödés. A szonda spon-tán összezsavarodása, higany tárolójának szétszakadása. A levegő vezeték elzáródása miatt a felújított ballon kiereszthetlensége. Ez utóbbi szövődmény esetenként a szonda eltávolítását is lehetetlenné teszi.

A szerzők anyagában a legtöbb nehézséget a szonda eltávolítása okozta, de az irodalmi közlések szerint is ez a probléma a legjelentősebb. Feltételezik, hogy a szonda a belekben megtöretést szenved, és eltávolítása ezért okoz nehézséget. A szerző ezt a szövődményt az utóbbi két év alatt 5 betegnél észlelte. Három betegen a rtg-controll mellett végzett hasfal masszírozás és óvatos, fokozatos húzás eredménnyel járt. Két betegen viszont ez a módszer nem vált be. Így egy 16 éves nőbetegen, akinél Crohn-betegség miatt subtotalis ileocoliectomiát és ileorectostomiát végeztek, a 11. napon vékonybél ileus alakult ki, amelyet a szonda okozott. A szondát csak műtéti úton sikerült eltávolítani, a laparotomia során a vékonybelekben több helyen heges szűkületet, ill. a belek között tályogokat találtak. A másik, egy 76 éves férfi betegükön, akit hashártyagyulladás miatt operáltak — a műtét során a jejunumba építették be a Miller—Abbott szondát — a beteg egy nappal később meghalt toxikus eredetű szívelégtelenség miatt. Boncolásnál a vékonybelekben számtalan 5—6 mm széles elhalást, helyenként átfürödést találtak. Feltételezik, hogy ezeket a súlyos bélelváltozásokat a szonda tartós nyomása váltotta ki.

A szövődmények alapján azt a következtetést vonják le, hogy a Miller—Abbott szonda tartós alkalmazása a vékonybelekben heges megtöretéseket hozhat létre. Ezek a megtöretések egyrészt újabb ileust okoznak, másrészt megakadályozhatják a szonda eltávolítását.

Rácz István dr.

Anyagcserebetegségek

Tejsav-acidosis biguaniddal kezelt diabéteses betegeken. Luft, D., Müller, H. (Med. Univ. Klin. Tübingen): Medizinische Welt 1977, 28, 378—383.

Az utóbbi időben mind több közlemény olvasható a biguanidok tejsav-acidosist létrehozó hatásáról. A szerzők 6 esetüket ismertetik további adalékkal a már ismertetett esetekhez.

A betegek életkora 62 és 88 év közötti volt. 4 közülük phenformin — 1—2 × 50 mg napi dosis, — 2 pedig butylbiguanid készítményt — 1—2 × 100 mg buformin — szedett. A butylbiguanid készítmény az egyik esetben prolongált hatású „retard” vegyület volt. A biguanid vegyületek mellett 3 beteg sulfonil-

urea készítményt is szedett. A betegek közül 1-en frissen kialakult hátsófalú infarctust, ehhez társult cardiogen shockot, egy másikon igen nagymérvű coronariasclerosist találtak, s valamennyi betegen kimutatható volt a vesefunkció károsodása. A betegek valamennyien comatosus állapotban kerültek föl-vételre, s gyors fölismerés és az irodalom által elfogadott terápiás eljárások ellenére mindegyik beteget elvesztették. Peritoneális dialysist 2 betegen végeztek, methylenkék adására másik két betegen került sor. E terápiás beavatkozások sem vezettek sikerre. A halál a fölvételtől számított 6 órán—4 napon belül következett be, közvetlen oka szív-megállás, légzésbénulás, ill. acut gastrointestinalis vérzés volt.

A szerzők a közlemény további részében összefoglalják a lactat-képződés pathophysiológiáját, tejsav-acidosis létrejöttének körülményeit, kórismézésének lehetőségeit és a terápiás módszereket.

(Ref.: A közlemény megerősíti azt az általános nézetet, hogy a biguanid-vegyületek — szerkezetüktől függő mértékben, de elsősorban a phenethylbiguanid, legkevésbé a methylbiguanid — elősegítik a tejsav-acidosis létrejöttét, de annak kialakulásához egyéb predisponáló tényezők: keringési-, vese-, ill. máj-funkciós elégtelenség — külön-külön vagy egymással társultan —, is szükségesek.) Winkler Gábor dr.

A biguanid indukálta tejsav-acidosis haemodialysis-kezeléséhez. Althoff, P.-H. és mtsai (Abt. Endokrinol. u. Nephrologie, Zentrum der Inn. Med. des Klinikums, Univ. Frankfurt): Deutsche medizinische Wochenschrift 1977, 102, 255—255.

A frankfurti klinika neves szakemberekből álló csoportja Wittmann és mtsai, ugyanezen folyóirat ez évi első számában megjelent közleményéhez fűz érdekes megjegyzéseket. (L. köv. ref.)

Nem értenek egyet az idézett közlemény azon megállapításával, hogy a tejsav-acidosis (ta.) esetek száma emelkedő tendenciájú, a kétségtelen gyakrabban fölismerésre kerülő körkép — véleményük szerint — a diagnosztikus lehetőségek javulásának eredménye. Kifogásolják azt az állítást is, hogy a haemodialysis csak a konzervatív terápiára nem reagáló oligo-anuriás betegeken indikált. Nézetük szerint a haemodialysis kezelés jelentős helyet foglal el a ta. terápiájában, ennek bizonyítására 12 esetüket ismertetik.

Mind a 12 beteget, akin a ta. fellépett, diabeteses volt, s cukorbetegségük kezelésére biguanid-készítményeket szedtek. Az esetek nagyobb többsége más intézetekből, késői fölismerés után került a kli-

nikára, beszállításuk alkalmával comatosus, illetve semicomatosus állapotúak voltak. A 12 beteg közül 7, 1974 januárja és 1975 első fele között, tehát 1,5 év leforgása alatt került föl-vételre, s a haemodialysis technikájának javulása, alkalmazásának általánossá válása folytán közülük 6 megmenthető volt, ezzel a letalitás 15%-ra csökkent.

Ta.-ban a pH csökken, s minden pH-csökkenés rontja a vesefunkciót: 7,25-ös pH mellett $\frac{1}{2}$ -ára csökken a vese-átáramlás. A biguanidok tovább rontják a vese működését: napi 50—100 mg phenformin a vese savterhelésre (0,1 g/kg ammónium-chloriddal) mutatózó ammóniatermelését 50%-ra csökkenti. Ezért különösen indokolt ta.-ban a fölhalmozódott biguanid-vegyületek mielőbbi kiürítése, mely a szokásos konzervatív kezelési módokkal nem lehetséges. Így a symptomás kezelés (glukóz + insulin, bicarbonat stb.) mellett causalis kezelésre is lehetőség nyílik. A biguanid-eliminálása mellett volumen-, hőmérséklet és elektrolit-correkcióna is lehetőség nyílik.

A munkacsoport úgy látja, hogy a haemodialysist nem utolsó terápiás lehetőségként, hanem a symptomás konzervatív kezelés beindításával egyidejűleg kell alkalmazni.

[Ref.: a közlemény rövid terjedelme ellenére érdekes adatokat szolgáltat, s más szerzők véleményével szemben a haemodialysist kezelést nem symptomás, hanem oki terápiának írja le, amennyiben a vesefunkció károsodását fokozó biguanid gyors eliminálását teszi lehetővé. A mortalitás csökkenése figyelemre méltó (bár a sekunder ta.-k — ebbe a csoportba tartozik mind a biguanid indukálta, mind a más ismert tényező létrehozta a ta. forma — letalitását a szerzők változóan tüntetik föl), általában ui. jóval magasabb letalitást adnak meg. Nem eldöntött annak kérdése, hogy a dialysissal vagy anélkül kezelt esetek gyógyulásában van-e különbség, a jelen közleményben foglaltak azonban meggyőzően alátámasztják a haemodialysis hatékonyságát.] Winkler Gábor dr.

Tejsav-acidosis biguanidokkal kezelt diabeteseseken. Wittmann, P. és mtsai (Forschergruppe Diabetes, III. Med. Abt. des Krankenhaus München-Schwabing): Deutsche medizinische Wochenschrift 1977, 102, 5—10.

A biguanid vegyületeknek a terápiába történt bevezetése óta 1975 elejéig az angolszász irodalomban 776 tejsavacidosis (t. a.) esetet közöltek, melyek phenformin kezelés során (= phenyl-aethyl biguanid, Ref.) léptek föl. Újabb klinikai

tanulmányok a körkép — tulajdonképpen syndroma — gyakoribbá válásáról számolnak be, rövid idő alatt egy munkacsoport 18, egy másik 21 ill. 38 esetet írt le, s nagy többségük biguanid kezeléssel alakult ki. A szerzők retrospektív elemzést végeztek, vizsgálták 8 hónapon belül a t. a. gyakoriságát biguanid-készítményekkel kezelt diabeteses betegek között, s áttekintették 10 évre visszamenőleg beteganyagukat.

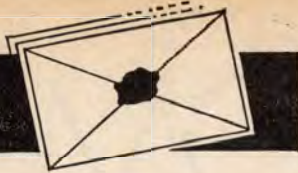
Megállapították, hogy ráig az elmúlt 10 évben egyetlen esetet sem sikerült biztonsággal diagnosztizálni, az utolsó 8 hónapon belül 10 t. a.-s beteget kezeltek. Miután e 8 hónapos időszak során kerekítve 20 000 beteget kezeltek a klinika különböző osztályain, ez 1:2000 gyakoriságot jelent. 5 további t. a. esetet is észleltek, biguanid kezelésben azonban e betegek nem részesültek.

Az észlelt 10 diabeteses beteg mindegyike 60 év fölötti volt, keringési elégtelenség valamennyiükön kimutatható volt. A tünetek hirtelen, általában rövid, gastrointestinalis panaszokkal jelentkező bevezető tünetek után alakultak ki, rohamosan progrediáltak. A kórlefolyás, a laboratóriumi leletek alakulása típusos volt. A biguanidok aetiologiai szerepét vérkoncentrációjuk RIA-meghatározásával igazolták. Minden esetben glukóz és insulin infúziós adását, intenzív terápiás eljárásokat alkalmaztak, a 10-ből 4 beteg életét azonban nem sikerült megmenteni.

A közlemény további részében a szerzők összefoglalják irodalmi adatok alapján az aetiopathogenesiss főbb részleteit.

(Ref.: Az utóbbi időben megszorodtak a biguanid-kezelés során kialakult t. a. esetekről közölt beszámolók. Az észlelt betegek túlnyomó többsége az idősebb korosztályhoz tartozott. E betegeken cardialis decompensatio, emphysema, chronikus légzőszervi megbetegedések, máj- és vesebetegségek is gyakoribbak, s a t. a.-ban megbetegedettek nagyobb részén is megállapítható volt ezek egyik-másikának társult előfordulása. E betegségek részben hypoxiás viszonyokhoz segíthetnek, részben az anyagcsere-folyamatok egyensúlyát befolyásolják. Utóbbi tényezők, a diabetes és a biguanid-vegyületek mellett t. a. kialakulásának prae-disponáló faktorai. A t. a. veszély csökkenthető, ha e veszélyeztetett populáció biguanid-kezelését megszigorítjuk, s csak feltétlenül indokolt esetben alkalmazzuk. Ha mégis e kezelési mód választandó, a diétának legalább 100—120 g szénhidrátot kell — irodalmi adatok alapján — tartalmaznia.)

Winkler Gábor dr.



Az éhomi vércukor értékéről a cukorbetegek gondozásában.

T. Szerkesztőség! Megszoktuk, hogy Magyar Imre professzor úr cikkei széles körű érdeklődést és hatást váltanak ki, hogy előremutatóak, hasznosak, igazak. Az Orvosi Hetilap 1978. márc. 12-i számában megjelent „Elvek és nehézségek a cukorbeteg kezelésében” című írása is egész sor orvosi szakmát mozgat meg. Természetes, hogy a laboratóriumokkal kapcsolatos kérdéseket is csak érinteni tudta. Pedig perspektívikusan is nagy szerepet szán szakmánknak a diabeteses betegek egyensúlyának fenntartásában, ami együtt a szövődmények „leglényegesebb preventiója.”

Klinikájukon megvalósított folyamatos vércukor-meghatározás (Contiflo készülékkel) és a mesterséges pancreas használata csak bizonyos esetekben érhető el. „Ideálisnak az az állapot tekinthető, melyben a cukorbeteg beállítása és kezelése jól felszerelt... rendelőintézetben történik.” Az ambuláns cukorbeteg-kezelés legnagyobb akadályát a nem megfelelően felkészült rendelőintézeti laboratóriumokban találja.

A Labor diagnosztikai Társaság nagy gondot fordít a módszerek egységesítésére, a munkahelyek eredményeinek kontrollálására (2,3). A jó vércukor-meghatározás gondja nem is a klinikusok feladata.

Cikkében bemutatja a 26 óra folyamán létrejövő vércukorszint ingadozásokat különböző körülmények között. Így teljesen világossá teszi, mint megelőzően (1) is, hogy a vérvétel időpontja (evés előtt-után, insulin előtt-után) és gyakorisága döntő az értékelés szempontjából. Itt találkozik akadályként a laboratóriummal és vezetőjével. Mi is szgyelljük, ha a klinikusnak „fodorlatos módon” kell a laborost félrevezetni. Meggyőződés, hogy ez félreértés következménye. Remélhetőleg megtaláljuk a közös nevezőt az egyszerű vércukor levételének helyes körülményeivel kapcsolatban, hiszen mindkét szakmának az alapja a fiziológiai és patofiziológiai ismeret.

Mindazok tudatában, amit professzor úr cikkében megtalálunk, mégis néha arra kényszerülünk, hogy standard körülményt szorgalmazzunk (jobb híján a helytelen éhgyomri vérvételt).

A rendelőintézet laboratóriuma egy kerületnek vagy városnak ilyen irányú munkáját szervezi, végzi. A hozzá tartozó kollegákat igyekszik a korszerű vizsgálatok felé irányítani, egységesíteni. Egy ilyen terület kb. 30 orvosa a következő okokból kér vércukor-viz-

gálatot: hyper- vagy hypoglycaemiás coma veszélye; insulinra + diétára beállított ellenőrzése; orális antidiabeticumra + diétára beállított beteg ellenőrzése; csak diétára beállított beteg ellenőrzése; hyperglycaemia gyanú, hypoglycaemia gyanú; glycosuria; stb. Mindezen beteg beutalójára „vércukorvizsgálatot kérek” van írva. Logikus, hogy mindegyik csoportnál mérlegelni kellene a levétel körülményének helyes voltát. Ez nem a laboros feladata volna. Ismert a rendelőintézet munkamenete, a beülő orvosok különböző képzettsége. Mi laborosok, bár fel vagyunk készülve a cukorbeteg fogadására, nem találunk helyesebb kautélát, a vitatottnál. Gyakori eset például, hogy a normál szénhidrátanyagcseréjű paciens azért kerül hospitalizálásra, mert az egyszerű vérvétel előtt fél órával cukros kávé-t ivott. Még szerencsés eset, ha ezt az osztályon felderítik és nem rossz meghatározással magyarázzák, annak minden destruktív hatásával. Sorolhatnám a nehézségeket. Várjuk, hogy a kritika mellett a megoldást is megtalálják a belgyógyászok.

Laboratóriumaink jó részében a többszöri vérvétel (terhelés, profil) megoldott. Amennyiben esti, éjszakai frakció szükséges, a kezelőorvos segítségével, az egyszerű glycolysis gátlás (4,5) mellett ez is lehetséges. Munkeröngondunkat nem érintve, ilyen döntő kérdésben minden szándékunkkal és erőnkkel a belgyógyászok jó törekvését támogatjuk.

Nagy tisztelettel egyetérték a cikk néhány bíráló sorával. Megegyézést és nem kiélezést remélek a két szakma meglévő konfliktusában. Hiányolom és várom Magyar prof. segítő javaslatát.

Bod Magda dr.

IRODALOM: 1. Magyar I.: Orv. Hetil. 1976, 117, 2415. — 2. Horváth I.: Labor. diagn. 1974, 1, 3. — 3. Horváth I.: Labor. Diagn. Budapest. Medicina. 1974, 173 o. — 5. Szilágyi L.: Labor diagn. Labor diagn. 1975, 11, 32. — 4. Sós J.: 1976, 111, 29.

T. Szerkesztőség! Bod Magda dr. levele nagyon is indokolt és köszönet érte, mert alkalmat ad határozottabb javaslatra. Mindenképpen világos, hogy az insulinall kezelt cukorbeteg helyes beállításához szükséges vércukor-vizsgálatok idejének megválasztása nem a laboratórium feladata, hanem a kezelőorvosé. A laboratóriumnak csupán ahhoz kell segítséget adnia, hogy a vércukor vizsgálata a kezelőorvos által javasolt vagy kért időben megtörténhessék. Minthogy a jó beállításához — az orvos ismeretei alapján — az étkezés után 1 órá-

val, 2 órával vagy akár a következő étkezés előtt végzett meghatározások egyformán jó alapot szolgáltathatnak, leghelyesebb volna, ha a laboratórium minden esetben feltüntetné a vércukor érték megadásával együtt a vérvétel pontos idejét. Ilyenformán: Kovács Andrásné. Vércukor 1978. III. 1-én 9 óra 55 perckor 178 mg/100 ml. Arról is szó lehet, hogy a vérvétel idejét a legutolsó étkezéshez viszonyítsuk. Vércukor: étkezés után 1 óra 50 perccel 214 mg/100 ml. Az éhgyomri vércukor valóban csak a csupán étrenddel kezelhető cukorbeteg megítélésére lehet alkalmas, de még ilyen esetben is több felvilágosítást ad az étkezés után 1 vagy 2 órával meghatározott vércukor-érték.

Elsősorban tehát nem a laboratórium tevékenységéről van szó a begyökeresedett éhgyomri vércukor meghatározás elhagyásában és értelmesebb és hasznosabb időpont megválasztásában, hanem a cukorbeteg kezelő és gondozó orvos megszokott eljárásának megváltoztatásáról. Világos, hogy a cukorbeteg napi munkája és megszokott életvezetése közben kell vizsgálnunk és nem a számára szokatlan éhgyomri vagy kórházi, pihenő, tevékenység nélküli állapotban. Betegellátásunk legnagyobb nehézsége ma a belgyógyászati ágyak szorongató hiánya. Ez is olyan szempont, mely az ambuláns, munka melletti diabetes-kezelés bevezetését támogatja. Ambuláns beállítás azonban csak a nap folyamán végzett vércukor-meghatározásokkal lehetséges. Másodlagos kérdés, — és könnyen megoldható —, hogy a nap folyamán esetleg kivételesen akár késő este vagy kora reggel levett vérben a glycolysis megállítását a laboratórium vagy az orvos végezze. A laboratórium főfeladata jelenleg — véleményem szerint — nem a vérvételek idejének, hanem a vércukor-meghatározási módszereknek a standardizálása. Itt az ideje annak, hogy a laboratóriumok egyöntetűen a vér cukortartalmát és ne redukáló anyag-tartalmát határozzák meg.

Mint jól bevált és hospitalizációt helyettesítő eljárást említem azt a lehetőséget is, hogy a cukorbeteg időnként reggeltől másnap reggelig, tehát 24 órára, kerüljön fekvőbeteg-osztályra és ezalatt készüljön el napi vércukor-profilja úgy, hogy a cukorbeteg lehetőleg megszokott étkezési rendjét tartsa be. Egy, két vagy három alkalommal készített ilyen profil jól helyettesítheti az esetleg hetekig tartó kórházi ágyfelhasználást.

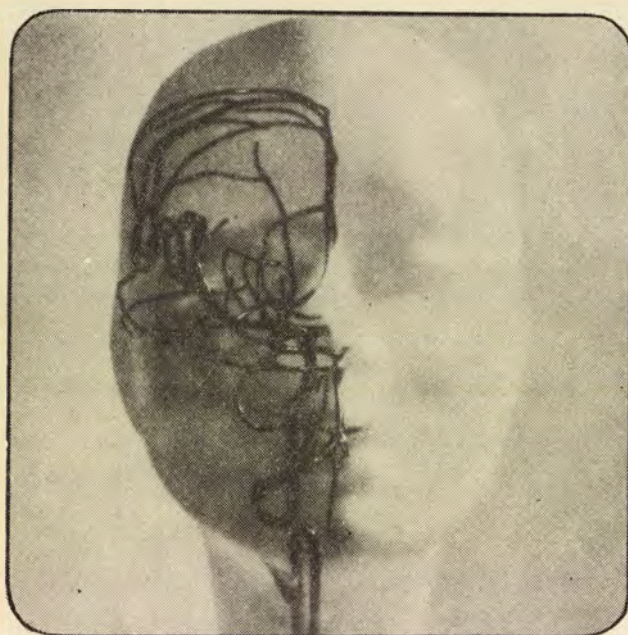
Az orvos tehát ne „vércukor-vizsgálat”-ot kérjen, hanem kérje a beteg vércukrának meghatározását étkezés előtt vagy reggeli, ebéd, uzsonna, esetleg vacsora után 1 vagy 2 órával vagy akár más időpontban. A laboratórium pedig tegye a vizsgálatot lehetővé és a kiadott leleten tüntesse fel a vérvétel pontos idejét.

Magyar Imre dr.

SANDOMIGRAN[®]

draszé

migraine-prophylacticum



HATÁS

A Sandomigranra jellemző a biogénaminokra, különösen a serotoninra kifejtett polyvalens gátló hatás.

A rohamok frekvenciáját csökkenti, így alkalmas a migraine kúraszerű kezelésére.

A Sandomigran sajátossága a nyújtott hatás.

OSSZETÉTEL

Pizotifenum 0,5 mg (0,73 mg hidrogen-malát alakjában) draszéknént.

JAVALLATOK

Migraine és migraine típusú fejfájások megelőzése: tipikus és atipikus migraine; vascularis eredetű fejfájások, Horton-syndroma kezelhetők a legelőnyösebben Sandomigrannal. Kevésbé eredményes a tenziós, psychogen, posttraumás fejfájások esetén.

Az akutan kialakult migraines rohamot nem befolyásolja.

ELLENJAVALLATOK

Tekintettel a parasympatholyticus hatás-komponensre: glaukóma; prostata hypertrophia; továbbá terhesség; MAO-bénítók egyidejű alkalmazása.

ADAGOLÁS

A napi adagot lépcsőzetesen célszerű emelni, az alábbi táblázat szerint:

	1-2	3-4	5... nap
REGGEL	-	-	1 draszé
DELBEN	-	1	1 draszé
ESTE	1	1	1 draszé

Az esetek többségében az 5. naptól napi 3×1 draszé adható. Makacs esetekben a napi adag lépcsőzetesen 3×2 , 3×3 draszéra emelhető.

MELLÉKHATÁSOK

A fenti adagolási tájékoztató betartása esetén csak ritkán lép fel enyhe sedatív hatás, mely többnyire 1-2 heti kezelés után megszűnik. Egyes esetekben testsúlynövekedés figyelhető meg, mely az étvágy fokozódásának eredménye.

FIGYELMEZTETÉS

A Sandomigran 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, nyugtatók szedése kerülendő.

CSOMAGOLÁS

30 db draszé

Térítési díj: 13,40 Ft

MEGJEGYZÉS

✱ Csak vényre adható ki, és az orvos rendelkezése szerint ismételtető (legfeljebb három alkalommal).

**ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR,
TISZAVASVÁRI**

SANDOZ A.G. – BASEL licencia alapján



KÖNYVISMERTETÉS

Bekény György dr.: A neuromuscularis megbetegedések diagnosztikája és terápiája. Medicina, Budapest 1977. 213 oldal, 16 ábra. Ára: 37 Ft.

Szakmai berkekben régóta sejtett és várt munka jelent meg Bekény György tollából, a Szerző három évtizedes izomopathológiai és klinikai kutatásainak eredménye és összefoglalása, világos, jól szerkesztett és áttekinthető, nagyrészt monográfiában. A téma korszerű és rendkívül dinamikus fejlődés: nincs még egy területe az organikus neurologiának, ami az utóbbi két-három évtizedben oly mértékű fejlődést mutathatna fel, mint a neuromuscularis betegségekkel kapcsolatos disciplina. Jelentőségének hangsúlyozása szinte közhely lenne: sok elméleti és gyakorlati szakmát érint, kérdéseinek felvetése és megválaszolási kísérlete a neurologia legpezsgőbb és legtermékenyebb stimulusa. A szerző e munkaterület hazai és nemzetközi vonatkozásban egyaránt kiemelkedő képviselője, klinikai, kóreltani és pathológiai munkássága széles körű, ismert és elismert. Elismerés illeti mindazokat, akik e munka megjelenését — az első ilyen munkát a hazai irodalomban elősegítették és lehetővé tették.

A munka 11 részre osztható. A motoros egység felismerése az egyik legnagyobb jelentőségű conceptio a neurologiában és neurophysiologiában, s e felismerés vezetett a neuromuscularis betegségek fogalmának megalkotásához és entitásának leírásához. Az ebből következő élettani, kóreltani, biochemiai consequentiák jelentőségét olvashatjuk az első részben. A szöveg megértését 5 részben átvett, részben saját ábra segíti. — A második rész a neuromuscularis rendszer vizsgálatát ismerteti, röviden, velősen összefoglalva mind a klinikai jelenségeket, mind az elektrophysiologiai megnyilvánulásokat és az izom-, ill. idegbiopsia során nyerhető információkat. E fejezetben az enzimvizsgálatok talán nagyobb részt és hangsúlyt kaphattak volna.

A következő fejezet a neurogen és myogen izomkárosodás lehetséges elkülönítéséről szól mind klinikai, mind physiologiai, mind histochemiai vonatkozásban. E fejezet leglényegesebb szemléleti újdonsága és egyben merituma, hogy félre nem érthetően felszámolja azt a — sok tankönyvben még mindig hagyományos leírt — nézetet, hogy a neurogen és myogen paresis histologiailag elkülöníthető. E morphologia-dependens nézet téves, számos alkalommal megcáfol-

ták, mégis nagyon sokszor ma is felbukkan és — félrevezet. Az ábrák e fejezetben is vázlatosak, de a szöveget jól támogatják. — A 4. rész az adynamia topikai diagnosztikáját ismerteti, mindössze 6 oldalon, de olyan koncentrált tömörítésben és logikával, amit másutt nem találunk meg; szakorvosjelölteknek és az adynamia általános problémájával sokat bajlódó általános orvosoknak ajánlhatjuk melegen e fejezetet.

A következőkben a monográfia — a címben ígért tartalmat messze meghaladó — ismeretanyagot nyújt az összes lényeges izombetegségről és syndromáról. Ezek között természetesen a leglényegesebb a myopathiák nagy és heterogen csoportja, a szerző hosszú tudományos kutatásának egyik fő területe, amivel munkájában mintegy 60 oldalon át foglalkozik. Az elsődleges (ismeretlen aetiologiájú) izomdytrophiciákat a legmodernebb felfogásban, de saját felfogásával mindenütt átszöve ismerteti, implicite a lehetséges pathogen factorokat is, megfelelő kritikával illetve. Külön érdeme a terápiás résznek, hogy hangsúlyozottan ismerteti a fizikoterápia szerepét, ami legtöbb osztályunkon ugyancsak háttérbe szorított kérdés. A central core betegség, nemalini myopathia, centronuclearis myopathia, megaconialis és pleioconialis myopathia a különleges strukturákkal jellemzett myopathiák között kerül ismertetésre. Az ocularis myopathia alkalmat szolgáltat széles körű differential-diagnostikai fejtegetésre is. A fejezetet a gyermekkori myopathiák, endokrin és anyagcserezavaron alapuló betegségek tárgyalása zárja le. — Egy-egy rövidebb fejezetben olvashatjuk a paroxysmalis bénulások, ill. a myotoniával, mint tünettel jellemzett izombetegségek leírását, az utóbbiak között a Steinert-Curschmann betegsége, ami a myotoniás csoport ez idő szerinti egyetlen betegség-entitása.

A myasthenia gravis még a neuromuscularis betegségek között is különleges szerepet játszik és speciális helyzete igen sok részismertettel gazdagította a klinikai és pathologiai izomkutatást. E fejezet jól ismerteti az úttörő modern ismereteket, a thymus- és immunopathológiához fűződő kapcsolatokat, a neuromuscularis block lényegét és a kulcskérdésnek tekinthető pathologiai elváltozások mibenlétét és gyakoriságát. A myasthenia kezelése lehetőségei nagyon változatosak; a thymectomia kiemelkedően jelentős szerepe talán még nagyobb hangsúlyt kaphatott volna, a műtét elvégzésének nem a gyógyszeres kezelés eredménytelen

volta az indicatioja. Jelentős szerepet kap a betegség kezelésében az immun-suppressio, annak mind steroiddal, mind cytostaticummal végzett formája. Mind a betegség lefolyásának, mind a kezelésnek egyik veszélye a myastheniás vagy cholinergiás crisis; a kevert, alternáló crisis leírását (az angol irodalomban „brittle crisis”) hiányoltuk. Örülhetünk viszont annak, hogy a mindig elhanyagolt psychés problémákkal, a beteg psychés gondozásával és vezetésével is egy oldalnyi szöveg foglalkozik. — Külön fejezetbe kerültek a paraneoplasziás neuromuscularis syndromák, közöttük a tumoros neuromyopathiák és a — myastheniához hasonlóan kulcsfontosságú — myasthenia syndroma (Lambert—Eaton—Rooke-syndroma).

A polymyositisek heterogen csoportja különösen egyéb betegségekkel való associatio és az immunvonatkozások miatt, hasonlóan kulcsszerepű betegségecsoport, mint a myasthenia gravis. A szerző egyik legrégebbi kutatási területe a polymyositisekkel kapcsolatos, így könnyen érthető, hogy biztos és érthető kézzel vezet végig a polymyositisek szerteágazó aetiologiai, klinikai és pathologiai problematikáján. Megismerjük az interstitialis myositis retrospectiv jelentőségét, és különösen elgondolkozhatunk a degeneratívként számoltartott betegségekben észlelt gyulladási jelenségek hovatarozásán, pathogen vagy epiphaenomen jelentőségén. Igen hasznos a részletes terápiás inventár gondos ismertetése. Az izom-sarcoidosis myositisként történő felfogása problematikusnak tűnik, hasonlóképpen a Parsonage—Turner syndroma is.

A vegyes izombetegségek fejezetében találjuk a „Marsch-syndromát”, az elméleti jelentőségű, malignus hyperpyrexiahoz csatlakozó izombetegségeket és a különböző kórszármazású és jellegű izomspasmusos állapotokat, közöttük a „stiff man” syndromát és a neuromyotoniát. A monográfia utolsó fejezete a spinalis izomatrophiciák különböző formáival és ezek elkülönítési lehetőségeivel foglalkozik.

A munkát 283 tételből álló irodalmi jegyzék zárja, a szerzőtől megszokott alapos formában (vagyis cím és befejező oldalszám is megtalálható). Az irodalmi jegyzékben, csakúgy mint a szövegben, a témával foglalkozó hazai szerzők nemcsak hiánytalanul megtalálhatók, hanem bizonyos előnyben is részesülnek a külföldi szerzőkkel szemben, szerény elégtételül abban a vonatkozásban, hogy hazai szerzők meglehetősen mostoha elbánásban részesülnek külföldön.

Az ismertett munkát igen széles körű érdeklődésre tarthat számot, nemcsak neurologusok részéről, hanem más szakmák képviselői, valamint izomopathológiával és izomkutatással foglalkozók részéről is. A szakorvosjelöltek megtalálják

benne mindazt, amit a téma tekintetében a hazai és külföldi tankönyvek általában nagyon mostohán kezelnek. A munka szerkezete jól áttekinthető, stílusa gördülékeny, olvashányos; inductív, célravezető tárgyalása izgalmas, az igen sok információ-elem és közlés ellenére sem nehézkes sehol; arról nem a szerző tehet, hogy a rosszul értelmezett magyarosítás a szakkifejezéseket megnyomorítja, és a magyarosításra semmiképpen nem alkalmas terminus technikusokkal együtt olvasva a szöveget heterogénné teszi.

A munka tipográfiája, kötése, borítása igen szép és ízléses, alakja kellemes (végre üdvözölhetjük a Kner Nyomda nivós munkáját orvosi kiadványokon is!).

Szobor Albert dr.

Arbeitstherapie — Praxis und Probleme in der Psychiatrie 7. Weinsberger Kolloquium. Herausgegeben von Fritz Reimer. Georg Thieme Verlag Stuttgart 1977, 76 old. 6 ábra, 18 tábl. Ára: 24,80 DM.

A könyvet svéd, angol, holland és német szerzők írták. A tanulmányok a munkaterápiák problematikájával foglalkoznak.

Rost (Örebro) kiemeli, hogy a második világháború után a legtöbb országban az intézetben végzett munkaterápiát ipari munkaterápiával egészítik ki. Ennek bevezetéséhez legalább két hetes begyakorlási időt tart szükségesnek, mely után a páciensnek uralnia kell feladatának „fogásait” és képes kell legyen minimálisan 5 órán keresztül dolgozni. Az ipari munkaterápiát fontos átmeneti állomás a rehabilitáció felé és része a medicinális kezelési programnak. A betegeket a munkavédelmi rendszabályokra fokozatosan oktanni kell. Lényeges a visszajelentés munkakészségükről, teljesítményingadozásairól. Bennett (London) szerint mindazokat a másodlagos károsodásokat, amelyek a beteg szerepből és az intézetben tartózkodásból származnak. A díjazás nagy jelentőségét hangsúlyozza. Ez adja a különbséget a foglalkoztatási és a munkaterápiák között. Az ipari üzemekben a betegek egyenlő bért kell kapjanak az alkalmazottakkal. A bérnek a teljesítményt követnie kell. Mióta betegek rendszeresen keresnek, csökkent a kórházi élet szociális deprivációja. A munkaterápiát nem tartja szerencsés kifejezésnek. mert a szociálpszichiátriában az általános terápia része a szociális foglalkozás, melynek a munka csak egyik formája. A munkaterápiától elhatárolja a foglalkoztatási terápia, ahol a páciens magának csinál valamit, maga határozza meg a munka célját és az eredményt is maga ítéli meg. A munka nem öncél és nem is terápia a szokásos értelemben, hanem aktivitás, értékes

eszköz a terápiás és rehabilitációs célok megvalósítására.

Early (Bristol) ismerteti az angol kórházakon belül kialakult rehabilitációs hálózatot: a) Foglalkoztatási terápia az osztályon belül b) Munkaterápia a kórház és gazdaság üzemeiben. c) Külön létesített foglalkoztató osztály az ipari munkaterápia számára. Ez utóbbi szoros kapcsolatot tart minél több ipari üzemmel. A Munkaügyi Minisztérium gondoskodik a rehabilitációról, a munkatréningről és visszaesés esetében az újra foglalkoztatásról. Angliában 1944-től működnek rehabilitációs centrumok. A rehabilitáció célját abban látja, hogy a beteg a szociális világban szerephez jut. A fizetett munka ugyanis nemcsak a munka és a pénz miatt fontos, hanem az általa nyújtott szerep miatt is. A beteg számára biztosított munka lehetőség szerint reális és jövőbeli életével legyen kapcsolatos. Rippe (Smakterweg) szerint Hollandiában a kórházon kívüli rehabilitációs szervezetnek 3 pillére van: a) Üzemi központ és munkahelyek. b) Szabad terápiás munkalehetőség. c) Védett munkahely szellemi foglalkozásra. A beteg számára legmegfelelőbb munkahelyet a gyógyító team határozza meg. Igyekeznek elérni, hogy fokozatosan minden munkavállaló teljes munkaidőben dolgozzék és a díjazás elegendő legyen arra is, hogy ebből családját eltartsa. A teljesítménnyel a díjazás emelkedik, melyhez szükség szerint az állam hozzájárul. Kitzig (Osnabrück) körkérdest intézett 59 NSZK pszichiátriai intézethez (65 000 ágy), a válaszokból kiderült, hogy az ápoltak átlagosan 21%-a végez a kórház számára fontos segédmunkát és csak 10% a terápiás szempontból végzett munka. Csupán 535 éjleli szanatóriumi ágy és 86 nappali szanatóriumi ágy áll rendelkezésre. A betegek nagy része 45 évesnél idősebb és egyharmada több mint 10 éve volt ápolat. Megoldhatatlannak tartja a rehabilitált psychotikusok jogi helyzetét, melyet véleménye szerint a testi fogyatékosoknál már bevált elvek szerint kellene rendezni. Strehse (Remscheid—Lüttringhausen) azokat a személyiségjegyeket kutatta, amelyek a páciens szakmai rehabilitációja szempontjából fontosak és azokat az indikátorokat, amelyek a rehabilitáció sikerét valószínűvé teszik. Ezekből kiemeli a munkában való magatartást és a szociális magatartás megfigyelését. Schelling—Müller (Weinsberg) felvetnek három fontos kérdést: a) A krónikusan psychotikus betegek teljesítményükben minden munka területén ledáltak, vagy csak meghatározott területeken? b) Milyen mértékűek az egyes teljesítménykiesések? c) Milyen összefüggések vannak a teljesítményeségek és a páciensek más személyiségjegyei között? Mindezeket a kérdéseket pszichológiai módszerekkel kell vizsgálni. Dilling (München) azt a

kérdést vizsgálta, hogy psychotikus betegeknél, melyek a teljesítményre serkentő faktorok. A különböző fizetési rendszerek között akkor volt a legmagasabb a teljesítmény, ha a munkát darabért fizették.

Veltin (Rheydt) a munkaterápia díjazásának kérdésében olyan álláspontokat ismerteti, amelyek helytelenítik a gyógyulás érdekében végzett munka bérezését és túlzottan tartják a munka hangsúlyozását a pszichiátriai rehabilitációban.

Koronkai Bertalan dr.

Schneider H. J., Kohlicek J.: Die Prostata. VEB Georg Thieme Leipzig, 1977, 182 oldal. Ára: 18,90 M.

A könyv a prostata anatómiai és szövettani leírása után a prostata funkciójával és regulációjával foglalkozik. Részletesen ismerteti a heveny prostatitis tünettanát, kórismézését és gyógykezelését, majd az idült prostatitis tárgyalása során megvilágítja azokat a nehézségeket, melyek a folyamat hosszan tartó kezelése során felmerülnek. Ennek keretében a szerzők kritikusan tárgyalják mindazon terápiás lehetőségeket, melyek alkalmazása több-kevesebb sikerrel a chemotherapeuticumok és antibioticumok adása mellett szóba jöhet (hormon-, enzim-, antihistamin-, balneoterápia stb.).

A prostata tuberculotikus elváltozásának ismertetése után a szerzők behatóan foglalkoznak a prostata adenoma tünettanával, kórismézésével, valamint konzervatív és műtéti gyógykezelésével. Pontosan körülhatárolják a transurethralis resectio javallatát, feltételeit és szövődményeit, valamint a kryoabliáció alkalmazásának szűk körű lehetőségeit.

A szerzők hangsúlyozzák, hogy a prostata carcinoma a leggyakrabban előforduló urogenitalis daganat, míg 70 éves kor felett a leggyakoribb malignus elváltozás. Ez egyben rávilágít a korai kórismézés jelentőségére, mely a 45. év feletti férfiakon végzett szűrővizsgálattal (rectalis tapintás) biztosítható. A folyamat jellegének további tisztázása a prostata biopsia, a diagnosztikus transurethralis electro-resectio, illetve az esetleg már meglévő metastasisok kimutatása révén) savanyú foszfataz, csont rgt, scintigraphia, lymphographia) lehetséges, mely meghatározza a heterosexuális hormonkezelés mellett a szükséges terápiás teendőket.

A könyv, mint a szerzők az előszóban írják elsősorban a gyakorló orvosok és a szakellátást végző urológusok számára íródott. Emellett haszonnal forgathatják mindazok, akik határterületi kérdésként a prostata betegségeivel, annak diagnosztikus és terápiás problémáival kívánnak részletesen megismerkedni.

Karátson András dr.



A TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága 1978. június 5-én, du. 2 órára tűzte ki Gács Gábor dr.: „A vér glukóz és inzulin szintje gyermekkorban normális és patológiás körülmények között” c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA kistermében. Az értekezés opponensei: *Mestyan Gyula dr.*, az orvostudományok doktora, *Balázi Imre dr.*, az orvostudományok kandidátusa.

A TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága 1978. június 6-án, du. 2 órára tűzte ki Major Sándor dr.: „Intraarticularis Gordox^R terapia degeneratív és posttraumás ízületi megbetegedésekben” c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA kistermében. Az értekezés opponensei: *Békés Miklós dr.*, az orvostudományok kandidátusa, *Sillár Pál dr.*, az orvostudományok kandidátusa.

A TMB Elméleti Orvosi Szakbizottsága 1978. június 7-én, du. 2 órára tűzte ki Losonczy György dr.: „A klinikai járványtan fogalma, metodikai kérdései, információs rendszere és laboratóriumi módszereinek értékelése” c. doktori értekezésének nyilvános vitáját az MTA kistermében.

Az értekezés opponensei: *Boda Domokos dr.*, az orvostudományok doktora, *Kertai Pál dr.*, az orvostudományok doktora, *Lampé László dr.*, az orvostudományok doktora.

A Debreceni Orvostudományi Egyetem Haemostasis Klubja 1978. május 29-én, hétfőn, 15 órakor, a Nőgyógyászati Klinika tantermében kerekasztal-konferenciát rendez.

Téma: *A disseminált intravasculáris coagulatio aktuális kérdései.*

Moderátor: *Rák Kálmán dr.*

Résztevők: *Balázs György dr.*, *Bátonyi Éva dr.*, *Faragó Eszter dr.*, *Fésüs László dr.*, *Gál József dr.*, *Kakuk György dr.*, *Kovács Ilona dr.*, *Krajczár Géza dr.*, *Misz Mária dr.*, *Móricz Ferenc dr.*, *Muszzbek László dr.*, *Soltész István dr.*

A Szentés Városi Tanács Kórház Tudományos Bizottsága 1978. június 2-án 18 órakor Szentesen, a Kórház előadótermében (*Sima Ferenc u. 44-56.*) „Az újszülöttkori respirációs distressz szindróma (RDS) megelőzésével kapcsolatos megfigyeléseink” címmel szimpoziumot rendez.

Elnök: *prof. Bódis Lajos.*

A szimpozion vezetője: *Veszélovsky Iván dr.*

Résztevők: *B. Nagy Zoltán.* *Kása Sándor,* *Kovalosky Lajos,* *Pataki Lajos,* *Szabó András,* *Viski Sándor.*

A Szegedi Orvostudományi Egyetem Tudományos Szakcsoportja 1978. június 6-án, 16 órakor a Szemészeti Klinika tantermében kerekasztal-konferenciát rendez.

Téma: *Orális anticoncipientek egészségkárosító hatása.*

Résztevői: *prof. Sas Mihály,* *Mészáros József dr.,* *Kovács Aranka dr.,* *Polgár József dr.,* *Szücs Attila dr.,* *Pethő Zoltán dr.,* *Katona Erzsébet dr.*

A Csongrád megyei Tanács V. B. Egészségügyi Osztálya 1978. június 8-án, 11 órakor Szegeden, a Megyei Tanács III. em. 100. termében (Rákóczi tér), a szülészet-perinatológia témakörből tudományos ülést tart.

Üléselnök: *prof. Bódis Lajos.*

Óry Imre dr., Eü. Minisztérium Anya- és Gyermekvédelmi főosztály vezetője: *Megnyitó.*

Surányi Sándor dr. (Debrecen): A koraszülés-probléma mérséklésének lehetőségei.

A Magyar Traumatológus Társaság 1978. június 14-én 14 órakor a Kereskedelmi Kamara Nagytermében vezetőségválasztó közgyűlést tart.

A Közgyűlést az ugyanakkor megrendezésre kerülő Nemzetközi Konferencia keretében rendezzük.

A Magyar Belgyógyász Társaság Dunántúli Sectiója 1978. június 7-8-9-én Szombathelyen (Berzsenyi tér 2.) rendezi XXV. Jubileumi Vándorgyűlést.

1978. június 7., délelőtt 9 óra
Plenáris ülés

Hámori Artúr: Elnöki megnyitó.

Üdvözlések.

István Lajos (Szombathely): A secundaer immundeficientia belgyógyászati vonatkozásai (felkért referátum).

Sz ü n e t

1978. június 7., 10.00 óra
Immunológiai sectio

Üléselnök: *Jávör Tibor.*

1. *Álmos Sándor,* *Marton Éva,* *István Lajos* (Szombathely): Tüdőelváltozások immundeficiens állapotban.

2. *Fülöp Ilona* (Szombathely): Birka vörösvérsejtekkel történő spontán rozetta képzés -T sejt meghatározás vizsgálatával szerzett ta-

pasztalataink egyes belgyógyászati betegségekben.

3. *Marton Éva,* *Kerényi Gábor,* *B. Egged Ágnes,* *István Lajos* (Szombathely, Pécs): A non Hodgkin malignus lymphomák új entitása az immunocyto-ma.

4. *Schmelcz Matild,* *Burger Tibor* (Pécs): Aplasticus anaemia és blastos transformatio.

5. *Wenczl Miklós,* *Zsámbéky Pál* (Szombathely): A Waldenström macroglobulinaemia cytomorphologiája és klinikuma.

6. *Ésik Olga,* *Boros György,* *Ambrus Mária* (Kaposvár és Pécs): Tünetzegény hidegagglutinin betegség macroglobulinaemiás növekedben.

7. *Balokó Zoltán,* *Tornoczkó János,* *Kolombusz László* (Szekszárd): Myeloma multiplex klinikai osztályozásával nyert tapasztalataink.

8. *Pár Alajos,* *Ambrus Mária,* *Gyödi Éva,* *Hernádi Etelka,* *Bajtai Gábor,* *Tényi István* (Pécs): Genetikai marker (HLA) vizsgálatok szerepe a belgyógyászati diagnosztikában.

Június 7., délelőtt 10.00 óra
Nephrologiai sectio

Üléselnök: *Hankiss János.*

1. *Nagy Judit,* *Bajtai Gábor,* *Szücs György,* *Füst György,* *Brasch Hilda,* *Süle Tamás,* *Ambrus Mária,* *Deák György,* *Hámori Artúr* (Pécs és Budapest): Virus-antigen szerepe immuncomplexek pathogen szerepe IgA glomerulonephritisben.

2. *Náfrádi Lilla,* *Bariska Ilona,* *Hankiss János,* *István Lajos* (Szombathely): Heparin (Depot)-therapia glomerulonephritisben.

3. *Olosz Éva,* *Garai Erzsébet,* *Sipos József,* *Simán József,* *Lukács Tiborné,* *Kerényi Magda,* *Czuczor Huba,* *Csermely Ferenc,* *Sebestyén Miklós,* *Balogh Illés,* *Patakyfalvi Albert* (Zalaegerszeg és Nagykanizsa): Az immunosuppressív kezelés korai eredményei és az immunstatus változása immunopathogenezisű vesebetegségekben.

4. *Süle Tamás,* *Gofman Ljubov,* *Nagy Judit,* *Hámori Artúr,* *Deák György* (Pécs): Az allergiás vesebetegségek rehabilitációja.

5. *Prugberger László,* *Horváth Boldizsár,* *Boros György* (Szombathely és Pécs): Goodpasture-szindróma és terhesség.

Üléselnök: *Boros György.*

6. *Lakatos Ferenc* (Szombathely): Uricult rutinszerű alkalmazása.

7. *Hankiss János,* *Vecsey Dénes,* *Lakatos Ferencné* (Szombathely): Idült húgyúti infekciók Geopen kezelése.

8. *Weigl Miklós,* *Hankiss János* (Szombathely): Pyelonephritis előfordulása, gondozási problémái, egyéves kórházi beteganyagunkban.

9. *Kulcsár Imre,* *Náfrádi Lilla,* *Hankiss János* (Szombathely): Primer chronicus veseamyloidosis.

10. *Hazafi Klára,* *Süle Tamás,* *Nagy Judit,* *Deák György* (Pécs): Primer amyloidosis: két eset.

1978. június 7., délután 15.30 óra
Nephrologiai sectio

Üléselnök: Csermely Ferenc.

1. Schwarcz Tibor, Kassay F. Sándor, Németh Gizella (Tatabánya): Retroperitonealis elvérzést okozó vese-haemangioma.

2. Mészáros István (Tapolca): A polycystás vese és az intracranialis aneurysma összefüggése.

3. Karátson András, Ablonczy Pál, Farkas László, Frang Dezső, Gregósis Ferenc, Hámosi Artúr, Megyeri István, Németh László, Tényi István (Pécs, Bonyhád, Veszprém, Kaposvár, Celldömölk): Satellita peritonealis dialysis.

4. Németh László, Gofman Ljubov, Karátson András, Hámosi Artúr (Pécs): Haemodialysis és peritonealis dialysis hatása a celluláris típusú immunreactivitásra.

Üléselnök: Süle Tamás.

5. Pák Gábor, Zsemberi Dezső (Dorog): Peritonealis dialysisrel szerzett tapasztalataink.

6. Szalmásy Zsuzsa, Rác Lajos, Karátson András (Pécs): Fehérjevesztés és serum fehérjeszint chronicus peritonealis dialysisben.

7. Farkas László, Gróf József, Németh László, Karátson András (Pécs Bpest.): Középnagy molekulású anyagok eliminatioja peritonealis dialysisrel.

8. Karátson András, Cseresznyés Szilárd, Rác Lajos (Pécs): Peritonealis dialysis (film).

1978. június 7., délután 15.30 óra
Hepatologiai sectio

Üléselnök: Ablonczy Pál.

1. Virág Lajos (Szombathely): Az ¹⁹⁸Au colloiddal végzett májscintigraphiás vizsgálatok szerepe a májbetegségek diagnosztikájában.

2. Tornoczkó János, Tóth Antal, Kovács Sándor, Tóth Gyula (Szekszárd): A rastinon és glucagon terhelés értéke a máj functionális állapotának megítélésében.

3. Kádas István (Pécs): Gyógyszeres májkárosodások.

4. Gógl Árpád, Molnár Lenke, Vezekényi Zsuzsanna, Simon Kornél, Jávor Tibor (Pécs): Az epeköbetegség epidemiológiájáról és terápiájáról.

5. Tóth Antal, Tornoczkó János, Pierre Baombe (Szekszárd): A májcirrhosisos betegek szénhidrát tolerancia csökkenésének néhány sajátossága 45 eset vizsgálata kapcsán.

6. Papp Sándor (Dombóvár): Az ún. cholecystogen és alkoholos májkárosodásról máj biopsiás anyagunk alapján.

7. Tóth Zsuzsa, Sándori Klára, Széll Kálmán (Szombathely): A heveny hasnyálmirigy gyulladás pleuropulmonalis szövődményei.

Anyagsere sectio

Üléselnök: Bán András.

1. Szontágh Csaba, Dinnyés József (Esztergom): Keringési reflex vizsgálata diabetes mellitusban.

2. Csermely Ferenc, S.-né Kocsán Katalin (Nagykanizsa): A hyperlipoproteinaemia jelentősége.

3. Jávor András, Balikó Zoltán, Balogh József, Tornoczkó János (Szekszárd): Diabetes mellitus és thromboemboliák.

4. Szomolányi László (Győr): Iatrogen hypoglykaemiák.

5. Pölöskey István, Nagy László (Győr): Tapasztalataink diétával és orális készítményekkel a cukorbetegség kezelésében.

6. Zsembery Dezső, Pák Gábor (Dorog): Elhalt cukorbetegünk halálai elemzése.

1978. június 8., délelőtt 9.00 óra

Üléselnök: Bohenszky György.

Tarján Jenő (Szekszárd): A His-köteg EKG (felkért referátum).

S z ü n e t

Cardiologiai sectio

1. Rostás László, Tarján Jenő, Kellényi Loránd (Szekszárd): A His-köteg EKG regisztrálása szűrő és erősítő nélkül.

2. Veress Gábor, Szatmáry László, Borbola József (Budapest): Atrioventricularis ingerületvezetési zavarok pontos lokalizálása His-köteg EKG segítségével.

3. Szatmáry László, Veress Gábor, Borbola József (Budapest): His-köteg EKG jelentősége a szív különböző rhythmuszavaraiban

4. Barcza István, Went Erzsébet (Balatonfüred): LGL-syndroma saját tapasztalatunk tükrében.

5. Tamási Károly, Tóth Mária, Petz Sándor (Dombóvár): Sick sinus-syndroma prognózisa és terápiája.

6. Magel Ferenc, Szabó Gyula (Kaposvár): Reciprok rhythmus.

Üléselnök: Horváth Mihály.

7. Zulik Róbert (Tatabánya): Kamrai tachycardia ritka formája.

8. Blaskovich Erzsébet, Tarján Jenő, Kiss József, Szilávik Mária (Szekszárd): Beta-adrenerg-receptor bénítók alkalmazása terhességben.

9. Réthly Endre, Tremmel Ottó, Babella Vilmos, Kálló Kamil (Sopron): A myocardialis infarctus diagnosztikájának és terápiájának alakulása az osztály 20 éves beteganyagában.

10. Angyal Béla, Horváth Lajos, Papp Tivadar (Siklós): Fiatalkori myocardialis infarctus 15 éves beteganyagunkban.

11. Ablonczy Pál, Füredi Szabó Marianne (Bonyhád): Általános belgyógyászati osztály 15 éves boncolási anyagában talált myocardialis infarctusban elhaltak retrospektív értékelése.

12. Varga József (Győr): A bal kamrai cardiogram értékelése az infarctus utáni szíveaneurysma körismezésében.

1978. június 8., délelőtt 10.00 óra
Haematologiai sectio

Üléselnök: Burger Tibor.

1. Bán András (Zalaegerszeg): Atypusos megakaryociták aleukiás

acut myeloid leukaemia csontvelői fázisában.

2. Nagy Ibolya, Losonczy Hajna, Hergert Kornélia (Pécs): Új szempontok a Heparin kezelésben, különös tekintettel az antithrombin III. aktivitására.

3. Bariska Ilona, Molnár Endre, István Lajos, Illei György (Szombathely): Az antithrombin III. meghatározásának prognosztikai szerepe az orális anticoncipiensok okozta thrombotikus szövődmények megelőzésében.

4. Losonczy Hajna, Csermely Lajos, Nagy Ibolya, Palka István, Temesi Lászlóné (Pécs): A haemostasis változása kombinált cytostaticus kezelés alatt.

5. Patakfalvi Albert, Mislai Zsuzsa, Csermely Ferenc, Bence Katalin, Sipos József, Simán József, Gábor Valéria, Tóth Ferenc (Zalaegerszeg, Nagykanizsa és Pécs): Leukaemiában és myelofibrosisban végzett splenectomiák hatása a haemo- és immunstatusra.

6. Szalay Judit, István Lajos (Szombathely): Splenectomia időszakában végzett haemoterapia.

Üléselnök: Patakfalvi Albert.

7. Burger Tibor, Schmelczér Matild, Schnell József (Pécs): A polycythaemia vera késői stádiuma és kezelése.

8. Giczey Sarolta, Marton Éva, Hollós Éva, István Lajos (Szombathely): Haematologiai javallat alapján végzett 205 splenectomizált beteg utóvizsgálata.

9. Fudgyas Zsuzsa, István Lajos (Szombathely): Plasmaferézis therapiás alkalmazása.

10. Bálint Mária, István Lajos (Szombathely): Gyógyszerintoxicatio okozta súlyos felnőttkori methaemoglobinaemia kezelésének mai lehetőségei.

11. Vizer Gyula, Weiland Ottó, Jilek Zsuzsa (Pápa): Sarcoidosis ritka haematologiai szövődménye.

1978. június 8., délelőtt 10.00 óra
Varia

Üléselnök: Bokor Zsuzsa.

1. Németh Magdolna, Tényi István, Jávor Tibor, Nemes János (Pécs): Visken kezelés artériás hypertensióban.

2. Nemes János, Tényi István, Németh Magdolna (Pécs): A hypertenzív krízis terápiája.

3. Törő Magdolna, Bohenszky György, Bokor Zsuzsa, Szücs György (Pécs): Az acut benignus pericarditisről.

4. Sipos József, Bugovics Elemér (Csorna és Győr): A szívben megjelent daganatos folyamat klinikumáról.

5. Gautier Barna, Prugberger Emil (Hegyfalu): Szívsarcoidosis gyógyult esete.

1978. június 8., délután 15.30 óra
Cardiologiai sectio

Üléselnök: Brenner Ferenc.

1. Horváth M., Temesi B., Németh L., Kálmán M., Sziebert P.,

Sztanyik L. (Balatonfüred): A szív-kórház radioizotóp laboratóriumának cardio-respiratoricus diagnosztikus egységébe beépített Rapox-füctióról.

2. *Andréka Bertalan, Pölöskey István, Sipos Erzsébet* (Győr): A szívinfarctuson átesett betegek EKG-térképezésével nyert tapasztalatainkról.

3. *Gaborják Mária, Tarján Jenő, Hegyi Attila* (Szekszárd): A vitiumok diagnózisának lehetőségei megyei kórházban.

4. *Fenyvesi Éva* (Szekszárd): A pacemaker-inplantált betegek gondozása Tolna megyében.

5. *Kocsis Zsuzsanna* (Szombathely): Szív-műtéten átesett betegek gondozása kapcsán szerzett tapasztalatok.

Üléselnök: *Kovács Szabó Károly*.

6. *Szücs Zsuzsanna, Bereczki Zoltán, Meichl Tibor, Csapó Gábor, Somló Zoltán* (Dunaújváros): Orális diabetes kezelés és myocardialis infarctus.

7. *Takács Piroska, Bán András, Zörényi István* (Zalaegerszeg): Szívinfarctus plasmocytomás betegen.

8. *Brenner Ferenc, Szentcsiki Mária, Varga József, Gajda József* (Tatabánya, Tata): Thromboemboliás prophylaxis kis dózisú Heparinnal myocardialis infarctusban.

9. *Herr Gyula, Kelényi Loránt, Pelyhe János, Palotai Zoltán* (Nagyatád és Pécs): Myocardialis infarctus és korai mobilisatio.

10. *Zörényi István, Takács Piroska* (Zalaegerszeg): Szívinfarctuson átesett betegek foglalkoztatásának elemzése.

1978. június 8., délután 15,30 óra

Fertőző betegségek sectiója

Üléselnök: *Zsámbéki Pál*.

1. *Balogh József, Gautier Barna* (Hegyfalu): Az alveolaris macrophag szerepe a vírusinfectiót követő bacterialis légúti fertőzésekben.

2. *Sándori Klára, Széll Kálmán, Torma Zsuzsa* (Szombathely): Intenzív betegellátás veszélyessége a bacteriológiai vizsgálatok tükrében.

3. *Kelle László, Kelemen Katalin, Diallo Oumar* (Nagyatád): Fialalkori diabetesekben influenza kapcsán kialakult electrolyt és savbásis egyensúlyzavar.

4. *Kálló Kamil* (Sopron): Felnőttkori cytomegalia vírus-hepatitis eseteink.

5. *Papp Gábor, Alexy Miklós, Nagy Mária, Szenes Ágnes* (Győr): Pleuropneumonia salmonellosa.

6. *Niederland Vilmos, Poór Ferenc* (Magyaróvár): A felnőttkori toxoplasmosis.

7. *Molnár Lenke, Gógl Árpád* (Pécs): Toxoplasma eredetű lymphadenitis.

8. *Nagy Mária, Szőke János, Vizer Gyula, Molnár Dániel* (Pápa): Influenzás spontán léruptura.

1978. június 9., délelőtt 9.00 óra

Gastroenterologiai sectio

Üléselnök: *Nemes Tihamér*.

1. *Rumi György, Solt István, Patty István, Zsigmond Zsuzsanna, Németh Árpád* (Pécs): 5000 oesophago-gastroboscopiás vizsgálat elemzése.

2. *Koltay Erzsébet, Bokor Nándor* (Szombathely): Felső gastrointestinalis vérzések osztályunk 10 éves beteganyagában.

3. *Balogh Illés, Ruttner Pál* (Nagykanizsa): A felső emésztőtractus életveszélyes vérzéseinek panendoscopiás vizsgálata intratrachealis narcosisban.

4. *Sülle Csaba, Nemes Tihamér, Kubinyi Klára, Hiegl Klára, Lelkes Éva, Szörényi Erika* (Kaposvár): Atrophias gastritis functionalis vizsgálata BSP próbával.

5. *Vezekényi Zsuzsa, Simon Kornél, Alföldy Ferenc, Somogyi Jenő* (Pécs): Ulcus betegség Marfan-szindrómában.

6. *Tárnok Ferenc, Jávor Tibor, Mózsik Gyula, Nagy Lajos, Patty István, Rumi György, Solt István* (Pécs): Különböző gyógyszeres kezelések összehasonlító vizsgálata duodenalis ulcusos betegeken.

Üléselnök: *Mózsik Gyula*.

7. *Medgyes Árpád, Balogh József* (Szekszárd): A gyomorpolypusok diathermiás eltávolításának klinikai jelentősége.

8. *Balogh József, Medgyes Árpád* (Szekszárd): Tapasztalataink a diathermiás polypectomia és biopsia histológiai értékelhetőségéről.

9. *Kántor Elemér* (Szombathely): A papilla stenosis klinikai jelentősége.

10. *Beró Tamás, Kett Károly, Tényi István, Burger Tibor, Pár Alajos, Lőrincz Piroska, Jávor Tibor* (Pécs): Extrem obesitás kezelése jejunoleilalis bypass műtéttel.

11. *Bokor Nándor, Koltay Erzsébet* (Szombathely): Colitis ulcerosa és terhesség.

1978. június 9., délelőtt 9.00 óra
Varia

Üléselnök: *Wirth Ferenc*.

1. *Simon Kornél, Gogl Árpád, Jávor Tibor* (Pécs): Az orvosi döntés kérdése a klinikus szemszögéből.

2. *B. Egyed Ágnes, Marton Éva, István Lajos* (Szombathely): Új iatrogen syndroma: a tartós chemotherapiás kezelésben részesült beteg.

3. *Kulcsár Imre, Hankiss János* (Szombathely): Kiérett mellékvesekéreg adenocarcinom hormontermelő pulmonalis metastasisainak gyógyszeres kezelése Lysodrennel.

4. *Réthly Endre, Tremmel Ottó, Babella Vilmos* (Sopron): Az anticoagulans kezelés új indicatioja.

5. *Andics Tamás, Hankiss János* (Szombathely): Gyógyszer mellékhatások osztályunk egyéves beteganyagában.

6. *Háfenschner István, Andréka Bertalan* (Győr): A pajzsmirigy betegségek in vitro izotóp diagnosztikai vizsgálatainak értékelése.

Üléselnök: *Réthly Endre*.

7. *Ürmösi András* (Tatabánya): A febris rheumatica megváltozott klinikai képe.

8. *Katona Klára, Fenyőházi László* (Szekszárd): Rheumatoid arthritises betegek Levamisol kezelésére.

9. *Novotny György, Fenyőházi László* (Szekszárd): Nyaki panaszok kapcsán észlelt vertebró-basilaris tünetesoport klinikumáról.

10. *Széll Kálmán* (Szombathely): A felnőttkori respiratory distress-syndroma kóroktana és pathomechanizmusa.

11. *Gautier Barna* (Hegyfalu): Asthma bronchiales betegek dinatrium chromoglycat (Intal) kezelésével szerzett tapasztalataink.

12. *Gautier Barna* (Hegyfalu): Sárvár (Rábasömjén)-i sós hévíz alkalmazása purulens tracheobronchitisek aerosol kezelésében.

Hámori Artúr: Elnöki zárzó.

Meghívó igényelhető: *Réthly Endre dr.* 9401 Sopron, Kórház.

Szállás igényelhető: IBUSZ Utazási Iroda, Szombathely.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

(240/c)

Az Egercsehi Községi Közös Tanács elnöke (Egercsehi 3341 Április 4. út 8.) pályázatot hirdet a megüresedett Egercsehi II. körzeti orvosi állás betöltésére. A körzet lakossága 1600 fő, melyből Bekölce kapcsoltság községre 1100 fő esik. A kapcsoltság község a székhely községtől 3 km távolságra van.

Illetmény az érvényben levő bértáblások szerint, szolgálati időtől függően.

Hétvégi ügyelet az 1 km-re levő Egercsehi I. sz. körzettel felváltva megoldható.

2 szobás, komfortos, a rendelővel egy épületben levő szolgálati lakás áll rendelkezésre.

Nagy Józsefné
tanácselnök

(243/c)

Budapest Főváros XXI., Egyesített Gyógyító-Megelőző Intézmény (1751 Budapest XXI., Déli u. 11.) főigazgató főorvosa pályázatot hirdet a járóbeteg-ellátás területén megüresedett:

- 1 fő EKG szakorvos,
- 1 fő reumatológus szakorvos,
- 1 fő laboratóriumi szakorvos,
- 1 fő röntgen szakorvos,
- 1 fő ideggyógyász szakorvos,
- 1 fő szülés-nőgyógyász szakorvos,
- 1 fő körzeti orvosi,
- 1 fő bőrgyógyász szakorvos állásra.

Az illetmény megállapítása a kulcshatárnak megfelelően, a szakképzettség és szolgálati idő figyelembevételével történik.

Mittler István dr.
főigazgató főorvos

(244/c)

Budapest XXI., Tanács Egyesített Gyógyító-Megelőző Intézmény (1751 Budapest XXI., Déli u. 11.) főigazgató főorvosa pályázatot hirdet a kórház rtg osztályán megüresedett 1 fő rtg szakorvos állásra, változó munkahellyel.

4 évet meghaladó szakorvosi képzés esetén adjunktusi kinevezés is szóba jöhet.

Az alkalmazás és bérezés feltételeit a fennálló rendelkezések határozzák meg.

Mittler István dr.
főigazgató főorvos

(246/c)

Egyek Nagyközségi Tanács V. B. Szakigazgatási Szerve (4069 Egyek, Városháza-sereg útja 13., debreceni járás) pályázatot hirdet a nagyközségben üresen levő védőnői állásra.

Illetménye a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM-MÜM sz. együttes rendelet alapján.

Lakás biztosítva van.

Az állás azonnal elfoglalható.

Jámbor Endre dr.
járás főorvos

(254/c)

Budapest XXI., Tanács Egyesített Gyógyító-Megelőző Intézmény főigazgató főorvosa (1751 Budapest, Déli u. 11.) pályázatot hirdet a járóbeteg-ellátás fül-orr-gégészeti szakrendelésén megüresedett 1 fő gégész szakorvos állás betöltésére.

Szakorvosi képzés hiányában gégészeti gyakorlattal rendelkezők is pályázhatnak.

Bérezés a jelenleg érvényben levő utasításnak megfelelően, megegyezés tárgyat képezi.

Az állás azonnal betölthető.

Mittler István dr.
főigazgató főorvos

(255/b)

Budapest XXI., Tanács Egyesített Gyógyító-Megelőző Intézmény főigazgató főorvosa (1751 Budapest, Déli u. 11.) pályázatot hirdet a járóbeteg-ellátás mozgásszervi rendelésén 1 fő reumatológus gyakorlattal rendelkezők is pályázhatnak.

Bérezés a jelenleg érvényben levő utasításnak megfelelően, megegyezés tárgyat képezi. Az állás azonnal betölthető.

Mittler István dr.
főigazgató főorvos

(256/b)

A Kőbányai Gyógyszerárugyár felvétele keres Orvostudományi osztályára egy klinikai farmakológiai gyakorlattal rendelkező vagy a téma után érdeklődő, új gyógyszerek értékelésében jártas lehetőleg szakképzéssel rendelkező, több idegen nyelvet társalgási szinten ismerő orvost. Önéletrajzot jelentkezést a Személyzeti Főosztályra kérünk. 1475 Budapest 10. Pf. 27. Telefon: 273-047.

Sós János
munkaügyi és szociális
főoszt. vez.

(265/a)

Komárom Városi Tanács Kórház-Rendelőintézet igazgató-főorvosa pályázatot hirdet a komáromi rendelőintézetben egy fő gyermekszakorvosi állásra, valamint a kórházi belgyógyászati osztályon egy fő belgyógyász szakorvosi állásra.

A gyermekszakorvosi állás azonnal, a kórházi belszakorvosi állás 1978. október 1-től foglalható el.

Fizetés a szolgálati idő és a szakképzés alapján a 3/1977. sz. EÜM-MÜM számú rendelet alapján. Mellékállás vállalására van lehetőség.

Lakás megbeszélés tárgyat képezi.

Szönyi László dr.
osztályvezető főorvos
kórházigazgató

(285)

Budapest III. ker. Tanács V. B. Egyesített Feinölt Gyógyító-Megelőző Intézmény igazgató főorvosa (1032 Budapest III., Bécsi út 132.) pályázatot hirdet nyugdíjazás folytán megüresedett körzeti orvosi állásra.

Illetmény a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM-MÜM számú együttes rendelet szerint.

Pályázati kérelmeket a szolgálati út betartásával a hirdetőmeny megjelenésétől számított 15 napon belül kérem benyújtani.

Markovits György dr.
Kórház-Rendelőintézet
igazgató főorvos

(286)

Kisvárdai Városi Tanács Egyesített Egészségügyi Intézményei igazgató főorvosa (Kisvárdai, Árpád u. 26. sz.) pályázatot hirdet az I. számú Kórház-Rendelőintézetnél (Kisvárdai) egy fő szemész szakorvosi állás betöltésére.

Szakorvosi vizsga előtt állók is pályázhatnak. Az állás május 1-től betölthető.

Bérezés a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM-MÜM sz. együttes rendelet alapján, szakképzettségtől, illetve szolgálati időtől függően. Lakás személyes megbeszélés tárgyat képezi.

Fekete Imre dr.
igazgató főorvos

(287)

Modern házban orvosi rendelőknek alkalmas különbejárattal szoba kiadó. Tancsárné X., Új Körösi Csoma út 5. sz. 1.

(288)

Orr-gége-tül orvosi műszerek, bútorok, gépek eladó. Telefon: 688-217.

(289)

Ozd, Városi Tanács Kórház-Rendelőintézet Egység igazgató főorvosa (Ozd I., Béke út 1.) pályázatot hirdet egy fő foglalkozású — az Ozdi Kohászati Üzemek Üzemorvosi Rendelőjében — megüresedett üzemi orvosi állásra.

Illetmény 3/1977. EÜM-MÜM sz. együttes utasításának megfelelően a szolgálati idő figyelembevételével, + 1000.— Ft kohászati pótlék. Év végén 6—10 000.— Ft-ig terjedő, iparvidéki pótlék. Lakás megbeszélés szerint. Az állás azonnal elfoglalható.

Verebélyi Tibor dr.
üzemegészségügyi szolg. irányító
igazgató főorvos h.

(290)

Ozd Városi Tanács Kórház-Rendelőintézet Egység igazgató főorvosa (Ozd I., Béke út 1.) pályázatot hirdet: egy fő kórbombonoki állásra.

Illetmény kulcsszám szerint + 30% veszélyességi pótlék + munkahelyi pótlék.

Lakás megbeszélés szerint.

Az állás azonnal betölthető.

Zeltner György dr.
kórházrendelőintézet egység
igazgató főorvosa

(291)

Budapest XX., Tanács Egyesített Gyógyító-Megelőző Intézménye főigazgató főorvosa (1751 Budapest, Déli u. 11.) pályázatot hirdet a járóbeteg-ellátás területén megüresedett 1 fő szülés-nőgyógyász szakorvosi állásra, változó munkahellyel.

Az intézetben a poliklinikai egység kialakított.

Az állásra fiatal szakorvosok is pályázhatnak.

Az illetmény megállapítása a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM-MÜM számú együttes rendelet alapján történik.

Mittler István dr.
főigazgató főorvos

(292)

Budapest XXI., Tanács Egyesített Gyógyító-Megelőző Intézmény főigazgató főorvosa (1751 Budapest, Déli u. 11.) pályázatot hirdet 5 fő szülésznői állásra.

A jelentkezők részére nővérszálláson férőhelyet biztosítunk.

Az illetmény megállapítása a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM-MÜM számú együttes rendelet alapján történik.

Mittler István dr.
főigazgató főorvos

(293)

Jászapáti Nagyközségi Tanács elnöke (3130 Jászapáti, Velemi Endre út 2.) pályázatot hirdet Jászapáti nagyközségben megüresedett körzeti orvosi állásra.

Az állás azonnal elfoglalható.

Illetmény a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM-MÜM számú rendelet alapján kerül megállapításra.

A pályázat elnyerése esetén a Tanács Végrehajtó Bizottsága háromszobás, komfortos lakást — rendelővel és garázzsal — azonnali beköltözésre biztosít.

Sindely Máttyás
tanácselnök

(294)

A váci Szönyi Tibor Kórház és Intézményei igazgató főorvosa pályázatot hirdet egy fő fül-orr-gége szakorvos állás betöltésére.

Illetmény szolgálati időtől függően a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM-MÜM sz. együttes utasítás alapján.

Az állásra szakképzetlen orvosok is pályázhatnak.

Kollár Lajos dr.
intézet igazgató főorvos

(295)

A Fővárosi János Kórház-Rendelőintézet (1125 Budapest, Diósárok u. 1.) főigazgató főorvosa pályázatot hirdet a gyermekosztályon betöltésre kerülő 1 fő 2104 kulcsszámú főorvosi állásra.

Az állás elnyerésénél gyermekgyógyászati szakvizsga és legalább 15 éves klinikai gyakorlat szükséges.

— Az orthopaed-traumatológiai osztályon megüresedett anaesthesiológus-intenzív szakorvosi állásra.

Az állások azonnal elfoglalhatóak. Bérezés a 3/1977. VIII. 19.) EÜM-MÜM sz. együttes rendelet szerint.

Sinkovics Máttyás dr.
főigazgató főorvos

(296)

A Központi Állami Kórház és Rendelőintézet főigazgató főorvosa (Budapest XII., Kútvolgyi út 4.) pályázatot hirdet a kórház és rendelőintézet röntgen osztályán megüresedett orvosi állásra.

Pályázhatnak röntgen szakorvosi képesítéssel és gyakorlattal rendelkező orvosok.

Illetmény kulcsszámának megfelelő + központi pótlék. **Heckenast Ottó dr.** főigazgató főorvos

(297)

Dunavecse Nagyközségi Tanács elnöke (6087 Dunavecse) a Kalocsai Járási Hivatal Egészségügyi Osztályának vezetőjével egyetértésben pályázatot hirdet a megüresedett I. sz. **körzeti orvosi** állásra.

Bérezés az idevonatkozó jogszabályok szerint, valamint ügyeleti díj és fuvarátalány.

A nagyközségi tanács 3 szobás komfortos lakást biztosít. Az állás azonnal elfoglalható.

Pályázati kérelmek a Nagyközségi Tanács Végrehajtó Bizottságához nyújthatók be. **Sümeghy Gyula dr.** járási-városi főorvos

(298)

A Sós-kút—Pusztazámor Községi Közös Tanács elnöke pályázatot hirdet napi 6 órák főfoglalkozású **fogorvosi** állásra **pályakezdő fogorvos** részére.

Illetmény kulcsszám szerint. Az állás Budapestről kijárással ellátható.

Bencsik tanácselnök

(299)

Budapest VI., Tanács Korányi S. és F. Kórház—Rendelőintézet főigazgató főorvosa (1074 Budapest, Aisoerdősor u. 7.) pályázatot hirdet a VI., kerületi Szakorvosi Rendelőintézetben (VII., Csengery u. 25.) 1 fő **fül-orr-gége szakorvosi** állásra.

Az állás azonnal elfoglalható. Illetmény a szolgálati időtől és szakképzéstől függően a 1/1977. MÜM sz. rendelet alapján.

Turczey György dr. főigazgató főorvos

(300)

A Fővárosi István Kórház—Rendelőintézet főigazgató főorvosa (1096 Budapest, Nagyvárad tér 1.) pályázatot hirdet áthelyezés folytán megüresedett **vegyszeri állásra (kórházi orvosi kémiai laborban jártasok előnyben).**

Az állás azonnal betölthető. Az alkalmazás és bérezés feltételeit a fennálló rendelkezések határozzák meg.

Balázs Tamás dr. főigazgató főorvos

(301)

Tótkomlós Nagyközségi Tanács elnöke pályázatot hirdet megüresedett **fogorvosi állás** betöltésére.

Illetmény a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM—MÜM számú együttes rendelet szerint.

Az álláshoz szolgálati lakás biztosított. Az állás azonnal elfoglalható.

Lehoczki István tanácselnök

(302)

Hajdúszoboszló SZOT Egyesített Gyógyüdülők Eü. részlegének vezető főorvosa pályázatot hirdet 1 fő **rheumatológus szakorvosi** állásra.

A pályázat elnyeréséhez rheumatológus szakképesítés szükséges, de pályázhatnak belgyógyászati szakképzéssel rendelkező szakorvosok vagy 8–10 éves általános orvosi gyakorlattal rendelkező orvosok is.

Bérezés szakképzéstől és szakmai gyakorlati időtől függően történik.

Pályázati kérelmeket a szolgálati út betartásával a SZOT Alföldi Üdülési Igazgatóságához 4200 Hajdúszoboszló címre kell benyújtani.

Mellékállás vállalására van lehetőség. Szakképzéssel nem rendelkező pályázók esetében rheuma szakképesítés megszerzhető.

Lakást biztosítani nem tudunk.

Fodor Antal dr. int. vez. főorvos

(303)

A Fővárosi István Kórház—Rendelőintézet főigazgató főorvosa (1096 Budapest, Nagyvárad tér 1.) pályázatot hir-

det áthelyezés folytán megüresedett változó munkahelyű **gyógyszerész** állásra.

Két-hároméves gyakorlattal (lehetőleg kórházi gyakorlattal) rendelkező gyógyszerész előnyben részesül az állás elnyerésénél. Az állás azonnal betölthető.

Az alkalmazás és bérezés feltételeit a fennálló rendelkezések határozzák meg.

Balázs Tamás dr. főigazgató főorvos

(304)

A Budai Gyermekekórház—Rendelőintézet felvételt hirdet **anaesthesiológus asszisztens** állásra.

Jelentkezés: a személyzeti főelőadónál (Budapest II., Csereji u. 14.) Telefon: 159-010/47.

Fizetés kulcsszám szerint és szolgálati időtől függően.

Fekete Miklós főig. gazd. h.

(305)

Budapest III. ker. Tanács V. B. Egyesített Felnőtt Gyógyító-Megelőző Intézmény igazgató főorvosa (1032 Budapest III., Bécsi út 132.) pályázatot hirdet 2 fő **rendelőintézeti szemész szakorvosi** állásra.

Illetmény a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM—MÜM számú együttes rendelet szerint kerül megállapításra.

Pályázati kérelmeket a szolgálati út betartásával a hirdetmény megjelenésétől számított 15 napon belül kérem benyújtani.

Markovits György dr. kórház—rendelőintézet igazgató főorvos

(306)

A Fővárosi János Kórház—Rendelőintézet főigazgató főorvosa (1125 Budapest, Diósárok u. 1.) pályázatot hirdet a kórbontani osztályon betöltésre kerülő 1 fő **segédorvosi** állásra.

Az állás betöltésénél előnyben részesül a szakvizsgával, vagy 1–2 éves kórbontani gyakorlattal rendelkező orvos.

Illetmény a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM—MÜM számú együttes rendelet szerint.

Sinkovics Máttyás dr. főigazgató főorvos

(307)

Csongrád, Városi Tanács Rendelőintézet igazgató főorvosa (6640 Csongrád, Gyöngyvirág u. 5.) pályázatot hirdet az alábbiakban megjelölt állások betöltésére:

egy **körzeti orvos** (beépített külterületen),
egy **üzemorvos**,
egy **sebész szakorvos**,
egy **orr-fül-gégész szakorvos**,
egy **röntgen szakorvos**.

Illetmény a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM—MÜM számú együttes rendelet alapján.

A röntgen szakorvosi állás 1978. június 1-ig a többi azonnal elfoglalható. Lakás megbeszélés tárgyát képezi.

(308)

A Fővárosi László Kórház főigazgató főorvosa (1097 Budapest, Gyáli u. 5–7.) pályázatot hirdet külföldi munkavállalás miatt megüresedett **gégészeti szakorvosi** állásra. Az állás határozott idejű szerződéssel tölthető be.

Bérezés a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM—MÜM sz. együttes rendelet szerint.

Kátay Aladár dr. főigazgató főorvos

(309)

A hajdúnánási Városi Kórház Tanács Rendelőintézetének igazgató főorvosa pályázatot hirdet az üresen levő egy fő **körzeti gyermekorvosi** állásra.

Bérezés az érvényben levő besorolás szerint. Mellékállás vállalására lehetőség van.

Az álláshoz a Városi Tanács 3 szobás, komfortos lakást biztosít.

Nagy József dr. mb. igazgató főorvos

(310)

A Fővárosi János Kórház—Rendelőintézet (1125 Budapest, Diósárok u. 1.) főigazgató főorvosa pályázatot hirdet az I.

Tüdőosztályon áthelyezés folytán megüresedett **segédorvosi** állásra.

Előnyben részesül a néhány éves pulmonológiai vagy belgyógyászati gyakorlattal rendelkező orvos.

A kinevezésre kerülő orvosnak el kell sajátítania a pulmonológiai cytodiagnosztikai ismereteket és részt kell vennie az osztály keretében működő Bronchoeytológiai laboratórium munkájában.

Pályázatot hirdet továbbá a XII. Bőr- és Nemibetegedező Intézetben betöltésre kerülő **bőrgyógyász szakorvosi** állásra. Az állás betöltéséhez bőrgyógyász szakorvosi képesítés szükséges.

Illetmény a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM—MÜM sz. együttes utasítás szerint. Az állás azonnal elfoglalható.

Sinkovics Máttyás dr. főigazgató főorvos

(311)

A városi Tanács Egyesített Gyógyító-Megelőző Intézet igazgató főorvosa (Orosháza, Könd u. 59.) pályázatot hirdet a 78 ágyas I. sz. Sebészeti Osztályon megüresült **orvosi** állásra.

Szakorvosok és nem szakorvosok egyaránt pályázhatnak. Magányos, vagy gyermektelen házaspár számára a nővérszállón szobát biztosítunk. Orvosházaspár esetén a feleség számára elhelyezkedést biztosítunk.

Pályázatot hirdet továbbá egy fő részére orosházi **körzeti orvosi** állásra. A pályázónak igénye szerint — kettő-háromszobás — lakást biztosítunk.

Bérezés az érvényes bérutastítás szerint.

Pályázati határidő a hirdetés megjelenésétől számított 30 nap.

Gazdag István dr. igazgató főorvos

(312)

A Fővárosi Weil Emil Kórház—Rendelőintézet főigazgató főorvosa (1145 Budapest, Uzsocki u. 29.) pályázatot hirdet a kórház szülészeti-nőgyógyászati osztályára egy fő **szakorvosi**, **rendelőintézeti**, egy **idegyógyász szakorvosi** állásra, egy **bőrgyógyász szakorvosi** állásra, egy **onkológus szakorvosi** állásra, egy **mozgásszervi osztályon megüresedett orvosi** állásra.

Az utóbbira szakképzés nélküli, belgyógyász vagy reumatológiai gyakorlattal rendelkezők pályázatot is elfogadjuk. Fenti feltételek esetén reumatológiai szakképzés megszerzését is lehetővé tesszük.

Illetmény szolgálati időtől függően a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM—MÜM sz. együttes rendelet szerint.

Vidosfalvy Magda dr. főigazgató főorvos

(313)

Fővárosi IV. ker. Tanács IV—XV. ker. Kórház—Rendelőintézetének főigazgató főorvosa (1045 Budapest IV., Nyár u. 99.) pályázatot hirdet az Intézmény I. sz. Szakorvosi Rendelőintézetében 1 fő **körzeti orvosi** állásra. A pályázat elnyeréséhez belgyógyászati szakképzés szükséges.

Illetmény megállapítása a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM—MÜM sz. együttes rendelet alapján a szolgálati időnek és szakképzésnek megfelelően történik.

Az állás 1978. szeptember 1-től tölthető be.

Marton László dr. főigazgató főorvos

(314)

A Semmelweis Orvostudományi Egyetem Általános Orvostudományi Kar dékánja pályázatot hirdet 3224 számú **egyetemi tanársegédi** állásra.

Pályázhatnak gyermek-, anaesthesiológiai orvosi szakvizsgával rendelkező, vagy ilyen munkakörben hosszabb gyakorlattal bíró orvosok.

A pályázatot a szolgálati út betartásával a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Személyzeti és Oktatási Osztályára kell beküldeni, a megjelenéstől számított 15 napon belül.

Lombos Lajos dr. egyetemi főtitkár
a rektori hivatal vezetője



ELŐADÁSOK—ÜLÉSEK

Dátum	Helye	Időpont	Rendező	T á r g y
1978. május 30. kedd	Salgótarján Megyei Kórház előadóterme	délután 15 óra	Salgótarjáni Megyei Kórház Tudományos Bizottsága	1. Cseplák György: Érzékenységi próbák az orvosi gyakorlatban (10 perc). 2. Magyarai Ildikó: Bencard allergenekkel végzett vizsgálataink lehetőségei és tapasztalatai (15 perc). 3. Marosi Irén: Foglalkozási bőrtalmak diagnosztikájának módszerei (15 perc). 4. Cseplák György: Antibiotikumokkal és más gyógyszerekkel szembeni érzékenység kimutatásának lehetőségei (15 perc)
1978. május 31. szerda	Fővárosi VIII. kerületi Balassa János Kórház kulturterme VIII. Vas utca 17.	délután 14.30 óra	Fővárosi VIII. kerületi Balassa János Kórház Orvosi Kara	1. Forgács István, Kécsa György, Bárdóczy Gizella: Beszámoló az ITO 10 éves munkájáról. 2. Ércsényi István, Hollós Péter, Ivanovics Györgyi: Adatok a caecum-tumorok differenciál-diagnosztikájához
1978. június 1. csütörtök	Zalaegerszeg Megyei Kórház Zrinyi utca 1.	délután 15 óra	Zala megyei Tanács Kórház-Rendelőintézet Tudományos Bizottsága	1. Hetényi Ferenc: A gyermekkori folyások diagnosztikus és terápiás lehetőségei (10 perc). 2. Hódosi László, Papp Malvina, Jámbor Klára: A bullusos bőrbetegségek gondozása (10 perc). 3. Papp Malvina, Jámbor Klára: A veneres megbetegedések jelentősége megyei gondozó működésében (10 perc)
1978. június 2. péntek	Szájsebészeti Klinika VIII. Mária utca 52.	délelőtt 8.30 óra	Magyar Fogorvosok Egyesülete	Fogorvos-fogtechnikus találkozó. Kerekasztal konferencia. Téma: A hidak „emelésének” okai és megelőzése. Vitavezető: Kovács D. Géza. 1. Kovács D. Géza: A hidak „emelése” problémakör ismertetése. 2. Götz György: A fogelőkészítés és a csont lemintázás szerepe a hidak „emelésében”. 3. Teleki Sándor (Fogtech. Vállalat): A minta készítésről, különös tekintettel a hidak „emelésére”. 4. Somogyi Endre: Az immediát fix fogpótlások készítése és jelentősége
1978. június 2. péntek	Veszprém Megyei Kórház-Rendelő- intézet tanácsterme	délután 14 óra	Veszprém Megyei Kórház-Rendelőintézet Tudományos Tanácsa	1. Rumi György, Solt István, Patty István, prof. Hámori Artur (Pécs): A haematemesis és (vagy) a melena activ diagnosticaja egykor és most. 2. Prof. Karlinger Tihamér (Pécs): Az oesophagogastricus-vérzések sebészi kezelése. A shunt műtét kritikája. 3. Hozzászólások
1978. június 5. hétfő	Pécs OTE Központi Épület	délután 16 óra	Pécsi Orvostudományi Egyetem Tudományos Szakcsoportja	1. Jozep Holán (Csehszlovákia): Autoradiographiás vizsgálatok struma malignában szenvedő betegekben (15 perc). 2. Szabó György (Szeged): Regionális synchronisalt chemotherapy a fej és nyak tumorai esetén (20 perc). 3. Pécsi Lajos (Kaposvár): Matematikai módszerek felhasználása a rosszindulatú daganatos betegek túlélésének vizsgálatában (15 perc). 4. Kettő Károly, Lukács László, Illényi László, Nyárády József: DNS metabolizmus vizsgálata nyirokcsomó sejtekben intralymphaticusan adott 3H-thymidinnel (10 perc)
1978. június 6. kedd	Budai Gyermekkórház- Rendelőintézet tornaterme II. Bolyai u. 9.	délután 14 óra	Budai Gyermekkórház Rendelőintézet és János Kórház Gyermek- osztály Orvosi Kara	Kerekasztal konferencia. Téma: Krónikus obstipatio. Moderátor: Csincsura Kálmán. Résztvevők: Hirsch Tibor, Sallai János
1978. június 8. csütörtök	Orsz. Közegészségügyi Int. nagyelőadóterme IX. Gyáli út 2-4.	délelőtt 8 óra	Heim Pál Gyermek- kórház, mint Dél-Pest Területi Kórház	Holics Klára: Mucoviscidosisis gyermekek gondozása
1978. június 8. csütörtök	Semmelweis OTE II. Gyermekklinika tanterme IX. Tűzoltó u. 7.	délután 15 óra	Magyar Humán- genetikai Társaság	1. Szemere György (Szeged): Human chromosoma sávminták densitometriás, illetve csúcsgörbe analysise. 2. Szenté István: Az unilateralis manifestatio jelentősége. 3. Vass László: Adatok a praelukaemiák cytogenetikájához refrakter, sideroblast anaemiában szenvedő betegek chromosomavizsgálata kapcsán (svédországi tanulmányút beszámolója)

(Lapzárta: a kívánt, aktuális szám megjelenése előtt 18 nappal!)

Kiadja az Ifjúsági Lapkiadó Vállalat, 1374 Budapest VI., Révay u. 16. Megjelenik 17 000 példányban

A kiadásért felel Dr. Petrus György igazgató

Telefon: 116-660

MNB egyszámúszám: 69.915.272-46

Terjeszti a Magyar Posta. Elfizethető bármely postahivatalnál,

a Posta hírlapüzletében 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: 325-109, ha nem felel: 327-530

Előfizetési díj egy évre 312,— Ft, negyedévre 78,— Ft, egyes szám ára 6,50 Ft



78.1412 Athenaeum Nyomda, Budapest — Ives magasnyomás — Felelős vezető: Soproni Béla vezérigazgató

ISSN 0030-6002

INDEX: 25 674