

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.
FÜZI ISTVÁN DR.
HIRSCHLER IMRE DR.
LENART GYÖRGY DR.
OZSVÁTH KÁROLY DR.
PETRÁNYI GYULA DR.
PETRI GÁBOR DR.
RÁK KÁLMÁN 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.

✧

121. ÉVFOLYAM

✧

36. SZÁM

✧

1980. SZEPTEMBER 7.

TARTALOMJEGYZÉK

Berger Zoltán dr., Pap Ákos dr.
és Varró Vince dr.:

A krónikus pancreatitis
epidemiológiai analízise 2179

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Bátory Gabriella, Ónody Klára dr.,
Keveházi Ferenc dr.
és Petrányi Győző dr.:

A T-lymphocytá reaktivitás csökkenése
időskorúakban 2183

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Farkas Péter dr. és Urai László dr.:

Agyi Doppler-vizsgálatok indikációja,
diagnosztikus értéke carotis-vertebralis
keringési zavarokban 2187

TERÁPIÁS KÖZLEMÉNYEK

Levendel László dr. és Lakatos Mária dr.:

Biofeedback módszer alkalmazása
asztmás betegeken 2193

FEJLŐDÉSI RENDELLENSÉGEK

Kosztolányi György dr. és Jobst Kázmér dr.:

Lymphocyták felszíni töltése
fejlődési rendellenességekben 2197

KAZUISZTIKA

Husz Sándor dr., Török László dr.,
Kovács László dr.,
Szabó Éva dr. és Simon Miklós dr.:

IgU (λ) típusú myeloma multiplex-szel
szövődött amyloidosis 2203

HORUS

József Attila 2207

Közegészségügyünk kiválósága:
Rigler Gusztáv 2209

A tanítvány szemével: Entz Béla 2211

Folyóiratreferátumok 2213

Levelek a szerkesztőhöz 2229

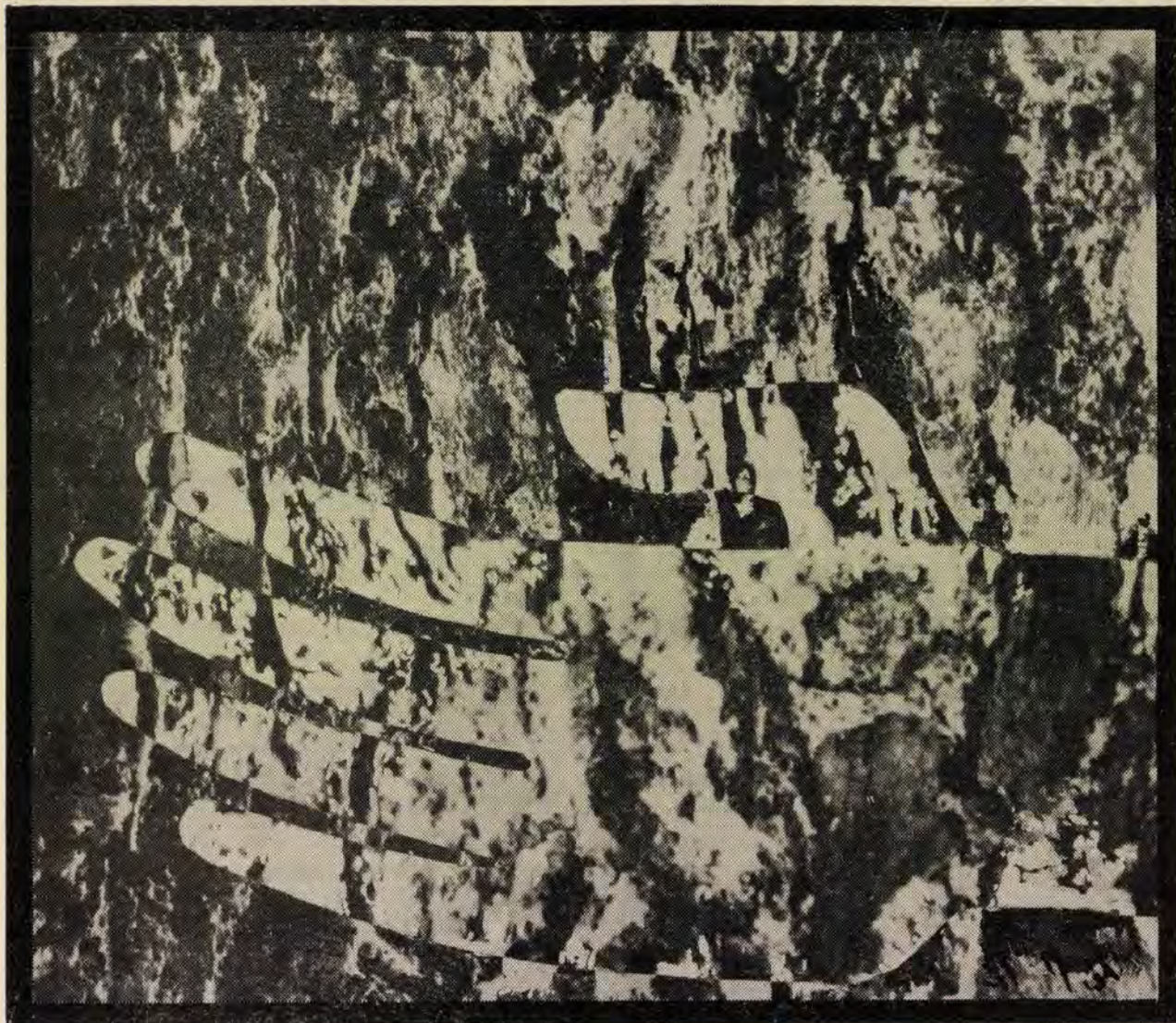
Könyvismertetés 2233

Megjelent 2202

Pályázati hirdetések 2232

Hírek 2237

FTOROCORT[®] kenőcs



ÖSSZETÉTEL: 15 mg triamcinolon-acetonidum (15 g) lemosható kenőcsben.

JAVALLATOK: A krónikus és akut ekzema valamennyi megjelenési formája, lokalizációra való tekintet nélkül. Anogenitalis pruritus. Neurodermatitis. Kontakt dermatitis az etiológiára való tekintet nélkül. Pemphigus vulgaris, dermatitis herpetiformis Dühring. Erythema exudativum multiforme. Erythematodes. Lichen ruber planus és verrucosus. Psoriasis vulgaris. Pityriasis rosea. Fényérzékenység: napégés, fény-urticaria. Rovarcípés. Pityriasis rubra pilaris. Erythrodermia exfoliativa (Ritter-kór), Leiner-betegség, otitis externa, balanitisek, rtg-dermatitisek.

ELLENJAVALLAT: Szemészeti alkalmazás.

ALKALMAZÁS: A kenőcsöt naponként kétszer-háromszor vékony rétegben a bőrváltozásra kenjük (naponta legfeljebb 15 g kenőcsöt), vagy occlusiv kötés formájában alkalmazzuk (naponta legfeljebb 10 g kenőcsöt).

MELLÉKHATÁS: A fellazult szarurétegen keresztül a kórokozók – elsősorban a gennykeltők – jobban behatolnak. Így különféle pyodermák keletkezhetnek a kezelés folyamán, amelyek dezinficiens lemosásokkal hamar megszüntethetők. Sarjadzógombás folyamatok is előfordulhatnak. Az előbbi módszerek érvényesek a gyógyításra. Ritkán a zárt kötés alatt bevérzések is jelentkezhetnek. Sokáig azonos területen alkalmazva, különösen fiatal egyéneken atrophia alakulhat ki.

FIGYELMEZTETÉS: Acra krónikusan alkalmazni veszélyes! Gyermekeknek csak kivételesen alkalmazható!

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

CSOMAGOLÁS: 1 tubus (15 g) 4,20 Ft.

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest

A krónikus pancreatitis epidemiológiai analízise

122 beteg adatai alapján

Berger Zoltán dr., Pap Ákos dr.
és Varró Vince dr.

Az 1960-as években nemzetközi munkacsoport alakult a krónikus pancreatitis előfordulásának, lehetséges etiológiai tényezőinek vizsgálatára. Az adatok statisztikai feldolgozása során (18, 20) összefüggést találtak a földrajzi helyzet, az étrend összetétele, valamint az alkoholfogyasztás mennyisége, tartama és az idült pancreatitis előfordulási gyakorisága között.

Tudomásunk szerint hasonló adatfeldolgozás Magyarországon eddig nem készült. Célul tűztük ki, hogy megkíséreljük meghatározni Magyarországot helyét a már felmért országok között az utóbbi 3 $\frac{1}{2}$ évben klinikánkon kezelt idült hasnyálmirigygyulladásban szenvedő betegek adatai alapján, illetve, hogy választ keressünk arra, vajon *tapasztalataink mennyiben egyeznek a nemzetközi felmérés eredményeivel.*

Beteganyag és módszer

A szegedi I. sz. Belgyógyászati Klinika Gasztroenterológiai Osztályán 1976. január 1.-től 1979. július 31-ig 140 esetben állapítottunk meg krónikus pancreatitist. A jelen dolgozat 122 beteg adatait tartalmazza.

A krónikus pancreatitis diagnózisának két alapfeltétele van:

a) sokszor atípusos elhelyezkedésű hasi panaszok (fájdalom, diszpepszia, meteorismus), esetleg az anamnézisben bizonyított pancreatitises shubok;

b) az exokrin pancreasfunkció kóros csökkenésének bizonyítása adekvát módszerekkel.

E két kritérium közül is a *másodikat* tartjuk fontosabbnak; csupán a kórelőzményre és a fizikális leletre támaszkodva az idült pancreatitisnek csak tentatív diagnózisát lehet felállítani. Ha a típusosnak tűnő fájdalmak ellenére megfelelően érzékeny (secretin-, pancreozymin- vagy Lundh-próba) funkcionális módszerrel semmiféle exokrin működési zavar nem mutatható ki, komolyan kételkednünk kell a diagnózisban.

Nagymérvű pancreas laesiót jeleznek, ezért csak az idült pancreatitis súlyos formáinak diagnosztikájában nyújtanak segítséget:

a pancreatogen steatorrhea
a retrográd pancreatográfia kórjelző elváltozásai
a jellemző műtéti vagy boncletet, illetve speciális formára utal:
a röntgenfelvételen pancreas-táji meszesedés.

A jelenlegi hazai kórházi gyakorlat túlnyomó többségében csak a súlyos pancreas insufficientia kimutatásának lehetőségei adóttak. Az enyhe, illetve közepes súlyos pancreatitisek diagnózisa legtöbbször — az exokrin funkció pontos felmérések híján — kizárólag az anamnézis, illetve a fizikális lelet alapján születik s ezért nagyon bizonytalan. Hangsúlyozni szeretnénk, mennyire indokolatlannak tartjuk a pancreasfunkció épségének feltételezését a normális szérum, illetve vizelet amiláz értékek alapján. Ez a vizsgálat az *idült* pancreatitis diagnosztikájában teljesen értéktelen; emelkedett értékek akut pancreatitisekre vagy idült pancreatitisek heveny fellángolására utalnak. Semmit sem mondanak azonban az idült folyamatban létrejövő parenchyma pusztulás mértékéről, illetve progressziójáról. Ezért voltunk arra kényszerítve, hogy saját adatainkat használjunk a hazai idült pancreatitisek epidemiológiai karakterizálására. Kétségtelenül fennáll annak a veszélye, hogy az ország más területén a betegség jellemzői nem teljesen azonosak a nálunk észleltekkkel, hasonló diagnosztikus kritériumok alapján regisztrált és követett beteganyagról azonban nincs tudomásunk.

A felmérés során szűrővizsgálatként a keményítő (24) és a Lipidol-próbát (12) alkalmaztuk. Valamennyi közölt betegben a secretin-cholecystokinin- (10, 13) és/vagy Lundh-teszt (11, 13) elvégzésével mértük fel a pancreasfunkció károsodásának fokát. Amennyiben az anamnézisben bizonyított akut pancreatitis szerepelt, a folyamatot csak akkor tekintettük krónikusnak, ha a heveny gyuladást követően legalább három és hat hónappal is még kimutatható volt a pancreas-károsodás (16). Akut, ill. akut recidiváló pancreatitisekben az ismételt szondás vizsgálatokkal a funkció spontán rendeződését vagy jelentős javulását észleltük; e betegek a jelenleg ismertett vizsgálatainkban nem szerepelnek. A retrográd pancreatográfiát azokban az esetekben tartottuk feltétlenül szükségesnek, amelyekben ennek eredményétől műtéti indikáció volt várható (15).

Az adatgyűjtést a nemzetközi munkacsoport által összeállított kérdőív alapján végeztük (18, 20), ezt néhány további klinikai adattal egészítettük ki (szénhidrát- és zsíranyagcsere, fekélybetegség). Retrospektív módszerrel a krónikus pancreatitises betegek kórlapjait dolgoztuk fel, ill. az így nyert adatokat a rendszeres gasztroenterológiai járóbeteg-ellenőrzés során egészítettük ki.

Eredmények

Betegeink között a férfiak és nők közel azonos számban szerepeltek. Az exokrin funkció 51 esetben enyhén, 45 esetben közepesen, 26 esetben súlyosan károsodott.

A súlyossági fok megállapítása során a secretin-pancreozymin próba 15, illetve Lundh-teszt 14 paraméterének kórossági gyakoriságát, illetve fokát vettük figyelembe, mint azt korábbi közleményünkben ismertettük (13).

1. táblázat. **Krónikus pancreatitisés betegek kor- és testsúly szerinti megoszlása, szociális adatai**

Nem		Kor a panaszok kezdetén (év)	Testsúly (kg)	Munka jellege			Szociális helyzet		
				ülő	aktív	fizikai	átlagnál jobb	átlagos	rossz
Férfi	65	39,8±11,29*	64,29±12,30						
Nő	57	38,3±13,06	68,85±13,33						
Összesen	122	38,76±11,96	66,73±12,84	25	40	57	18	87	17

* = $\bar{x} \pm SD$

2. táblázat: **A diéta összetétele a panaszok kezdete előtt**

	Esetszám
FEHÉRJE g/nap	
60—80	5
80—100	56
100—150	49
> 150	12
ZSÍR g/nap	
60—100	33
100—150	57
> 150	32
SZÉNHYDRÁT g/nap	
300—400	71
400—450	51
DIÉTA MEGVÁLTOZTATÁSA	
A panaszok kezdetén	32
Később	61
Egyáltalán nem	29

3. táblázat: **Napi alkoholfogyasztás mennyisége**

g tiszta alkohol/nap	Rendszeres		Társasági	
	férfi	nő	férfi	nő
< 50	—	1	8*	6*
50—80	5	1	1*	2*
80—150	16	—	—	—
> 150	31	—	—	—
Nem fogyaszt	4	47		
Ivás kezdete:	19,20±2,39 ^y év			
Mennyisége:	166,93±75,40 g/die			
Panaszok kezdete:	36,89±9,69 év			

x* = napi fogyasztásra átszámított mennyiség
y = $\bar{x} \pm SD$

A betegek testsúlya lényegesen nem tért el az egészségesek átlagától, a férfibetegek súlya azonban ennél valamivel kisebb. A fogyást csak a súlyos esetekben tartjuk a betegség következményének, sokszor a beteg a fájdalomtól, puffadástól való féltelmében korlátozta a táplálékbevitelt.

A munkakörülmények és a szociális helyzet szempontjából a betegek között szinte valamennyi kategória előfordult (1. táblázat).

Az étrend összetétele általában az országos átlagnak (3) megfelelő volt, néhány esetben feltűnt,

hogy a jelentős alkoholfogyasztás erősen fokozott fehérje- és zsírbevitellel társult. Betegeinknek csak 26,4⁰/₀-a változtatta meg étrendi szokásait a panaszok kezdetén, 50⁰/₀-a csak hónapok vagy évek múltán, 23,6⁰/₀-a pedig egyáltalán nem (2. táblázat).

Napi 80 g tiszta alkoholnak megfelelő mennyiségnél biztosan több szeszes italt fogyasztott rendszeresen 47 betegünk (közel 40⁰/₀). Panaszaik átlago-

4. táblázat: **Epebetegségek az anamnézisben**

		Fennállás bizonyított ideje				
		<1 év	1—5 év	> 5 év		
A) EPEKŐ	Hólyagkövesség	ffi	4	2		
		nő	4	25		
	Choledochusban is	ffi	1	—		
		nő	3	3		
B) EGYÉB EPEBETEGSÉGEK	Verbrycke-syndroma	ffi	1	—		
		nő	—	—		
	Lefűződés az epehólyagon	ffi	2	—		
		nő	2	—		
	Cholangiohepatitis	ffi	3	—		
		nő	7	—		
	Hipertóniás Oddi-szfinkter diszkinézis	ffi	2	—		
		nő	9	—		
	C) EPEMŰTÉTEK A PANCREAS-BETEGSÉG DIAGNÓZISA ELŐTT			<1 év	1—5 év	> 5 év
		Cholecystectomy	6	11	16	—
Cholecystectomy + sfinkter-plasztika		3	—	—	—	
Szfinkter-plasztika cholecystectomy nélkül		—	2	—	—	
Biliodigestív anasztomózis		—	5	—	—	

5. táblázat **Lehetséges etiológiai tényezők az anamnézisben (epebetegségen és alkoholfogyasztáson kívül)**

	Férfi	Nő	Összesen
Parotitis epidemica	2	1	3
Immun-folyamatok	2	6	8
Steroid-kezelés	1	2	3
Hasi műtét	3	4	7
Gyermekkori malnutrició	1	—	1
Juxtapapillaris diverticulum	2	3	5
Ulcus-betegség	8	6	14
Hyperparathyreosis	—	1	1

6. táblázat A szénhidrát- és zsír- anyagcsere jellemzői

	Esetszám
A) SZÉNHIDRÁT-ANYAGCSERE	
Normális	48
Latens	41
Diabetes	
Manifeszt	15
Hipoglikémiás hajlam	18
B) ZSÍR-ANYAGCSERE	
Normális	67
Hiperlipidémia	31
Nincs adat	24
C) HEPAR ADIPOSUM	
	8

san 17—18 évig tartó rendszeres alkoholfogyasztás után kezdődtek (3. táblázat).

Epeköbetegség 35 betegünk anamnézisében szerepelt (29%), közülük 27 esetben több mint öt évig állt fenn bizonyított epekövesség. A pancreas-betegség megállapításakor 11 esetben találtunk hipertóniás Oddi-szfinkter diszkinéziát (22). 4 betegünk kórelőzményében az epekövesség mellett rendszeres, nagy mennyiségű alkoholfogyasztás is szerepelt (4. táblázat). Feltűnő az epeköves anamnézisben a nők számarányának túlsúlya, míg az alkohol szinte kizárólag (?) a férfiak anamnézisében szerepel.

Az egyéb felvethető okokat az 5. táblázatban összegeztük. 21 betegünkben (17,3%) nem találtunk olya anamnesztikus adatot vagy anatómiai elváltozást, amely a pancreas-betegséggel kapcsolatba volna hozható.

A szénhidrát- és zsíryanagcsere jellemzőit a 6. táblázatban tüntettük fel. A betegek több mint 60%-ában a szénhidrát-anyagcsere valamilyen rendellenességét találtuk, hiperlipidémiát a vizsgált esetek 32%-ában mutattunk ki.

Radiológiai vizsgálattal pancreas-táji meszesedést — krónikus kalcifikáló pancreatitist — 8 férfi

7. táblázat Krónikus kalcifikáló pancreatitises betegek adatai

	férfi	nő
Esetszám	8	1*
Testsúly (kg)	54,75 ± 9,19 ^x	51
Kor a panaszok kezdetén (év)	37,5 ± 7,13 ^x	52
Alkoholfogyasztás g/nap	226,25 ± 67,60 ^x	—
Szénhidrát-anyagcsere		
Normális	—	—
Latens	4	—
Diabetes		
Manifeszt	2	1
Hipoglikémia	2	—
Pancreas-károsodás		
Enyhe	—	—
Középsúlyos	1	—
Súlyos	7	1
Exitus	2	1

x = hyperparathyreosis

y = $x \pm SD$

és 1 nőbetegünkben sikerült kimutatni. A nőbetegben parathyreoidea hiperfunkció, a férfiakban jelentős alkoholfogyasztás okozta az elváltozást. Adataikat kiemelve a 7. táblázatban foglaltuk össze.

Megbeszélés

A bevezetőben említett nemzetközi adatszolgáltatás alapján az országokat a pancreas-betegségek előfordulása szerint több csoportra osztották (18, 20). A földrajzi helyzet szerint észlelt különbségeket az étrendi szokásokban levő jelentős eltéréssel hozták összefüggésbe. Adataink alapján Magyarország valószínűleg az észak-európai országokkal, Csehszlovákiával, Argentínával és Chilével sorolható közös csoportba. Ezekről a következőket állapították meg: „jellemző a fehérjékben és zsírban gazdag táplálkozás, az akut és a nem-kalcifikáló pancreatitis dominanciája” (20). Ezzel szemben a dél-európai országokban a hasonló összetételű étrend mellett a nagyobb mennyiségű alkoholfogyasztás és a krónikus kalcifikáló pancreatitis túlsúlya észlelhető. Valamennyi közlemény alapján (1, 2, 4, 6, 7, 8, 9, 17, 18, 19, 20, 21) *egyértelmű a rendszeres, nagy mennyiségű alkoholfogyasztás és a krónikus pancreatitis kapcsolata*. A nemzetközi felmérés hívta fel a figyelmet arra az érdekes tényre, hogy a krónikus pancreatitis gyakoriságát növeli egyrészt a fehérjében és zsírban dús táplálkozás (18, 19, 20), másrészt azonban szerepe van a gyermekkori malnutriciónak, ami önmagában is hajlamosít a kórkép kifejlődésére (India). Magyarországon a malnutrició gyakorlatilag nem fordul elő, annál inkább a bőséges, zsíros, fehérjedús táplálkozás. Emellett néhány betegünk anamnézisében nemzetközi szinten is „kiemelkedő” mennyiségű alkoholfogyasztás szerepel. Egybevégt mások tapasztalataival (18, 20) az a megállapításunk is, hogy a rendszeres alkoholfogyasztás és a panaszok kezdete között átlagosan 17—18 év telik el. A fogyasztott szeszes ital minősége szerint betegeink nem osztályozhatók, mert a rendszeresen ivók szinte valamennyien többféle italt fogyasztottak.

Anyagunkban a krónikus nem-kalcifikáló pancreatitis a gyakori, szemben a mindössze 9 esetben (7,3%) előforduló kalcifikáló formával. Kétségtelenül ez a nem teljesen homogén, nem-kalcifikáló betegcsoport okozta a legnagyobb nehézséget a nemzetközi felmérés számára is. Ezt a gondot úgy kísérelték meg áthidalni, hogy álláspontjuk szerint ezt a betegcsoport részben ún. prekalcifikáló stádiumban levő krónikus pancreatitises, részben akut recidiváló pancreatitises, epeköves betegekből áll; utóbbiakat pedig javaslatuk szerint a felmérésből ki kell zárni (18, 20). A nem-kalcifikáló pancreatitis léte azonban szövettanilag is bizonyított tény (14, 23), és erősen kétséges, hogy minden esetben csak az ún. prekalcifikáló stádiumnak tekinthető-e. A csehszlovák munkacsoport betegei közt 5:1 (6), Cape Town-ban 4:1 (8) volt az arány a nem-kalcifikáló, ezzel szemben Marseille-ben 2,5:1 (20) a kalcifikáló pancreatitis javára. *Nálunk a kalcifikációval járó esetek száma még a szomszédos Csehszlovákia adatainál is kisebb*. Az anamnesztikus rendszeres alkoholfogyasztást és a kórlefolyást fi-

gyelemben véve legfeljebb további 38 betegünk esetében képzelhető el, hogy a kimutatható meszesedés előtti stádiumban történt a diagnózis felállítása; az összanyagban szereplő meszesedések kis arányszáma azonban nem támasztja alá ezt a feltételezést. Jelentős számban, közel 30%-ban találtunk olyan betegeket, akiknek anamnézisében epekő, ill. cholecystectomy szerepel. Minden esetben egy évnél hosszabb ideig, nemegyszer 15–20 évig is meglévő, nem operált epekövességről volt szó. A műtét az esetek körében több mint egy évvel a pancreas-betegség körismézése előtt történt. A korábban említett elvek szerint *csak olyan betegek adatait dolgoztuk fel, akikben a kövesség megoldása megtörtént, bizonyított akut recidívájuk legalább egy éve nem volt, az ismételt pancreas-funkciós vizsgálatok állandó vagy fokozódó károsodásra utaltak (1, 16). Véleményünk szerint a hosszan fennálló epekövesség sokszor tünetszegény lefolyású, enyhébb akut pancreatitisek után (21) a pancreas szöveteiben okozhat olyan elváltozásokat, amelyek az epekövesség — ekkor már elkészt — műtéti megoldása után önmagukban krónikus vagy krónikus recidíváló pancreatitist tarthatnak fenn, és akadályozzák a pancreas spontán regenerációját. Figyelmet érdemelhet a 11 esetben észlelt hipertóniás Oddi-szfinkter diszkinézis szerepe is (11), ami felveti, hogy az epekőműtétek kapcsán az eddigiek-nél is nagyobb gondot kellene fordítani a zavartalan epeelfolyás biztosítására.*

A rendszeres alkoholfogyasztás és az előzmények között szereplő epekövesség összesen betegünknek kb. 70%-ában tehető felelőssé az idült hasnyálmirigy-gyulladás kialakulásáért. Együttes előfordulásuk (4 eset) valószínűleg tovább növeli a krónikus pancreatitis kifejlődésének esélyét. További 14%-ban szerepel az anamnézisében olyan betegség (parotitis epidemica, autoimmun kórkép, ill. allergiás hajlam, gyermekkori fehérjehiányos táplálkozás), vagy találtunk olyan elváltozást (parathyreoidea-adenoma, juxtapapillaris diverticulum), amely a krónikus pancreatitis kifejlődésében szerepet játszhatott. Ulcus-betegséget 14 esetben észleltünk, de a fekélybetegség gyakorisága miatt úgy érezzük, hogy közvetlen oki kapcsolat feltételezésére nincs elegendő alap; lehet, hogy csupán véletlen társulásról van szó.

Eseteinknek csak kb. 40%-ában volt normális a szénhidrát-anyagcsere, 12%-ban manifeszt, közel 34%-ban latens diabetest találtunk, 14%-ban hipoglikémiás hajlam igazolódott, ami két esetben klinikailag is megnyilvánult. Adataink jól egyeznek *Gülzow* eredményeivel (5). A vizsgált eseteknek kb. 32%-ában találtunk hiperlipidémiát. A diabetes, ill. a zsír-anyagcserezavar okozhat ugyan hasnyálmirigy-megbetegedést, mégis eseteink legnagyobb részében ezt inkább *következménynek tartjuk.*

Manifeszt alkoholos májbetegség — biopsziával igazolt zsírmáj — 8 esetben fordult elő, ami a rendszeresen alkoholt fogyasztók 15,4%-a. Cirrhosis egy esetben sem találtunk. Bár *Gastard és mtsai* (4) eseteik 28,8%-ában írtak le májcirrhosist, mások (2, 18, 19, 20) — hozzánk hasonlóan — ritkának találták a két betegség együttes előfordulását. Genetikai, érendi eltéréseket vetettek fel magyarázatként, ill. feltételezték, hogy a cirrhosis kifejlődéséhez nagyobb összmenyiségű alkoholfogyasztás szükséges.

Végül kiemeljük azt a jelentős ténytet, hogy betegünk 24%-a lényegesen nem változtatott táplálkozási szokásain, sőt — bár talán kisebb mennyiségben — az alkoholfogyasztást is folytatta. A 3½ éves periódus alatt észlelt mindhárom haláleset, akikben a pancreas-betegség volt a közvetlen halál-ok, ebből a csoportból került ki.

Összefoglalás: A szerzők a Szegedi Orvostudományi Egyetem I. számú Belgyógyászati Klinika Gasztroenterológiai Osztályán 1976. január 1-től 1979. július 31-ig észlelt 122 krónikus pancreatitises beteg adatait dolgozták fel retrospektív módszerrel. Ennek alapján megállapították, hogy Magyarországon a krónikus pancreatitis megoszlása, epidemiológiai adatai az észak-európai országokéhoz állnak legközelebb. A rendszeres, nagy mennyiségű alkoholfogyasztás hajlamosító szerepe mellett jelentőséget tulajdonítanak a későn megoldott epekövességnek is a krónikus, nem-kalcifikáló pancreatitis kifejlődésében.

IRODALOM: 1. *Ammann, R., W., Hammer, B., Fumagalli, I.*: Digestion. 1973, 9, 404. — 2. *Bank, S., Marks, I. N., Bock, O. A.*: Proceedings of the Third Congress of Gastroenterology, Tokyo, 1967, 4, 412. — 3. *Bouquet, D.*: in: *Tóth, L.*: Élelmezésészségstan, Medicina, Budapest, 1971, 52. — 4. *Gastard, J. és mtsai*: Digestion. 1973, 9, 416. — 5. *Gülzow, M.*: in: Erkrankungen des exkretorischen Pankreas, VEB Gustav Fischer Verlag, Jena, 1975, 62. — 6. *Herfort, K., Bartos, V.*: European Pancreatic Club, Toulouse 1975. Biol. Gastroenterol. 1976, 9, 66. (abstr.) — 7. *Ishii, K. és mtsai*: Digestion. 1973, 9, 429. — 8. *Marks, I. N., Bank, S., Louw, J. H.*: Digestion. 1973, 9, 447. — 9. *Moschall, M. G.*: Digestion. 1973, 9, 438. — 10. *Pap, A., Varró V.*: Magy. Belorv. Arch. Suppl. 5, 101. (abstr.) — 11. *Pap, A., Varró, V.*: Orv. Hetil. 1977, 118, 2078. — 12. *Pap, A., Berger, Z., Varró V.*: Orv. Hetil. 1978, 119, 749. — 13. *Pap, A.*: Közlés előtt. — 14. *Payan, H. és mtsai*: Revue eur. Etud. clin. biol. 1972, 17, 663. — 15. *Sahel, J.*: Mediterranée Med. 1977, 119, 11. — 16. *Sarles, H.*: Pancreatitis Symp. Marseille 1963. — Bibl. gastroent. vol. 7. Karger, Basel 1965. — 17. *Sarles, H. és mtsai*: Gut. 1971, 12, 377. — 18. *Sarles, H.*: Digestion. 1973, 9, 389. — 19. *Sarles, H.*: Gastroenterology. 1974, 66, 604. — 20. *Sarles, H. és mtsai*: Digestion. 1979, 19, 110. — 21. *Sodeman, A. W., Sodeman, A. W., Jr.*: in Pathologic Physiology, W. B. Saunders Company, Philadelphia, 1974, 827. — 22. *Szöllösi, G. és mtsai*: Orv. Hetil. 1978, 119, 139. — 23. *Uys, C. J., Bank, S., Marles, I. N.*: Digestion. 1973, 9, 454. — 24. *Wittmann, T., Pap, A., Varró, V.*: Magy. Belorv. Arch. 1977, 30, 330.

Semmelweis Orvostudományi Egyetem
Gerontológiai Központ
Országos Haematológiai és Vértanszfúziós Intézet,
Hungária krt.-i Szociális Otthon

A T-lymphocytá reaktivitás csökkenése időskorúakban

Bátory Gabriella, Ónody Klára dr.,
Kevházi Ferenc dr. és Petrányi Győző dr.

A T-lymphocyták reaktivitásának jellemzésére általánosan elfogadott paraméter az allogén sejtekkel, illetőleg egyes mitogénekkal — elsősorban phytohemagglutininnel (PHA) — szembeni transzformációs készség mértéke (1, 2)

Az allogén sejtek közötti stimulációs reakció (kevert lymphocytakultúra) immunológiailag specifikus és nagy hisztokompatibilitási komplex meghatározott génje(i) által kódolt antigének (HLA—D) különbségein alapszik, de befolyásolja a lymphocyták általános reakciókészsége is. Különböző személyek reakciókészségének vizsgálata ezért csak olyan rendszerben lehetséges, ahol azonos mértékű HLA—D antigénkülönbségeket tudunk létrehozni (3, 4).

A PHA stimulációs vizsgálatok technikailag könnyebb kivitelezhetősége miatt szélesebb körben alkalmazottak. Korábbi vizsgálataink szerint azonban a PHA stimulációs készségben egyedileg eltérő, valószínűleg genetikusan meghatározott nagy variabilitást és különböző dózishatástípusokat lehet megfigyelni (5). Egy adott dózissal végzett stimulációban talált transzformációs készség mértéke ezért nem nyújt kellő információt.

A T-lymphocytá reaktivitás időskori csökkenése bár általánosan elfogadott, az egyes vizsgálatok eredményei mégis ellentmondásosak (6—16). Ennek egyik oka a különböző metodika és értékelési rendszer lehet, továbbá az értékek stimulációs indexben vagy stimulációs többletben történő kifejezése.

Vizsgálataink célja a T-lymphocytá funkcionális paraméterek korfüggő változásainak meghatározása és összehasonlítása volt, allogén sejtekkel, illetőleg PHA-vel végzett stimulációs vizsgálatokban, olyan standard körülmények között, melyek a lehető legkisebb módszertani vagy értékelési hibát eredményezhetik.

Anyagok és módszerek

Vizsgálati anyag: Az allogén lymphocytákkal szembeni reaktivitást háromgenerációs vagy nagy utód-számú kétgenerációs családok kísérleti naponként 10—12 tagjának vizsgálatával végeztük, így biztosítva a naponkénti vizsgálati csoportok heterogén kormegoszlását. Összesen 90 személy (44 férfi, 46 nő, átlagéletkor 50 ± 18 év) adatait értékeltük.

Az allogén és PHA reaktivitás párhuzamos meghatározását 56 immunológiailag egészséges idős személy (24 férfi, 32 nő, átlagéletkor 82 ± 6 év) vizsgálatával végeztük.

Megvizsgáltuk ezenkívül 28 fiatal férfi (20—25 éves) PHA reaktivitását az időskorúakéval azonos körülmények között.

Mononukleáris sejtuszpenzió készítése heparinos vérből Ficoll—Uromiro-gradiens centrifugálással történt *Böyum* (17) módszer szerint.

Sejtenyésztés 20% hőinaktivált AB savó keverékkel kiegészített RPMI 1640 GIBCO BIO—CULT táplódatban Falcon-titráló lemezekon (Greiner) történt 37 °C-on 5% CO₂-tartalmú páratelt környezetben.

Allogén stimuláció esetén tenyészetenként 10⁵ (0,1 ml aktív sejtet $2,5 \times 10^6$) 0,04 ml stimuláló sejt jelenlétében 5 napig tenyésztettünk. A standard stimuláló sejtkeverékekhez *Osoba* és *Falk* (3) elve alapján kiválasztott személyek mononukleáris sejtuszpenzióit *Bach* és *Voynow* (18) módszere szerint mitomycinnel kezeltük. A standard keverékeket 3—3 személy azonos sejtmennyiségeivel készítettük, megfelelő adagolásban fagyaszta folyékony nitrogén alatt tároltuk.

PHA stimulációban 10⁵ 0,1 ml mononukleáris sejtuszpenziót Welcome PHA hat különböző adagjával (10—30 μl térfogatban) 3 napig tenyésztettünk.

Valamennyi vizsgálatot négy paralellexel végeztük. Kontrollként a spontán thymidin beépülés meghatározására 3, illetve 5 napig stimulator nélkül tenyésztettük a sejteket. A tenyésztés utolsó 6 órája 1 μCi (specifikus aktivitás 150 mCi/mM) 6⁻³ H thymidin jelenlétében történt. A mosott sejttömeg aktivitását folyadékszcintillációs módszerrel Intertechnique típusú készüléken mértük.

Az adatok értékelése

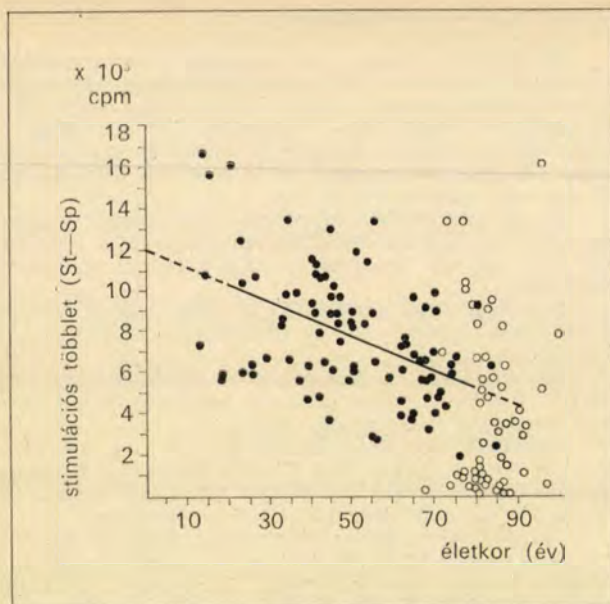
A **családvizsgálatok** esetén reakcióértékek napi ingadozásainak kiküszöbölése céljából matematikai korrekciót végeztünk, az egész vizsgálati csoport és az egyes vizsgálati napokon kapott átlagértékek segítségével.

Az **időskorúak vizsgálata** esetén egy fiatal donortól származó standard fagyaszta tárolt kontroll reaktív sejteket iktattunk be minden vizsgálati napon. Minthogy mind az allogén stimulációban, mind a PHA maximális transzformációs értékben jól reprodukálható eredményeket kaptunk ($< \pm 20\%$) az eredmények értékelésénél nem alkalmaztunk korrekciót. A válasz-képesség mértékeként a spontán és a stimuláció hatására kapott beépülés korrigált értékeinek különbségeit (stimulációs többlet) tekintettük.

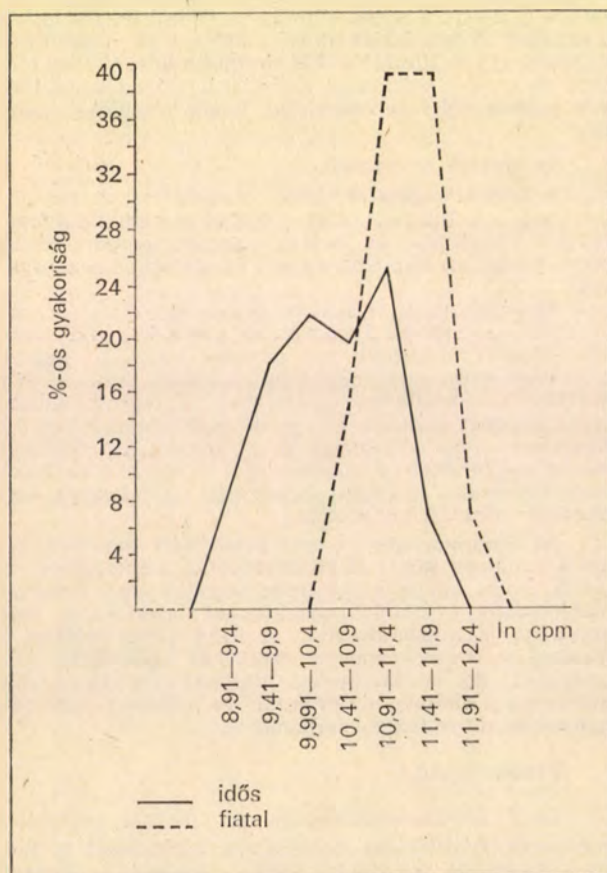
Az eredményeket a családvizsgálati eredményekkel a standard kontroll átlagértékének segítségével vettük össze. Ezt lehetővé tette, hogy az adott kontroll reaktivitását a családvizsgálatokkal egyidejűleg már korábban is meghatároztuk. A PHA stimulációban a maximális transzformációs értékeket tekintettük jellemzőnek. Az eredményeket kifejeztük a stimulációs többletben, illetőleg a stimulált és kontroll kultúrák hányadosával index formájában is.

Eredmények

Az 1. ábrán feltüntettük az allogén sejtekkel szembeni reaktivitás értékeinek alakulását a kor függvényében. Az ábrán külön jeleztük a családvizsgálatokból és az időskorúak csoportjának vizsgálatából származó eredményeket. Az értékek mindkét esetben nagy szórást mutatnak, a korfüggő csökkenő tendencia azonban így is jól követhető.



1. ábra: Az allogén reaktivitás korfüggő csökkenő tendenciája. A családvizsgálatok eredményeiből (●) számított regressziós egyenes egyenlete: $y = 85x + 11950$. A nem rokon időskorúak reakcióértékeinek (○) átlaga 3900 cpm, nem tér el szignifikánsan az egyenlet alapján várt értékektől.



2. ábra: A PHA hatására stimulációs többlet alapján számított maximális transzformációk természetes alapú logaritmus értékeinek megoszlása 20–25 éves (---) és 71–98 éves (—) korcsoportban

Az időskorúak vizsgálatából származó átlagérték nem tér el szignifikánsan a családvizsgálatok alapján számított regressziós egyenes szerint várt értéktől. A családvizsgálatok individuális értékei jól illeszkednek a megadott egyenes egyenletéhez ($r = 0,498$, $p < 0,001$).

A családvizsgálatokból származó regressziós egyenes konstansai alapján az allogén sejtekkel szembeni reaktivitás mértéke fiatal felnőttkorától (18–20 év) 80–85 éves korig kb. 50%-os csökkenést mutat.

Sem a reakcióértékek nagyságában, sem a korfüggő csökkenés mértékében nem találtunk nemek szerinti különbségeket.

A táblázat a fiatal kontrollesz csoport és az időskorúak csoportjának PHA reaktivitás átlagértékeit mutatja be indexértékben és stimulációs többlet alapján, numerikus és logaritmusos értékekben.

A két csoport között az átlagértékek százalékos különbsége mindkét számítási módnál hasonló (52, illetve 60%), azonban az indexértékek lényegesen nagyobb variációjára miatt a két csoport közötti különbség indexértékek esetén kevésbé szignifikáns, mint a stimulációs többlet alapján történő számításnál. Az utolsó sorban megadott spontán inkorporációs adatok nagy szórásértékei egyértelműen bizonyítják, hogy az indexértékekben jelentősebb szerepet kapó spontán inkorporációs értékek felelősek ezért a különbségért.

A 2. ábrán a PHA stimulációval kapott maximális transzformációs értékek megoszlási görbéit mutatja be a fiatal és idős korcsoportban. A stimulációs többlet alapján számított természetes alapú logaritmusban kifejezett értékek mindkét csoportban megközelítően normál megoszlást mutatnak, az időskorúaknál azonban az értéktartomány szélesebb. A PHA maximális transzformációs átlagértékek különbsége nagyságrendileg megegyezik az allogén reaktivitás családvizsgálatok alapján várt reaktivitás különbségeivel. Ez felvetette a két érték direkt korrelációjának kérdését, melyet az időskorúak csoportjában erősen szignifikánsnak találtunk ($r = 0,61$, $p < 0,001$).

Megbeszélés

Az allogén reaktivitás meghatározására kóros állapotokban stimuláló sejtkeverékek használatát Segall és Bach (4) ajánlotta, mivel ilyen rendszerben a HLA-D különbségek gyakorlatilag azonos mértékűnek tekinthetők függetlenül a vizsgált személyek HLA-D típusától.

Emberen az allogén reaktivitás időskori csökkent értékeit Weksler és Hüttereth (9) és Hallgren és munkatársai (15) individuális stimulátorokkal szemben Kishimoto és munkatársai (16) pedig tumor sejtvonallal szemben írták le. Egereken az allogén reaktivitás korfüggő változásai kevert kultúrareakcióban tendenciájukban és a változás mértékében is törzsenként különbözőnek látszanak (19–23). Nielsen (24) különböző patkánytörzsekben a 4. és 70. hét között a válaszerő értékek logaritmus értékeinek lineáris korfüggő csökkenését írta le.

Családvizsgálatainkban az allogén reaktivitás lineáris korfüggő csökkenését állapítottunk meg

20—25 és 71—98 éves korcsoportban kapott PHA reaktivitás átlagértékeinek összehasonlítása stimulációs indexben és a stimulációs többletbeépülés értékében numerikus és log. nat. értékben

Korcsoport	20—25 év, n = 28				71—98 év, n = 56				p
	cpm	ln cpm	± SE	var.	cpm	ln cpm	± SE	var.	
$\frac{cpm_{st}}{cpm_{sp}}$	119,0	4,86	0,165	18,0	61,6	4,12	0,108	19,6	0,01—0,005
$cpm_{st} - cpm_{sp}$	92 967	11,44	0,083	3,8	37 049	10,52	0,100	7,1	<<0,001
cpm_{sp}	721	6,58	0,173	13,9	478	6,17	0,167	20,3	0,10—0,05

cpm_{st} a stimulált kultúrában kapott beütésszám a maximális transzformációt eredményező PHA koncentrációnál

cpm_{sp} a kontroll kultúrában kapott beütésszám

Variancia SD.100

ln cpm

fiatal felnőttkortól kezdődően és ezt a tendenciát támasztották alá a nem rokon időszerűak vizsgálati eredményei is.

A PHA válaszképesség időskori csökkenését emberen először *Westring és munkatársai* (25) állapították meg morfológiai módszerekkel; eredményeiket mások is megerősítették (26—28). Thymidin inkorporációs vizsgálatok alapján *Hallgren és munkatársai* (6), valamint *Ben Zwi és munkatársai* (12) az időszerűak indexértékeinek csökkenését elsősorban a gyakrabban előforduló növekedett spontán inkorporációs értékeknek tulajdonították.

Eredményeink a spontán inkorporáció idős korban bekövetkező növekedését nem erősítették meg. Ennek ellenére az időszerűak csökkent reaktivitása indexértékekben is megmutatkozott, azonban a spontán inkorporációs értékek nagy szórása miatt a különbségek kevésbé egyértelműek, mint a stimulációs többlet alapján végzett értékelés során. Eredményeink *Roberts-Thomson és munkatársai* (9) és *Hallgren és munkatársai* (10) eredményeivel összhangban az időszerűak csökkent reaktivitási értékeit mutatták valamennyi alkalmazott PHA dózis hatására. A PHA optimális dózisok egyedi eltérései miatt a maximális transzformációs készséget tartjuk jellemzőnek.

Értékelésünket alátámasztja, hogy a PHA és az allogén reaktivitás ilyen értékelési rendszerben szignifikáns korrelációt mutatott.

Számos adat bizonyítja, hogy az allogén reaktivitásban és a PHA reaktivitásban részt vevő sejt-populációk nem teljesen azonosak (29—32), noha mindkét esetben a T-lymphocyták nagy hányada reagál. Az allogén és PHA reaktivitás hasonló nagyságrendű csökkenése és a két érték direkt korrelációja arra utal, hogy a csökkent reaktivitás okát olyan tényezőkben kell keresni, melyek mindkét rendszerben meghatározó szerepet játszanak.

A T-lymphocytá funkció fokozatos korfüggő csökkenése része annak a biológiai egyensúly-felbomlásnak, ami a legkülönbözőbb életjelenségekben megmutatkozik. Az immunrendszer elöregedésének tünetegyüttese fontos szerepet játszhat a kor előrehaladtával fokozódó gyakorisággal előforduló megbetegedésekben. Az ilyen megbetegedések hátterében zajló immunológiai történések felismerésének klinikai jelentősége lehet, mert az „immunmotorizálás” új terápiás elve alapján az időszerű

megbetegedések tüneteinek enyhítését vagy okainak megszüntetését elősegítheti.

Összefoglalás: Családvizsgálatok alapján megállapítottuk, hogy a kevert lymphocytakultúrában standard stimuláló sejtkeveréssel szemben vizsgált allogén reaktivitás korfüggő lineárisan csökkenő tendenciát mutat. Ezt a csökkenő tendenciát mutatták immunológiailag egészséges, nem rokon időszerűak vizsgálati eredményei is. Az időszerűak PHA indukált transzformációs képessége fiatal kontrollcsoport értékeihez viszonyítva az allogén reaktivitáshoz hasonló nagyságrendű csökkenést mutatott és a két érték között szignifikáns korreláció van.

IRODALOM: 1. Möller, G.: *Transplant. Rev.* 1972, 11. — 2. Möller, G.: (ed) *Transplant. Rev.* 1972, 12. — 3. Osoba, D., Falk, J. *Cell.*: *Immunol.* 1974, 10, 117. — 4. Segall, M., Bach, F. H.: *Transplantation* 1976, 22, 79. — 5. Onody, K., Bojársky, K., Petrányi, G., Gy.: In: *Medical Genetics* (eds. Szabó, G., Papp, Z.) Excerpta Medica Amsterdam — Oxford, Akadémiai Kiadó, Budapest, 1977, p. 837. — 6. Hallgren, H., M., és mtsai: *J. Immunol.*, 1973, 111, 1101. — 7. Foad, B., S., és mtsai: *Clin. exp. Immunol.*, 1974, 17, 657. — 8. Roberts-Thomson, I. C., és mtsai: *Lancet*, 1974, 2, 368. — 9. Weksler, M. E., Hüttereth, T. H.: *J. clin. Invest.* 1974, 53, 99. — 10. Fixa, B., Komarová, O., Chmelar, V.: *Gerontologia*, 1975, 21, 177. — 11. Fernandez, L. A., MacSween, J. M., Langley, G. R.: *Immunology*, 1976, 31, 583. — 12. Ben-Zwi, A.: *Clin. Immunol. Immunopathol.* 1977, 7, 139. — 13. Gilissen, G., Spölgén, W., Sticker: *Z. Immun.-Forsch.* 1977, 153, 107. — 14. Girard, J. P. és mtsai: *Clin. exp. Immunol.* 1977, 27, 85. — 15. Hallgren, H., H. és mtsai: *Clin. Immun. Immunopath.* 1978, 10, 65. — 16. Kishimoto, S. és mtsai: *J. Immun.* 1978, 121, 1773. — 17. Böyum A.: *Scand. J. Clin. Lab. Invest.* 2., 1968, Suppl. 97, 1. — 18. Bach, F. H., Voynow, N. K.: *Scien.* 1966, 153, 545. — 19. Adler, W. H., Takiguchi, T., Smith, R. T.: *J. Immunol.* 1971, 107, 1357. — 20. Rodey, C. E., Good, R. A., Yunis, E. J.: *Clin. exp. Immunol.* 1971, 9, 305. — 21. Konen, T. G., Smith, G. S., Walford, R. L.: *J. Immunol.* 1973, 110, 1216. — 22. Walters, C. S., Claman, H. N.: *J. Immunol.* 1975, 115, 1483. — 23. Kay, M. M. B., Makinodan, T.: *Clin. Immunol. Immunopathol.* 1976, 6, 394. — 24. Nielsen, H. E.: *J. Immunol.* 1974, 112, 1194. — 25. Westring, P. W., és mtsai: *Clin. Res.* 1964, 12, 345. — 26. Pisciotto, A. V.: *Nature*, London, 1967, 15, 193. — 27. Heine, K. M., és mtsai: *Ztschr. Alterforsch.* 1971, 24, 23. — 28. Del Pozo Perez, M. A. és mtsai: *Biomedicine* 1972, 19, 340. — 29. Lohrmann, H. P., Novikovs L., Graw, R. G. Jr.: *J. exp. Med.* 1974, 139, 1553. — 30. Woody, J. N., és mtsai: *J. clin. Invest.* 1975, 55, 956. — 31. Touraine, J.-L., Hadden, J. W., Cood, R. A.: *Proc. Natl. Acad. Sci. USA* 1977, 74, 3414. — 32. Kleinmann, R., Teodorescu, M.: *J. Immunol.* 1978, 120, 2020.

PROLIXAN® 300

kapszula

mV 200 Antirheumatica Antiphlogistica

ÖSSZETÉTEL:

1 kapszula 300 mg azapropazonumot tartalmaz.

HATÁS:

Újszerű, nem szteroid jellegű gyulladásgátló gyógyszer. Hatóanyagának, az azapropazonnak specifikus fizikai-kémiai tulajdonsága, hogy a gyulladással, ödémás szövetekben feldúsul. Eloszlása lényegében az extracelluláris térre és a sejtmembránra korlátozódik. Blokkolja a gyulladással folytatódó folyamat lefolyását a lysosomális enzimek felszabadításának szintjén, melynek alapvető szerepe van a gyulladás fenntartásában. Gátolja továbbá a kininfelszabadítást és az ezt követő túlfokozott prosztaglandin-szintézis hatásait a gyulladással mesenchimareakció korai szakaszához csatlakozva. Ezzel együtt gátolja a mediátorok felszabadulásával kiváltott gyulladással járó fájdalmat is.

A szervezetben az azapropazon csak jelentéktelen mértékben metabolizálódik, ezért nem vezet enzimindukcióhoz. A vese túlnyomórészt változatlanul választja ki, nincs említésre méltó Na-retenciós hatása, és nem befolyásolja a vese működését, de a húgysav tubuláris kiválasztását elősegíti.

JAVALLATOK:

Degeneratív ízületi megbetegedések: arthrosis spondylarthrosis, spondylosis. Gyulladásos ízületi és gerincbetegségek: rheumatoid arthritis, spondylarthritis ankylopoetica. Lágyrész-rheumatismusok: periarthritus humeroscapularis, tendovaginitis, periostitis. Posztraumás fájdalmak és duzzanatok: rándulás, tompa ütés, distortio, zúzódás, luxatio, fractura. Postoperatív fájdalmak és duzzanatok.

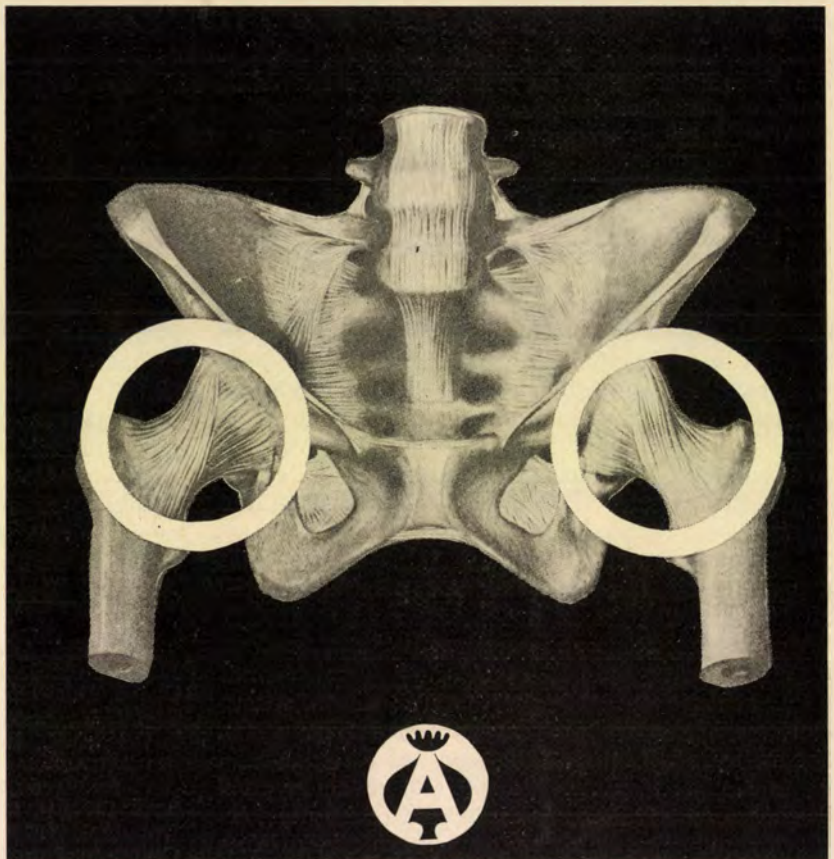
A Prolixan 300 kapszula alkalmas nőgyógyászati gyulladásos állapotok, nevezetesen a szubakut és krónikus adnexitis és parametritis kezelésére.

ELENJAVALLATOK:

Gyomor- és nyombélfekély.

ADAGOLÁS:

Kezdő adagja naponta 4×1 kapszula.



Szükség esetén az adag individuálisan napi 3×2 kapszulára is emelhető. Fenntartó adagja $2-3 \times 1$ kapszula étkezés után.

MELLÉKHATÁSOK:

Gyomorpanaszok, fejfájás, álomság, allergiás bőrjelenségek, átmeneti ödéma.

GYÓGYSZER-KÖLCSÖNHATÁS:

Óvatosan adható

– orális antikoagulánsokkal (antikoaguláns-hatás fokozódása).

FIGYELMEZTETÉS:

Antikoaguláns-kezelés alatt álló betegeken csak gondos laboratóriumi ellenőrzés mellett adható. Terhesség esetén – különösen az első három hónapban – csak igen indokolt javallatra rendelhető. Tartós kezelés-

kor rendszeres véképellenőrzés szükséges. Thrombocytopenia vagy allergiás bőrtünetek esetén adagolását meg kell szüntetni. Ha a beteg anamnézisében gyulladásgátló gyógyszerek szedése kapcsán fellépett gyomor- vagy bélvérzés, vagy gyomor-, ill. nyombélfekély szerepel, alkalmazása állandó orvosi ellenőrzést igényel.

Súlyos máj- és vesekárosodás esetén csak rendszeres orvosi ellenőrzés mellett adható.

MEGJEGYZÉS:

* Csak vénre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtető.

CSOMAGOLÁS:

30 kapszula 29,60 Ft.

Forgalomba hozza: ALKALOIDA VEGYÉSZE TI GYÁR, Tiszavasvári,

Robapharm A. G. – Basel licencia alapján

Semmelweis Orvostudományi Egyetem
Kardiológiai Klinika
Országos Kardiológiai Intézet
(igazgató: † Gábor György dr.)

Agyi Doppler-vizsgálatok indikációja, diagnosztikus értéke carotis-vertebralis keringési zavarokban

Farkas Péter dr. és Urai László dr.

Megelőző tanulmányunk egyikében (17) részlete-
sen ismertettük a carotis-vertebralis érrendszer
„Doppler-vizsgálatának” methodikai alapjait. Jelen
munkánkban e módszer diagnosztikus teljesítőké-
pességét és klinikai használatosságát elemezzük.

Beteganyag

Az elmúlt 2 év során 280 különböző fokú és tü-
netű cerebrovascularis károsodásban szenvedő beteg
és 150 kontroll egyén carotis-vertebralis érrendszerét
vizsgáltuk az ismertett „Doppler”-módszerrel. Ezek
közül, külön közleményben foglalkoztunk az 50 aor-
taív syndromás beteggel (18). Így — most — a többi,
230 beteggel* kapcsolatos tapasztalatainkról számolunk
be. A nemzetközi irodalomban elfogadott beosztás (1)
szerinti 1. táblázat tartalmazza betegeink „klinikai”
szempontok szerinti megoszlását. Mégpedig:

I. Az ún. „panaszmentes” betegek rutinvizsgálat
során a carotisok felett hallható zörej, a mechaniku-
san felvett carotis görbén talált amplitúdódifferencia,
a két carotis közötti tapintásbeli különbség, illetve
„veszélyeztetett” betegcsoporton (coronaria betegek,
alsóvégtagi art. érszűkületben szenvedők) végzett
szűrés kapcsán kerültek vizsgálatra.

II. „Átmeneti agyi ischaemiás attack” (angolszász
irodalomban: transient ischaemic attack, T. I. A.) Mil-
likan definíciója szerint olyan focális, neurológiai de-
ficitel járó agyi vascularis történés, mely teljesen nor-
malizálódik 24 órán belül (2).

A) Carotis eredetű, ún. hemispherikus T. I. A.-
nak felel meg a definíció szerint:

1. Motoros defektus ugyanazon oldali felső és
alsó végtagon.
2. Sensoros defektus ugyanazon oldali felső és
alsó végtagon vagy az arcon.
3. Afázia — mely járhat teljes beszédképte-
lenséggel, vagy olykor csak csekély beszéd-

* 230 beteg közül 99-ben készült angiographia

1. táblázat. Agyi Doppler-vizsgálatra kerülő betegek
felosztása klinikai szempontok szerint

I. Panaszmentes		52
II. Átmeneti agyi ischaemiás attack (T.I.A.)	Carotis eredetű Vertebrobasilaris eredetű	52 16
III. Progrediáló cerebrovascularis károsodás		12
IV. Komplet cerebrovascularis károsodás		39
V. Egyéb bizonytalan neurológiai tünetek		59
Összesen:		230

zavarral, és társulhat írás-, számolás-, ol-
vasási zavarral is.

4. Látásvesztés egyik szemén, vagy a szem lá-
tóterének egy részén, ha egyébként mind-
két szem ép volt (amaurosis fugax).
5. Homonym hemianopia.
6. A fentiek kombinációja.

A carotis eredetű átmeneti agyi ischaemiás atta-
ckok különleges klinikai fontossága miatt külön ismer-
tetjük e betegcsoportban elvégzett carotis angiogra-
phiák eredményét (2. táblázat).

B) Vertebrobasilaris eredetű (ún. hemispheri-
kus) T. I. A.-nak megfelelő tünetek:

1. Motoros defektus mind a négy végtagon,
esetleg egyidejűleg a két felső, ill. alsó vég-
tagon rohamonként váltakozva.
2. Sensoros defektus, mindkét oldali végtagon,
a száj és az arc területén, rohamonként
esetleg különböző végtagokon, más-más ol-
dalon.
3. A kétoldali teljes vagy részleges látásvesz-
tés.
4. Ataxia, bizonytalan járás, mely nem társul
szédüléssel.
5. Egy- vagy kétoldali hallásvesztés.
6. Fentiek kombinációja.

A vertigo, dysphagia, diplopia önmagában nem
minősül T. I. A.-nak, csak ha az 1, 2, 3. pontok alatt
felsoroltakkal társul.

III. A „progrediáló cerebrovascularis károsodás”-
ra (angolszász irodalomban: „stroke in evolution”) je-
lemző a motoros és sensoros tünetek fokozatos fel-
lépése néhány órán, esetenként néhány napon belül. A
kialakult manifeszt tünetek nem különböznek a IV.
csoporttól, csak kialakulásuk időrendi folyamatában
térnek el attól.

IV. „Komplet cerebrovascularis károsodás” (an-
golszász irodalomban: „completed stroke”). A betegen
kialakult, definitív neurológiai elváltozásokat talá-
tunk, melyek állandóak, esetleg — ritkán — lassú ja-
vulást mutathatnak.

V. Az V. betegcsoportot azok a betegek képezik,
ahol a Doppler-vizsgálatot pontosan nem definiálható
neurológiai tünetek és panaszok miatt végeztük: verti-
go, syncope, ájulásérzés, átmeneti gyengeségérzés, em-

2. táblázat. Carotis eredetű átmeneti ischaemiás
attackok angiográfiás vizsgálata

Carotis szűkület (50 %-osnál nagyobb)	23
Jelentős szűkületet nem okozó atheromás plaque, ulceráció	14
Negatív	7
Összesen	44

lékezetkiesés, bizonytalan látászavarok álltak a panaszok előterében.

Az „agyi Doppler”-vizsgálatok részletes methodikáját előző közleményünkben írtuk le (17).

Angiographia: az agyi angiographiák több mint felét intézetünkben végeztük, s túlnyomórészt aortaív, ill. selectiv femoro-cerebralis, -carotis, ill. -vertebralis vizsgálatok voltak. A többi beteg elsősorban percutan carotis angiographia készült a Semmelweis OTE Neurológiai, Radiológiai, III. sz. Sebészeti Klinikáján, az OTKI Neuropsychiatriai Klinikáján és az Országos Idegsebészeti Tudományos Intézetben.

(A más intézetekben elvégzett szíves vizsgálatokért e helyen mondunk köszönetet.)

Eredményeink

Az angiographiával összehasonlított carotis Doppler-vizsgálatok eredményeit a 3. táblázat szemlélteti. A methodika 100%-os biztonsággal

3. táblázat. Angiográfiával ellenőrzött carotis interna Doppler-vizsgálatok

Carotis interna			
Normális	Stenotikus 50—75%	Stenotikus > 75%	Elzáródott
15	12	22	8
Kóros Doppler lelet 0	Kóros Doppler lelet 8	Kóros Doppler lelet 20	Kóros Doppler lelet 8
Specificitás 100%	Szenzitivitás 75%	Szenzitivitás 92%	Szenzitivitás 100%

mutatja ki a carotis interna teljes elzáródását. E módszer kb. 90%-os sensitivitású a 75%-nál jelentősebb carotis interna stenosisok megállapításában, s csupán csak 75%-ban alkalmas 75%-nál csekélyebb szűkületek kórismézésére. Ugyanakkor az is kiderül, hogy a vizsgálmódszer igen specifikus és jelentős carotis stenosis nélkül nem ad kóros eredményt.

Carotis interna szűkültre gondoltunk a Doppler-lelet alapján, ha:

1. Legalább 75%-os amplitudókülönbséget találtunk a kétoldali carotis interna sonogram között. (Szenzitivitás: 75%).
2. Legalább 75%-os amplitudókülönbséget találtunk a kétoldali art. frontalis medialis sonogram amplitudó között. (Szenzitivitás: 70%).
3. Spontán retrográd áramlást (szondától elfolyó irányú) regisztráltunk az art. frontalis med. felett. (Szenzitivitás teljes elzáródásnál: 100%).
4. Pozitív kompressziós próba esetén (azonos oldali carotis communis és externa ágak, ellenoldali carotis communis kompressziójakor — részletesen 1. methodikai közleményünkben). (Szenzitivitás: 80%).
5. Legalább 0,02 sec pulzushullám terjedési sebességkülönbséget észleltünk a kétoldali art. front. medialis regisztrálásakor. (Szenzitivitás: 42%).

Mindezek alapján világos, hogy a négyes, egyes és kettes számú kritériumok hasznosíthatók a carotis interna szűkületek kórismézésében. Ezek közül a kompressziós próbák összességükben a leghatékonyabbak, jöhetnek a carotis comm. kompressziója nem veszélytelen eljárás (4). Ezért tartjuk fontos megfigyelésnek, hogy azonos oldali carotis externa-ág kompressziójakor (art. temporalis superficialis, art. facialis), amennyiben megnő az art. frontalis medialis sonogram amplitudója — carotis interna stenosis kizárható.

Ez azt jelenti, hogy amennyiben ez a teljesen veszélytelen kompressziós próba negatív, főlegesen egyéb, komplikáltabb vizsgálatok elvégzése. Amennyiben a próba pozitív, részletes vizsgálat szükséges a nagyérstenosis megerősítésére vagy kizárására. Jó diagnosztikus teljesítőképességűnek ítéelhetjük meg az 1. és 2. kritériumot is. Retrográd art. frontalis medialis „flow”-t 11 esetben találtunk, ez természetesen csak teljes carotis interna elzáródásnál, v. jelentős szűkületnél (nagyobb mint 75%-os) fordulhat elő. Mint ilyen, a carotis interna jelentős szűkületének v. elzáródásának legbiztosabb jele. Vizsgálatainkból úgy látszik, a kétoldali art. frontalis medialis pulzushullám terjedési sebessége közti különbség nem elég megbízhatóan utal carotis stenosisra.

Kórosnak véleményeztük a carotis Doppler-leletet, ha az említett kritériumok közül legalább kettő egyértelműen pozitív volt.

Az angiographiával kontrollált arteria vertebralis Doppler-vizsgálatok összehasonlító analysise szerint (4. táblázat) nem kevés a tévesen kórosnak véleményezett vertebralis sonographiás lelet, mégpedig az angiographiával kontrolláltak mintegy 15%-a. Jobb a módszer teljesítőképessége a kifejezetten betegcsoportban. Itt a tévesen kórosnak véleményezett esetek aránya már 10% alatt van. Az art. vertebralis vizsgálatoknál csupán a sonogram amplitudó nagyságát vettük számításba és a két oldal közötti legalább 75%-os különbséget értékeljük csak kórosnak. A pulzushullám terjedési sebessége a normális kontrollokon észlelt nagy szórás miatt véleményünk szerint nem jelent diagnosztikus segítséget.

Megbeszélés

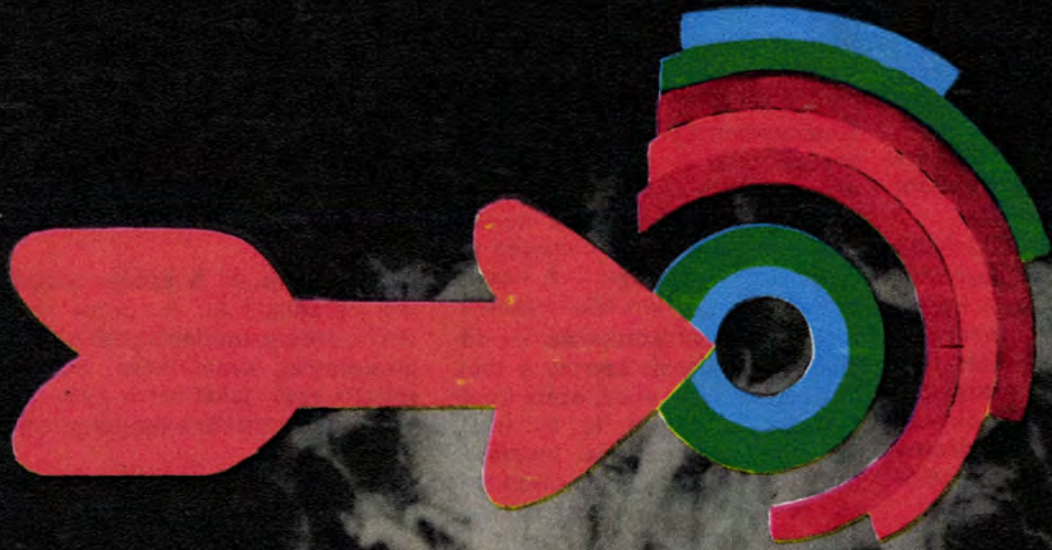
Vizsgálataink alapján arra kívántunk választ adni, hogy a leírt methodikával végzett carotis-vertebralis Doppler-vizsgálatok milyen biztonság-

4. táblázat. Angiográfiával ellenőrzött arteria vertebralis Doppler-vizsgálatok

Normális	Arteria vertebralis	
	Stenotikus > 50%	Elzáródott v. hiányzik
20	19	3
Kóros Doppler lelet 3	Kóros Doppler lelet 17	Kóros Doppler lelet 3
Specificitás 87%	Szenzitivitás 92%	

CAVINTON[®]

injekció, tablettá



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.

Javallatok. Orálisan: különböző eredetű (postapoplexiás, posttraumás vagy sclerotikus), agyi keringészavarok psychés vagy neurológiai tüneteinek: emlékezőzavarok, aphasia, apraxia, mozgászavarok, szédülés, fejfájás csökkentésére, a klimaktérium szindróma vasovegetatív tüneteinek kezelésére.

Hypertensiv encephalopathia, intermittáló vascularis cerebrialis insufficiencia, angiospasticus agyi kórképek, továbbá endarteritis 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) halláscsökkenés, labyrinth eredetű szédülés.

Parenterálisan: kizárólag cseppinfúzióban. Neurológiai indikációban olyan akut, göccs ischaemiás cerebrovascularis kórkép, amelyben a vérzéses eredet biztossággal kizárható.

Ellenjavallat. Orálisan: terhesség.

Parenterálisan: Súlyos ischaemiás szívbetegek, súlyos szívritmuszavarok. Terhesség.

Adagolás. Orálisan: Naponta 3×1—2 tabl., a fenntartó adag napi 3×1 tabl., hosszabb időn keresztül.

Parenterálisan: kezdő napi adag 20 mg lassú cseppinfúzióban (2 amp. tartalma 500—1000 ml in-

fúziós oldatban) infundálva. A továbbiakban a szokásos napi adag 30 mg (3 amp. tartalma 500—1000 ml infúziós oldatban), lassan cseppinfúzióban infundálva.

Amennyiben a beteg állapota szükségessé teszi — és a toleranciája megengedi — óvatosan emelve az adagot, a tizedik napon az infúzióban adott napi összmenyiség elérheti az 1 mg/tskg-ot. A készítmény iv. és im. nem alkalmazható.

Gyógyszerkölcsonhatás. Az eddigi tapasztalatok szerint a tabl. interakciót nem okoz, ezért kombinációs kezelésre is alkalmas. Az injekció heparinnal incompatibilis, ezért az infúziót olyan beteg nem kaphatja, aki heparin kezelésben részesül.

Mellékhatás: Kismértékű vérnyomáscsökkenés, ritkán tachycardia, extrasystole fordulhat elő. Tartós kezelés esetén a vérképet ellenőrizni kell időnként.

Figyelmeztetés: Parenterális alkalmazása során az ampulla sorbitol-tartalma miatt diabetesesek vércukorszintje a kezelés alatt ellenőrizendő.

Megjegyzés. * A tableta csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető. Az injekció csak fekvőbeteg-gyógyintézeti felhasználásra van forgalomban.

Csomagolás. 10 amp. (2 ml) 14,— Ft
50 tabl. 23,— Ft

KÖBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST



gal szűrik ki az extracranialis agyi arteriák szűkü-
letét, ill. elzáródását.

A carotis vizsgálatokat tekintve legalább 90%-
os valószínűséggel állíthatjuk, hogy a Doppler-
vizsgálat reálisan kórismézte a 75%-nál jelentő-
sebb carotis interna szűkületeket. A kérdés most
már az, hogy a carotis interna haemodynamikailag
jelentős szűkülete mennyiben felelős az agyi
ischaemiás történésekért?

A probléma elsősorban az átmeneti agyi
ischaemiás attackok (T. I. A.) miatt fontos. Az iro-
dalom egyetért abban, hogy ennek a kórfornának
a klinikai jelentősége a legnagyobb, a pontos loka-
lizációt adó agyi angiographia, majd a sikeres re-
konstruktív érműtét megmentheti a beteget a tar-
tós agyi ischaemiás károsodástól (3).

Az 1950-es évek végén, az 1960-as évek elején
több szerző az agyi ischaemiás károsodás ún. hae-
modynamikai elmélete mellett foglalt állást. E sze-
rint a nagyfokú carotis interna stenosis csökkenti
az agyi vérátáramlást, a hypotoniával és csökken
perctérfogattal szövődve felelős az agyi ischaemiás
jelenségekért (5). E kézenfekvő elgondolás a ké-
sőbbiekben nem állta ki a klinikai és kísérletes ta-
pasztalatok próbáját. Pontos mérések szerint az
agyai vérátáramlás carotis szűkületekben nem
csökken, csak akkor, ha a szűkület súlyos, és egy-
szerre több nagyeret érint (6). *Kendall* és *Marshall*
hypotoniát idézett elő carotis szűkületes betegeken,
de ischaemiás jeleket nem észleltek (7). Újabbban
a carotis interna, ill. a carotis communis athero-
matusus, ulcerált plaque-járól ismételtelen leszaka-
dó microembolusokkal magyarázzák az átmeneti
agyai ischaemiás rohamokat, melyek a definitív
neurológiai károsodás kialakulását megelőzik. A
retina cholesterin és fibrin embóliái átmeneti re-
tina ischaemiában (amaurosis fugax) (8), az anti-
coagulánsok és a thrombocytá aggregációt gátló
szerek jó hatása (9), az ischaemiás rohamok abba-
maradása teljes nagyérelzáródás (10) és a carotis
stenosist nem okozó atheromás plaque sebészi el-
távolítása után (11) mind bizonyíték a microembo-
lisatiós theória mellett.

Hazai vonatkozásban elsőként *Mérei* (15, 16) mu-
tatott rá az átmeneti agyi ischaemiás attackok
microembolisatiós eredetére, a microcirculatio je-
lentőségére.

Természetesen, amennyiben carotis stenosis je-
len van, a stenoticus érterületről a microembolisa-
tio lehetősége fokozottan fennáll, de ne felejtjük,
előfordulhat atheromás plaque ulceratio-érstenosis
nélkül is.

Saját angiográphiás összehasonlító vizsgálá-
tunk is emellett szólnak (2. táblázat). A carotis
eredetű (hemispherikus) T. I. A.-k csupán kb. 50%-
ban mutatható ki jelentős fokú nagyér stenosis,
számos esetben a tünetekért atheromás ulcus fele-
lős. Természetes, hogy az atheromás ulcus, plaque

szűkület nélkül áramlási akadályt nem jelent, a vér
áramlási sebességét lényegesen nem befolyásolja,
így a Doppler-methodika, de más non-invazív
módszer sem képes detektálni. A *Doppler-metho-
dikának csak a jelentős carotis stenosisal járó ér-
elváltozások kiszűrésében van szerepe*. Mindezekből
azt a következtetést vonhatjuk le, hogy típusos ca-
rotis eredetű T. I. A. esetén negatív Doppler-lelet
ellenére is angiographiát kell végeztetünk, mert
más módszerrel a microembolusok forrását kimu-
tatni nem tudjuk. Ennek elmulasztásával a beteget
definitív agyi károsodás veszélyének tesszük ki.
(15—36%-ra teszik az egyes tanulmányok a T. I.
A. utáni manifeszt agyi károsodások arányát.) (12,
13).

Az art. vertebralis Doppler-vizsgálatok azt
mutatják, hogy a methodika kb. 90%-os biztonsá-
gal szűri ki a legalább 50%-os vertebralis szűküle-
teket. Szemben a carotis Doppler-vizsgálatokkal,
itt magasabb az álpozitív eredmények száma (4.
táblázat).

Úgy hisszük, hogy ez a tarkótáji regisztrálás
hátrányából adódik: a nyak obesitása, spondylo-
ticus deformitása, nyaki izommerevség magyarázza
a hibásan kórosnak jelzett eseteket. Az arteria ver-
tebralis eredetű ischaemiás rohamok pathomecha-
nizmusa kevésbé tisztázott, mint a carotis eredetű-
tüké. Tényként fogadható el, hogy műtét csupán
mk. o.-i súlyos vertebralis stenosisoknál, ill. caro-
tis szűkülethez társuló vertebralis szűkületeknél
jön szóba, amennyiben a tünetek ezzel összefü-
gésbe hozhatók. Egyoldali art. vertebralis hiány,
hypoplasia vagy szűkület ugyanis gyakori teljesen
tünetmentes egyéneken is (14). A jelentős fokú art.
vertebralis szűkület detektálására a Doppler-me-
thodika alkalmas, s így a módszer használható an-
giographia előtti szűrésre is.

Az agyi Doppler-vizsgálatok teljesítőképessé-
gének áttekintése alapján vázolhatjuk azok indiká-
ciós területeit. Saját vizsgálataink alapján úgy lát-
juk, hogy agyi Doppler-vizsgálat indikált:

1. Carotis eredetű, átmeneti agyi ischaemiás
rohamok esetén angiographia előtti tájéko-
zódásra.
2. Vertebralis eredetű ischaemiás attackok
esetén angiographia előtti szűrésre.
3. Tartós neurológiai deficittel járó cerebro-
vascularis megbetegedéseknél (még ha re-
konstruktív érműtét nem is jön szóba) eset-
leges nagyérstenosis bizonyítására. Így eset-
leg a tu. irányában végzendő angiographia
elkerülhető.
4. Bizonytalan neurológiai tünetek esetén (esz-
méletvesztés, szédülés, bizonytalan látásza-
var stb.) angiographia előtti szűrésre.
5. Carotis zörejek, tapintásbeli különbség
megítélésére panaszmentes betegeken is.
6. Ún. veszélyeztetett betegek szűrésére agyi
érstenosis irányában (pl. hypertoniás, myo-
cardiális infarctuson átesett, multilocularis
érbetegek szűrésére műtéti beavatkozások
előtt).

$$\text{Specifitás } \% = \frac{\text{valódi negatív}}{\text{valódi negatív} + \text{álpozitív}} \times 100$$

$$\text{Szenzitivitás } \% = \frac{\text{valódi pozitív}}{\text{valódi pozitív} + \text{álnegatív}} \times 100$$

7. Reconstructív agyi érműtétek korai és késői effektusának vizsgálatára ismételt angiographiák helyett.
8. Nagy agyi ér stenosisok populációs vizsgálatára.

Saját tapasztalataink alapján megállapíthatjuk, hogy a carotis-vertebralis Doppler-vizsgálatok jelentősen gazdagították a non-invasív érdiagnosztika fegyvertárát. A methodika nagy előnye, hogy teljesen non-invasív, tetszés szerint ismételtető, s ha teljesítőképességét helyesen értékeljük, nagyon megbízható. Hátránya, hogy csupán a haemodinamikailag jelentős nagyérstenosist mutatja ki, s hogy kivitelezéséhez nem kevés egyéni tapasztalatra van szükség. Úgy hisszük, nem irreális jóslás, hogy a directionális Doppler-készülék elterjedésével a bel-, neurológiai és érsebészeti osztályokon néhány éven belül hazánkban is rutin diagnosztikai eljárássá válik.

Összefoglalás: Szerzők 230 beteg és 150 kontroll személy carotis-vertebralis Doppler-vizsgálatának eredményeit elemzik. Angiográfiával ellenőrzött eseteik alapján ítélik meg a methodika diagnosztikus teljesítőképességét: a módszert alkalmasnak tartják 50–75⁰/₀-nál jelentősebb nagyérstenosisok detektálására, ezzel szemben az eljárás nem alkalmas érszűkületet nem okozó atheromás ulcusok, plaque-k kimutatására. A legfontosabb indikációs területeket elemezve az átmeneti agyi

ischaemiás attackok vizsgálata mellett felhívják a figyelmet a methodikával végezhető szűrésre és postoperatív nyomonkövetésre.

IRODALOM: 1. Advisory Council for the National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke, National Institute of Health, Bethesda. Stroke: 1975, 6, 565. — 2. Millikan, C. H.: Circulation: 1965, 38, 438. — 3. Millikan, C. H., McDowell, F. H.: Stroke: 1978, 9, 299. — 4. Nelson, D. A., Mahru, M. M.: Arch. Neurol. (Chic): 1963, 8, 70. — 5. Denny-Brown, D.: Arch. Neurol.: 1960, 2, 194. — 6. Adams, J. E., Smith, M. C.: Surgery: 1963, 53, 449. — 7. Kendall, R. E., Marshall, J.: Brit. Med. J.: 1963, 2, 344. — 8. Ehrenfeld, W. K., Hoyt, W. F.: Arch. surg.: 1966, 93, 787. — 9. Barnett, H. J. M., McDonald, J. W. D.: Stroke: 1978, 9, 295. — 10. Julian, O. C., Dye, W. S. et al.: Arch. Surg.: 1963, 86, 803. — 11. Moore, W. S., Hall, A. D.: Amer. J. Surg. 1968, 116, 237. — 12. Whisnant, J. P.: Stroke: 1974, 5, 68. — 13. Fields, W. S., Lemak, N. A.: JAMA: 1976, 235, 2608. — 14. Beven, E. G. In: Peripheral Vascular Disease. F. A. Davis Company Philadelphia. 1971, 204. — 15. Mérei F. Tibor: Ideggyógy. Szle. 1975, 28, 193. — 16. Mérei F. Tibor: Ideggyógy. Szle. 1977, 30, 306. — 17. Farkas, P., Urai, L.: Orv. Hetil. 1980, 121, 1683. — 18. Farkas, P., Urai, L.: Orv. Hetil. 1980, 121, 1940.

Tekintse meg az  Bemutatótermében

(Budapest VI., Népköztársaság útja 36.)

Újdonságaink az orvostechikában

kiállítást

1980. szeptember
17–26-ig

Nyitva: naponta
9–16 óráig

Szombat–vasárnap
zárva

Minden érdeklődőt szeretettel várunk!

Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet
(főigazgató: Schweiger Ottó dr.)
Főv. Bajcsy-Zsilinszky Kórház-Rendelőintézet
(főigazgató: Laczkó Ede dr.)
Légzésrehabilitációs Szakrendelés

Biofeedback módszer alkalmazása asztmás betegekben

Levendel László dr. és Lakatos Mária dr.

Az ember ősi vágya, hogy önmaga megismerésén túl hatalmat nyerjen saját testének működése felett és képes legyen testi folyamatainak szabályozására. Ez a törekvés már a legrégebbi kultúrákban is jelentkezett és igen erőteljes az ősi keleti kultúrákban. Az egzakt természettudományos ismeretekkel dolgozó modern orvoslás számára — éppen a proprioceptív és interoceptív rendszerek, de az egész autonóm idegrendszer akarunktól független működésének tana folytán — ez a törekvés a legutóbbi időkig irracionálisnak tűnt. A dogmatizmus béklyóitól megszabadított felsőidegműködés tana, a klasszikus pavlovi kondicionálás, az „operans kondicionálás” elve és ennek Miller és munkatársai (31, 32) általi kiterjesztése az autonóm válaszok területére, a különböző tanuláselméletek, a kibernetika, a rendszerelmélet, a vezetés és szabályozáselméleti ismeretek és nem utolsósorban az elektronika fejlődése tette lehetővé, hogy az ember kimunkálja képességét saját testi, vegetatív folyamatainak befolyásolására, szabályozására (12, 35, 30). Mert a biofeedback módszer ennek a törekvésnek egyik megvalósítási formája és egyben meggyőző példája az interdisziplináris együttműködés újat létrehozó produktivitásának.

A biofeedback helyzet, ill. módszer lényege a biológiai folyamatok visszajelentése a szervezetben lezajló, akarattól független, többnyire nem is tudatosuló történésekről, abból a célból, hogy azokat észlelni és szabályozni megtanuljuk. Itt elsősorban az érzékszervek számára közvetlenül hozzá nem férhető bioelektromos jelenségekről van szó. A felerősített bioáramok regisztrálása jól ismert az elektroencephalographiában az agy kérgi aktivitásának, az elektromyographiában az izomzat, az elektrokardiographiában a szívizom elektromos aktivitásának vizsgálatára céljából. Az említettekben ki-

vül a biofeedback módszer azonban kiterjeszhető az indirekt vérnyomásmérés, a plethysmographia, az elektrodermális aktivitás (galvanikus bőrreakció) szignálparametereire is. A bioszignálokat természetes érzékszerveinkkel észlelni nem tudjuk. E gyenge áramok érzékelésére, felerősítésére, regisztrálására, ill. az emberi érzékelés számára hozzáférhető látási vagy hallási ingerekké való átalakításra szolgál a biofeedback készülék. A biofeedback helyzet lényegéhez tartozik, hogy az így átalakított vizuális, ill. akusztikus jeleket nemcsak a vizsgáló észleli, hanem a vizsgált személy is, a visszacsatolás révén. Így az addig a tudat szintjét el nem érő működések nemcsak hozzáférhetővé, ellenőrizhetővé válnak a tudat számára, de önerőből, akaratlagosan szabályozhatóvá is — természetesen tanulás és tréning révén. A kívánt működés, a sikeres szabályozás a visszajelentés módjától függően vizuális vagy akusztikus „sikerjelek”-kel jár együtt, ezért a beteg azt a feladatot kapja a biofeedback folyamatban, hogy ezeket a sikerjeleket létrehozza, fenntartsa, vagy éppen fokozza. A biofeedback helyzetben tehát nyilvánvalóan tanulási folyamatok játszódnak le, sok összetevőjű művelettanulás (38). „A tanulás a visszajelentés egyik formája, melynél a magatartásséma a megelőző tapasztalat révén módosul” (Wiener). Ezt a meghatározást alkalmazza lényegében Barber (3) a biofeedback módszere: „A biofeedback technika arra az alapvető tanulási elvre épül, hogy akkor tanulunk meg bizonyos válaszokat, ha információt, visszajelentést kapunk arról, hogy válaszuk megfelelő volt, vagy legalább olyan, amelyik közelebb visz kitűzött célunkhoz.”

Illyés (17) a biofeedback és tanulás folyamatát elemezve az érzékelés, a válasz, a belső folyamatok tudatosulása és a visszajelentés fontosságát emeli ki.

A biofeedback kutatások eredményei serkentették a törekvéseket a gyakorlati alkalmazásra, a különböző, elsősorban pszichoszomatikus betegségek gyógyításában. A hetvenes években előbb az USA-ban, majd később és kisebb számban Nyugat-Európában (főleg NSZK) jelentek meg cikkek a biofeedback módszer jelentőségéről, perspektívájáról, klinikai alkalmazásáról. A biofeedback „divattá” vált és erre céloz Birk (1973) maliciózan, hogy a biofeedback egyszerre témája a Science és a Playboy cikkeinek. A biofeedback módszer elveit, technikáját, alkalmazását, de a módszer problémáit, nehézségeit monográfiák (3, 37, 35, 32, 26), gyűjteményes kötetek (4) tartalmazzák. Terápiás felhasználását is tárgyaló ismertetőt nyújt magyar nyelven Császár (9, 10), Bagdy és Koronkai (2). Illyés és Tóth (19), Ágoston (1) a biofeedback készülékek kérdéseivel foglalkozik.

A tüdőgyógyászati gyakorlatban a biofeedback módszer még nem honosodott meg. Mi légzésrehabilitációs törekvéseink során figyeltünk fel erre a módszerre. 1957 óta foglalkozunk a légzésjavító módszerek kidolgozása sorában relaxáló technikákkal, elsősorban autogen tréninggel (36). Az első száz tüdőbetegben szerzett tapasztalatainkról húsz évvel ezelőtt, a 32. Tbc. Kongresszuson (20) számoltunk be. Az autogén tréningnek és az ebből

leszármazott relaxációs technikáknak a klinikai gyakorlatban több nehézsége van. A módszer megtanulása, hiszen tréningről van szó, legalább három hónapot, magasabb fokon további három hónapot igényel. Ezért a már a tbc érában is, mikor pedig lényegesen hosszabb ápolási idővel dolgoztunk, az esetek többségében kénytelenek voltunk megelégedni az alapgyakorlatok betanításával, amit beépítettünk a beteg komplex légzésrehabilitációs kezelésébe, és a tréninget a beteg mintegy „házi feladat”-nak kapta. A pulmonológiai átállás során, az átlagos ápolási idő fokozatos rövidülésével ez az időbeli nehézség még fokozódott. Például asztmás betegek relaxációs kezelése, különösen, ha a tömeges betegellátás igényét és szempontjait szem előtt kívántuk tartani, ugyancsak megnehezült. Ezen csak részlegesen segített az a törekvés (23, 24, 21), hogy az asztmás légzésvizsávarra adaptált, célzott relaxációs technikát dolgozzunk ki.

A másik nehézség a relaxáció gyakorlatában, hogy a betegek relaxáló készsége igen különböző. A relaxáció folyamatának, ill. fokának motoros regisztrálása a mindennapi gyakorlatban nem megoldott. Az izomtónus megtapintása magát a relaxáció folyamatát zavarja. Így a beteg szubjektív önmegfigyelésén alapuló, szubjektív közlésére és az izomtónus, a relaxációt, ill. annak zavarát kísérő jelenségek vizuális észlelésére kellett hagyatkoznunk. E két nehézség (a relaxáció megtanulásának gyorsítása és a relaxáltság regisztrálása) elhárítása, ill. csökkentése miatt fordult figyelmünk a biofeedback technika felé.

Mint ahogy a klinikai alkalmazás más területein (27, 25, 33), a mi szakmánkban is a biofeedback módszer szorosan kapcsolódott a relaxációs eljárásokhoz. Részint ezért, részint, mert korábbi érdeklődésünk az elektromyographia iránt (22) némi ilyen irányú tapasztalatot eredményezett, EMG típusú biofeedback módszert láttunk céljaink szempontjából legalkalmasabbnak.

Az EMG feedback alkalmazásának két évtizedes múltja van (14, 15, 37, 5, 6, 7, 8, 18), mint ahogy a relaxációs és biofeedback technika együttes alkalmazása a kölcsönösen adjuváló, synergista hatásuk, a tanulás meggyorsítása miatt ugyancsak nem újkeletű.

Bár nagy teljesítményű EMG készülékkel is lehet biofeedback vizsgálatot, mérést végezni, mint ahogy mi is dolgoztunk Disa, ill. Medicor EMG-vel, céljainknak az asztmás betegek ellátásában a miniaturizált portábilis készülékek látszottak megfelelőnek. Ilyet, többek közt a nyugatnémet Zak Laboratórium is előállít. Egy ilyen típusú EMG-biofeedback készüléket az Astra gyár teljes felszereléssel bocsátott rendelkezésünkre, amiért ezúton mondunk köszönetet.

A módszer

A készülék kezelése rendkívül egyszerű. A paramedikális asszisztencia, sőt, elvileg a beteg is betanítható volna használatára. A nagyszámú motoros egységből (motoneuron) summálódó izomrostok akciós-áramát kontakt elektródákkal (2 indifferens, 1 differens) vezetjük le a bőr felszínéről, számolva annak többlet ellenállásával. Minthogy az elvezetett akciós-áram mikro-, esetleg milivoltban mérhető feszültségkülönbséget képviselnek, ahhoz, hogy regisztrálhatók legyenek, a testközélemben levő, ún. előerősítőbe (elektro-

dabox) kell csatlakoztatni az elektródákat, ahol százszorosán (40 dB) felerősítődnek és a felerősítőbe vezetődnek. Az ellenállás csökkentése céljából a bőrt zsírtalanítjuk, finom polírpapírral megdörzsöljük. Az elektróda krém, ill. elektróda tapasz segítségével az elektródákat az alkar hajlító oldalára (m. brachioradialis eredési, ill. tapadási pontjaira, inkább, ill. a differens elektródát az izomhas fölé) helyezjük. Asztmás betegeknek inkább a glabella akciósáramát fogjuk fel (indifferens elektródákat a szemöldök, a differens az orrgyök fölött a homlokra helyezve). Az elektróda-boxon van egy kis világító dióda visszajelző készülék, mely gomb nyomására csak akkor villan fel, ha a testfelszín és az elektródák közt az ellenállás nem nagyobb a megengedettnél (20 kOhm), és így a bioszignál útja a készülékhez biztosított. A miniaturizált EMG készülék Nica (Ni—Cd) akkumulátorral működik. Az akkumulátort minden huzamosabb használat után speciális adapter beiktatásával feltöltve (túltöltés kizárva), 20 óra működést biztosít a készüléknek. Ezzel a módszerrel a beteg a hálózati árammal nem is jut kapcsolatba, ami teljes védelmet jelent. A felerősített akciós-áramok vizuális és akusztikus jelle alakulnak a készülékben. Az előbbi a vizsgáló által leolvasható a fokozatkapcsolóval állítható kilenc tartományban voltméteren 1, 3, 10, 30, 100, 300 μ V, ill. 1, 3, 10 mV. A feedbacket a hangjel képezi a beteg számára, s ezt fülhallgatóval észleli. A visszacsatolt hang erőssége, mélysége, magassága, hangszíne tetszés szerint két fokozatkapcsolóval, ill. hangerősítő-szabályozóval állítható 0—100 Hz közt. Túl éles vagy erős hang magát a relaxációs folyamatot zavarja. Viszont a beállításkor meg kell adni a lehetőséget, hogy a relaxálás révén annak elmélyülésével párhuzamosan a hangjelzés jelentősen csökkenthető legyen. A csipogó, kissé kellemetlen hang elhalkulása a visszajelzés és egyben a „sikerjel” a beteg számára.

Asztmás betegek vizsgálata, ill. tanítása

A meglehetősen kiterjedt biofeedback irodalomban általánosságban gyakran olvashatunk ajánlást az asztmás betegeknek történő alkalmazásra. Konkrét vizsgálat, ill. közlés viszont meglepően kevés történt.

Davies és mtsai (11) súlyos és nem súlyos asztmás gyermekek vizsgálták a relaxációs tréning összekapcsolását biofeedback módszerrel, miközben Wright Peak Meter-rel mérték a légúti ellenállást. Tekintve a soktényezős vizsgálatot, eredményeiket faktoranalízis segítségével értékelik. Levenson és mtsai (29) minthogy a bronchus rendszer izomtónusát nem lehet közvetlenül mérni, ugyancsak légzésfunkciós paraméterek változásából próbálnak következtetni. Herring (16) beszámol a nyaki mikrofon segítségével közvetített bronchospasmus okozta sípoló hang befolyásolásáról biofeedback módszer által. Feldman (13) gyermekeknek, ill. serdülőknél folyamatosan regisztrálva a légúti ellenállás változását elemzi nyugalomban, hörgőtágítók mellett, a hangelet visszacsatolva a beteghez fülhallgatóon. Ily módon tudta segíteni a relaxációs tréninget. Scherr és Crawford (34) ugyancsak asztmás gyerekeknek, három egymást követő évben alkalmazva a biofeedback által közvetített relaxációs tréninget, azt értékes terápiás kiegészítésnek találták. Az asztmás betegek biofeedback módszert alkalmazó szerzők lényegében az asztmás betegek hörgőspasmusát kívánták befolyásolni és a hatást a légzésfunkciós paraméterek változásával regisztrálni. Megítélésünk szerint ennek az elképzelésnek és módszernek sok nehézsége, ill. hibaforrása van. Az asztmás betegek tünetképződése, de még azon

belül a légúti ellenállás fokozódása is multifaktoriális jelenség, melynek akár kedvező változását sem lehet az egyik tényezővel, ez esetben a biofeedback-el megsegített relaxációval értelmezni. Mi egyelőre sokkal egyszerűbb célkitűzésekkel alkalmazzuk az asztma klinikumában a biofeedback módszert. Csak magát a relaxáló képességet, ill. az ezzel elért relaxációs fokot vizsgáljuk a módszerrel. Ezt úgy végezzük, hogy a tanulási folyamat különböző fokán (2—3 hetenként) mérést végzünk. Először alaphelyzetben, majd felszólítjuk a beteget, hogy szokott módon relaxáljon. Ennek sikeréről a beteg fülhallgatón keresztül kap visszajelentést, magunk pedig a kis voltméteren leolvashatjuk a bekövetkezett feszültségcsökkenést. A betegenként különböző feszültség-ingadozás csökkenése csak akkor értékelhető relaxáltság eredményének, ha az jelentős, a kiindulási érték $\frac{1}{3}$ -a, $\frac{1}{2}$ -e. Vizsgálat közben a relaxációt zavaró hatások (pl. zaj, a beteg mozog, innervál) rögtön mutatkoznak a feszültség-ingadozás fokában.

Komplex légzésrehabilitációs kezeléseink során tapasztaljuk, mennyire előnyös, ha a beteget sikerült megtanítani relaxálni. A bronchospasmus okozta légúti obstrukciót nemcsak adrenerg sprayk újabb és újabb alkalmazásával tudjuk kezelni, hanem a kémiai relaxálást kombinálva fiziológiai relaxálással, jelentősen meg lehet nyújtani a desobstrukciós időszakot, így sikerült többnyire elkerülnie a sprayk excessiv használatát és az azzal járó cardiális ártalmakat, veszélyeket. A relaxálásra megtanított betegnél sikeresebben tudjuk a dyskriniás tüneteket is befolyásolni, mert az expectoratio is könnyebben kivitelezhető. Pszichológiai szempontból is előnyös a relaxáció, már csak az eljárás autogenitása miatt is, mert csökkenti a beteg függőségét, gyógyszer és terapeuta dependenciáját (28). Ugyanakkor a kóros arousal szintet tartósabban és fiziológiásabban csökkenti, mint a különböző, sokszor kétélű szedatívumok. Ezek és másutt már kifejtett szempontok miatt kívánatosnak tartjuk a relaxációs technikák széles körű alkalmazását az asztmás betegek ellátásában. Ezért foglalkozunk most a relaxáció tanulásának megkönnyítését, ill. meggyorsítását célzó biofeedback technikával. Ennek lényege, hogy a beteg a tréninget folyamatosan biofeedback helyzetben végzi. A kezdeti eredmények biztatóak, de csak nagy számú beteg és hosszú katasztikus idő után szerzett tapasztalatok alapján lehet e kérdésben állást foglalni és az eljárás gyakorlati értékét megítélni.

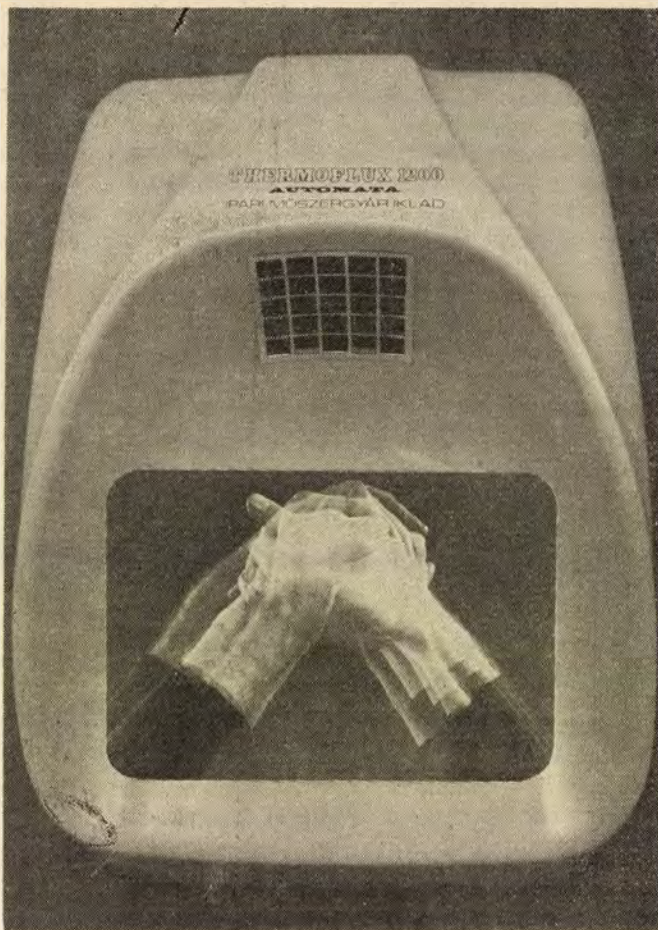
Összefoglalás: Vázlatosan ismertetik a biofeedback kutatás útjait, az eljárás elvét, kapcsolatát a relaxációs technikákkal, klinikai, terápiás célú alkalmazásának lehetőségeit. Asztmás betegeken elsősorban a relaxációs készség, ill. a relaxáció fokának mérésében és a relaxáció gyorsabb megtanulásában látják a módszer gyakorlati jelentőségét. Céljaiknak az elektromyográfus (EMG) típusú biofeedback készülék felelt meg. Egy miniaturizált, portábilis készülékkel végzik vizsgálataikat, melynek módszereit, kezdeti tapasztalatait ismertetik.

IRODALOM: 1. *Ágoston, M.:* Finommechanika — 1977, 16, 97. — 2. *Bagdy E.—Koronkai B.:* Relaxációs módszerek. Medicina Bp. 1978. — 3. *Barber, T. X.:* Biofeedback and self-control. Aldine, Chicago. 1971. — 4. *Birk, L.:* Biofeedback. Behavioral medicine. Grune and Stratton, New York. 1973. — 5. *Budzynski, Th. H.:* Seminar in Psychiat. 1973, 5, 537. — 6. *Budzynski, Th. H.—Stoyva, J.—in Birnbauer, N.:* Neuropsychologie der Angst. Urban und Schwarzenberg Verlag München, Berlin, Wien. 1973, 35, 484. — 7. *Budzynski, Th. H.—Stoyva, J.:* In: Legewie und Nusselt. 1975. — 8. *Császár Gy.:* Biofeedback és a gyógyítás. Kézirat. 1976. — 9. *Császár Gy.:* Orv. Hetil. 1977, 118, 1213. — 10. *Davis, M. H. és mtsai:* J. Psychosom. Res. 1973, 17, 121. — 11. *Engel, B. T.—Sittenfeld, P.:* Med. Klin. 1977, 19, 72. 840. — 12. *Feldmann, G. M.:* Psychosom. Med. 1976, 38, 27. — 13. *Fernando, C. K.:* Clinical Application of Biofeedback Techniques in Neuromuscular Conditions. Kézirat. Evszám nélkül — 14. *Green, E. és mtsai:* Psychophysiol. 1969, 6, 371. — 15. *Herrings, M.:* Medical Tribune 1976, 17, 1. — 16. *Illués S.:* Magyar Pszichol. Szemle 1974, 31, 15. — 17. *Illués S.:* Magyar Pszichol. Szemle 1974, 31, 159. — 18. *Illués S.—Tóth G.:* Medicores News 4, 1975, 20—25. — 19. *Lakatos M.—Levendel L.:* 32. Tbc. Nagyváltás Kiadványa. Bp. 1959, 107—110. — 20. *Lakatos M.—Levendel L.:* Légzésrehabilitáció. Akadémiai Kiadó. Bp. 1976. — 21. *Lakatos M.—Lukács L.—Levendel L.:* Orvosi Hetilap 1961, 102, 2278. — 22. *Lakatos M. és mtsai:* Asthmás betegek légzésrehabilitációs kezelése. Előadás. 1973. IX. 22. Kékestető. — 23. *Lakatos M. és mtsai:* Tuberk. és Tüdőbetegs. 1975, 28, 211. — 24. *Lana, P. J. és mtsai:* J. Exp. Psychol. 1967, 75, 425. — 25. *Legewie, H.—Nusselt, L.:* Biofeedback-therapie. Fortschr. der. Klin. Psychologie 6. Urban und Schwarzenberg Verlag. München. Berlin. Wien. 1975. — 26. *Leuner, H.:* Med. Klin. 1976, 71, 2. — 27. *Levendel L.:* Pneumonologia Hungarica. 1979, 32, 488. — 28. *Levenson, R. W. és mtsai:* In: Legewie, Nusselt. 1975. — 29. *Lynch, J. J.—Paskewitz, D. A.:* J. Nerv. Ment. Disease. 1971, 153, 205. — 30. *Miller, N. E.:* Science. 1969, 163, 434. — 31. *Miller, N. E. és mtsai:* Biofeedback and self-control. Aldine. Chicago. 1974. — 32. *Richter, R.:* Weltwoche. 1975, 42, 22. — 33. *Scherr, M. S.—Crawford, P. L.:* An. Allerg. 1978, 41, 288. — 34. *Shapiro, D. és mtsai:* Biofeedback and self-control. Aldine. Chicago. 1973. — 35. *Schultz, J. H.:* Das autogene Training. G. Thieme. Stuttgart. 13. Auflage. 1970. — 36. *Stoyva, J. és mtsai:* Biofeedback and self-control. Aldine, Chicago. 1972. — 37. *Vaitl, D.:* Med. Klin. 1975, 44, 1763.



kiváló árak fóruma

**A THERMOFLUX automata
kézszárító készülék
kiválóan alkalmas
kórházakban és orvosi
rendelőintézetekben,
ahol egyéni rendeltetésű
törülköző nem alkalmazható
higiénikus kézszárítás
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**

Pécsi Orvostudományi Egyetem

Gyermekklinika

(igazgató: Mestván Gyula dr.)

és Központi Klinikai Kémiai Laboratórium

(igazgató: Jobst Kázmér dr.)

Lymphocyták felszíni töltése fejlődési rendellenességekben

Kosztolányi György dr. és Jobst Kázmér dr.

A morfogenezis zavarára visszavezethető makroszkópos fejlődési rendellenességek az újszülöttek mintegy 30%-át érintik (3). Ezeknek egy kis részében sikerül ugyan tisztázni az etiológiai hátteret (teratogén hatás, kromoszómahiba, monogén rendellenesség), azonban még ennek ismeretében is feltűnően keveset tudunk azoknak a folyamatoknak a pontos mechanizmusáról, melyek a morfogenezis zavarát eredményezik (13, 14).

Néhány megfigyelés alapján jogosnak látszik az a feltételezés, hogy a *normális* embrionális differenciálódás folyamataiban a sejtfelszínnek jelentős szerepe van (8, 12). Eszerint a morfogenezis eseményeit, egyes sejtcsoportok növekedésének serkentését vagy fékezését a sejtfelszíni komponensek genetikailag programozott változásai közvetítik (13). A sejtfelszín egyik kvantitatív is jól jellemezhető tulajdonsága, a *felszíni elektromos töltés* például bizonyára szerepet játszik az embrionális differenciálódásban, ahogy erre néhány állatkísérletes adat utal. A sejtfelszín töltése, amiről a sejtek *elektroforetikus mobilitásának* (továbbiakban EM) meghatározása révén tájékozódhatunk, a felszíni poláris csoportok számától és milyenségétől függ: az EM fajra és sejtre nézve genetikailag determinált, jól reprodukálható érték (1). Az említett kísérleti megfigyelések szerint kételtűek embrionális sejteinek EM-a a fejlődés különböző stádiumaiban nem azonos, sőt, eltérő az embrió különböző helyeiről nyert sejtek EM-a is (4, 10).

A normális embrionális differenciálódásról mondottakból kiindulva nem elképzelhetetlen, hogy az embrionális fejlődés *zavarai* is a sejtfelszíni sajátságokban bekövetkező kóros változásokkal állhatnak kapcsolatban. Más szóval a fejlődési rendellenességek kialakulásakor a hibás gén(ek) vagy teratogén ágensek — legalábbis részben — a

sejtfelszíni sajátságok megváltoztatása révén okoznak a morfogenezis zavarát. Ezzel kapcsolatos ismereteink azonban meglehetősen hiányosak.

Ezen megfontolások alapján érdekesnek ígérkezett megvizsgálni néhány fejlődési rendellenességben a sejtfelszíni töltésviszonyokat. Vizsgálati objektumként a kérdés első megközelítésére a vér lymphocytákat (továbbiakban lym) választottuk. A szöveti sejtekkel szemben ugyanis a vérsejtek jobban megfelelnek azoknak a követelményeknek, melyeket az EM megbízható meghatározása kíván, közülük pedig az élénk anyagcseréjű, generációs ciklusú lym-k bizonyára jobban reprezentálják a szervezet egészét, mint a magvatlan vörösvértestek vagy thrombocyták.

Anyag és módszer

A vizsgált fejlődési rendellenes betegek két csoportba oszthatók. A *kromoszómális rendellenességek* csoportjába 2 hónapos és 7 éves kor közti gyermekek kerültek, akiknek a rendellenességét korábban diagnosztizáltuk. A másik csoportot a POTE Gyermekklinika újszülött- és sebészeti osztályára került *ajak-szájpadhasadékos*, ill. *velőcsőzáródási hibával* született néhány napos újszülöttek alkották. A *kontroll* csoport kialakítása a következőképpen történt. A kromoszóma-hibások közül egy alkalommal több, megközelítőleg azonos korú gyermeket rendeltünk be vérvételre, s melléjük egy hasonló korú egészséges gyermeket választottunk. Az ajak-szájpadhasadékos, ill. velőcsőzáródási hibával született csecsemők mellé minden esetben egy azonos napon született csecsemőt vettünk. A kontroll csoportot így 13 két hétnél fiatalabb újszülött, valamint 5 háromhónapos és 8 éves kor közti gyermek alkotta. Mivel köztük nem mutatkozott szignifikáns különbség a lym-k EM-ban, ezt a 18 fős csoportot egysegesen kezeltük.

A *lym-k izolálására* 8–12 ml vért vettünk szilikonos csövekben heparinos alvadégtárlással. A lym-kat Ficoll (Pharmacia) felhasználásával, elválasztó centrifugálással szeparáltuk. A sejteket egyszer Hanks-oldatban (Gibco), kétszer „standard só”-ban (145 mM NaCl, a pH 145 mM NaHCO₃-al 7,3 + 1-re állítva) mostuk. A sejtminta 80 + 10%-ban lym-ből állt. Az EM meghatározásakor a kis százalékban jelen levő granulocyták és monocyták jól elkülöníthetőek voltak a lym-ktől a készülék fáziskontraszt mikroszkópjában, így azokat nem vettük figyelembe. A sejtminta vizsgálatát a vérvételtől számított 8 óra belül elvégeztük.

A sejtek EM-t OPTON Cytopherometerben 4 mA áramerősség mellett 25 °C-on „standard só”-ban határoztuk meg. Mintánként általában 25, de legalább 20 sejt vándorlását mértük. Az EM-t $\text{usec}^{-1} \text{ volt}^{-1} \text{ cm}$ -ben adtuk meg. A módszer részleteit illetően korábbi munkáinkra utalunk (7, 9).

Eredmények és megbeszélés

Mivel a két betegcsoport élesen különbözik egymástól kórerediti szempontból, az eredmények közlését, az adatok értékelését külön-külön foglaltuk össze.

Kromoszómális rendellenességek

Az eredményeket *táblázaton* tüntettük fel. Látható, hogy az eddig vizsgált kromoszómahibás gyermekek lym-inak EM-ban nem találtunk szignifikáns eltérést a kontroll értékekhez képest.

Említettük már, hogy a sejtek EM-a, a sejtfelszín molekuláris összetétele genetikailag determinált. Semmit nem tudunk azonban azoknak a gének-

1. táblázat. **Lymphocyták elektroforetikus mobilitása különböző fejlődési rendellenességekben**

	No.	EM	±SD	±SE	p
Kromoszómális rendellenesség					
21-triszómia	6	0,886			0,021
18-triszómia	1	0,876	0,208		
mozaik 8-triszómia	1	0,899	0,190		
46, XX, 4r	1	0,901	0,168		
46, XX, 5p—	1	0,910	0,210		
46, XX, 18p—	1	0,869	0,178		
47, XXY	1	0,889	0,220		
49, XXXXY	1	0,902	0,210		
45, XO	2	0,880	0,190		
47, XYY	1	0,878	0,228		
Multifaktoriális rendellenesség					
Ajak-szájpadhasadék	6	1,007		0,019	<0,01
Velőcsőzáródási hiba	7	0,990		0,018	<0,01
Kontroll	18	0,891		0,019	

EM = elektroforetikus mobilitás $\mu \text{ sec}^{-1} \text{ volt}^{-1} \text{ cm-ben}$.

nek a helyéről, természetéről, melyek a membrán biogenezisének, a sejtfelszín poláris csoportjainak kialakulását irányítják. A kérdés megközelítéséhez jó lehetőséget nyújt kromoszóma-rendellenes egyének vizsgálata. Ha ugyanis kromoszómális anyag-többlettel vagy anyaghiánnyal született egyéneknél a normálistól eltérő felszíni töltésvizonyokat találunk, ez azt jelentené, hogy a sejtfelszín összetételének megváltozásáért felelős gének az adott kromoszómára vagy kromoszómarészletre lokalizálhatók.

Eddigi eredményeinkből — noha általában csak egy-egy esetet tudunk ezidáig vizsgálni — nagy valószínűséggel arra lehet következtetni, hogy a 8-as 18-as, 21-es kromoszómán, a 4-es kromoszóma rövid és hosszú karjának, ill. az 5-ös kromoszóma rövid karjának terminális részén, valamint a nemi kromoszómákon nincsenek olyan gének, melyek egymagukban jelentősen befolyásolnák a lym-k felszíni töltését, azaz a membrán legkülső rétegének molekuláris felépítését.

*Ajak-szájpadhasadék,
velőcsőzáródási rendellenesség*

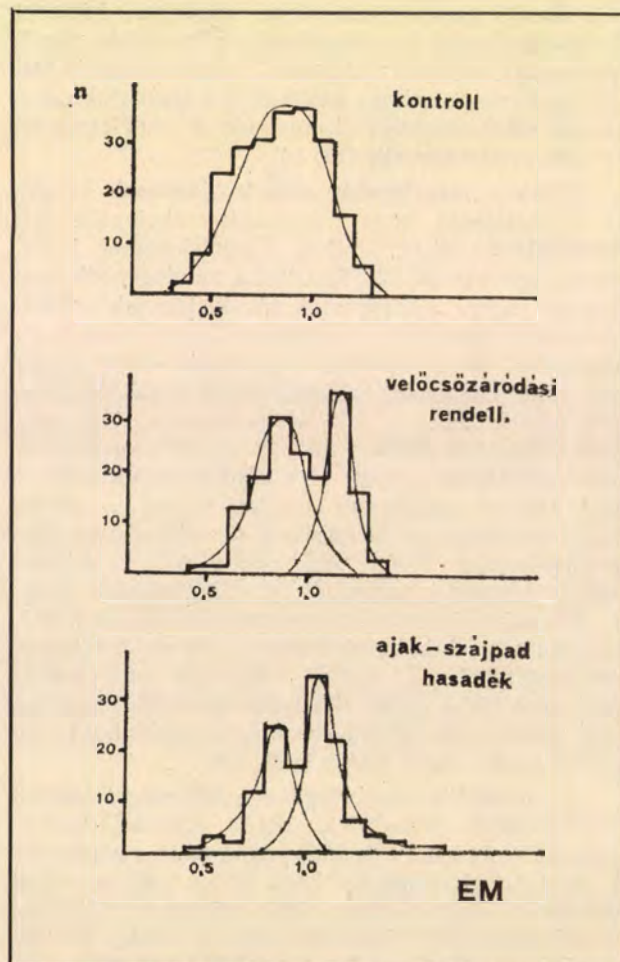
Mindkét esetben a genetikai hajlam mellett provokáló környezeti hatásokat is feltételezünk a rendellenességek kialakításában (multifaktoriális öröklésmód). Itt tehát fontosnak látszott, hogy a méhen belüli viszonyok jobb megközelítésére újszülötteken végezzük a vizsgálatot.

Ahogy a táblázatból látható, mindkét fejlődési rendellenesség esetében nagyobbak találtuk az újszülöttek lym-inak átlagos EM-t a kontroll értékénél.

Az eredményeket hisztogramon is feltüntettük (ábra). A lym-k negatív EM-a ugyanis tág szélső értékek között oszlik meg, így a sejtek EM-nak átlagán és a szóráson kívül a lassabban és gyorsabban vándorló sejtek közti esetleges arányeltolódás is informatív lehet. (11, 15). Látható az ábrából, hogy a kontroll csoportban a lym-k EM-a — Vas-

sar és mtsai (15) vizsgálataival megegyezően — unimodális megoszlást mutatott. Ezzel szemben mindkét betegcsoportban egy gyorsabban vándorló, negatívabb felszíni sejtpopuláció mutatkozott a hisztogramon, a lym-k nagyobb átlagos EM-a így erre vezethető vissza.

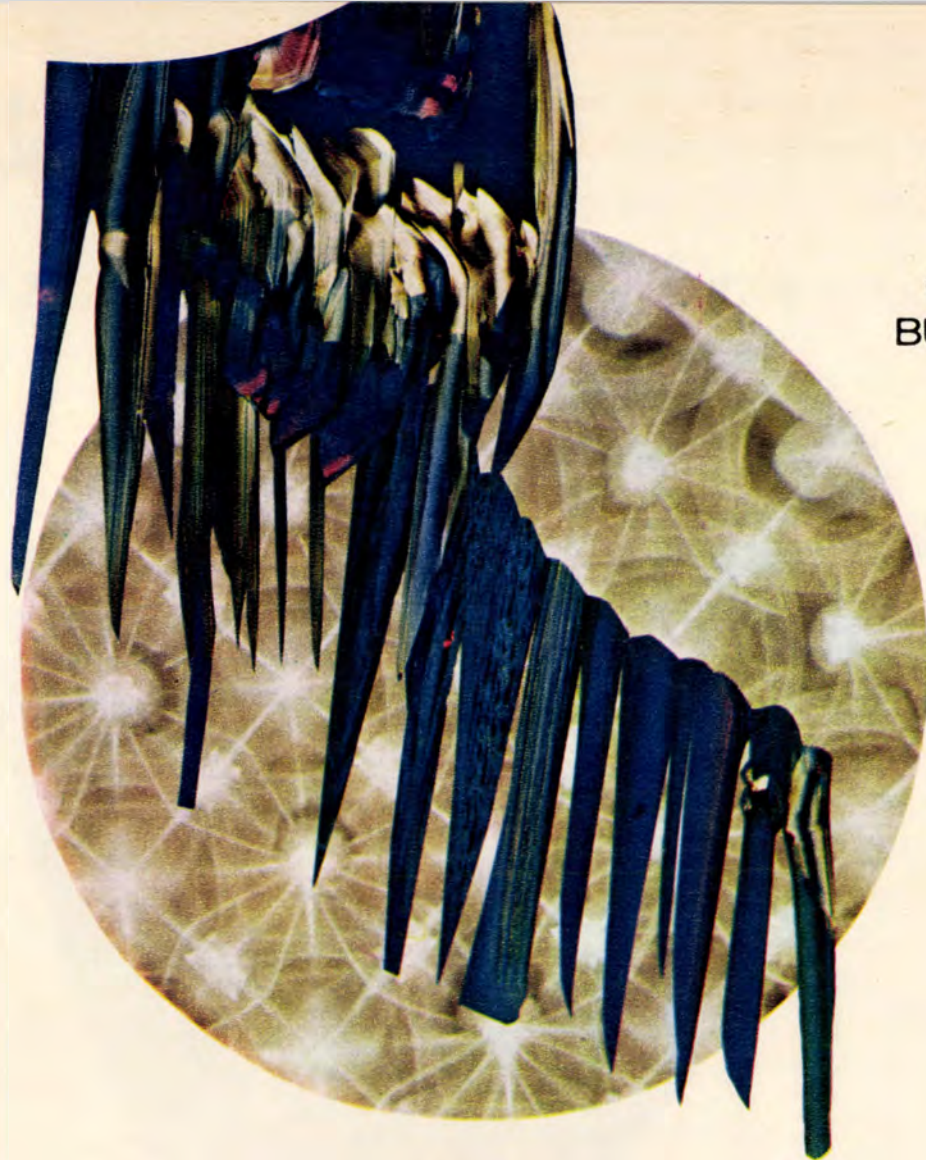
Egy negatívabb felszíni, egymást tehát jobban taszító sejtpopuláció létezése fontos adat lenne e két fejlődési rendellenesség kialakulási mechanizmusának megértésében. Az esetszám azonban egyelőre kevés ahhoz, hogy az eredményekből következtetéseket lehetne levonni, s a vizsgálóban óhatatlanul kételyek is felmerülnek. Ismert egyrészt, hogy egészséges felnőttek közt individuális különbségek mutatkozhatnak a lym-k EM-ban (15). Arról, hogy ez újszülöttkorban is így van-e, nem lehet nyilatkozni, mivel újszülöttkori lym-k felszíni töltéséről eddig semmiféle adat nem ismert. Márpedig annak kizárásához, hogy az általunk észlelt különbség egy esetleges újszülöttkori individuális különbözőségről adódó véletlenszerű eltérés lenne, mindenképpen további, kellő számú vizsgálatra van szükség. Másrészt, a lym-k vizsgálatával kapott eredmények csak többszörös áttétellel vonatkoztathatók a rendellenességek kialakulási mechanizmusára, hiszen semmi bizonyíték nincs arra vonatkozóan, hogy a lym-k felszíne reprezentálná a fejlődő gazdat egészét.



Ábra: Lymphocyták elektroforetikus mobilitása gyakoriság/mobilitás hisztogramon feltüntetve.



CHINOI
BUDAPEST



PROBON®

drazsé

ANALGETICUM

A Probon új típusú fájdalomcsillapító. Gátolja a kábító hatású fájdalomcsillapítók légzéscsökkentő hatását is, ugyanakkor azok fájdalomcsillapító hatását fokozza. Terápiás adagban nem toxikus, megszokást nem okoz, jól tűrhető, ezért hosszabb ideig tartó adagolásra is alkalmas.

ÖSSZETÉTEL

Drazsénként 300 mg rimazolium methylsulfuricum (1,6-dimethyl-3-carbaethoxy-4-oxo-6,7,8,9-tetrahydro-homopyrimidazolium methylsulfuricum) hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK

Krónikus mozgásszervi fájdalmak megszüntetése. Egyéb fájdalmakban: a szokásos fájdalomcsillapítókkal nem szüntethető igen heves fájdalmak csillapítására görcsoldókkal és kábító hatású fájdalomcsillapítókkal előnyösen kombinálható. A légzésre gyakorolt hatása miatt különösen javallt idős betegek fájdalmainak csillapítására. Fejfájás csillapítására nem alkalmas.

ADAGOLÁS

Felnőttek egyszeri adagja fájdalom esetén 1 drazsé, napi adagja szükség szerint 3, fekvő beteg részére 4 drazséig emelhető.

MELLÉKHATÁSOK

Ritkábban enyhe hányinger, szédülés, kábultság és a terápiás adagot meghaladó dózis esetén fejfájás előfordulhat.

FIGYELMEZTETÉS

A Probon fokozza mind a centrális depressziós szerek, mind a kábító hatású fájdalomcsillapítók hatását, ezek egyidejű alkalmazásakor – egyéni megítélés alapján az adagok csökkentése ajánlatos.

MEGJEGYZÉS

✘ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

CSOMAGOLÁS

10 db drazsé

Térités: 3,90 Ft



CHINOIN BUDAPEST

SENSIT[®]
drazsé

CORONARIA DILATATOR



A Sensit új típusú koszorúsér-tágító. Kalcium-antagonista és foszfodiészteráz-aktivitást gátló hatása miatt növeli a szív anoxia-toleranciáját, csökkenti a szívizom oxigénfelhasználását, tágítja a koszorúereket, fokozza a koronáriaáramlás mértékét, növeli a szívizom oxigénellátását. Kardioprotektív hatása stressz-situációkban is érvényre jut, amennyiben kivédi a katekolaminok kardiostimulatorikus hatását. Adagolását az első stenocardiás panaszoknál előnyös elkezdni. Huzamosabb használata mellett csökken a nitroglicerín-igény.

ÖSSZETÉTEL

Drazsénként 50 mg fendilinum hydrochloricum hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK

Koronária-elégtelenség, angina pectoris, coronaria-sclerosis, a szívinfarktus megelőzése és utókezelése.

ELLENJAVALLAT

A szívinfarktus akut fázisa. Terhességben csak vitalis indikáció esetén alkalmazható.

ADAGOLÁS

Átlagos adagja felnőtteknek naponta 3×1 drazsé.

MELLÉKHATÁSOK

Gyomorpanaszok, fejfájás, nyugtalanság, kábultság vagy allergiás jelenségek szórványosan előfordulhatnak, melyek a dózis átmeneti csökkentésére többnyire megszűnnek.

FIGYELMEZTETÉS

Májbetegek huzamosabb kezelése során ajánlatos az időszakos laboratóriumi ellenőrzés.

Vérszűzcsökkentők és bétareceptor-blokkolók hatását erősítheti, illetve kiegészítheti, ezért együttes adásuk esetén fokozott óvatosság ajánlatos.

MEGJEGYZÉS

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

CSOMAGOLÁS

50 db drazsé

Térités: 2,70 Ft

Mindezen kételemek ellenére az eredmények — úgy véljük — figyelemkeltőek, és odasorolhatók néhány újkeletű megfigyelés mellé. Az elmúlt években ugyanis mind az ajak-szájpadhasadék (5), mind a velőcsőzáródási rendellenesség esetében (2, 6) olyan adatokat közöltek, melyek a magzati sejtfelszín receptoraira, a sejtek adhezivitására, végső soron tehát a sejtfelszíni sajátságokra hívják fel a figyelmet. Úgy gondoljuk, hogy — az előbbi kételemek eloszlása után — a további sejtelektroforetikus vizsgálatok számos érdekes és fontos felismeréshez vezethetnek a fejlődési rendellenességek kialakulási mechanizmusának tisztázásában.

Összefoglalás. A perifériás lymphocyták felszíni elektromos töltésvizonyait határozták meg fejlődési rendellenes gyermekekben. Az eddig vizsgált kromoszómális rendellenességekben (21-triszómia, 18-triszómia, 8-triszómia, 4r, 5p-, 18p-, XXY, XXXXY, XO, XYY) a sejtek elektroforetikus mobilitása nem mutatott eltérést a kontroll gyermekek értékeihez képest. A 6 ajak-szájpadhasadékkal és a 7 velőcsőzáródási rendellenességgel született új-

szülött lymphocytáinak átlagos mobilitása szignifikánsan nagyobb volt, mint az illesztett kontroll csoportban. Mindkét betegcsoportban egy gyorsabban vándorló, negatívabb felszínű sejtpopuláció mutatkozott a gyakoriság/mobilitás hisztogramon. Az észlelet megerősítésére további vizsgálatok szükségesek; ezek folyamatban vannak.

IRODALOM: 1. *Ambrose, E. J.* (Szerk.): Cell electrophoresis. Churchill Ltd., London, 1965. — 2. *Bobrow, M. és mtsai:* J. Med. Genet. 1978, 15, 97. — 3. *Czeizel E.:* Orv. Hetil. 1978, 119, 2485. — 4. *Dasgupta, S. és Kung-ho, C.:* Exp. Cell Res. 1971, 65, 463. — 5. *Goldman, A. S., Shapiro, B. H. és Katsumata, M.:* Nature 1978, 272, 464. — 6. *Cosden, Ch. és Brook, D. J. H.:* Lancet 1977, I., 919. — 7. *Kellermayer M. és mtsai:* Orv. Hetil. 1972, 113, 679. — 8. *Kemler, R. és mtsai:* Proc. Nat. Acad. Sci. USA 1977, 74, 4449. — 9. *Kosztolányi Gy., Kellermayer M. és Jobst K.:* Orvos és technika 1968, 6, 129. — 10. *MacMurdo-Harris, H. és Zalik, S. E.:* Develop. Biol. 1971, 24, 335. — 11. *Mehrishi, J. N.:* Progr. Biophysic. Molec. Biol. 1970, 25, 1. — 12. *Moscona, A. A.:* Science 1971, 171, 905. — 13. *Pious, D.:* J. Pediat. 1975, 86, 162. — 14. *Poswillo, D.:* Brit. Med. Bull. 1976, 32, 59. — 15. *Vassar, P. S., Levy, E. M. és Brooks, D. E.:* Cell. Immunol. 1976, 21, 257.

FENISTIL

gél

G 100

Antiallergica topica

KÜLSŐLEGES

HASZNÁLATRA



ÖSSZETÉTEL:

1 tubus (30 g): 30 mg dimetindenum maleinicum hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK:

Bőrbetegségeket kísérő viszketés; urticaria; rovarcsípés; napégés; enyhe fokú égési sérülések.

ELLENJAVALLATOK:

Jelenleg nem ismeretese.

ALKALMAZÁS:

Naponta 2–4 alkalommal a beteg bőrfelületet bekenjük. Igen erős pruritus v. nagyobb bőrlesiók esetében ajánlatos a Fenistil gél hatását per os kezeléssel kiegészíteni.

FIGYELMEZTETÉS:

A kezelt bőrfelületet nem szabad hosszabb ideig napfény hatásának kitenni. Nem alkalmazható egyszerre nagyobb – főleg gyulladással – testfelületre. Ez különösen érvényes csecsemőkre és kisgyermekre.

MEGJEGYZÉS: ✖

Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

CSOMAGOLÁS:

30 g-os tubus, térítési díja: 8,50 Ft.

Előállító: **BIOGAL Gyógyszergyár, Debrecen, ZYMA AG licencia alapján.**

PH

2201

MEGJELENT

NEPEGÉSZSÉGÜGY

1980. 3. szám

Tényi Jenő dr., Buda József dr., Bédi Gyula dr.: Az országos morbiditási vizsgálat ormánsági kutatásainak előzetes tapasztalatai.

Pauka Tibor dr., Balog János dr., Kádár Tibor dr., Balázs Károly dr.: A 2 -es országos reprezentatív általános morbiditási vizsgálat lefolytatásának leírása és egyes tapasztalatai.

Zalányi Sámuel dr., Bakacsi Gyula dr., Soós Lajos, Pető Eya dr.: A balassa-gyarmati morbiditási vizsgálat előké-sztése.

Füzi István dr., Kövesi Ervin dr.: Az egészségügyben működő gazdasági és műszaki dolgozók helyzetének, élet- és munkakörülményeinek néhány kér-dése.

Pető Iván dr., Paksy András dr., Kovács Andor dr., Sas Géza dr.: A mélyvénás thrombózis népegészségügyi vonatkozásai.

Sinkovics Máttyás dr.: Geriátriai esetek bel- és tüdőosztályokon. A János kór-házi vizsgálat.

Greff Lajos dr.: A fekvőbeteg-gyógy-intézetekben meghaltak adatainak vizsgálata és az eredmények felhasználásának lehetőségei.

Szabó Raffel dr., Rex-Kiss Béla dr.: Újabb adatok az újszülöttek nemí arányának alakulásához Magyarországon az 1976-77. években.

Bodnár Lóránt dr.: Az elmaradott nép-rétegek családtervezésével kapcsolatos tapasztalataink Szabolcs-Szatmár megyében.

Egyed Jenő dr., Szalay János dr., Békefy Dezső dr., Anda Lujza dr., Tamás Gyula dr., Gáti István dr.: A cukorbetegséggel szövődött terhesség gondozásának szülészeti szempontjai.

IDEGGYÓGYÁSZATI SZEMLE

1980. 4. szám

Szilárd János dr.: A neurotikusok re-habilitációja.

Tringer László dr.: A munkaképesség szempontjai a nők neurozisében. Tájékoztató.

Csenkér Eva dr., Tury Ferenc dr.: Ada-tor a sorpus callosum agenesia klini-kumához.

Molnár Gyula dr.: Az antiepileptiku-mok akut toxikus mellékhatásainak és szérumszintjének összefüggései.

V. Wiczorek u. G. Shock: Lyquorzyto-logische Befunde bei intrakraniellen Tumoren.

Mészáros István dr., Mérei F. Tibor dr., Bodosi Mihály dr.: Cisztás kisagy-daganat két fűtesvérben.

Pisztora Ferenc dr.: Szociálpszichiá-triai szempontok Schwartzer Ferenc és Babarcsi Schweitzer Ottó etiopatoge-netikai szemléletében, összefüggésben

a XIX. század és a monarchia időszá-kának hazai társadalmi életével és eszmevilágával I. rész.

Molnár Gyula dr., Dajka Klára, Baraczka Krisztina dr.: A lítium ion hatása a szérum fehérjék fluoreszcenciájára.

IDEGGYÓGYÁSZATI SZEMLE

1980. 5. szám

Balogh István dr., Szegedy László dr., Sótonyi Péter dr., Somogyi Endre dr.: A heveny szénmonoxid-mérgezés ha-tása a központi idegrendszerre I. Elektronmikroszkópos vizsgálatok.

Szirtes J., Rothenberger, R. Jürgens: Akusztikus kiváltott potenciálok vizs-gálata egészségeseknél, afázias és jobb félteke sérült betegeknél.

Fazekas András dr., Szabados Pál dr. és Abdul Kader Al-Kaff dr.: Relaxá-cióban történt elektrokonvulzív keze-lés tapasztalatai trópusi körülmények között.

Tringer László dr., Zseni Annamária dr.: Az MMPI standard magyar vál-tozata.

Tárczy M., Dabasi Gabriella, Fornádi F., Antal J. és Petrik Anna: Szubsztitúciós kezelés a centrális pajzsmirigy funkciókra parkinsonismusban.

Pisztora Ferenc dr.: Szociálpszichiá-triai szempontok Schwartzer Ferenc és Babarcsi Schweitzer Ottó terápiás gyakorlatában, valamint törvényszéki és közgazgatási elmekörtani munkás-ságában II. rész.

PHLOGOSAM[®]

kenőcs

ÖSSZETÉTEL

1 tubus (20 g) 3% natr. disulfo-salicylato samar. anhydr.-ot tar-talmaz, lemosható alapanyag-ban.

ALKALMAZÁSA

Fizikai, kémiai, mechanikai ár-talmak okozta gyulladásokban, első és másodfokú égések, nap-égés eseteiben gyors javulást biztosít.

Ha az orvos másképpen nem rendel, a bőrelváltozást naponta 2-3-szor a kenőccsel vékonyan kell bekenni.

MEGJEGYZÉS

* „Vény nélkül egy alkalommal legfeljebb a legkisebb gyári csomagolás, vagy annak megfelelő mennyiség adható ki.”

CSOMAGOLÁS

1 tubus (20 g) térítési díj 2,50 Ft



Szegedi Orvostudományi Egyetem
Bőr- és Nemikórtani Klinika
(igazgató: Simon Miklós dr.)
Megyei Kórház, Kecskemét
Bőrgyógyászati Osztály
(osztályvezető főorvos: Török László dr.)

IgU (λ) típusú myeloma multiplex-szel szövődött amyloidosis

Husz Sándor dr., Török László dr.,
Kovács László dr., Szabó Éva dr.
és Simon Miklós dr.

Az amyloidosis ismeretlen etiológiájú, sok esetben az életet veszélyeztető súlyos betegség (3). Klasszifikációja sok problémát okoz. Talán a klinikus szempontjából legmegfelelőbb a Kyle és Bayrd (1) által javasolt felosztás, amelyet a Mayo Klinika beteganyagában 13 év alatt (1960—1972 között) előfordult amyloidosis esetek feldolgozása alapján alakítottak ki. Így megkülönböztetnek:

1. Primer amyloidosist (nincs semmiféle társuló betegség);
2. Amyloidosist myeloma multiplexszel;
3. Szekunder amyloidosist (kimutatható egyéb társuló betegség, mint pl. tbc. rheumatoid arthritis, krónikus fertőzés stb.);
4. Lokalizált amyloidosist (egyes szervek, pl. tüdő, húgyhólyag, bőr, stb. érintettek, de nincs semmiféle jele generalizált károsodásnak. Ide tartozik pl. a bőrgyógyászatban jól ismert kórkép, a lichen amyloidosus is);
5. Familiáris amyloidosist (5).

A viszonylag ritka kórképnek tekinthető amyloidosissal társult IgU (λ) myeloma multiplexes (MM-es) kóresetünket ismertetjük.

Esetismertetés

Körelőzmény: R. J.-né 66 éves nőbeteget 1976. augusztusában vettük fel klinikánkra, főleg a hajlatokra lokalizálódó maculo-papulosus bőrelváltozásai miatt, vizsgálat céljából. A beteg felvétele előtt egy évvel vette észre, hogy a lágyékhajlatban, a mellek alatt, a hónaljban és a nyakon sárgás csomók jelentkeztek és ezek száma idővel szaporodott. A beteg elmondja még, hogy időnként szívpanaszai és gyakori hasmenései vannak. Előző betegségei közül kiemelendő az epekő miatt végzett cholecystectomy és a gyomorfekély. 1973-ban

a beteget albuminuria és krónikus pyelonephritis diagnózissal kezelték az egyik vidéki kórházban. A családban tbc-s és gyomor carcinomás beteg egyaránt volt.

Felvételi állapot: a belső szemzugban, a nyakon, a hónaljban, a könyökhajlatokban, a mellek alatt és az inguinalis hajlatban számos, színes gombostüfejni, lencsényi nagyságú, de helyenként nagyobb, közepesen tömött tapintású és a bőrnívóból laposan kiemelkedő sárgás, barnás-sárgás színű papulák, tuberek, illetve csomók láthatók. A nyelv megnagyobbodott, és széli részein az előzőekben leírtakhoz hasonló csomók láthatók (1. ábra).

A periorbitalis területen, a mellek alatt, a hátán, a combon és a lábszáron elszórtan purpura, illetve helyenként kiterjedtebb suffusio észlelhető (2. ábra). Generalizáltan mérsékelt nyirokcsomó-megnagyobbodás tapintható.

Laboratóriumi vizsgálatok: A kivizsgálás során fokozott vvt. süllyedést (40 mm/h), mérsékelt anaemiát (htk: 35%, Hgb: 12,4 g%), normális fvs számot (6400/mm³), emelkedett SGOT értéket (114 WE), alkali-kus és savanyú foszfátáz emelkedést (180, ill. 12,6 IE/l) és Bence—Jones-proteinuriát találtunk. Vérnyomása a felvételnél 130/80 Hgmm, az abszolút thrombocyta szám: 125 000—2 875 000 volt. Az elvégzett immunológiai vizsgálatok eredményét a táblázatban foglaltuk össze.

Sternum punkció: Közepes sejttartalmú csontvelő, amelyben az erythro-granulo és a thrombopoiesis csekély. Diffúzan különböző érettségű plazmasejtek nagy számban találhatóak (több mint 20%). MM-nek megfelelő csontvelőkép. (Dr. Varga Gy. Szegedi OTE II. sz. Belgyógyászati Klinika.)



1. ábra



2. ábra

Immunológiai vizsgálatok eredményei myeloma multiplexszel szövődött szisztémás amyloidosisban

Szérumfehérje-vizsgálatok:

Szérum-összfehérje:	6,55 g/100 ml
albumin:	3,75 g/100 ml
α_1 -globulin:	0,27 g/100 ml
α_2 -globulin:	1,13 g/100 ml
β_1 -globulin:	0,65 g/100 ml
β_2 -globulin:	—
γ -globulin:	0,73 g/100 ml
A/G:	1,35
IgG:	463 mg/100 ml
IgA:	229,5 mg/100 ml
IgM:	106 mg/100 ml
β 1A/C-globulin:	77 mg/100 ml

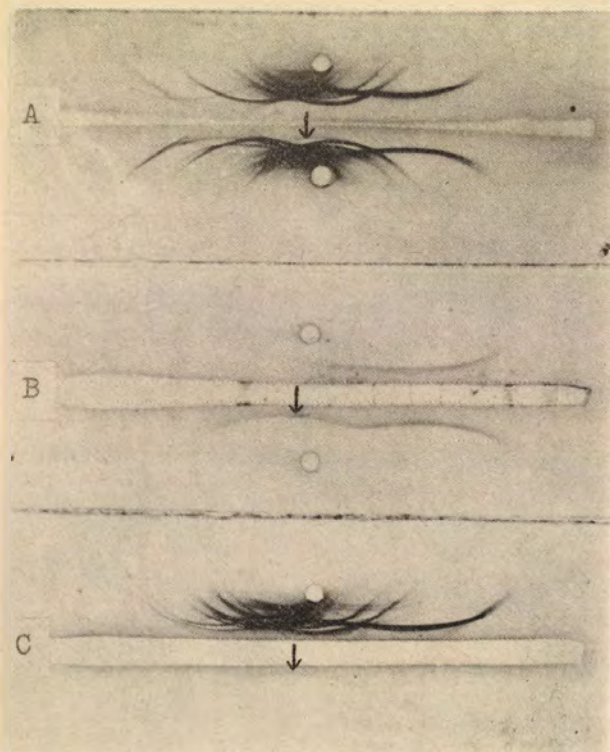
Immuno-elektroforézis mind a szérumban, mind a bekonzentrált vizeletben λ típusú könnyűlánc-paraproteint találtunk (3. ábra).

B- és T-sejt marker vizsgálatok:

E-rozetta (T-sejt):	50%
Egér-vvt rozetta:	31%
IgG-hordozó lymphocytá:	9%
IgA-hordozó lymphocytá:	2%
IgM-hordozó lymphocytá:	5,75%
IgD-hordozó lymphocytá:	7,5%
IgE-hordozó lymphocytá:	9,5%
Ig-hordozó lymphocytá:	33,75%
C ₃ -hordozó pozitív sejtek:	16,25%
K-pozitív sejtek:	4,5%
λ -pozitív sejtek:	36,25%

Lymphocytá-funkciós vizsgálatok:

Lymphocytá-transzformációs teszt (PHA-val): erősen csökkent (1439 dpm:/10⁶ lymphocytá)
Leukocytá-migrációs teszt (PPD-vel): nem gátol (MI:0,86)



3. ábra: Immuno-elektroforézis.
A: anti-humán szérummal
B: anti-humán λ -szérummal
(fenn: kontroll szérum, lenn: beteg szérum)
C: anti-humán λ -szérummal
(lenn: a beteg bekonzentrált vizelete)

Röntgenfelvételek: A csontok rtg. vizsgálata nem mutatott osteolytikus elváltozásokat, csupán osteoporosist és háti spondylosist.

Belgyógyászati vizsgálat során ritmuszavart (részleges bal anterior hemi-block), cardialis decompensatiót és májmegnagyobbodást találtak.

Szövettan: Az epidermis elvékonyodott, a hámpapillák között a Malpighi-réteg helyenként sorvadtnak látszik. A dermis legfelszínebb rétege lazább szerkezetű, egyébként teljes vastagságban rostos, kiszélesedett és eosinophil festődésű, durva kollagén rostokból áll, amelyben kötőszöveti sejtek csupán kis számban találhatóak. Subepithelialis, szakaszosan az epidermist elérő, halvány, eosinophil festődésű anyag lerakódása észlelhető, amely kimutatható szabálytalan halmazok formájában is, több gócban; benne hasadékok képződtek, és abban néhány kötőszöveti sejt látható. Ezen gócbok sűrűsödésével a dermis pirosra színeződött. Hasonló anyag lerakódása figyelhető meg a dermis capillaris falában is a lumen obliterációjával. A leírt szövettani kép a kontrollfestés mellett készült speciális festés alapján amyloidra utal, és így az elváltozás szisztémás amyloidosis részjelenségének felel meg a bőrben (Dr. Mónus Z. SZOTE Kórbonctani Intézet). A Thioflavin T-vel festett készítmények fluoreszcenciás mikroszkópos vizsgálata is egyértelműen amyloid lerakódásra utaló képet mutat. (A szövettani vizsgálatra az anyagot a jobb sternocleidomastoideus feletti bőr klinikailag típusos tüneteit mutató területéből vettük.) A rectum szövetéből készült biopsziás anyagban ugyancsak amyloidot tudtunk kimutatni.

Terápia: tüneti kezelés, amelyre a beteg panaszai és a vérzéses tünetek mérsékelten javultak.

A jellemző klinikai kép, a laboratóriumi leletek, a csontvelő és a bőr szövettani, valamint a szérum immuno-elektroforetikus vizsgálata alapján betegünket MM-el szövődött szisztémás amyloidosisnak tartjuk.

Megbeszélés

Hasonló esetekről hazánkban Szilágyi és mtsai számoltak be 1971-ben (4). A Mayo Klinika 12 éves anyagában 236 amyloidosisos eset feldolgozása kapcsán 61 ilyen MM-el társult amyloidosisos beteget észleltek (1, 2). Az ott közölt viszonylag nagy esetszámból leszűrhető általánosítható klinikai tünetek és laboratóriumi eltérések legnagyobb része betegünkben is megtalálható volt. A vizsgálat idején súlyos vesekárosodást még nem találtunk, bár Kyle és Bayrd (1) véleménye szerint ez a leggyakoribb halál oka. A fehérje-frakciós adataink — a választási irányokat tekintve — összevethetők az említett szerzők által megadott tendenciákkal; a B- és T-sejt marker és lymphocytá-funkciós eredményeinkhez összehasonlítható adatokat sem a nemzetközi, sem a hazai szakirodalomban nem találtunk. A perifériás vérben jelentős B-sejt szaporulatot és T-sejt csökkenést találtunk. A lymphocytá-funkciós vizsgálatok ennek megfelelően lényeges mértékű T-sejt károsodást mutattak. Anti-human- λ -konjugátummal (tehát a paraprotein típusának megfelelően) jelentősen megszáporodtak a λ -pozitív sejtek, azaz minden B-sejt λ -pozitív. Mind a cellularis, mind a humoralis immunválasz károsodottnak tűnik. Az azonban esetünk alapján nem dönthető el, hogy ez amyloidosis társult MM attribútuma, vagy esetünk egyedi sajátossága.

A prognózis betegünk esetében rossznak tekinthető, mivel az idézett szerzők hasonló eseteiben a diagnózis felállítása után az átlagos túlélési idő 4

hónap volt, de a betegek 26⁰/₀-a túlélte az egy, 7⁰/₀-a a három és 3⁰/₀-a az öt évet. Kezelése általában nem megoldott; amennyi terápiás hasznot az alkiláló szerek hozhatnak, legalább olyan károsak is lehetnek.

A kérdés elméleti vonatkozásait tekintve ma már egyre több adat szól amellett, hogy a Bence—Jones-proteint vagy fragmentumait a plazmasejtek termelik, és ezek bizonyos szöveti komponensekkel reagálva amyloid fibrillumokat képezhetnek (3). Míg a Bence—Jones-paraprotein a vérben, ill. a vizeletben található, addig az amyloid a szövetekben lokalizálódó paraprotein.

Összefoglalás: A szerzők amyloidosissal társult IgU (λ) myeloma multiplexes esetüket közlik. Irodalmi adatok alapján ismertetik az általuk legelfogadhatóbbnak tartott klasszifikációt. Immunológiai vizsgálataik során mind a humoralis, mind a celluláris immunválaszt károsodottnak találták.

IRODALOM: 1. Kyle, R. and E. D. Bayrd: *Medicine*, 1975, 54, 271. — 2. Kyle, R. A. and E. D. Bayrd: Springfield, Illinois, USA 1976. — 3. Missmahl, H. p.: *Textbook of Immunopathology II*. New York, San Francisco, London: Grune and Stratten. 1976. — 4. *Szülési G., Góth M. és Szemere P.*: *Orv. Hetil.* 1971, 112, 2707. — 5. Vasily, D. B. Sh. G. Bhatia and S. R. Uhlin: *Arch. Derm.* 1978, 114, 1173.

BISECURIN tabletta

OSSZETÉTEL

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 cyclusokban többnyire megszűnnek.

MEGJEGYZÉS: ✱ Csak vényre adható ki és az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

CSOMAGOLÁS: 21 db tabl., térítési díj: 2,90 Ft.



Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.

VENORUTON

kapszula, injekció

H 600 Antivaricosica

OSSZETÉTEL: 1 kapszula 300 mg 0-(β -hydroxyaethyl)-rutosidea-t tartalmaz. 1 ampulla (5 ml) 500 mg 0-(β -hydroxyaethyl)-rutosidea-t tartalmaz.

JAVALLATOK:

Kapszula: Thrombosis (mély thrombophlebitis) kezelésben adjuvánsként az oedema-készség, vagy meglévő oedema csökkentésére, majd folytatólagosan a thrombosis klinikai gyógyulása után az akadályozott vagy nehezített vénás visszafolyás miatt.

Krónikus vénás insufficienciában (postthrombotikus állapot, varicositas), a végtag dekompenzált vénás keringésének (oedema, induratio, recidiváló thrombophlebitis, dermatosis, ulcus cruris) kompenzálására, a kompenzáció elérése után annak fenntartására, a mozgásterápia támogatása céljából.

Primer és szekunder varicositas oedemával, induratióval, dermatosisszal, ulcus crurisszal járó állapotokban műtéti előkészítés és utókezelés céljából.

Felületes thrombophlebitisben, elsősorban a végtag postthrombotikus vénás keringési zavara esetén.

Nodus haemorrhoidalis kezelésére, főleg gyulladt csomók esetén.

Különböző eredetű lágyrészvizenyővel járó állapotokban (contusio, distorsio után, posttraumás oedema, agyvizenyő stb.).

Különböző eredetű mikrocirkulációs zavarok esetén (pl. fagyás után).

Az arteriális rendszer sikeres rekonstrukciós műtéteit követő ún. revascularisatio oedema befolyásolására.

Primer és szekunder lymphoedema esetén.

Injekció: Általában akut phlebologiai elváltozások:

Thrombosis (mély és felületes thrombophlebitisek) adjuváns kezelésére, az oedema-készség, ill. meglévő oedema csökkentésére.

Nodus haemorrhoidalis kezelésére gyulladt csomók esetén.

ELLENJAVALLATOK: Jelenleg nem ismeretesek.

ADAGOLÁS:

Kapszula: Lökésterápia: 2×1 kapszula naponta (6–8 napig).

Fenntartó kezelés: 1 kapszula naponta (4–6 héten át, esetleg tovább is).

A kapszulát étkezés közben, rágás nélkül kell lenyelni.

A terapia eredményessége jelentősen függ a kielégítő dozírozástól (kórállapottól függően megállapított idejű, rendszeres adagolás).

Indokolt esetben a napi 600 mg-ot is túl lehet lépni (maximálisan $3 \times 1-2$ kapszula/die, 6–8 napig).

Injekció:

Másodnaponként 1 ampulla im. vagy iv., súlyosabb elváltozások esetén naponta is lehet alkalmazni.

A klinikai kép javulása esetén oralis (kapszula) fenntartó kezelésre térhetünk át.

MEGJEGYZÉS: Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető. Az orvos akkor rendelheti, ha azt a területileg, illetve szakmailag illetékes fekvőbeteg-ellátó osztály, szakrendelés (gondozó) szakorvosa javasolja.

CSOMAGOLÁS:

50 kapszula,

tértési díja: 31,80 Ft.

20 ampulla,

tértési díja: 35,40 Ft.

ELŐÁLLÍTÓ:

BIOGAL GYÓGYSZERGYÁR, DEBRECEN



ZYMA AG (Svájc) licencia alapján.

József Attila (1905–1937)

„Mit oltalmaztunk, nincs jelen,
azt most már támadóink védik...”

József Attila: Irgalom

A háromnegyedszázados évforduló évében nem ünnepontás a perújrafelvétel olyan jelentős költő esetében, mint József Attila, akit életében legtöbb kortársa hamisan, vagy legalábbis mostohán ítél.

Ady óta egyetlen magyar művész sem váltott ki annyi indulatot, vitát, mint József Attila és költészete. El nem múló orvosi problémának tűnik a zseni és a patológia kapcsolatának évszázados dilemmája is. József Attila értékelésében nehéz vagy értelmetlen a beteg ember és a mű szétválasztása, amint azt Bak Róbert doktor tette. A költő és életműve között elválaszthatatlan összefüggés és kölcsönhatás áll fenn. A személyiség és annak tevékenysége pszichikai egységet alkot. Ezért borzolta fel a József Attila-portrékat a múlt évben feljúló orvosi és irodalomtörténeti vita.

Stark András és Bókay Antal a Valóság 1979. évi 5. számában írt a Bak Róbert doktor József Attila-patográfia újraértelmezéséről „Köztetek lettem bolond” címmel. A szerzőpáros tanulmányában a pszichológia újabb terminológiájával szociálrelációban „stigmatizált”-nak, nem szkizofrénnak próbálja minősíteni a költő patológiáját, betegség-tudatát, és a rá vonatkoztatott, környezet által rá-sütött, pejoratív pecsétet. „Míg a testi betegség pszichológiai és szociális előnyöket jelent, addig kultúránkban az elmebetegség címkéje a személyiség értékeinek, lehetőségeinek, jogainak szinte teljes visszavonását jelentő bélyeg.” (718. old.) Nem mindegy az, hogy József Attilát, mint Bak Róbert a Szép Szó 1938. januári–februári számában „Patográfia” címmel írott tanulmányában (105–115. old.) minősíti, elmebetegnek tekintjük vagy sem. Bak doktor a beteg embert és a művészt szétválasztja: mint ember örült; mint művész, zseni. Ketté kell hasítani az embert: költőre, aki betegségtől nem érintett és a mindennapi emberre, aki viszont beteg. Az ellentmondást Bak Róbert így próbálja feloldani: „... bizonyos megnyugvással érezhetjük, hogy József Attila költő tudott maradni az elmebetegség súlyos állapotában is.” A Valóság tanulmányírói megjegyzik: „Költő igen, amikor már ember nem lehetett.” Az orvos felelős-

sége a gyógyíthatatlan elmebeteg esetében felmentett. Ezzel azonban a környezet, az előzményeket okozó mikro- és makro-társadalom felelősége is felmentett. Ezért vették át szívesen, a testvér József Jolántól kezdve a kortársakig és utókorig ezt a felelőség alól mentesítő diagnózist. Így nem felelős végső tettéért sem József Attila, sem a társadalom. A stigmatizálás új fogalmának bevezetése József Attila patográfiájába új megvilágítást ad a személyiség cselekedeteinek és a társadalom viszonyulásának. Viszont a stigmatizáltság ténye helyreállíthatja és magyarázhatja az ember és művész haláláig tartó tudatos egységét. Érdekes megjegyezni, hogy Bak Róbert is, 1971-ben, New Yorkban tartott előadásában, József Attilát és betegségét már másként állítja be a „szerepethiányra” hivatkozással. Tehát József Attila patológiai újvizsgálata nem elhanyagolható momentum a költő-ember igazi portréjának kialakítása, illetőleg helyreigazítása érdekében!

József Etel, a költő nővére ez év február 19-én ezeket mondotta el kérdéseimre a személyes tanú, a vér szerinti legközelebbi élő hozzátartozó véleményeként impresszióit tükrözve:

— Nagyon zilált állapotban voltam, amikor a gyermekkori első emlékekről, Öcsödről írtam a József Attila-émlékkönyvbe. Apánk elment, és anyáknak nem volt könnyű három gyerekkel...

Amikor József Attila betegségéről feljúló vitát említettem, a nővér így nyilatkozott:

— Attila ideges alaptermészetű volt. Hogy nem volt elmebeteg, azt nehéz megállapítani. Az biztos, hogy a szárszói öngyilkosságot tudatosan hajtotta végre. Nem akart senkinek terhére lenni. Nem akart kiszolgáltatottja lenni senkinek. Őt magát nagyon bántotta, hogy idegen fizette a szanatóriumi számlát. Nehezen akart Ödöntől is egy nadrágot elfogadni, pedig saját nadrágja jó nem volt neki.

— Orvosnak sem könnyű biztosan megállapítani, hogy valaki szkizofrén. Költőknél ezt talán még nehezebb kimondani, mert a költő képekből építi fel mondanivalóját. Ami a költőnél megszo-kott dolog, annál, aki távol áll, ez furcsa. Ő viszont csodálatosan előre látott és mélyen látott, és ezt ki is tudta fejezni. Ez az ő egyéniségének zsenialitása. Az időszak, amelyben élt, olyan volt, hogy kiváltotta ezt belőle. Egy írónak nagyon sokat kell szenvednie ahhoz, hogy ne csak saját magáról tudjon írni, hanem más emberek érzésvilágát is ki tudja fejezni. Speciális állapot írónak lenni, eltekintve attól, hogy mennyire művelt és mennyire izgatják a dolgok. Azt hiszem, hogy valamennyire nem normális állapotban van az az ember, aki költő és méghozzá jó költő, mert egy olyan határvonalon, mint küszöbön — ahogy Freud is nevezi — mozog. Ez egy olyan állapot, amelyet nem lehet megszerezni, hanem ehhez úgy kell alakulni, mint egy hadbíró, aki nyitja és csukja az ajtó zárát. Nem irigylésre méltó helyzet, mert ahhoz sok fájdalmat kell átéreznie, hogy az ember sors elleni tehetetlenségét, kiszolgáltatottságát ki tudja fejezni...

Ezután József Etel nem tudta eldönteni a dilemmát, hogy öccse paranoid szkizofréniában szen-

vedett-e, de mégis fontos élményeket közölt arról, miként készült fivére a halálra, melyek indirekt adatokat nyújthatnak az orvosok utólagos diagnózisához.

— Attila mindent rendben hagyott itt. Ne zárjátok be az ajtót! — mondta nekünk utoljára. Nem is tűnt fel, mert hasonlót gyakran mondott: Be ne zárjátok az ajtót, mert visszajövök! Sokszor nem akartam elengedni, mert féltettem. De ő erősítette: Nem érted, hogy el kell mennem? Ilyenkor ő is sírt, én is sirtam. Félt attól, hogy belülről zárjuk be az ajtót.

Feltettem a kérdést:

— Búcsúleveleket is írt. Nem vették észre? Megírta a Kész a leltár-t. A „sinek” is többször szerepelnek verseiben, amelyből látszik, mire készült.

— Mi ezekből a búcsúsorokról nem tudtunk, csak a temetés után. Nem tudtuk, hogy Szántó Juditnak is írt. Ő elintéztett már magában mindent. Vannak olyan bántások az életben, amit nem lehet kiheverni és elintézni. A pedagógus vagy a pszichológus is félreismerhet egy érzékeny gyereket és csak egy tragédia után érthető meg, hogy másként kellett volna cselekednie. Éles kérdés ez: az orvos sem tudja talán megállapítani, hogy Attila szkizofrén állapotban került-e a vonat alá.

— Talán nem is szándékos, legalábbis megfontolt volt a halál elé menetele? — kockáztattam meg a kérdést.

— De. Két gyerek volt ott, aki látta, amint a vonat alá hajolt. Vagy csak át akart bújni? A vonat őt várta, gondolta, itt az alkalom. Mindent elintéztett magában. Nagyon bántotta, hogy idegen fizette a számlát helyette. Flórát is feleségül akarta venni, de tudta, hogy úgysem megy hozzá. Attilának mindig kellettnek eszmények, mert enélkül nem tudott élni. Munkatársait is hiába kérte, azok nem vitték el előző nap magukkal. Gondolta, hogy nekünk is csak terhünkre van. Pedig meleg ott-hont teremtetünk: én éppen kenyeret dagasztottam a tragédia előtt. Igaz, hogy Attila nem is tudott sehova beilleszkedni. Ha utolsó kísérlete sikerül, ha felveszik a hivatalba, valószínűleg ott sem tudott volna beilleszkedni. Illyés Gyulával barátok is voltak, vitáztak is, de Illyés egészen más természetű volt. Alkalmazkodó, ezért tudott hivatalnok is lenni.

— Ha a Szép Szó munkatársai magukkal vitték volna, tovább élt volna?

— Nem hiszem, mert akkor esetleg Pesten történt volna...

— És ha valaki azt mondja neki: Attila, Téged most támadnak, de egyszer eljön a Te idő, s akkor felismerik költői nagyságodat, ünnepelni fognak. Ez nem lett volna kapaszkodó az élethez?

— Akkor talán előbb lett volna öngyilkos, mert azt hitte volna, hogy elérkezett a csúcsra, ahonnan csak lefelé van út. Úgy érezte volna, hogy már nem való az élet színpadára, mégis ott mutogatják.

József Etel szavai azt bizonyítják, hogy József Attila tudatosan számolt le a számára kiúttalan élettel.

Március 2-án József Attila orvos barátjával, Fábíán Dániel főorvossal (halála előtt öt nappal) beszélgettünk a nagy költőről:

— Véleményem szerint — mondta a főorvos — József Attila sajnos elmebeteg volt. Egész viselkedése, magatartása megfelelt annak a diagnózisnak, amit akkor róla felállítottak. Ha valaki elmebeteg, az nem egyenlő a halállal, különösen nem az önpusztítással. Elmebetegséggel megfelelő környezetben, például családban, még el lehet élni sokáig, mint Benedek István is bizonyítja ezt Rousseau-ról írt egyik tanulmányában (Rousseau-nak Eszter nevű analfabéta gondozója tudott olyan környezetet, ellátást biztosítani, amely mellett nemcsak sokáig élni, hanem alkotni is tudott.)

Megkérdeztem Fábíán doktort, hogy véleménye szerint József Attilának hasznára volt-e a pszichoanalitikus kezelés.

— A pszichoanalízist én ellenzem, mert annyira vele a visszaélés, én csak kivételes esetben engedném meg gyakorlását és akkor is csak nagyon becsületes szakorvosnak. Erre példa József Attila esete is. *Gyömrői Edit* laikus volt és József Attila pszichoanalitikus vallomása a kezelő szuggesztív ráhatására vallanak* (jegyzet a lap alján). Egyébként József Attila nagyon elismerte a pszichoanalízist és azt hitte, hogy valamikor a proletariátusnak egy neurózist kezelő, társadalmilag felhasználható gyógymódja lesz, amelyet a marxizmusnak is át kell vennie.

Ezután Szántó Judit szerepéről esett szó.

— Szántó Judit kommunista volt, akinek egész életét a nagy eszméért való rajongás töltötte be. József Attila mellé állása minden tekintetben hiperpozitív volt. Meggyőződéséből fakadóan József Attilától a legbátrabb kiállást követelte.

Fábíán doktor József Attiláról szóló utolsó szavai pártmagatartásáról tanúskodott:

— A Barta Társaságnak is tagja lett, amelynek elnöke voltam. Együtt fogalmaztuk és írtuk a „Ki a faluba” című felhívásunkat, amelynek lényege, hogy kutassuk fel a falusi nép kultúráját. József Attila kezdetben narodnyik nézeteket vallott, de később, hatásunkra, felszámolta a hamis népi kultúrával való elkötelezettségét. Szerintem ez is hozzájárult, hogy szocialista lett. Amikor kilépett társaságunkból, 1930. őszén belépett az Illegális Kommunista Pártba. Szántó Judit is sokat segített kommunistává válásában...

József Attila-megemlékezésünkben szembeállítottuk a különböző orvosi és rokoni nézeteket. A Valóság említett cikke vitát váltott ki, folytatás-

* Nota bene! Fábíán doktor, aki sebész volt és nem pszichológus, meglehetősen egyoldalúan nyilatkozott a pszichoanalízisről, melyet azért közöltem, mert bizonyos konzervatívabb orvosok véleményére emlékeztetett. Egyébként Fábíán Dániel József Attila c. könyvében a 195. oldalon így is nyilatkozott: József Attilánál átmenetileg eredménnyel jár a lélekelemzés, mely lassan életének nélkülözhetetlen részévé vált. Németh Andor József Attila-könyvében pedig Attila analízisbe megy c. fejezetben, a 124. oldalon így vélekedett: Bizonyos, hogy R. kezelése nemcsak hogy nem ártott, de egyenesen jót tett neki, ösztökélőleg hatott rá. (Szerző megjegyzése.)

ként „József Attila-vitafórum” alakult pszichológusok és irodalomtörténészek körében. A Valóság 1979. november 11. számában visszatért e témára, amelyben Antal Gábor: Forradalmár vagy neurotikus című, és Gerevich József: Megjegyzések egy József Attila-értelmezés értelmezése kapcsán című hozzászólások hangzottak el, melyekre Stark András és Bókay Antal válaszolt Az önmegvalósító ember címmel.

A további kreatív vitát és József Attila-fórumot szerettük volna e cikkel is elősegíteni. Kérjük az orvosok és irodalomtörténészek hozzászólását.

Kertész Tivadar

Közegészségügyünk kiválósága: Rigler Gusztáv (1868–1930)

Ritka kivétel a tanszékek történetében, hogy a legelső professzor állítja legmagasabbra a mércét, mint kontinensünk két legkorábban felállított közegészségtani intézeténél, Münchenben Max Pettenkofer és fővárosunkban Fodor József. A konvenció kötelez elve alapján elképzelhető az utódok helyzete, nálunk Liebermann Leó tanáré vagy Rigler Gusztáv, aki kolozsvári, majd szegedi kitérővel került a csodált mester örökébe.

Rigler Gusztáv, Fodor József legkedvesebb tanítványa, 1868. november 4-én született az Esztergom megyei Dunamocs községben, ahol apja káptalani gazdatiszt volt. Édesanyja nagyenyedi Loseiner Erzsébet, Loseiner Károlynak, a széki Telekies udvari orvosának a húga. Édesapja korán meghalt, anyja újra férjhez ment, az eszes fiú pedig az esztergomi Bencés Főgimnáziumba került, s anyakönyvi adatai szerint kitűnő tanulónak bizonyult. Szerette szülőföldjét, ezért vett később a Dunamocs községgel szemben fekvő Süttön családi házat. Ide járt haza, itt lakott évtizedekig fia, Rigler László megyei főhigiénikus, aki büszkén mutogatta a família „ócskaságait”, így nagyapja 48-as tiszti csákóját, a könyvtárat, apja dolgozószobáját, Pannónia egészségügyi leleteit.

Maturátus után Rigler Gusztáv követve nagybátyja példáját, a fővárosi orvosi karra iratkozott. Az 1891/92-es tanév befejezése után kapott nemesi kutyabőrnel értékesebb diplomát, s a tifuszbacillusnak a vizeletben való magatartását vizsgáló díjnyertes dolgozatával rögtön felhívta magára a figyelmet. Elsősorban Fodor Józsefét, korának egyik legjobb szemű tudósát, akit H. Lechevalier professzor, a Waksman-intézet vezetője, *A mikrobiológia három évszázada* c. könyvében az immunitás-tan úttörőjeként említ. Rigler Gusztáv rövidesen Európa második közegészségtani intézetének első tanársegéde. 1894-ben már megírta *Az egészségügyi vizsgálatok módszerei* című, közel 400 oldalnyi művét, amely átfogó jellegében és áttekinthetőségében ma is példaszerű. Igényes könyv az igénytelen ha-

zai higiénés viszonyok között, didaktikai bravúrral készült az „orvosok, orvosnövendékek, gyógyszereszek, tisztí- és iskola-orvosok számára kézikönyvül”. Ez a Fodor-iskola első nagyszabású összefoglaló szakirodalmi teljesítménye, amelyre az ösztönző mester is büszke lehetett. A fizikai, kémiai és bakteriológiai vizsgálatokat nagyrészt ő maga is elvégezte és szembesítette a külföldi tapasztalatokkal. Lexikális ismereteinél csak a találékonyága bámulatosabb, hiszen a levegő, a víz és a talaj vizsgálataihoz ritkán rendelkezett pettenkoferi apparátussal.

Az alábbiakban egyrészt a könyvből, másrészt egyik tanulmányából idézünk szó szerinti részletet. A vérsavó táptalaj készítésekor „az eltartásnál figyelembe kell venni, hogy a condensációs víz a kémcsövet elzáró gypotdugót is lassan nyirkossá s így azt néhány a levegőből lehulló penészgomba tenyésztésére alkalmassá teszi, melyek fonáalakban átburjánzanak rajta. Ezen fonalak a dugó belső határán ismét levegőre jutva, spórákat termelnek; ezek lehullanak a vérsavóra, s azon szaporodván, használhatatlanná teszik”. Továbbá a *Mathematikai és Természettudományi Értesítő* 1896. évi kötetében a Duna vizét vizsgálva idéz egy német kutatót (Rosenberg), akinek „érdekes azon tapasztalata is, hogy a város alatt vett vízpróbákban sok volt az erjesztő és penészgomba, míg a város fölött vett próbákban, amelyekben a coccusok adták a túlnyomó számot, azok hiányoztak”. Vajon Rigler, miként később Fleming, ha feltette volna a *miért* kérdést, nem bukkant volna-e korábban a penicillin nyomára — esetleg Budapesten? Utópisztikus feltételezés, de a megfigyelés kétségtelenül tartalmazta az antibiotikus hatás felismerésének reális lehetőségét. Persze, hasonló analógiákat kínál az orvostörténet, ilyen közelit azonban ritkán. A félreértés elkerülése végett nem akarjuk derék higiénikusunkat a nagy Fleming előfutárává erőltetni, inkább azon képedünk el, milyen közel járhat néha tudós egy nagy horderejű felfedezéshez. Csak az utolsó kérdést nem teszi fel.

Egyébként a Duna vizét vizsgálva megállapította, hogy a középtől a bal part felé közeledve a víz egyre szennyezettebb és csak 12 km-re a város alatt éri el az óbudai hajógyár fölötti tisztaságot, noha a csatornák tartalmát már ülepítve juttatják a folyamba. Analizálta a temesvári mosniczai próbakutak vizét, eredményeit az Orvosi Hetilap 1897-es évfolyamában tette közzé, majd a következő évben *A typhus-bacillus vándorlása a talajban* c. dolgozata jelent meg, volt sajnos módja a vizsgálatokra. Részese Fodor József korai immunológiai kísérleteinek, bizonyítéka a közösen írt *Das Blut mit Typhusbacillen inficierter Thiere* c. dolgozatuk, amely a *Math. und Naturw. Berichte aus Ungarn* 1898. évi kötetében jelezte külföld felé is a jelentős eredményeiket. Ugyanakkor „az egészségügyi vizsgálatok módszerei” tárgy köréből magántanárrá habilitáltak. A 30. életévében levő tudós-nak mindenki nagy jövőt jósolt. Akkor már a súlyos visszérgyulladásos betegeskedő Fodor utódát sejtik benne, ám 1896-ban Rózsahegyi Aladár halálával megüresedett a kolozsvári közegészségügyi tanszék (három évig helyettes látta el), meghívták

és nem tudott nemet mondani. Nem szólva arról, hogy a második egyetem első embere üresedéskor hamarabb megkapja a fővárosi tanszéket mint az első egyetem második embere. Högyestől Bókay Árpádig elég példát látott rá. Hogy mennyire így volt, bizonyítják az elkövetkező évek. Mielőtt 1899-ben elfoglalta a kolozsvári tanszéket, tanulmányi utat tett Ausztria—Svájc—Itália—Németország—Hollandia—Belgium—Anglia nevesebb intézeteiben. Sajnos 1901 tavaszán meghalt Fodor József, s mindjárt szóba került az utódlás kérdése. A kari tanács bölcsen döntött, nem hívta fel rögtön Rigler Gusztávot, aki Kolozsvárt jóformán meg sem melegedett, hanem a kitűnő Liebermann Leóra esett a választás, noha Rigler is beadta pályázatát. Nemes gondolkodását bizonyítja, hogy egyáltalán nem sértődött meg, de figyelmét ezáltal már inkább az oktatás és a gyakorlat kötötték le. A Fodor alapította *Egészség* c. folyóirat 1902. évfolyamában jelent meg szép emlékbeszéde, melyet az Országos Közegészségügyi Egyesület rendkívüli közgyűlésén mondott el. Egyben megmagyarázza, miért nincs Fodornak nagyobb iskolája. Azért, mert szűk intézetében egyszerre csak két embernek volt helye, így aligha lehetett ideje népes iskolát nevelni. Nem beszélve arról, hogy anyagilag sem volt vonzó a közegészségügyi pálya. A *magyar orvosok és természetvizsgálók* XXXII. vándorgyűlése 1903-ban Kolozsvárt ülésezett, ezen az összejövetelen Filep Gyula tanársegédjével közösen tartottak előadást *A gáz izzótestekkel való világítás hygienes értékéről*, ugyanis azonos fény mennyiség mellett sokkal kevesebb gázt fogyaszt mint a lepkeláng, vagy az Argand-égő. A 14 vizsgált izzótest között a budapesti gyártmányú Auer-féle jól megállta a helyét. A szép kiadású tudományos emlékkönyvben Rigler professzor ismerteti a kolozsvári közegészségügyi intézet múltját és jelenét, kiemelve Rózsahelyi Aladár hervadhatatlan érdemeit mind az intézet, mind a város csatornázásának megépítésében. Fodor hatásának emlékére vizsgálatokat végzett a vér lúgosságának ingadozását illetően. Megállapította, hogy 1. A vizsgált baktérium-mérgek a vér és a vérsavó lúgosságára úgy hatnak, mint a baktériumok. 2. Kivétel nélkül valamennyi baktériumtoxin csökkenti a lúgosságot. 3. Ha a mérgezés halálos, a csökkenés folytonos és nagyfokú a halálig, ha ellenben az állat kiállja, a kezdeti csökkenést emelkedés követi. Ugyanakkor figyelte az antitoxinok hatását (különösen a diftéria és a lépfene antitoxinét), amelyek viszont emelik a vérsavó lúgosságát, az emelkedés nem párhuzamos a befecskendezett anyag mennyiségével, az emelkedés gyors, de nem tartós. Élő emberből vett vérben hasonló a helyzet, amelynek érdekességet tulajdonít, elsősorban elméleti szempontból. Purjesz Zsigmond professzor negyedszázados tanári működése alkalmából kiadott (1906) kötetben az *Ideg- és elmebetegségek vérenek és vérsavójának lúgossága* c. dolgozata jelent meg. Egészségesek vérének és vérsavóját összehasonlította a Dementia praecoxban, Dementia paralytica progressivában és Epilepsiában szenvedőkével, s azt találta, hogy a betegek általában 50%-kal csökken, a betegség előrehaladásával még inkább.

Igazi nagy vállalkozása a kétkötetes *Közegészségtan és a fertőző betegségek*, az első magyar közegészségtani tankönyv. Kiadóra nem lelt, így a saját költségén jelent meg 1910-ben. Szép történeti bevezető után szomorú demográfiai helyzetünket ismerteti. Kilenc ország statisztikai adatait összehasonlítva halálozási arányszámban csak a cári Oroszország előz meg bennünket, amelynek első-sorban közegészségügyi okai vannak. A csecsemőhalandóság meghaladja a 31%-ot, „elszomorító világot vetnek ezek a számok a gyermekápolás elmaradottságára a külföldiekkel szemben” — állapítja meg aggódó tárgyilagossággal. A több mint 1000 oldalas két kötetet nehéz lenne röviden ismertetni. Tény viszont, hogy orvosgenerációk, higiénikusok, tisztiorvosok tanulták belőle a prevenciót, baj esetén a hazai viszonyoknak legjobban megfelelő megoldást, nem utolsósorban az 1876. XIV. törvény-cikket a közegészségügy rendezéséről, amelynek paragrafusai segítenek eligazodni a szükséges és lehetséges teendők közepette. 1911-ben a Magyar Földrajzi Társaság Balaton-Bizottsága a Balaton hidrográfiajának megírásával Cholnoky Jenőt bízta meg, a függelékhez hozzá *Adatok a balatonparti talajvizek ismeretéhez* címmel Rigler Gusztáv készítette. A déli parton: Szemes, Lelle, Boglár, Fonyód, Máriatelep, Balatonkeresztúr, Balatonberény és Balatonszentgyörgy, az északin: Badacsony, Badacsonytomaj, Kisórs, Révfülöp, Szepezd és Zánka községekben 109 kút vizét vizsgálta meg. Az északi parton a talajvíz mészsókban gazdag, azaz kemény, míg a déli parton kevés a mész- és magnéziumsók mennyisége. A vizek elemzésében nagy rutinja érvényesült, hiszen már 1903-ban elkészítette munkatársaival Erdély nevezetesebb fürdőinek a könyvét. Szintén 1911-ben jelent meg járványtörténeti tanulmánya a koleráról, pontos címe: *A magyar orvosok véleménye és gyógyításmódja az 1831.-i (első) cholera alkalmával*. Nem mulasztja el kihangsúlyozni a Galíciába hivatalosan kiküldött Köstler dr. és Lenhossék Mihály Ignác protomedicus véleménykülönbségét a kolera természetét illetően. Az udvartól Köstler jelentése alapján a Helytartótanács leiratot kapott, amely szerint a „cholera nem contagiosa”, Lenhossék viszont contagiosusnak tartja, s ezek szerint intézkedett. A bécsi és a pesti orvosi kar között a kolera ürügyén valóságos harc tört ki, méginkább a kezelés megítélésében. Úgy tűnik, részünkről inkább rejtett sérelmek fakadnak fel, hiszen a Lembergbe küldött magyar orvos, Cziegler dr. ugyanúgy eret vág mint Leo dr. osztrák katonaoorvos, lehangosabbak a homeopathák, közöttük viszont nincs osztrák—magyar ellentét, Rigler koleratörténete alapmunka, az Orvosi Hetilap 1911-es évfolyama is leköszölte. Ez az esztendő igen eseménydús, két fontos dolgozata mellett tanulmányi utat tett a közegészségügyileg fejlett Németországban és Dániában. Az első világháború kitörésének évében az *Erdélyi Múzeum-Egyesület* orvostudományi szakosztályának ülésén szomorú időszerűségnek tartotta ismét a koleráról beszélni, majd 1917-ben a kanyaróról, történeti bevezetővel. A legnehezebb időkben választották dékánná (1914—1915), igaz, ezt a funkciót már az 1907—1908-as tanévben is betöltötte, 1917—1918-ban az egyetem

rektora. Amikor 1920-ban az egyetem költözni kényszerült, Rigler professzor nehezen hagyta ott a szívéhez nőtt várost. 1921-ben hollandiai tanulmányútra ment, ugyanebben az esztendőben az egyetemmel Szegedre költözött, ahol egy év múlva megjelent a *Közegészségtan és járványtan rövid tankönyve*, később újabb két kiadásban. Tudományos tisztségeinek a felsorolását mellőzzük. Szinte nem volt olyan közegészségügyi vagy közegészségügyvel kapcsolatos országos intézmény, amelynek ne lett volna vezetőségi tagja. Szegeden szépen ünnepelték meg tanársága negyedszázados évfordulóját, imponáló kötet, színvonalas dolgozatok jelzik a megbecsülést. Magyarország 1878—1920 közötti járványstatisztikáját 17 kötetben adta ki, mindvégig lelkes szervezője volt a tisztiorvosi tanfolyamoknak, a szegedi diák-menzának és internátusnak.

1926. július 20-án elhunyt Liebermann Leó, s a fakultás a tanszék betöltésére Fodor kipróbált tanítványát, Rigler Gusztávot akarta meghívni, a miniszter azonban pályázat kiírását rendelte el. A fővárosi kar ezúttal is őt jelölte az első helyre, így végre világhírű mesterének a katedrájára kerülhetett. „Fogyó ereje növekvő lázában” bővíti a közegészségtani intézetet, újjászervezi az iskolaorvosi tanfolyamot, fejleszti a Collegium Medicum internátusát, a szegény hallgatóknak segínyt szerez, szünetidőben kirándulni viszi őket a Balatonra, munkatársai mellé beosztva, hogy közben a tóközeli forrásokat, kutakat közegészségügyileg megvizsgálják, s kedvet kapjanak a higiénikus hivatáshoz. Andriska Viktor adjunktus szerint 1930 nyarán már járásképtelen, hordszéken viteti magát az iskolaorvosi tanfolyamra. Agonizálva is vizsgáztatott, míg augusztus 20-án örökre el nem csendesült. 62 esztendő volt, még megérhette volna Flemingék felfedezésének világsikerét. Bizonyára csodálkozott volna, mi mellett ment el észrevétlenül. Ha a nekrológok pátoszát hagyjuk elpárologni, egy markáns higiénikus marad vissza. Fodor után az egyik legkülönb, fél század távlatából ítélve.

Szállási Árpád dr.

IRODALOM: 1. Az Esztergomi levéltár anyakönyvei (kézirat, 1880—1884). — 2. *Szinnyei József*: Magyar írók élete és munkái XI. kötet. Bp. 1906. — 3. A Kolozsvári Tudomány Egyetem Emlékkönyve. Bp. 1903. — 4. A magyar orvosok és természetvizsgálók XXXII. vándorgyűlésének történeti vázlata és Munkálatai. Bp. 1905. — 5. Matematikai és természettudományi értesítő XI. kötet. Bp. 1896. — 6. A typhus-bacillus vándorlása a talajban. Orvosi Hetilap, 1898-as évfolyam. — 7. Dolgozatok Purjesz Zsigmond tanári működésének emlékére. Bp. 1906. — 8. *Rigler Gusztáv*: Az egészségügyi vizsgálatok módszerei. Bp. 1894. — 9. *Rigler Gusztáv*: Közegészségtan és a fertőző betegségek 1—2. kötet. Kolozsvár, 1910. — 10. *Rigler Gusztáv*: A magyar orvosok véleménye és gyógyításmódja az 1831-i (első) cholera alkalmával, különlenyomat az Orvosi Hetilapból. Bp. 1911. — 11. *Rigler Gusztáv*: Adatok a Balatonparti talajvizek ismeretéhez. Bp. 1911. — 12. *Győry Tibor*: Az Orvostudományi Kar története. Bp. 1934. — 13. *H. Lechevalier*: A mikrobiológia három évszázada. Bp. 1971. — 14. Szegedi Egyetemi Almanach 1921—1970. Szeged, 1971.

A tanítvány szemével: Entz Béla

Entz Béla mint tanár, az orvostudomány legnagyobb mestereinek egyike volt. Amikor az orvos-tanhallgatók a „nagy professzort” várták és az ajtó felé figyeltek, megjelent egy barátságos, középtermetű férfi. Arcáról, magas homlokáról sugárzott az értelem, szeméből a jóság. Szája körül mosoly játszódott (*ábra*). Egyszerű, keresetlen szavakkal kezdte el előadásait, minden kérdést az alapjától kiindulón. A fogalmakat megmagyarázta, a görög vagy latin kitételeket lefordította magyarra. Első bölcs megjegyzései közé tartozott az, hogy „ha egy betegséget nem ismerünk, sőt fogalmunk sincs lényegéről, akkor görög vagy latin, esetleg görög és latin névvel illetjük; így leplezzük a laikusok előtt tudatlanságunkat”. A kórbonctan száraz adatai, az évszázadok alatt kikristályosodott fogalmak valahogy elvesztették misztikus és mégis kötelező jellegüket. A szellemes, gördülékeny, minden vonatkozásban érthető — élvezhető — megjegyezhető előadás lebilincselte a hallgatóságot, a szuggesztív előadó szinte kézen fogva vezette és a nehezebb részeket valami csodálatos humorral vonta be, ami elűzte a fáradságot és felfrissítette a tanterem levegőjét.

Bámulatos, szavakkal vissza nem adható volt a Mester módszere, mellyel elhitette velünk, hogy magunk jöttünk rá a dolgok lényegére, így pl. a gyulladások és daganatok alapvető tüneteire. Nem kellett jegyzeteket készíteni, hisz ott volt a *Csizio*; nem volt szükség katalógusra, anélkül is jelen voltunk teljes számban.

Előadásai messze túllépték a kórbonctan területét. Beleolvadtak az egyetem orvostudományába és mindig szoros kapcsolatban állottak a klinikummal. Az elmélet nála mint a gyakorlat alapja jelentkezett, így ültette át belénk is. A kézzel fogható és szemmel látható elváltozásokra felépítette a klinikai képet és amikor már a klinikákon vagy a gyakorlatban dolgoztunk a betegágy mellett, megvilágosította az adott eset homályos részeit az ismert kórbonctani vagy kórszövet-tani lelet.

Ezért valljuk szilárd meggyőződésünként, hogy a pécsi egyetem hallgatóinak orvosi gondolkodása Entz prof. úrtól, az ő tanításából ered! Ez az oka annak is, hogy tanítványainak száma rendkívül nagy volt és nagyszerű iskolát nevelt, melynek tagjai az egész világba szétvitték a Mester hírét.

A szakmai oktatással egyenértékű *Entz orvostudományi nevelése*. Előadásában állandóan kitért a vonatkozásokra, rámutatott a hibák rugóira, a felelősségrevonás módozataira és a megelőzés lehetőségeire. Példájával megmutatta, szavaival elénk tárta, hogy milyennek kell lenni az igazi orvosnak. Hirdette, hogy csak az lehet jó orvos, aki az orvosi erkölcs alapján áll; a tudásnak és gyógyításnak „támasza, talpköve a tiszta erkölcs”.

Nem feledkezhetünk meg a kórboncolási anyag közvetlen bemutatásáról, a „*halhatatlan demonstrációkról*”. A boncasztal egyik oldalán félkörben



ült, ill. állt a hallgatóság és a professzor egy nagy tálcán körbe vitte a különböző szerveket, a kimetszett daganatokat, fekélyeket, a bélférgeket, köveket stb. És mindenkinek feltett egy kérdést az anyaggal kapcsolatban. A kérdés egyszerű volt, pl. mit lát a májon, kolléga úr? A válasznak is egyszerűnek kellett lennie. Bizony, ez gyakran nagyon nehéznek tűnt, pedig az adott esetben csak ennyi volt: Azt látom, hogy a máj nagy! Igen, hangzott a megelégedett válasz és ment tovább a professzor körbe-körbe a tálcával a kezében. Ismét *Entz* varázslatos képességére volt szükség, hogy a demonstrációs anyag szervvé-szervezetté álljon össze és mi meglássuk benne a halált okozó tényezőt, adott esetben az átfűrődött gyomorfekélyt hasártyagyulladás, máskor az agyvérzést, ismét máskor valamilyen rákos daganatot. E bemutatások kapcsán ismertük meg teljes fényében *Entz* ragyogó tudását, gyors és biztos ítélőképességét, mindenre kiterjedő tájékozottságát, remek előadóképességét és szellemességét, végül a tanításnak, oktatásnak rajongó szeretetét.

Amikor Amerikában járt, régi tanítványai csak arra kérték, tartson még egy demonstrációt! És a már ősz professzor meghatottan vitte körbe a tálcát és oktatta immár utoljára könnyekig megilletődött, felnőtt, többnyire vezető állásban levő tanítványait, akik gondolatban — egy rövid negyedórára — ismét itthon voltak, *Pécsett*, a *Dischka Győző* utcában.

Családi életéből hiányzott a gyermekáldás. Talán éppen ezért tekintette minden tanítványát gyermekének. A hallgatók népes tábora alkotta az ő családját és ennek minden egyes tagját jól ismerte, még évek, sőt évtizedek múlva is nevén szólította. Szerette a diákokat, sokat foglalkozott problémáikkal, szellemi és testi szükségleteikkel. Már 1914-ben cikket írt „Hogyan segítsünk a budapesti diáknyomoron?” címen. Mint tanár a diákjóléti hivatal vezetője, majd a *Nagy Lajos* kollégium igazgatója. Az ifjúság egyik legnagyobb problémájáról így nyilatkozott: „Sokat halljuk, hogy ma a természettudományi nevelés a legfontosabb; hogy a természet pontos megfigyelése, a jelensé-

geknek egymásból való levezetése, a törvényszerűségek megállapítása viszi előbbre az emberiséget. Nem elég azonban a régen ismert jelenségek megfigyelése és megismerése; még a tünetmennyeknek magyarázatával sem érhetjük be; arra kell törekedni, hogy a mindennapi jelenségekben is meglássuk a lényegét, amivel ezeket megfejthetjük.” Mindezt a 40-es évek elején írta a „*Bacillus-vadászok*” c. könyv bevezetésében.

„*Entz* a rendkívül kivételes egyéniségek közé tartozott. Mint orvos, mint tanár, mint tudós, és nem utolsósorban mint ember egyaránt kiemelkedett a többiek közül” (*Haranghy*). Hihetetlen nagy népszerűségének éppen az volt az oka, hogy nemcsak mint tanítómestert és természettudóst tisztelték és becsülték kollégái és tanítványai, hanem megérezték — megismerték — megszerették benne a humánus, az igazságszerető Embert!

Humanizmusa emberszeretetet jelentett, de egyben harcot is minden ellen, ami lealacsonyítja az ember eszméjét. Élete egyenes vonala volt az igazságkeresésnek és ettől nem tántoríthatta el sem fenyegetés, sem mellőzés. Haladószellemű magatartása, meg nem alkuvó egyénisége példakép mindnyájunk számára.

Mindig az igazságtalanul elnyomottak oldalán állott, mindig felemelte tiltakozó szavát a jogtalanság ellen, liberális demokrata felfogásából sohasem engedett.

Törhetetlen igazságszeretetét és erkölcsi nagyságát bizonyítja, hogy egész életében merete hirdetni: nincs más tekintély, csak a tehetség és a jellem, a munka és a minőség tekintélye (*Puder*).

Entz Béláról szóló megemlékezésemet kezdhetem volna *Vergilius* szavaival: „Arma, virumque cano: fegyvert s vitézt éneklek”. Férfiút, aki a humanizmus csillaga alatt, a természettudományos gondolkodás jegyében harcolta meg harcát orvosnemzedékek felnevelésével. Fegyvere az élő beszéd és a holt írás: a kristálytiszta magyarsággal csendülő szó, mely mint Apánk szava oktatott, nevelt, irányított, és az írás, a „Csízió”, melynek sorai eleven erővé formálódtak bennünk, tanítványainban. Csatatere a tanterem és a boncterem: bölcs mosollyal és felejtethetlen egyéni humorral fűszerezett előadásai és a halhatatlan demonstrációk, amikor a Tudás vágya és az Igazság keresése az ő kezében élőkké varázsolta az élettelen szerveket, felidéztek a beteg életfolyamatokat, megmutatták azok kórbonctani alapjait, s ezzel megalapozták a hallgatók orvosi gondolkodását. Intézerében a halál árnyékából élet fakadt, a boncolások tapasztalataira támaszkodva erősödött a gyógyítás tudománya; a változó anyag biztos támaszt nyújtott a gondolkodó szellemnek.

Játszva tanultuk meg a betegségek komplikált tanait, mert a Mester tanításaiban minden világos volt és egyszerű, mint maga az Igazság. Gyakran hallottuk mint „ridentem dicere verum: az igazságot nevetve megmondót”, amikor felhívta figyelmünket az élet fonákságaira és kioktatott — mondhatjuk, saját példájával — a helyes orvosi gondolkodásra és az orvosi etikára.

Frankl József dr.



Termékenység, meddség

A peteérés kiváltása amenorrhoeás betegekben. March, C. M. és mtsai (Women's Hospital, USC School of Medicine, Los Angeles, CA 90033): *Obstet. Gynec.* 1979, 53, 8.

Az oligomenorrhoeás betegekben a peteérés kiváltása könnyű és gyakran sikerül. Az amenorrhoeás betegek endokrin eltérése azonban súlyosabb és a kezelés kevésbé eredményes.

A szerzők hat év alatt 418 amenorrhoeás betegt vizsgáltak, illetve kezeltek. Olajos progeszteron injekciót adtak az összes normális karyotipusú primér és mindazoknak a másodlagos amenorrhoeás betegeknek, akiknek mellékvese túlműködése nem volt. Azoknak a betegeknek, akiknek a progeszteront követően elvonásos vérzésük volt, az endogén ösztadiol szintje magasabb volt, mint akik nem véreztek. Az utóbbiak közül azoknál, akiknek a szérum follikulus stimuláló hormon (FSH) szintje alacsony, vagy normális volt, továbbá minden galactorrhoeás betegen sella felvételt készítettek. A tanulmányból kizárták azokat a betegeket, akiknek emelkedett FSH szintjük, méhen belüli összenövésük, vagy sella turcica elváltozásuk voltak. Így 76, olyan 16 és 35 év közötti beteg maradt, akik terhesek kívántak lenni. Ezek közül ötnnek elsődleges és 71-nek másodlagos amenorrhoeája volt. Ötvenkét betegnek csak amenorrhoeája és 24-nek még galactorrhoeája is volt.

Az 52 csak amenorrhoeás beteg közül 42-nek következett be vérzése progeszteron adására. A 42 közül 14-nek volt emelkedett a luteinizáló hormon (LH) és normális volt az FSH szérumszintje. Ezeket polycystás petefészek betegségben (Stein—Leventhal szindrómában) szenvedőknek tekintették. Hypotalamo-hypophysaer dysfuncióban szenvedőknek vették a többi 28 beteget, akiknek az FSH- és LH szintje normális volt. Hypotalamo-hypophysaeális elégtelenségben szenvedőknek tekintették azt a 10 amenorrhoeás beteget, akiknek elvonásos vérzése nem volt, és alacsony, vagy normális FSH szintjük volt (amenorrhoea, alacsony ösztrogén szinttel, galactorrhoea nélkül).

A 24 amenorrhoeás és galactorrhoeás beteg közül 14-nek elvonásos vérzése volt és 10-nek nem. Ezek többségének emelkedett prolactin szintje volt.

Így a 76 beteg közül 56-nak volt elvonásos vérzése és 20-nak nem. Clomifen kezelést kapott 71 beteg. Ezek közül 38-nak (az elvonásos

vérzések közül) peteérése volt és 16-an fogamzottak. A 20 ösztrogénhiányos beteg közül (ezeknek elvonásos vérzésük nem volt) csak egynek volt peteérése, de ez sem fogamzott. A galactorrhoea jelenléte, vagy hiánya a kezelés eredményességét nem befolyásolta, csak az ösztrogénszint.

A clomifenne nem ovulált betegek közül 26-ot részesítettek humán menopauzális gonadotropin (HMG) — humán chorion gonadotropin (HCG) kezelésben. Ezek közül a progeszteron elvonásos vérzést váltott ki 12-ben és 14-ben nem. A kezelésre mindig bekövetkezett az ovuláció 19 esetben terhességgel.

Nyolc galactorrhoeás beteget kezeltek bromergocryptinnel, akik közül 4-nek volt progeszteronra elvonásos vérzése. Mind a 8 beteg ovulált és 4-en fogamzottak.

Így végeredményben a 76 beteg közül 70-ben (92%) sikerült ovulációt indukálni és ezeknek a fele fogamzott.

A szerzők véleménye szerint az amenorrhoeás betegek kezelési módjának megválasztásában kulcsfontosságú a progeszteron-kezelés. Akiknek a keringő ösztrogénszintje normális, azaz a progeszteron elvonásos vérzést vált ki, azokat clomifennel kell kezelni, függetlenül attól, hogy van, vagy nincs tejelválasztásuk. Az alacsony ösztrogénszintű, amenorrhoeás betegeket (akiknek elvonásos vérzésük progeszteronra nincs) bromergocryptinnel javasolják kezelni. A HMG kezelés költségesebb a bromergocryptinnél és naponkénti ösztrogen-meghatározást igényel a túlstimuláció veszélye miatt.

A clomifen kimozdítja az ösztrogént a hypothalamus kötési helyeiről. Ezt az a klinikai tapasztalat támasztja alá, hogy az ösztrogénhiányban szenvedő betegek a clomifen magas adagjainak hatására sem ovulálnak. Időt, fáradságot takarít meg, és mind a beteget, mind az orvost a sikertelenségtől kíméli meg a gyógymód helyes kiválasztása a progeszteron alkalmazásával.

(Ref.: A szerzők nagy beteganyagban tett megfigyelései alapján gondosan megírt tanulmánya nagy gyakorlati hasznú útmutatást ad a különböző betegségekkel társuló amenorrhoeák célszerű kezelési módjának viszonylag egyszerű kiválasztására.)

Jakobovits Antal dr.

Az ovulációs módszer — vulva megfigyelések, mint a fertilitás/infertilitás indexe. Hilgers, T. W., Prebil, A. M. (Dept. of Obstetrics and Gynecology, 601 North 30th

Street, Omaha, NE 68131, USA): *Obstet. Gynec.* 1979, 53, 12.

A szerzők a csatornaképződés valamint a páfránylevél-képződés jelenléte és hiánya közötti pontok párhuzamot a tárgylemezeken szárfított méhnyakrákban. Ha a páfránylevél-képződés hiányzik, a csatornák átlag száma 9,2, gyenge pozitivitás esetén 42,8 és jó pozitivitás esetén 73,9. A csatornák száma és a páfránylevél-képződés jelenléte, vagy hiánya összefügg a mensesciklus napjaival.

A menstruáció után a folyás megszűnik, az asszonyok „száraznak” érzik magukat. Ez az idő infertilis. A száraz napok után hüvelyi váladékozás van, amely eleinte nyúlós, ragadós, zavaros majd fokozatosan tisztul és síkos lesz. Ez a *peak* (csúcs) tünet, amit az asszonyok a szeméremtestüket megtörölve maguk is ellenőrizhetnek. A nyákos váladékozás kezdetétől a *peak* utáni 3 napig van a fertilis idő. A *peak* után a 4. napon ismét száraznak érzik magukat, ettől kezdve van az infertilitás.

A szerzők a betegek minden megjelenésekor két tárgylemezre vettek cervixnyakot. Az egyiket azonnal beszárították és a páfránylevél-képződést vizsgálták. A másikat fedőlemezzel fedték és 3 nap múlva 10 látóteret vizsgáltak 100-szoros nagyítással és a képződött csatornákat összeszámozták. Így 156 betegen összesen 422 megfigyelést tettek. Ezek közül 198 esetben páfránylevél-képződés nem volt. Általában, ahol páfránylevél-képződést nem észleltek, a csatornák száma alacsony volt, viszont nagy számban fordultak elő jó páfránylevél-képződés esetekben. A ciklus 16. napja felé közeledve a jó páfránylevél-képződés százalékosan nőtt, utána pedig csökkent.

A szerzők szerint a *peak* előtt 6 nappal korábban és 4 nappal később megfigyelt páfránylevél- és csatornaképződés alátámasztja azt a nézetet, hogy a cervixnyak ezekben az időszakokban kevésbé alkalmas az ondósejtek túlélésére és a spermium penetrációra. Szerintük a cervixnyak úgy hat, mint egy biológiai billentyű, ami a *peak* előtt 6 nappal kezd kinyílni 4 nappal utána záródik. Feltételezik, hogy ez egy természetes védekező mechanizmus az öregedő gaméták egyesülésének megakadályozására.

Jakobovits Antal dr.

Az egy ülésben és külön végzett művi vetelés és sterilizáció biztonságának összehasonlítása. Cheng, M. C. E. és mtsai (Depart. Obstet. Gynaecol., Univ. Singapore and Fert. Control Clinic „A” Unit, Kangdar Kerbau Hospital, Singapore 8.) *Lancet*, 1979, 2, 682.

Szingapur 2 nőgyógyászati intézményében a művi abortusra és sterilizációra önkéntesen jelentkezők közül, akik: 1. egészségesek voltak,



2. családtervezésüket befejezték (és legalább 2 élő gyermekük volt), 3. hajlandók voltak véletlenszerűen a két vizsgálati csoport bármelyikébe bekerülni, 4. terhességük 7–12. hetében voltak, végül 5. az anaesthesiának és a minilaparotomiának ellenjavallata nem volt — két csoportot alakítottak ki. Az egyikbe az a 211 asszony került, akiken a vacuum aspirációt követően elvégzett művi abortus után azonnal, tehát „egy ülésben” — lumbalis epiduralis anaesthesiában — került sor a mini-laparotomiával elvégzett sterilizációra. A másik csoportba került 195 asszonyon paracervicalis block mellett végezték el a vacuum aspirációs terhesség-megszakítást, majd 6 héttel később — tehát külön-külön — történt a lumbalis epiduralis anaesthesiában mini-laparotomiával végzett sterilizáció. Az egy ülésben végzett beavatkozás után észlelt 3,8%-os gyakoriságú abortus-szövődmény és 5,2%-os sterilizációs-komplikáció nem tért el szignifikánsan a külön-külön végzett abortus és sterilizáció 6,7%-os és 6,9%-os szövődmény-gyakoriságától. (Tehát az együléses beavatkozásnál észlelt ritkábban szövődményeket.) Az együlésben végzett beavatkozás hátránya, hogy később a nők 2–10%-a megbánta sterilizációját. Viszont a külön-külön beavatkozások hátrányaként említhető az időközben bekövetkezett 4%-os nem kívánt terhességi arány. Fontos feladatnak tartják olyan módszerek bevezetését, amellyel azokat a nőket ki lehet szűrni, akik később megbánják önkéntesen kért sterilizációjukat.

Czeizel Endre dr.

A varicocele jelentősége a fertilitásban, különös tekintettel a spermiumok mozgáskészségére. H. Gall, J. Schnierstein, H. J. Glowania (Kolbentz): Urologe A. 1978, 17, 317.

200 varicocele betegnek végeztek ondóvizsgálatot. A betegek 75%-ában észleltek spermiumszám-csökkenést (40 millió/ml alatti spermiumszámot), míg a betegek 90%-ában a spermiumok mozgáskészségének jelentős csökkenését találták, ezek közül 50%-a 21–30%-os mozgástartományba tartozott. A betegek túlnyomó többségénél oligoasthenozoospermiát, azaz az alacsony spermiumszám és a csökkent motilitás együttes előfordulását állapították meg. Az esetek 20%-ában a fertilitás csökkenését kizárólag a csökkent spermium motilitás okozta. A varicocele elsődleges hatása ennek alapján a spermiumok mozgáskészségének károsításában határozható meg. Mivel a spermiumok mozgáskészségüket a mellékherében történő érésük során nyerik el, feltételezik, hogy a varicocele elsődleges károsító hatása a mellékherében érvényesül.

A varicocele a pubertáskorban alakul ki. Steeno és mtsai 4067 12-15 éves tanuló szűrővizsgálata során

14,7%-os előfordulást észleltek. A fertilitási zavar miatt orvoshoz forduló felnőtt korosztályban előfordulási indexe 18–19,5%.

A varicocelenek idiopathiás és tüneti formáját különböztetjük meg. Utóbbi vese tu. és vese cysta mellett fordul elő. A többséget, 90%-ot az idiopathiás csoport adja. 90%-ban bal oldalon, 9%-ban mindkét oldalon, 1%-ban izoláltan jobb oldalon is előfordul.

Okaként a vena renalisból a v. spermatica internán át a plexus pampiniformis felé történő retrograd véráramlás vehető fel. Meggyőzően igazolta ezt Conhaire és mtsa a v. spermatica int. selectiv retrograd venographiás vizsgálatával. A jobb oldali v. femoralison át a bal oldali v. renalisba katétert vezettek és a kontrasztöltést álló helyzetben végezték. A varicosus v. spermatica int. retrograd telődése csak varicocele esetén jött létre.

Korábban a kórképet kizárólag a bal oldali v. spermatica anatómiai viszonyaiból adódó haemodinamikai elégtelenségre vezették vissza. Ujabban bizonyították, hogy fontos szerepe van a vénás billentyűk elégtelenségének. Völter 60 férfi sectiója során a bal oldali v. spermatica int.-ban 83%, a jobb oldalon 97% gyakorisággal talált egy vagy több venabillentyűt.

A vénás pangás a heretubulusok és a csírahám pusztulásához, interstitialis oedemához és a kollagenrostok felszaporodásához, a Leydigsejtek számának csökkenéséhez, a kis vénák hyperplasiájához vezet. Mindezen tényezők a szöveti hypoxia és táplálkozási zavar révén a spermio genesis károsodását okozzák. Ezenkívül a varicocele a scrotumon belüli hőmérséklet emelkedését váltja ki, amit thermographiás vizsgálatokkal bizonyítottak. A hőértalom a mellékherét érinti elsősorban, ahol a spermiumok motilitásának csökkenését okozza. Comhaire és mtsa endocrin elváltozásokat is észleltek. A bal oldali v. spermaticában az ellenoldalihoz képest emelkedett katekolamin szintet találtak, amely feltételezésük szerint érszűkülethez, ezáltal a herrefunkció károsodásához vezethet.

MacLeod szerint a varicocele betegek spermaképében az alábbi változások a legjelentősebbek: 1. spermiumszám-csökkenés (oligozoospermia), 2. spermium motilitás csökkenés (asthenozoospermia), 3. a patológias spermiumok gyakoribbá válása, főleg a teratoid alakoké.

Ismertetik a progresszív motilitás fogalmát, amely a kvantitatív és kvalitatív motilitás szorzatának századrészét jelenti százalékban kifejezve. A kvantitatív motilitás alatt a mozgó alakok százalékos arányát értik az összes spermiumszámhoz viszonyítva. A kvalitatív motilitás a jól mozgó, megtermékenyítésre képes spermiumok százalékos arányát jelenti az összes mozgó alakhoz viszonyítva. A spermio genesis károsodásának legérzékenyebb mutatója a progresszív mo-

tilitás csökkenése. Ennek izolált csökkenése még a kóros elváltozások kezdeti szakaszára utal. Feltételezik ugyanis, hogy a varicocelel a károsító hatások elsődlegesen a mellékherét érintik — a spermiumok mozgáskészségének rosszabbodását okozva és csak másodlagosan vezetnek a here károsodásához és ezáltal a spermio genesis csökkenéséhez.

Minden varicocele betegnél feltétlenül fontosnak tartják a fertilitási vizsgálatok során a progresszív motilitás vizsgálatát is. Ha csak az utóbbi károsodott, ez elsődleges ártalomra utal és a beteget ebben a stádiumban kell megoperálni, amikor még csak részleges a károsodás.

Szécskai Árpád dr.

Szív- és keringési betegségek

Szükséges a sinus rhythmusban levő betegek fenntartó digitális kezelése? McDevitt, D. G., Johnston, G. D. (Department of Therapeutics and Pharmacology, Queen's University of Belfast, Whitla Medical Building, 97 Lisburn Road, Belfast BT9 7BL): Lancet, 1979, I, 567.

A digoxin elsődleges terápiás hatása a szívizom kontrakciós erejének fokozása, mely független attól, hogy a szívet a sinus csomó vezérli, vagy pitvarfibrillatio áll fenn. Nem bizonyított azonban, hogy a szívizom digoxinnal való tartós stimulálása eredményes-e, sinus rhythmusban levő betegeken. A szerzők ilyen esetekben vizsgálták a digoxin kezelés kihagyásának következményeit.

A kísérletben 56 beteg vett részt. Mindegyikük szíve sinus rhythmusban dobogott, a cardialis dekompenzáció klinikai jeleit egyikükön sem észlelték. A plazma digoxin koncentráció alapján két csoportba osztották őket. Az elsőbe tartozó 34 beteg plazma digoxin szintje a terápiás alatt volt, a 22 tagú második csoportban 0,8–2,0 ng/ml plazma digoxin tartalmat mértek. Az 1. csoport tagjait a digoxin elhagyása után járóbetegként ellenőrizték (EKG, szívelégtelenség jelei), a 2. csoportban a szert hatnapos kórházi megfigyelés alatt hagyták el. Utóbbiakon a bal kamra systolés idő intervallumainak mechanographiás mérésére is sor került. Az újradigitalizálás javallatának tekintették a szívelégtelenség kialakulását, a preejctiós periódus (PEP): bal kamrai ejectiós idő (LVET) arányának megnyúlását, tachycardia, vagy pitvarfibrillatio föléptét.

A vizsgált betegek életkori átlaga $65,2 \pm 1,1$ év volt. A digoxin kezelést az esetek 70%-ában congestív szívelégtelenség, 18%-ban myocardialis infarctushoz társuló galopp rhythmus, vagy állandó sinus tachycardia miatt kezdték el, 12%-ban a javallatot nem lehetett kideríteni.

Az 1. csoport 34 betege közül 33-ban a digoxin kezelés elhagyása káros következményekkel nem járt. Egy esetben kellett pitvarfibrillációs tachycardia kialakulása miatt a kezelést újrakezdeni. A 2. csoport 22 betege közül 15-ben hagyták el sikerrel a digoxint. 5 esetben szaporá frekvenciájú pitvarfibrillatio lépett föl. Közülük 1 beteg kórelőzményében szerepelt átmeneti pitvarremegéses időszak. 2 esetben az újradigitalizálás oka congestiv szív elégtelenség kialakulása és a PEP:LVET arány megnyúlása volt.

Eredményeik alapján megállapítják, hogy sinus rhythmusban levő betegeken a digitalis kezelés számos esetben elhagyható. Elsősorban azokon, akiknél a plazma digoxin tartalom a terápiás szintet nem éri el: rendszertelenül, és/vagy inadequat adagban szedik a digoxint, továbbá akiknél a kezelés javallata nem volt helyes. Érdekesnek tartják, hogy az esetek többségében pitvarfibrillatio fellépte okozta a szer elhagyásának sikertelenségét, s csak kettőben congestiv szívélgtelenség kialakulása. A sinus rhythmus az újradigitalizálás hatására egy beteg kivételével gyorsan visszatért. Tekintettel a digoxin szűk terápiás sávjára, az intoxicatio súlyos következményeire, a megfelelő adag előírásának nehézségeire, a fenntartó digitalizálás megszakításának mérlegelését javasolják, az általa megállapított feltételek megléte esetén.

Pánczél Pál dr.

Sinus rhythmusban levő betegek digoxin kezelése. Szerkesztőségi közlemény: Brit. Med. J. 1979, 1, 1103.

A kórházba felvett betegek mintegy 20%-a digitalist szed, s e betegek 20–25%-ában a szer toxikus hatásai is megfigyelhetők. Az intoxikáltak arányát csökkentette a digoxin farmakokinetikájának jobb megismerése és a plazma digoxin szint meghatározás lehetővé válása. A digitalis intoxikáció idős betegeken gyakori, különösen azokon, akiknek a vesefunkciói károsodtak. A szűk terápiás határok miatt a digoxin kezelés javallatát gyakran megkérdőjelezzik, elsősorban sinus rhythmusban levő dekompenzált betegeken. A digitalis kezelés hagyományos célja a szívműködés kontraktív erejének fokozása. Figyelembe kell azonban venni a szívműködés jobb jellemzőit is, úgymint az előterhelést (venás töltő nyomás), az utóterhelést (peripheriás vascularis resistencia) és a szívfrequenciát is. Az előterhelést csökkentő diureticumok, ill. elő- és utóterhelést egyaránt mérséklő vasodilatator szerek a congestiv szívélgtelenségben szenvedők digitális igényét csökkentik.

Sok beteg feleslegesen részesül tartós digitalis kezelésben, sokan viszont nem megfelelő adagban szedik azt. Több közleményben

leírják, hogy a congestiv szívélgtelenség miatt tartósan digoxint szedő betegek 75–94%-ában káros következmény nélkül elhagyható a digitalis kezelés. A betegek többsége sinus rhythmusban volt, s a terápiásnál alacsonyabb digoxin szintet mértek a plazmájukban.

A digoxin akut esetekben pozitív inotrop hatású. A tartós digoxin kezelés pozitív inotrop hatásáról megoszlanak a vélemények. *McHaffie és mtsai* 6 myocardialis eredetű pangásos szívélgtelenségben szenvedő, sinus rhythmusban levő betegen szakították meg a tartós digoxin kezelést. A betegek plazma digoxin szintje a kezelés alatt a terápiás határokon belül volt. A tünetekben, a fizikai tűrőképességben nem észleltek változást, panaszok sem jelentkeztek. *McDevitt és mtsai* 22 tagú, a terápiásnak megfelelő plazma digoxin szintű betegcsoportban figyelte meg a tartós digoxin kezelés megszakításának a hatását.

A kezelés megszakítása után sinus rhythmusban maradó 17 beteg közül kettőben észlelték a bal kamrai funkció romlását, klinikailag szívélgtelenség kialakulását.

Feltételezik, hogy a tartós digoxin terápiának nincs hosszantartó szívizom stimuláló hatása. Ennek alapján a toxicitás által nagyobb mértékben veszélyeztetett, sinus rhythmusban levő betegeken (idősek veseelégtelenségben szenvedők) mérlegelendő a tartós digitalis kezelés megszakítása. A betegeket a szer kihagyása után szoros ellenőrzés alatt kell tartani, szükség szerint vízajtókat célszerű adagolni. Pitvarfibrillatio felléptekor, diureticumra nem szűnő szívélgtelenség kialakulásakor a digoxin kezelést folytatni kell.

Pánczél Pál dr.

A néma szívinfarctus. Mörl, H. (Medizinische Universitätsklinik, 6900 Heidelberg): Deutsche Medizinische Wochenschrift 1979, 104, 449–450.

A fejlett EKG-diagnostika óta „némának” azokat az infarctusokat nevezzük, melyek objektív vagy szubjektív tüneteket nem okoznak és így megfelelő vizsgálatra sem kerül sor, és többnyire véletlenül, „rutinszerűen” végzett EKG-vizsgálat, vagy boncolás deríti ki. Azonban a néma infarctus valódi arányát még EKG-val sem lehet pontosan meghatározni, mert nem minden esetben kerül rá sor. Nagyobb bizonyító erejű a boncolás, mert az EKG ál-pozitív és ál-negatív is lehet. Nem deformálja pl. a QRS-t a lateralis felső regio subendocardialis, a mellőfal rudimentaer vagy nem transmuralis infarctusa. A típusos infarctus Q-t más folyamatok fedhetik: a zsugorodó heg ingerület-kiesését takarhatja a környező ép izomzat potenciálja, a necrosisban levő ép izomszövetek hyperthrophizálva re-

gisztrálható potenciált adhatnak, az ellenoldalon keletkező újabb infarctus a necrosis-vektor újból megfordíthatja és így a régi infarctus főtátt QRS pozitivitást eredményezhet.

Az a nagy boncolási anyaggon végzett megfigyelés, hogy típusos és néma infarctus azonos régióban egyaránt előfordul, ellene mond *Morawitz és Hochrein* „néma szív-izom-zóna” elméletének. Ezen vizsgálatok, valamint a Framingham tanulmány is igazolták, hogy a megjavult diagnosztika és a fokozott figyelem ellenére is az infarctusok egy része felismeretlen marad. Ennek aránya az irodalomban változó, függ a betegösszetételtől (psychotikus betegeknél pl. 67,5%), a kórisme megállapításának módjától (klinikai, kórbonctani) és a vizsgálat és az infarctus keletkezése között eltelt időtől. A néma infarctusok feltűnően nagy része nőket, öregeket, előrehaladott arteriosclerosisban szenvedőket érint. Gyakran azért sem ismerik fel, mert atípusos megjelenés esetén egyáltalán nem gondolnak rá, a finom tüneteket nem észlelik és nem értékelik helyesen. Tehát sok „némának” jelzett infarctus diszkrét tünetekkel jár. Érvényes ezért a régi szabály, hogy „szív-élgtelenség”, vagy hypertoniás beteg decompensatioja mögött mindig kell infarctust keresni. Fokozott ellenőrzés szükséges veszélyeztetett betegek, ill. személyek (pilóták, buszvezetők, mozdonyvezetők) esetén.

Ismeretes, hogy a néma infarctus gyakori diabeteseseken, ezek infarctusának kb. 50%-a fájdalommentes. Korábban ezt a vasa vasorum angiopathia diabetica okozta elzáródásával, részben a kísérő neuropathia diabeticaival magyarázták. *Faermann és mtsai* a néma infarctusos betegeknél szövettanilag a cardialis idegek hyperargenophiláját, ill. az idegrostok számának csökkenését mutatták ki. Az a tény, hogy öregkorban, ill. súlyos általános arteriosclerosis esetén gyakoribb a néma infarctus, arra enged következtetni, hogy a coronaria insufficientia miatti idült oxigénhiány károsítja az idegvégződéseket. Egyéni különbségek is vannak a fájdalom-inger megélésében, az agy fájdalom-inger felvételét és feldolgozását a diabetes, vagy a tartós hypoxia csökkentheti.

Kálló Kamil dr.

A „nem transmuralis” szívizom-infarctusok diagnosztikus problémái. H. Roskamm és mtsai (Rehabilitationszentrum für Herz und Kreislaufkrankheiten, Bad Krozingen): Dtsch. med. Wschr. 1978, 103, 497.

A közlemény 308 „nem transmuralis” szívizom-infarctuson átesett beteg klinikai és coronarographiás vizsgálattal nyert adatait dolgozza fel. A betegeken a coronarographiás vizsgálatokat 8 héttel az akut

szívizominfarctus fellépte után végezték el és azokat 2 csoportra osztották. Az első, korábban vizsgált csoportba (1973–1974) 77 beteg, a második betegcsoportba (1974–1977) 231 beteg adatai tartoznak. Az első, 77 betegből álló csoportban 35-nél normális coronarogramot, egy betegnél kisméretű coronaria érelváltozásokat és 41 betegnél 50%-nál nagyobb szűkületet találtak egy, két vagy három ágon. Ugyanebben az időpontban azonos korú betegekben 138 transmuralis infarctusból azonos kautélák mellett végzett coronarographiás vizsgálatok alkalmával normális coronarogramot mindössze egy beteg, kisméretű érelváltozást 4 beteg és 50%-nál nagyobb szűkületet 133 betegnél találtak.

A 77 „nem transmuralis” szívizom-infarctuson átesett beteg részletes elemzése során klinikai szempontból azt találták, hogy 57 beteget lehetett igazolt szívizom-infarctusosnak tekinteni. Az 57 ténylegesen akut szívizom-infarctuson átesett beteg közül már csak 16 betegnél találtak normális, egy betegnél kisméretű érelváltozást és 40 betegnél jelentős coronaria érelváltozásokat egy-két vagy három főágon (28 betegnél egy, 7 betegnél kettő, 5 betegnél három ágon). A maradék 20 nem igazolt akut szívizom-infarctusból 19 betegnél normális coronarogramot és mindössze egy betegnél találtak jelentősebb érelváltozásokat mindhárom ágon, illetve 50%-nál nagyobb szűkületet. A klinikai tünetek szempontjából végzett vizsgálatok során az első betegcsoportból 37 beteg (15%) számolt be angina pectorisra utaló tünetekről. Az első csoportba tartozó 37 anginás beteg coronarogramját elemezve azt találták, hogy mindössze egy betegnek volt normális coronarogramja, míg 36 betegnek kisebb-nagyobb mérvű coronaria sclerosis volt kimutatható (21 beteg egy, 7 beteg kettő és 5 beteg három ágon). Az első betegcsoportba tartozó 40 anginás beteg közül 34 beteg (85%) normális coronarogramot, egy betegnél kisméretű érelváltozást és 5 betegnél jelentős coronaria érelváltozásokat találtak (4 beteg egy ágon, egy beteg három ágon). A betegek korcsoportba történő felosztásánál kiderült, hogy az idősebb korcsoportban a coronaria érelváltozások kiterjedtebbek és súlyosabbak voltak, nagyobb enzimesemelkedéssel jártak. A pozitív coronarogramot mutató betegek esetében 66%-ban találtak, ST depressziót, csökkent teherbíró képességet és magasabb pulmonalis capillaris nyomást.

A második betegcsoportba tartozó 231 beteg közül 63 beteg (27,3%) normális coronarogramot, 24 beteg (10,4%) kisméretű coronaria érelváltozásokat és 144 beteg (62,3%) jelentős koszorúér-elváltozásokat, 50%-nál nagyobb szűkületet találtak (65 beteg egy, 47 beteg kettő, 32 beteg három ágon). A másik csoportba tartozó

betegekben a normális coronarogramok arányszámának a csökkenését a selectiv coronarographia technika és a diagnosztikus munka javulásával magyarázzák.

A szerzők vizsgálataiból azt a következtetést vonják le, hogy a „nem transmuralis” akut szívizom-infarctusok diagnózisa különös tekintettel a koszorúerek állapotára, bizonytalan. Azon „nem transmuralis” akut szívizom-infarctuson átesett betegekben, akiknek angina pectorisos tünetei vannak, viszont jelentős koszorúér-elváltozással kell számolni. Véleményük szerint a fiatalabb és középkorú betegek „nem transmuralis” infarctusa után is fennáll a coronarographia javallata, miután a coronarographia eredményei döntő szerepet játszanak a beteg munkaképességének megállapításában és a prognózisban. Amennyiben a coronarographiás vizsgálat nem vihető keresztül, a végleges vélemény kialakításától el kell tekinteni, elsősorban azon betegek esetében, akiknek nincs angina pectorisuk, terhelésre fellépő ST depressziójuk, ill. emelkedett bal kamrai végdiastolés nyomásuk.

A „nem transmuralis” infarctuson átesett anginás betegekben a coronarographia elvégzése minden esetben indokolt, miután sebészi kezelés jön szóba (aorto-coronariás bypass műtét). A szerzők hangsúlyozzák, hogy a normális coronarogram „nem transmuralis” infarctusok esetében nem zárja ki a kis koszorúerek megbetegedését.

Romoda Tibor dr.

Szerk. megj.: A referált cikk eredeti szövege szerint „azokon a betegekben, akiknek infarctusuk nem transmuralis és chr. angina pectoris van, minden esetben coronarographiát kell végezni”. A szerzők ezt szinte apodiktikusan jelentik ki. Állásfoglalásuk indoklása a közölt esetek kis száma és érvelésük alapján nem tűnik megalapozottnak, hanem inkább vitathatónak.

Coronaria spasmus és acut myocardialis infarctus. Szerkesztőségi közlemény: New England Journal of Medicine, 1978, 299, 1301.

Ismeretes, hogy szívizom infarctus kialakulhat a koszorúerek thrombosisa nélkül. Kimutatták, hogy olyan egyénekben, akiknél gyakori nyugalmi angina előzi meg a manifeszt infarctus kialakulását, rendszerint coronaria spasmus jön létre előbb, melyet secundar módon követ a thrombosis által okozott elzáródás. Manapság fokozott érdeklődés mutatkozik az után a már régóta ismert mechanizmus után, mely klinikai és kísérletes körülmények között egyaránt létrejöhet. A coronariák gazdagon innerváltak és az ép erek spasmusát ki lehet váltani az ad-

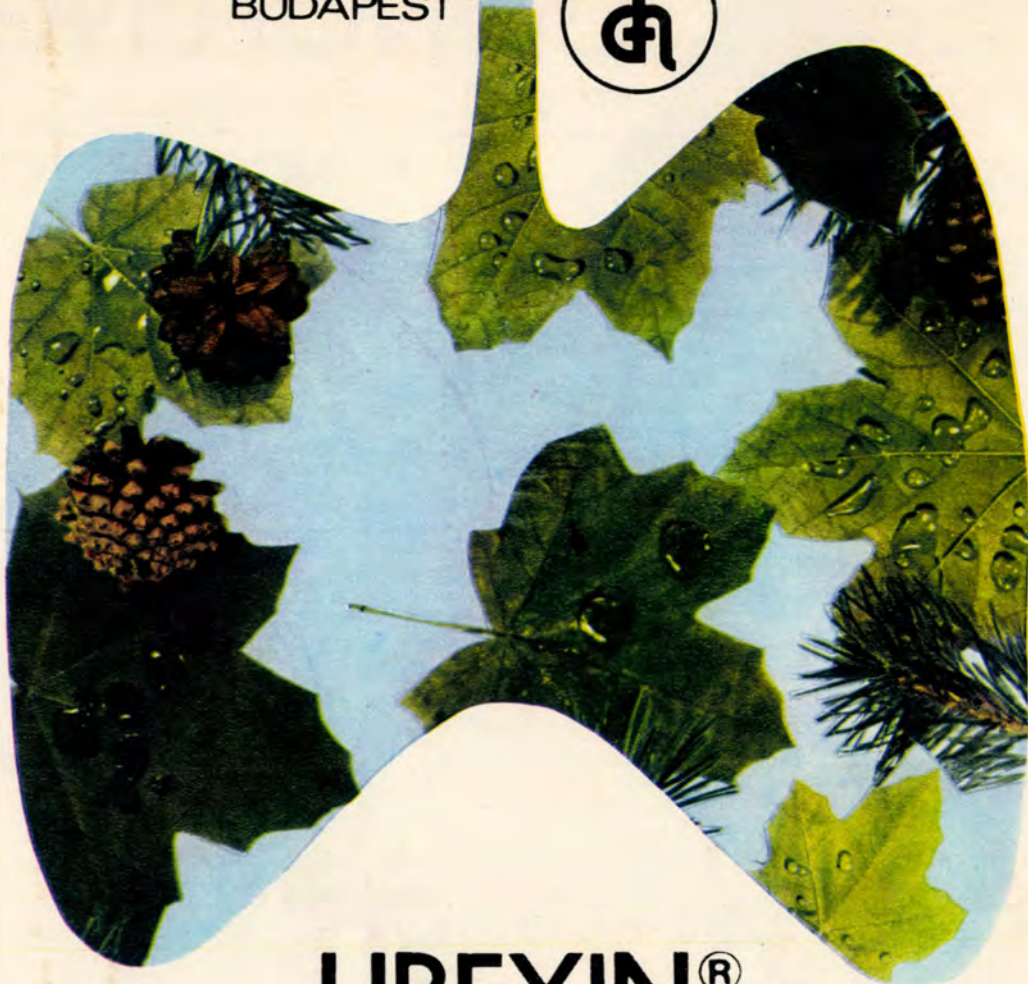
renerg neuronok ingerlésével. Jóllehet egy előrehaladott coronaria-sclerosisban szenvedő beteg rigid ereiről nehéz elképzelni, hogy adrenerg stimulálásra képesek összehúzódni, fel kell tételezni, hogy az arteriosclerotikus felrakódásokon összecsapódott trombocytákból felszabaduló thromboxan A₂ erőteljes vasoconstrictív hatása még szerepet játszhat. Ha a thrombosisat tekinthetjük elsődlegesnek a myocardialis infarctus kialakulásában, az anticoagulans kezelés és profilaxis logikusnak látszik. Amennyiben a coronaria spasmus játszik kritikus szerepet, coronaria dilatátorokat kellene alkalmazni és az egyre kevesebbet használt nitroglycerin jó lehet. A nitroglycerin vérnyomáscsökkentő hatását noradrenallal lehet kivédeni, vagy egyes válogatott esetekben a nitroglycerin intracoronariásan is adható. Másik hasonlóan jelentősen aktív coronaria gátló a nifedipin, amely gátolja a lassú calcium áramlást, így módon gátolva a simaizomsejtek akciós potenciálját. Különösen a Prinzmetal-féle anginában hatásos. A trombocyták aggregációját gátló gyógyszerek (aspirin, indometacin stb.) alkalmazása nemcsak a thrombosis kialakulását akadályozhatja, de megelőzhető a vasoactív thromboxan A₂ felszabadulása is. A koszorúerek spasmusát okozó alfa-adrenerg izgalom gátolható az alfa-receptor gátló gyógyszerekkel (pl. phenoxybenzamin). Alfa adrenerg receptorokat sikerült trombocyták felszínén kimutatni, így feltételezhető, hogy a keringésben levő catecholaminok által szenzitizált vérlemezkék könnyebben aggregálódnak és thromboxan A₂ szabadul fel. A béta-2 receptorok izgalma coronaria dilatációt okoz, így a manapság gyakran használt nem selectiv béta-receptor gátlók (propranolol) alkalmazása káros, mert a csökkent oxigénellátás nem a megnövekedett oxigénigény, hanem a vasospasmus miatt jön létre. A selectiv béta-receptor gátlók kiküszöbölik ezt a problémát. A fenti eljárások alkalmazásával, ill. a feltételezett pathomechanizmus figyelembevételével reális lehetőség van arra, hogy vasodilatator kezelést alkalmazzunk a myocardialis ischaemia csökkentésére.

Ternák Gábor dr.

Hyponatraemia és a myocardialis infarctus súlyossága, ill. kimenetele. Flear, C. T. G., Hilton, P. (University Department of Clinical Biochemistry, Royal Victoria Infirmary, Newcastle upon Tyne NE1 4LP): Brit. Med. J. 1979, I, 1242.

Emberben acut myocardialis infarctust (AMI) követően számos anyagcsere-változást írtak le: a catecholaminok, szabad zsírsavak, cortisol, glukóz, glycerin és cyclikus AMP plasma szintje emelkedik; a plasma insulin kezdetben

CHINOIN
BUDAPEST



LIBEXIN[®] COMBINATUM

tabletta

ANTITUSSIVUM

ÖSSZETÉTEL

Tablettánként 200 mg 3-(β , β -Diphenylaethyl)-5-(β -piperidinoethyl)-1, 2, 4-oxadiazolum hydrochloricum és 1 mg Emetinum hydrochloricum hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK

Grippe, bronchitis spastica, bronchitis acuta és chronica, laryngitis, asthma bronchiale, emphysema, pleuritis, pleuropneumonia, tüdő-tbc.

ELLENJAVALLATOK

Nagy váladékozással járó kórképekben és különösen postoperatív állapotokban (inhalációs narkózis után) ellenjavallt.

ADAGOLÁS

Átlagos adagja felnőtteknek naponta 3-4-szer 1 tabletta, étkezés után.

MELLÉKHATÁSOK

Émelygés, esetleg hányinger szórványosan előfordulhat, ami a gyógyszer szedésének abbahagyása után megszűnik.

FIGYELMEZTETÉS

A tablettát egészben nyeljük le, mivel szétrágása a száj nyálkahártyáján múló zsiszbadást válthat ki. A gyógyszert a gyermekpraxisban ne alkalmazzuk. Gyermekek elől elzárva tartandó.

CSOMAGOLÁS

20 db tabletta

Térités: 3,90 Ft

MEGJEGYZÉS

✘ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.



CHINOIN
BUDAPEST

CHINOFUNGIN[®]

spray

FUNGICIDA TOPICA



A tolnaftat fungicid és fungisztikus hatású vegyület. Hatásos számos dermatophytia lokális kezelésében, elsősorban *Trichophyton mentagrophytes*, *Trichophyton rubrum*, *Microsporon canis*, *Epidermophyton floccosum*, továbbá *Malassezia furfur* okozta fertőzések esetén.

Alkalmazható grizeofulvinnal kezelt krónikus dermatophytiák kiegészítő antimycotikus local-therapeuticumaként.

ÖSSZETÉTEL

- 1 g tolnaftatum hatóanyagot tartalmaz 125 g-os palackonként, olajszerű folyadékban.

JAVALLATOK

Dermatophyton okozta superficialis mycosisok gyógyítására: elsősorban *erosio interdigitalis mycotica*, továbbá *tinea versicolor*, *trichophytia superficialis*, *epidermophytia inguinale*, *ekzema mycoticum*, *rubrophytia*, *intertrigo mycogenes*. *Onychomycosis*ban adjuváns kezelésre.

ELLENJAVALLAT

Nyílt seb befűvése ellenjavalt.

MELLÉKHATÁS

Bőrirritáló, illetve szenzibilizáló hatása elhanyagolható.

ALKALMAZÁS

Szappanos, melegvizet lemosás után naponta 2-szer permetezzük a gondosan leszártított bőrfelületre, 15–20 cm távolságról, a függőlegesen tartott palackból.

FIGYELMEZTETÉS

Az üres palackot tűzbe dobni, felnyitni nem szabad. A palack legfeljebb 30°C hőmérsékletű helyen tárolható. Az aerosol véletlen belégzése nem ártalmas, legfeljebb enyhén irritáló (köhögtető) lehet. Vigyázni kell arra, hogy a permet a szembe ne kerüljön!

MEGJEGYZÉS

✘ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

CSOMAGOLÁS

125 g fémpalackban

Térités: 8,60 Ft

csökken. A szerzők a plasma elektrolitek szintjét figyelték meg.

185 férfit (átlagéletkor 56 év) és 50 nőt (átlagéletkor 61 év) vizsgáltak. Mindegyiküket AMI gyanújával szállítottak intenzív osztályra. A kórlefolyás alapján betegeiket 4 csoportba osztották. Az elsőbe sorolták azokat, akik az akut szakban meghaltak (29 eset). A második csoportot a nem fatális kimenetelű myocardium infarctusos betegek alkották (161 eset). A harmadikat azon betegek képezték, akiknek az EKG-ján myocardium ischaemiára utaló jeleket láttak, de infarctus nem alakult ki. A negyedik csoportba tartoztak azok, akik nem infarctust, sem szívizom ischaemiát nem tudtak igazolni. Vérmintákat felvételkor, valamint ezt követően 7 napig naponta vettek a plasma Na, K, Cl, karbamid-nitrogén (KN) szint, továbbá az aspartát dehydrogenáz, laktát dehydrogenáz, laktát dehydrogenáz 1. izoenzim aktivitására.

A plasma Na-tartalom a negyedik napig az 1. és 2. csoportban progresszíven csökkent. Az 1. csoportban a harmadik-ötödik nap között az értékek az esetek 66%-ában a normális alsó határát nem érték el; a 2.-ban többnyire a normális határokon belül maradtak. A 3. és 4. csoportban a Na szintek nem változtak. A plasma Cl tartalom a Na-mal párhuzamosan módosult. A plasma K-szint az első 3 napban kismértékben csökkent, majd a kezdő értékre tért vissza. A plasma KN tartalom az 1. csoportban jelezte az infarctus súlyosságát (enzim aktivitás és ST elevatio mértéke, rhythmus és vezetési zavarok gyakorisága, letális kimenetel) és a plasma Na csökkenés nagyságát követte.

Diureticumot kapott az összes infarctusos beteg 35%-a, e betegekben nagyobb és elhúzódóbb Na-szint csökkenést észleltek, mint azokon, akik diureticumot nem kaptak.

Eredményeik alapján megállapítják, hogy AMI korai szakában a plasma Na csökken. A csökkenés mértéke és tartóssága az infarctus súlyosságát jelzi. *Pánczél Pál dr.*

Stressz újságíróknál. K. Biener: Münch. Med. Wschr. 1979, 121, 449.

A szív- és koszorúér-megbetegedések és a stressz összefüggését eddig is számosan kutatták. A szerző ebből a szempontból egy, a köztudatban különösen stressz-terheltenek számító foglalkozási csoportot — az újságírókat vizsgálta kérdőív módszerrel. (Bár ezt nem közli külön, de úgy tűnik, hogy a „stressz” szót a cikk folyamán mindig a „kellemetlen feszültség” értelmében használja.)

A megkérdezettek 38 nő és 189 férfiból álló csoportját kor szerint is szétválasztotta, idősekre és fiatalokra; a kettőt elválasztó határt 43, illetve 44 évről húzta meg.

A kérdésre: stressz alatt állónak érzi-e magát? — a megkérdezettek 90%-a — korra és nemre való tekintet nélkül igennel válaszolt. Okként azonban a legváltozatosabb problémákat jelölték meg a munkahelyi légkörtől az egészségügyi panaszokig. Munkahelyével a csoport 44 éven felüli része, főleg a nők, elégedettebbek, mint a fiatalok. Helyzetét mindkét korosztály 80%-a érzi anyagilag biztosnak. Jövedelmével a fiatal férfiaknak csaknem fele elégedetlen (az idősebbeknek 40%-a). A nők nagy része adekvátnak érzi jövedelmét, de nagyon magasnak egyikük sem tartja, a férfiak között 4, ill. 16%-ban akad ilyen. A nők általában szerkesztőségen belüli besorolásukkal is elégedettebbek, mint a férfiak.

Szabályozott munkaideje csak kevés újságíróknak van. A minta 75%-a saját bevallása szerint a hivatalos időnél jóval többet tölt munkában. Minden hatodik újságíró szabadság nélkül töltötte az elmúlt évet. Szabad időről, magánéletéről a mintának több mint fele nem tud beszámolni. Ugyanakkor azonban kb. háromnegyed részük új valamilyen hobbit, vagy — a zürichi lakosság átlagához képest kisebb mértékben ugyan — híve valamilyen sportnak. Családi eredetű stresszről a fiatal férfiak 48, az idősebbek 41%-a számolt be. Nőknél ilyen problémák kevésbé adódtak, mert nagy részüknek nem volt családja.

Egészségével minden ötödik fiatal és minden harmadik idősebb újságíróknak volt vagy van jelenleg is baja.

A kérdőívben még több tétel is szerepel. Szignifikánsan azonban csak két jellegzetességet talált a szerző a (k. sz.-ek saját véleménye szerint) stressznek kitett csoportban. Az egyik a kevés mozgás. A stressz-k. sz.-eknek 77%-a a passzív pihenést részesíti előnyben, mert este és hétvégeken fáradt — a stressz nélküli kontroll csoportnak 48%-a. A másik az erős dohányzás: a megkérdezettek kb. a fele dohányos, és a stressz-csoport más tapasztalatok szerint napi 20 vagy ennél több cigarettát szív. A többség rendszeresen fogyaszt alkoholt is.

A cikk végén a szerző számos egyéb véleményt idéz a stressz és a szív- és koszorúér-megbetegedések viszonyával kapcsolatban. Saját vizsgálatában azonban éppen erre nem tér ki számszerűen, mintha ezen összefüggést eleve adottnak venné.

Az újságírók csoportjától kapott adatokból arra következtet, hogy az említett „stresszbetegségek” alapvető oka a mozgáshiány és az élvezeti cikkek mértéktelen fogyasztása. Ezeknek a rizikófaktó-

roknak a talaján, predisponált személyeknél a szubjektív megélt stressz is a szív- és koszorúér-bántalmak kiváltó oka lehet. Leküzdésükben a szemlélet és életmód változtatását tartja lényegesnek. Maga a vizsgálat is — úgy tűnik — a kérdőíves forma segítségével a közismertnek tekinthető tények egzakt és igazolható megfogalmazására irányul.

Oldal Krisztina dr.

A coronaria angiogramm értékelése. Az értékelésben mutatkozó különbségek. Galbaith, J. E., Murphy, M. L., de Soya, N. (Veterans Administration Hospital and Univ of Arkansas School for Medical Science, Little Rock): JAMA 1978, 240, 2053.

A szív koszorúsér megbetegedés kimutatására a coronarographia az egyetlen objektív módszer, mely nagy szerepet játszik a diagnosztikában, a kezelés és a műtéti indíció felállításában.

A coronarogramok értékelésében azonban az egyes értékelő szakorvosok között különbségek vannak. A szerzők összehasonlítják az ante- és postmortem coronarogramok különböző egyének által történt értékelését a kórbonctani leletekkel.

20, átlag a coronarographiától számított 57 nap után elhalt beteg adatait dolgozták fel. A selectiv coronarographia *Sones*, illetve *Judkins* technikája szerint történt, cineangiographiás módszerrel.

A betegek a vizsgálat előtt sublingualisan nitroglycerint kaptak az esetleges coronaria spasmus megszüntetése céljából. A boncolásokat a halál után 24 órán belül végezték. A koszorúserek feltöltését barium-gelatinnal *Schlesinger* módszere szerint végezték. A szívet nem fixált állapotban vetették vizsgálat alá. A boncolást végző orvos a kardiológiában járatos volt. Az ereket longitudinális irányban vágta fel és meghatározták a szűkület fokát. A praemortem angiogramokat 3 kardiológus, egymástól függetlenül értékelték. Az angiographiás leletekben az ér lumen területét, illetve az átmérőjének csökkenését százalékban fejezték ki.

A coronaria ellátási területet 15 segmentumra osztották fel és az azonos segmentumokat értékelték a prae- és postmortem végzett összehasonlító vizsgálataikban. Az eredményeket valóságos pozitív, valóságos negatív, téves pozitív és téves negatív csoportba osztották.

Vizsgálataik, melyek 624 ér lumen keresztmetszetére vonatkoznak azt mutatták, hogy a kórbonctani elváltozásokat véve alapul, a három értékelő kardiológus között a coronarogramok értékelésében nem volt jelentős különbség. A szerzők idézik *Björk* és mtsainak vizsgálatait, akik két értékelő esetén mindössze 37%-ban találtak egyezést az arteria coronaria szű-

kületének megítélésében. Több értékelő eredményei növelik a leletek pontosságát. Zir és mtsai is hasonló eredményre jutottak.

A szerzők vizsgálatai szerint több a „téves-pozitív”, mint a „téves-negatív” eredmény. A coronaria angiographiát kitűnő diagnosztikus módszernek tartják.

Romoda Tibor dr.

Onkológia

A korai gyomorrák késői eredményei. P. Schlag és mtsai (Med. Univ. klinik Ulm): Dtsch. med. Wschr. 1979, 104, 659.

A szerzők 1962 és 1977 között 65 korai gyomorrákot operáltak. A 38 férfi és 27 nő átlagkora 62 év volt, 33 beteg esetében legalább 5 éve történt az operáció. A korai gyomorrák diagnózisát kizárólag a resectiós anyag szövettani feldolgozása alapján állapították meg. Az infiltráció mélységének megítélését histológiai osztályozás követte (jól diff. instest típusú és pecsétgyűrűsejtes, ill. anaplast. cc.). A betegek postoperatív sorsát rendszeresen követték. A feldolgozásra került beteganyagot 2 részre osztották.

1. **Legalább 5 év telt el az operáció óta (1962–1973), 33 betegnél;** 14 esetben a mucosa, 19 esetben a submucosa volt infiltrált. 18 esetben instest. típusú, 15 esetben diffúz típusú — túlnyomórészt pecsétgyűrűsejtes — cc. fordult elő. Az 5 éves túlélési arányszámot tekintve a mucosát, ill. a submucosát infiltráló korai cc.-k között nem észleltek statisztikai különbséget. Ezzel szemben a jól diff. típusú csoport 5 éves túlélési aránya 90% volt, míg a diffúz típusú csoportban ez a szám 45% volt.

2. **Kevesebb, mint 5 év telt el az operáció óta.** A 12 mucosát és 20 submucosát infiltráló korai rák közül 19 instest. típusú, 13 diffúz — túlnyomórészt pecsétgyűrűsejtes — cc.-t találtak. Az eltelt idő óta 2 beteg halt meg, mindkettő a pecsétgyűrűsejtes rákos csoportba tartozott.

Az előrehaladt gyomortumorkok 20–30%-os 5 éves túlélési arányával szemben a feldolgozott korai gyomorrákos esetek kb. 70%-os arányszáma jónak mondható, azonban ez a szám még mindig elmarad a japán szerzők adataitól. Az 5 éves túlélési arányszám nagyságát nem a mélységi infiltráció, hanem a histológiai típus határozza meg.

Salacz András dr.
Simon László dr.

Elsődleges appendix carcinoma. Nülsen, H. (Chir. Univ. Klinik, Düsseldorf): Med. Welt, 1979, 30, 354.

Az appendix elsődleges rákja ritka és az összes gyomorbél-daganatoknak mintegy 0,1–0,5%-át teszi

ki. A praeoperatív kórismét felállítani szinte alig lehetséges, s leg-többbször appendicitis vagy egyéb hasi daganat a gyanított kórfolyamat. Főleg a VI. decennium felett levők megbetegedése és férfiakon többször fordul elő, mint nőknél. A mucinosus jellegű cystadenocarcinomák per continuitatem és kevésbé canalicularisan metastatizálnak, szemben a colon-típusú appendix-carcinomával. A választási kezelés a radikális műtét, egyidejű vagy csatlakozó hemicolectomiával. A kórjósolat nehéz, mert az irodalomban kevés ilyen eset ismeretes. A szerzők beteganyagában az öt évet túlélők száma a hemicolectomizált 55 betegből 12, a csak appendectomizált 33 beteg közül pedig 12 volt.

ifj. Pastinszky István dr.

Osteogen sarcomák halmozott előfordulása. Sauer, E. és mtsai (I. Med. Klin. der Techn. Univ., München): Münch. med. Wschr. 1979, 121, 343.

Felső-Bajorország egyes területén 10 hónap leforgása alatt négy osteogen sarcomát figyeltek meg; ezekből három meghalt, egy él és tünetmentes. Míg két beteg testvér volt, addig a többiekénél nem volt rokonai kapcsolat. A négy eset részletes elemzése alapján megállapították, hogy az osteogen sarcoma a ritka malignus tumorok közé tartozik és az összes rosszindulatú daganatoknak mintegy 0,5%-át képezi. A kóroktana nem tisztázott; egvesek vírus-aetiológiát tételeznek fel, mások pedig az immunológiai tényezők szerepét vitatják. A genetikai aetiológia kérdése is felvetődik, amit az egyes családokban való gyakoribb fellépése erősítene meg. A szerzőket négy esetük megfigyelése a vírus-aetiológia felvételére készíti, mert a betegek kimutathatóan egvmással contactusban voltak, és így a fertőző agens horizontális átvitele lehetségesnek fogadható el.

ifj. Pastinszky István dr.

Lymphogranulomatosis testvéren. Theiss, W. és mtsai (Klinikum rechts d. Isar, München): Münch. med. Wschr. 1979, 121, 309.

A lymphogranulomatosis halmozott családi fellépését egyre többen ismertetik az irodalomban. A szerzők két concordans testvérpár kazuistikáját elemzik, ezek néhány éven belül időközben szövettanilag bizonyítottan lymphogranulomatosisban betegedtek meg. Lymphogranulomás betegek testvérei számára körülbelül hétszeresen nagyobb a megbetegedési kockázat, a nem concordantia tekintetbevételével pedig tízszeres, nem discordantia esetén pedig csak négyszeresen nagyobb a rizikó. Nemi előny nem mutatható ki. Genetikus tényezők nem zárhatók ki. Feltehető

a fertőző agenssel szembeni genetikusan determinált magasabb érzékenység és különleges reakciós készség. ifj. Pastinszky István dr.

Interferon therapia myeloma multiplexben. Idestrom, K. és mtsai (Radiumhemmet, Karolinska Hosp. Stockholm): Acta Med. Scand. 1979, 205, 149.

A szerzők egy myeloma multiplexben szenvedő nőbetegét melphalan kezelésben részesítették. Hat hónapos kezelés után a beteg relapsusba került. Tekintve, hogy a szerzők korábban közölt vizsgálataikban azt találták, hogy a myeloma sejtek interferonra érzékenyek in vitro, ezen melphalan terapia resistens betegnek exogen human leukocytia interferont adtak i. m. naponta kétszer monoterapiaként. Az interferon adása mellett láz jelentkezett és thrombocytopeniássá vált a beteg. Egy hónappal az interferon therapia kezdete után javult a beteg általános állapota, csontfájdalmi csökkentek, továbbá csökkent a serumban az M komponens és a csontvelőben a plasmaseitek száma. Öt hónappal az interferon therapia megkezdése után a tumor progressiót a folyamatos interferon-adás ellenére. A különböző laboratóriumi értékek is progressiót mutattak. Ugyanakkor in vitro vizsgálattal azt találták, hogy a beteg myeloma sejtjeinek érzékenysége csökkent interferonnal szemben.

A szerzők azt tervezik, hogy közvetlenül a diagnosztika felállítását követően, minden más therapia bevezetése előtt, megkezdik a myelomás betegek interferon kezelését, és ezt a kezelési módot biztatósnak tartják.

Balázs Mihály dr.

A malignus non-Hodgkin lymphomák terapiájáról. Jandl, H., Fuchs, R. (Hämatologische Abteilung der Medizinischen Klinik, Med. Akademie, Magdeburg): Zeitschr. ges. inn. Medizin. 1979, 34, 208.

A malignus non-Hodgkin lymphomák (mNHL) terapiás eredményeit ma is igen nehéz megítélni. Ennek oka, hogy a mNHL-ák nem képeznek egységes betegség-csoportot, hogy diagnosztikájuk és klasszifikálásuk ma sem eléggé egységes, hogy nem egységes a terapiás stratégia, valamint, hogy prognózisuk alapvetően kedvezőtlen. E tényezők miatt is kívánatos volna, hogy világszerte egységes diagnosztikai elvek és klasszifikálási eljárások szerint végezzük a terapiás tervek felállítását, és egységes kezelési elveket kövessünk. Erre vonatkozóan elsősorban Európa és a tengerentúl tevékenységét kellene összehangba hozni. Az európai munkacsoportok tevékenysége jelenleg már egységes elvek alap-

ján kialakulóban van, bár még csak a kezdet kezdetén... A szerzők a terápiát illetően javasolnak olyan elveket, amelyek több mint fél évtizedes tapasztalatok kapcsán vannak kialakulóban. A Rye kritériumok szerint klasszifikált és stágtelt mNHL-ák kezelési elvűl az alábbiakat ajánlják.

IA stádiumú alacsony malignitású mNHL-ák esetében a kiterjesztett mezőjű irradatiót, magas malignitásúak esetén az irradatiót + polychemoterápiát. IIA stádiumú, alacsony malignitásúak esetén ugyancsak irradatiót, magas malignitás esetén ezt is chemoterápiával kiegészítve. IIIA stádiumú és alacsony malignitás esetén a sugárkezelés + polychemoterápia, magas malignitás esetén polychemoterápia + irradatio a javaslatuk. IV. stádiumban és minden stádiumban, ha B-tünetek is fennállanak, chemoterápiát és ezt követő radiotherápiát javasolnak.

CLL, prolymphocytás leukosis, nem pleiomorph immunocytoma, centrocystás lymphoma és centroblastos-centrocystás lymphoma esetén a Knospé sémát (chlorambucil 0,4 mg/kg 1–3 napig + prednisolon: 1. n.—75, 2. n.—50, 3. n.—25 mg) 4–14 napos szünetekkel és kúránként 0,1 mg/kg-mal emelt chlorambucil adagokkal, valamint a CVP (VEP, COP) sémát (1. napon 1,4 mg/m² vincristin, 1–5. napokon 400 mg/m² cyclophosphamid + 100 mg/m² prednisolon — 6–28 napos szünetekkel). Acut lymphoblastos leukaemiában az 1. napon 2,5 mg vincristint, az 1.—4. napokon 100 mg prednisolont és a 2.—4. napokon 20 mg daunoblastint ajánlják. A magas malignitású mNHL-ák kezelésére az ABVD sémát (1. nap: 25 mg/m² adriablastin + 10 mg/m² belomycin + 1,4 mg/m² vincristin + 1.—5. napokon 150 mg/m² dacarbazin, ill. az első három szünetnek a 14. napon való megismétlése, ami után 15–28 nap szünet következik), a COMP sémát (1., 8. és 15. napon: 1000 mg cyclophosphamid, 1 mg vincristin, 50 mg methotrexat + 15 napon át napi 100 mg prednisolon. A kúrák között 26–28 nap szünet iktatandó be), végül a COP—Bleo sémát (1.—5. napokon 300 mg/m² cyclophosphamid + 60 mg/m² prednisolon, az 1. és 5. napon 1,4 mg/m² vincristin + 1. és 5. napon 15 mg bleomycin. A kúrák között 16–21 napos szünetek tartandók). Az egyes szerek adagjait a fvs.-szám és thrc.-szám függvényében kúránként csökkenti kell az adag felére, ill. egynegyedére.

Központi idegrendszeri érintettség esetén 3000 R kononya-besugárzást vagy hetenként kétszer 12 mg/m² intrathecalisan adott methotrexatot javasolnak.

A remissio kritériumai az alábbiak: teljes remissióról beszélhetünk, ha a klinikai és paraklinikai tünetek teljesen visszafelődtek, részleges remissióról, ha a betegségtünetek 50%-os visszafelődése

észlelhető, responderitásról, ha a 3. terápiás cyclus után a tünetek 50%-os visszafelődése észlelhető. A kezelés során hetenként 2–3 alkalommal fvs.- és thrc.-szám ellenőrzés, hetenként egyszer a máj és a lép nagyság megítélése, valamint Hgb, teljes vérkép, HT-, GOT-, GPTI, LDH-vizsgálat, 4–8 hetenként teljes laboratóriumi kontroll, 6 havonta mellkas Rtg-ellenőrzés, elfo, fibrinogén vizsgálat, 6 hónap után re-staging szükségesség.

Berkessy Sándor dr.

A Hodgkin-kór két vagy négy szerrel végzett fenntartó kezelésével szerzett tapasztalatok. Wald, N. J. és mtsai (Radcliffe Infirmary, Oxford): Brit. Med. J. 1979, 1, 1105.

A Medical Research Council's Working Party of Lymphomas 1970–1975. között 108 olyan Hodgkin-kóros betegen végzett terápiás megfigyeléssorozatot, akik megelőzően még nem részesültek chemoterápiában, III. B., ill. IV. A vagy IV. B stádiumba voltak sorolhatók, és akiken megelőzően radiotherápia történt. Először minden beteg 6 MVPP kúrában részesítettek (mustin: 6 mg/m² + vinblastin: 6 mg/m² a kúra első és 8. napján, valamint procarbazin 100 mg/m² + prednisolon 40 mg/nap a kezelés 1–14. napjáig). A kúrák között 4 hetes szüneteket tartottak. A 6. kúra után 6 hónappal is remissióban levő 108 beteget randomizáltak két csoportra osztották. Az egyik csoport betegei (55) VP kúrákban (vinblastin + procarbazin a fenti adagokban), a másik csoport betegei (53) MVPP fenntartó kezelésben részesültek (a fenti sémá szerint). A fenntartó kezelés oly módon folyt le, hogy az első három kúra közben 3–3 hónapos, a 7–9. kúrák közben 6–6 hónapos szünetet iktattak be, ezáltal a 10 kúra 3 és fél évig tartott.

A teljes megfigyelési idő alatt (a legrövidebb ideig megfigyelt beteg két évig állott ellenőrzés alatt), a VP csoportban 6, az MVPP csoportban 10 beteg halt meg. Öt év után a VP csoportban 88%, az MVPP 80% volt a túlélők száma. A 16 elhalt beteg közül 14 lényegében a Hodgkin-kór miatt, 2 (mindkettő az MVPP csoportból) acut myeloid leukaemiában halt meg.

A relapsusok száma a VP csoportba tartozókon 18, az MVPP csoportbelieken 16 volt, (a relapsus terápiáját nem részletezik). A relapsus-ráta az első két év során volt a legnagyobb. A rosszabb relapsus-prognózt az MVPP csoportbelieken látták. A nők hamarabb kerültek relapsusba, mint a férfiak, a IV. stádiumbeliek gyakrabban, mint a III. stádiumbeliek.

A két fenntartó kezelési eljárás között lényegében, számottevő kedvező különbséget nem tapasztaltak, ezért meg is kérdőjelezzük, hogy van-e értelme a fenntartó kezelés-

nek? Ha igen, akkor a VP kúrák mellett szavaznak, mivel azok hospitalizálás nélkül is rendszeresen elvégezhetőek.

A relapsusok egyébként nagy mortalitással jártak mindkét csoportban. A VP csoportbelieken kevesebb gyógyszerresistentiát láttak és eredményesebben lehetett őket kezelni. Kiemelik, hogy az MVPP kúrák acut myeloid leukaemia frekvenciáját nem lehet figyelmen kívül hagyni! Berkessy Sándor dr.

Sebészet

Kell-e operálni a végtagok phlebitisét? Descotes, J., Barrail, X. (Service de Chirurgie Vasculaire, Hôpital Edouard Herriot, Lyon): Nouvelle Presse Médicale, 1979, 8, 2893.

A közlemény felhívja figyelmünket a kérdés változatlan időszerűségére a gyakoriság és fontosság miatt. A konzervatív kezelésbe vetett túlzott bizalom, ill. a műtéti eredmények hamisan jó értékelése: ezek a szélsőséges álláspontok hibái.

A terápia megválasztásánál tartasuk szem előtt, hogy a postthrombotikus syndroma sem sebészi, sem konzervatív módon hatásosan nem kezelhető. Ezzel kapcsolatban kis kitérével elemzik a szerzők a Palma-műtétet, amelyet hívei is csak 50%-os eredménynek tartanak. Felvetik, ahogy a 12–15 mm átmérőjű v. iliaca pótlása 4 mm átmérőjű v. saphenával a Poiseuille-törvény ismeretében (ahol az átmérő a 4. hatványon szerepel) akkor volna dinamikaileg elég, ha kb. 80 (!) db v. saphenát alkalmazhatnánk.

Korai, precíz, objektív kivizsgálás kell a döntéshez; ennek a szerzők által ajánlott sémája a következő: alsó végtag thrombosis gyanúja esetén az anamnesis felvétele és a fizikális vizsgálat mellett mindig végzendő non-invasív vizsgálat (nevezetesen: Doppler-vizsgálat és pletymographia). A pozitív eset kezelendő, negatív esetben izotóp vizsgálatot kell végeznünk. Ha ez is negatív, thrombosis nagy valószínűséggel nem áll fenn. Pozitív eredmény rejtett thrombosisra utal, tehát kezelendő. Thrombosis esetén a diagnosis finomítására esetleg invasív vizsgálat (phlebographia) is végezhető. Az eddig említett vizsgálatok tehát kizárhatnak thrombosis, vagy differenciálhatnak localis cruralis, felszálló vagy lebegő thrombus között.

A kezelés megválasztásában döntő szempont legyen az ésszerűség és a helyreállító jelleg. A konzervatív kezelés adaequat heparinózást jelentsen: a lytikus terápia átmenet a konzervatív és sebészi kezelés között. A sebészi terápia 2 alaptípusát különböztetik meg a szerzők: 1. a vénás út elzárása, 2. recanalizatio; ez utóbbit javasolják követendőbb módszernek.

Javasolt indikációk nem konzervatív kezelésre (thrombolysis, vagy műtét): fiatal, aktív életkor, tüdőembolia az anamnesisben (esetleg többször), növekvő, lebegő thrombus, phlegmasia. Javasolt indikációk műtetre: az előzővel azonos indikációs kör, főként ha postoperatív állapottal társul. A thrombectomia javasolt időbeli határai: növekvő lebegő thrombusnál 10—21. nap; elzáró thrombusnál 4—8. nap.

Beszámoló a szerzők eredményeiből: 30 hónap alatt 90 phlebotrombosiszt kezeltek, ebből 63 beteget műtéttel. A 63 műtét megoszlása: 20 csak ligatura, 43 thrombectomia (közülük 10 óvatosságból ligatúrával kombinálva). A 33 ligatura nélkül thrombectomiával kezelt betegen tüdőembolia nem fordult elő. Késői (1 éven túli) kontrollnál a 33-ból 26-nál teljes morfológiai és functionalis recanalizációt találtak. Figyelmeztetnek a szerzők, hogy ilyen beavatkozások eredménye csak akkor ítéhető jó-nak, ha a kedvező késői phlebografiás eredmény mellett a beteg klinikailag is jól van, rugalmas rögzítést nem igényel függőleges testhelyzetben.

Eredményeik alapján a szerzők az alsó végtag thrombosisban a sebészi rekonstruktív kezelés észszerű alkalmazását javasolják, az általuk kritikával behatárolt javallati körben. *László Gergely dr.*

Légzési elégtelenség és operabilitás. Frey, P. (Triemli kerületi kórház Reanimációs osztálya, Zürich): Schweiz. med. Wschr. 1979, 109, 1562.

A műtétek indikációját és kontraindikációját az anaesthesiológus és sebész állapítja meg. A további rizikofaktorok tisztázására az egyes szervek beszűkült funkciójának a részletes kivizsgálására, a praeeoperatív előkészítésre azonban a belgyógyász hivatott. Nagymértékben veszélyeztetett betegcsoport az obstruktív tüdőbetegségben szenvedők, főleg a postoperatív szak első napjaiban. A légzés postoperatív befolyásolását a narkotikumok, sedatívumok, analgetikumok és izomrelaxánsok maradványainak hatása okozza. A csökkent expectoratio a váladékok retenciójához vezet, az alveolusok szellőzése nem egyenletes, atelectasiás területek és pneumoniás góccok keletkeznek. A légzés mechanikus befolyásolása pl. abdominalis gyomorműtét után a vitalkapacitás 50%-os csökkenését okozza. Ez az érték a műtét után kb. 10 nappal normalizálódik, transthoracalis behatolásnál a csökkenés meglepő módon szintén 50%, a normalizálódáshoz azonban 4—6 hétre van szükség.

A teljesen egészséges tüdejű embereknel a rizikofaktorok kisebbek, de olyan egyéneknel, akik beszűkült légzési tartalékkal rendelkeznek, fatális respirációs dekompen-

záció léphet fel. Így elsősorban obstruktív légzési elégtelenségben szenvedők, ezeknél döntő fontosságra van a megfelelő műtéti előkészítésnek, az anaesthesia technikájának és az utókezelésnek. A rutin tüdőfunkcionális vizsgálatok céltalanok, és eredményeik nem használhatók fel. Az irányítás központjában a kezelőorvos áll, aki a beteg anamnézisének, a fizikai teljesítőképességnek, ill. annak a terheléssel párhuzamosan fellépő változását, dohányzási szokásait ismeri. A cigarettázó embereket potenciálisan tüdőbetegeknek kell tekinteni. A klinikai vizsgálatok eredményei között az adipositas és az enyhe tüdőelváltozások tüneteinek (emphysema, bronchiectasia) figyelembe kell venni.

Az intrathoracalis műtétek közül a tüdőrezekciók relatív kontraindikációi között számos functionális adat szerepel az irodalomban. A Tiffeneau (FEV₁) és a vitalkapacitás a normális érték 50%-ánál alacsonyabb nem lehet. Enyhe hypoxaemia, a pO₂ 60—70 Hgmm értéke prognosztikusan nem értékelhető, döntő jelentősége van azonban, ha ez az érték testi megerőltetés után 60 Hgmm alá esik és a pCO₂ 50 Hgmm-t ér el.

A veszélyeztetett betegek kezelésében döntő fontosságú a kórház „infrastruktúrája”, a postoperatív lélegeztetés, a megfelelő időben végzett extubáció, a túlnyomásos lélegeztetés fenntartása, a beteg általános állapotának a javulásáig szükséges feltételek. A szervek adequat O₂ ellátottságának a biztosításához megfelelő légzési és keringési ellátottságra van szükség, a funkciók egymástól független beállítása és ellenőrzése, a jól működő intenzív betegellátás megerősítő munkáját igényli.

Szántó Endre dr.

A diverticulitises bél resectio és myotomiája. M. Reifferscheid (Abt. Chirurgie der Med. Fakultät Essen): Dtsch. med. Wschr. 1979, 104, 671.

A szerző a sigma-diverticulitis kezelésében a kuratív és preventív szempontokat egyesítő koncepció mellett foglal állást. A betegség az utóbbi évtizedben az egyik legfontosabb hasi kórképpé lépett elő. A morbiditás az életkor előrehaladtával fokozódik, így a preventiónak a szerepét még inkább hangsúlyozni kell. Minél idősebb a beteg, annál fenyegetőbb a környezetbe vagy a szabad hasüregbe történő diverticulitis perforatio, bár feltűnik, hogy fiatal korban a betegség kifejezetten agresszív és fulminans lefolyást mutat.

Morfológiai és klinikai leletek alapján 4 stádium különíthető el: diverticulosis, diverticulitis, peridiverticulitis és diverticulitises pericolicitis. A diverticulitist a következő tünetek és kísérőjelenségek jellemzik: intraluminalis nyomásfokozó-

dás, izomhypertrophia, székletpannás, izomhypertrophia, székletpannás, a diverticulumban, kimutatható nyálkahártya sérülés a diverticulum falában, amely az átszivárgásnak utat enged, és végül maga az átszivárgás, amely a bél falát érinti először, majd a pericolicus területet.

Amíg a diverticulitis nem lépi át a nyálkahártyát, a folyamat conservative is kezelhető, a penetratio és mikroperforatio után erre már nincs lehetőség, bár a beteg ilyenkor még meglehetősen tünetmentes. Az érintett bélszakasz kezdetben csak reflektorikusan hűződik össze, később ezt az állapotot progrediáló fibrosclerosis rögzíti, a sigma hengerszerű resistenciaként tapintható a csípőlapátban. A zsugorodás miatt beszűkül a diverticulumok belső nyílása, a folyamat innen törvényszerűen a pericolicushez vezet, septikus klinikai kép kialakulása mellett. Abscessusképződés, és az életet veszélyeztető súlyos szövődmények lépnek fel, a bél lumene elzáródik, a diverticulum perforál, stercoralis peritonitis uralja a képet. Az acut műtét csak a betegek 2/3 részén tud segíteni.

A kórkép belső dinamikáját csak az érintett bélszakasz resectiójával lehet megváltoztatni. A tehermentesítő colostoma, illetve a diétás és gyógyszeres kezelés, ha lehet még súlyosbítja is a helyzetet, a már említett fibrosclerosis zavar-talan progressiója révén. A cél tehát az, hogy az általános gyulladá-sos tünetek kezdetén operáljunk, így primer resectio végezhető, tehermentesítő colostoma nélkül. A halálozás az ún. „sima cholelithiasis” arányának felel meg, 10%-os értékben. Az utóbbi években felmerült az a lehetőség is, hogy csak a taeniák és a körkörös izomzat átvágásával és plasticájával resectio nélkül lehetne therapiás effektust elérni. A szerző 22 betegének 5 éves utánvizsgálata alapján azon az állásponton van, hogy korai resectiót kell végezni, majd az anastomosis-tól oralisan és aboralisan a taenia hypertrophiás contractióját multiplex haránt myotomiával kell megoldani. A 125, csak resecált, kontroll csoportbeli beteg 12,0%-ban a műtét után sem vált panaszmentessé, az említett 22 beteg viszont minden szempontból gyógyultnak volt tekinthető.

Balázs Péter dr.

A szelektív proximális vagotomia (SPV) eredményei. Th. Junginger, H. Pichlmaier (Chirurgische Universitätsklinik Köln-Lindenthal): Dtsch. med. Wschr. 1979, 104, 127.

Intézetükben 1971 és 1976 között 526 beteg komplikáció nélküli patkóbélfekély, 37 beteg pedig gyomorfekély miatt esett át szelektív proximális vagotomián. A műtéti halálozás 0,18%-ra rúgott, a betegek 90%-ánál a postoperatív ürülés zavartalan. A duodenalis fe-

kély panaszmentes volt 1–5 évvel később. Dumping-szindrómát találtak 6,5%-ban, hasmenést 4,2%-ban, a gyomorkimenetel szűkületét 1%-ban, recidív fekélyt 10,9%-ban. Gyomorfekély miatt végzett SPV után 36 utánvizsgált betegből nyolcnál keletkezett recidív fekély. Következtetjük az, hogy a duodenalis fekélyek kezelésében a gyomorcsomókötés alternatívájaként az SPV felhasználása ajánlatosnak látszik. Gyomorfekély kezelésénél nem meggyőző ez idáig.

Cserhádi Géza dr.

Máj- és epeútbetegségek

Hepatoma. Bretholz, A. (Med. Poliklinik, Lausanne): Schweiz. med. Wschr. 1979, 109, 946.

A *hepatoma* (vagy *carcinoma hepatocellulare*) nálunk viszonylag ritka daganat, mégis különböző kóroktani szempontokból (cirrhosisban való gyakorisága, az utóbbi évtizedekben Európában való szaporodása, hepatitis B vírussal és/vagy egyéb carcinogen anyagokkal való társulása) egyre nagyobb érdeklődésre tart számot.

1. **Gyakoriság.** A hepatoma földrajzi eloszlottsága igen változó. Míg Európában és USA-ban a hepatoma az autopsziáknak 0,5–1%-át, addig Ázsia és Afrika egyes részeiben 5–7 (sőt több) százalékát képezi. Az utóbbi években Görögországban és Angliában egyre növekedik a hepatomáknak a száma.

2. **Kóroktan.** A praevalettiás területeken gyakori az aflatoxinokkal való contaminatio, továbbá a hepatitis B antigén hordozók arányszáma, amelyek a hepatoma potenciális carcinogén tényezőinek feltételezhetőek. A hepatomák azonban előfordulhatnak ép májban is, továbbá a hepatomák gyakoriságának növekedése nem mindig párhuzamos a cirrhosis számának emelkedésével.

3. **Klinikum.** Saját 20 esetük és az irodalmi adatok egybevetése alapján a tünetek a következő gyakoriságot mutatják: hasi fájdalmak, sárgaság, láz; csaknem mindig hepatomegalia, sőt gyakran ascites is kíséri.

4. **Kórisme.** A laboratóriumi vizsgálatok rendszerint a cirrhosis máj-funkciós zavarait mutatják; az alkalikus phosphatase emelkedése, a süllyedés gyorsasága jelentősen nagyobb a cirrhosishoz csatlakozó hepatomában mint a májsugor nélküli daganatokban. Az esetek 90%-ában az α -foetoprotein érték emelkedett, de 400 $\mu\text{g/ml}$ alatti értékek viszonylag nem tekinthetők fajlagosnak. Laparoscopiás biopsia a legfontosabb kiegészítő vizsgálat a diagnosis megerősítésére.

5. **Kórjóslat.** Az operálható hepatoma sajnos ritka és a kifejlődés üteme is nagyon rapid. Számos

palliatív kezelést ajánlottak biztató eredmény nélkül.

ifj. Pastinszky István dr.

Intrahepatikus epeutak veleszületett cysticus dilatációja: Caroli-betegség és szövődményei. Seefeld, U. és mtsai (Med. Klin. und Inst. Röntgendiagnostik, Stadtspital Waid, Zürich): Schweiz. med. Wschr. 1979, 109, 758.

Az intrahepatikus epeutak congenitalis cysticus dilatációját Caroli írta le először 1958-ban; közlése szerint a kórképet epekövek folytán heveny felhási fájdalmak, a cholangitis kifejezésékként pedig lázas icterus-hullámok jellemezték. A kórismét eleinte intraoperatív vagy autopsiával állították fel; gyakran szövődik a folyamat renalis tubularis ectasiával is („szívacsvese”). Később (1969) a ductus hepaticocholedochus congenitalis cysticus tágulatának már mintegy 600 esetét ismertették. A Caroli-betegség egyéb kórképekkel is szövődhet (congenitalis máj-cirrhosis; cholangiocarcinoma). A szerzők is jelen munkájukban a Caroli-betegségnek egyik esetben veleszületett hepaticocholedochus cystával, másik esetben pedig carcinoma hepaticummal való szövődését ismertetik. A limitált therapiás lehetőség miatt ezen szövődményformák kórjósolata nem kedvező.

ifj. Pastinszky István dr.

Chronikus persistens hepatitis és nem conjugált hyperbilirubinaemia. Bertram, F. és mtsai: Gastroenterology 1979, 76, 248.

A chronikus persistens hepatitis (CPH) a leggyakoribb késői következménye az acut vírus hepatitisnek, melyet a máj chronikus, non-progresszív, anicterikus gyulladással folytatásának tartanak. A szerző beszámol 12 betegről, akikben a CPH mellett enyhe, nem conjugált hyperbilirubinaemia is előfordult. A CPH diagnózisát a következő kritériumok alapján állították fel: 1. intermittáló vagy persistens aminotranszferáz aktivitás, 2. normális serum albumin, globulin, alkalikus foszfatáz és prothrombin aktivitás, 3. jellegzetes májszöveti elválások.

Kizárták a haemolysis és a familiáris hyperbilirubinaemia, ill. Gilbert-kór lehetőségét. A májszövetben megvizsgálták az UDP-glucuroniltransferáz aktivitást is. Eredményeiket összehasonlították más májbetegségekben szenvedők hasonló adataival, ill. normál egyénekekkel.

Vizsgálataikból arra következtettek, hogy az UDP-glucuroniltransferáz (UDPG-T) aktivitása az indirekt hyperbilirubinaemiás CPH-ban szenvedők májszövetében a Gilbert-kórban észlelthez hasonlóan alacsony értékre csökkent. Az en-

zymdefektus természetét nem sikerült megállapítani, de ennek mértéke nincs összefüggésben a lezajlott hepatitis súlyosságával, ill. a necrosis kiterjedtségével. Feltételezik, hogy az endoplasmikus reticulum alig észlelhető sérülése lehet az oka az UDPG-T csökkent aktivitásának, akár úgy, hogy az enzim maga károsodott, akár úgy, hogy a substratum transzportja az endoplasmikus reticulum membránján keresztül akadályozott. Persistáló, enyhe indirekt hyperbilirubinaemiát más szerzők is megfigyeltek acut vírushepatitis lezajlása után.

Ternák Gábor dr.

Lázás állapotok cirrhosis kapcsán. Bretholz, A. (Poliklin. méd., Lausanne): Schweiz. med. Wschr. 1979, 109, 938.

Már több klinikai tanulmány tárgyát képezte a Laennec-cirrhosisban előforduló lázas állapotok pathogenesisének tisztázása. Ilyen lázas állapotok megkülönböztető kórisméje gyakran nehéz. A szerző a következő lehetőségek figyelembevételét javasolja:

1. **Endotoxinaemia.** Endotoxinok normálisan is jelen vannak a portális keringésben; cirrhosis esetében azonban a májszövet nem képes ezeket méregteleníteni. Az endotoxinoknak a portális keringésben való jelenlétét a Levin-féle „Limulus polyphemus-tesztel” egyszerűen bizonyítható. Cirrhosis-betegek lázas állapotát igen gyakran a vérben keringő endotoxinok okozzák.

2. **Fertőzések.** A cirrhosis és az alkoholizmus gyakran párosulnak és gátolják a szervezet antibacterialis védekezését. Ezért a máj-cirrhosisban gyakoriak a fertőzések, amit a bacterialis endocarditis gyakorisága igazol. Ha ascites is fennáll, gondosan kutatnunk kell spontán bacterialis peritonitis után is.

3. **Hepatitis alcoholica.** Kórismézését a punctiós biopsiával nyert májszövet kórszöveti vizsgálatára erősíti meg a következő változó gyakoriságú klinikai tünetek esetében: anorexia, hányás, hasi fájdalmak, láz, sárgaság, hepatomegalia, leukocytosis, emelkedett SGOT értékek és egyéb májfunkciós próbák zavarai. Ezt a megbetegedést el kell különíteni az elzáródásos icterustól; prognosztikai szempontból is fontos, hogy az alkohol-abusust megfékezzük. A hepatitis alcoholicából néha meglepően hirtelen alakulhat ki a cirrhosis. Ha nincs encephalopathia hepatica, a corticosteroidok nem indikáltak.

4. **Hepatoma (carcinoma hepatocellulare).** A hepatoma klinikai tünetei között az általános leromlás, lesóványodás, hasi fájdalmak, és sárgaság mellett gyakori a lázas állapot is.

ifj. Pastinszky István dr.

Hyperoktanémia a cirrhotikus betegek máj eredetű encephalopathiájában. Stauffer, J. és mtsai (Université Bordeaux II, Clinique Médicale Hôpital Saint-André, 33000 Bordeaux): *Nouv. Presse Méd.* 1979, 8, 1663.

A serum oktánsav (8 szénatom-számú zsírsav elágazás és kettős-kötés nélkül) szint emelkedését cirrhotikus betegek máj eredetű encephalopathiájában már régóta gyanították. *Linscheer* az enyhe és súlyosabb cirrhotikus, illetve a porto-cavalis shuntös betegek éhomi serum oktánsav szintjét magasabbnak találta, mint a normál egyedekét. Ez a szint sokkal erősebben megemelkedik a Na-oktánát rectalis alkalmazása esetén és a közepes lánccu trigliceridek bélből való felszívódása kapcsán cirrhotikus betegekben, mint egészségesekben. Ezen kívül ismert volt, hogy több fajta emlősben reverzibilis kómát okoz a Na-oktánát infúziója.

Ezen tények összetételalkozása tetten valószínűvé, hogy a cirrhotikus betegek máj eredetű encephalopathiájában is emelkedett a serum oktánsav szint, ennek demonstrálására egy olyan kimutatási módszerre volt szükség, ami érzékeny és reprodukálható.

A szerzők egy új és érzékeny módszert ismertettek a serum oktánsav gáz-folyadék kromatográfiás meghatározására. A módszert tömegspektrográfiával ellenőrizték és hitelesítették.

61 alkoholos eredetű cirrhotikus beteg serumában végeztek ilyen meghatározást, közülük 47-nek máj eredetű encephalopathiája is volt. Azt találták, hogy mind az arteriális, mind a vénás vérben emelkedett volt az oktánsav szint, ami különösen feltűnő volt az encephalopathiás betegeknél. Az arteriális vér szintje sokkal inkább emelkedett volt, mint a vénás vére. Az oktánsav emelkedése nem mutatott semmiféle összefüggést a serum ammónia szint változásával.

Az oktánsav szint emelkedésének eredete valószínűleg endogen. A különböző pozícióban jelzett palmitinsav adagolásának segítségével feltételezhető, hogy az oktánsav túlnyomórészt a hosszú lánccu zsírsavak tökéletlen oxidációjából származik.

Az oktánsav neurotoxicitásának kísérletes vizsgálatát *Macaca mulatta* majmokon végezték, 5 mM/kg Na-oktánát vénás adására kb. 20 percig tartó reverzibilis comát észleltek.

Szabó Éva dr.

A máj lipomája és pseudolipomája. Dirschmid, K. és mtsai (Inst. Path., Feldkirch, Österreich): *Med. Klin.* 1979, 74, 997.

A máj a szervezetben centralis helyet foglal el a metastatizáló és granulomatosus folyamatok között.

A jóindulatú mesenchymalis folyamatok ritkák, így a lipomák és pseudolipomák is. Rendszerint a IV. évtized táján lépnek fel és klinikailag abszolút jóindulatúak; gyakran diabetes és adipositas kíséretében jelentkeznek. A máj lipomái rendszerint nyomás, angomás és cystás részleteket is tartalmaznak. A szerzők két esetükben váratlan leletként észlelték a májlipomákat; a csomók nagysága maximuman 20 mm volt, s klinikailag semmi tünetet nem okoztak. Egyéb tumoroktól és granulomáktól csak biopsziával és kórszövetteni vizsgálattal különíthetők el. A tumorok érgazdagsága miatt a próbakimetszésnél a vérzés veszélyét figyelembe kell venni.

ifj. Pastinszky István dr.

Belgyógyászat

Gerincvelő kompresszió myelómában. Benson, W. J. és mtsai (Dept. of Medical Oncology, Christie Hospital and Holt Radium Institute, Manchester): *Brit. Med. J.* 1979, 1, 1541.

Myeloma multiplexben aránylag gyakran lehet észlelni neurológiai eltéréseket, nevezetesen: agyi tüneteket a hyperviscositás szindróma miatt, perifériás neuropathiát az amyloidosis következtében és gerincvelői kompressziós tüneteket a gerincvelőt érintő közvetlen nyomásos tünetek miatt. *Batts* 40 myelomás betegén 35%-ban észlelt központi idegrendszeri károsodást, s ezek felében gerincvelői kompresszióból eredő paraplegiát. A kompresszió rendszerint extraduralis eredetű, mivel az intraduralis myeloma kifejezetten ritkaság.

A szerzők 47 saját betegük vizsgálati eredményeit ismertetik, akik közül 27-et 1954–1973 között, 20-at 1974–1978 között kezelték. Mindegyik betegben caudakompresszióból származó paraparesist és paraplegiát tapasztaltak. Négy betegben a kompressziós tünetek hirtelen, a többin lassan alakultak ki hátfájdalmat és sensoriumzavart követően. Akiken a tünetek hirtelen alakultak ki, azok prognózisa volt rosszabb. Kezelésükre háromhetes radiotherápiát (3500–4500 rad), vagy chemotherápiát + radiotherápiát alkalmaztak. Ha a regressio jelei hamarosan jelentkeztek, maradványtüneteket nem tapasztaltak. A 45 túlélő beteg közül 13 volt nonresponder, 11-en jó, 13-an csekély mértékű, részleges remissiót észleltek és 8 betegben kompressziós tüneteket követően is teljes remissiót tudtak elérni. (A decompressziós laminectomiák számát nem részletezik.)

Megállapítják, hogy myelómában gerincvelői kompressziós tünetek kialakulása során is indokolt

az optimizmus, sőt akár radiotherápiával, akár radio + chemotherápiával a myeloma komplex remissiójára is lehet számítani.

Berkessy Sándor dr.

A multifocalis fibrosclerosis. (Beszámoló 3 esetről a csontrendszer és a központi idegrendszer elváltozásaiival). *Beyeler, E.* (Egyetemi Kórbonctani Intézet, Genf): *Schw. med. Wschr.*, 1978, 108, 1141.

Az elváltozások degeneratív, gyuladós vagy neoplasias jellegének kórszövetteni elkülönítése multifocalis fibrosclerosis esetén problémát jelent. Mikroszkóposan fibrotikus reakciónak imponál, klinikailag malignus lefolyást mutat.

A szerző 3 esetét ismerteti. Az első beteg 41 éves férfi, aki első ízben 1969-ben jelentkezett felvételre. Panaszai diabetes insipidusos jellegűek voltak. Negatív röntgenmorfológiai és laboratóriumi leletei ellenére, a klinikai kép alapján, pitressin kezelésben részesült és tünetmentessé vált. Két évvel később súlyos hypertoniás jellegű panaszokkal jelentkezett. A pyelographia és a renalis arteriographia mindkét arteria renalison súlyos compressiós elváltozásokat mutatott ki. Panaszaihoz 1973-ban interstitialis pneumopathia tünetei csatlakoztak. Ekkor exploratív laparotomiát végeztek és a retroperitonealis nyirokcsomók, valamint a környező zsírszövet mikroszkópos vizsgálata főleg gyuladós elváltozásokat mutatott, melyek Weber-Christian disseminatióra látszóztak jellegzetesnek. Feltűnő volt, hogy a nagyon kiterjedt szervi elváltozások ellenére subcutan infiltratumok nem voltak találhatóak. A beteg steroid kezelésre klinikailag kifejezetten javult. Hypertoniája miatt hydralazin, diabetes insipidusa miatt carbamazepin és pitressin kezelésben részesült. 1975-ben a beteg újabb kórházi felvétellel jelentkezett, eddigi panaszaihoz nyugalmi dyspnoe csatlakozott. A vizsgálat a vena cava sup. compressiós tüneteit és constrictiv pericarditis fizikális jeleit mutatta ki, a mellkas-röntgen vizsgálat szerint pedig a pre- és postcapillaris pulmonalis hypertonia rajza volt kimutatható. Állapota gyógyszeres kezelésre nem javult és kórházi tartózkodása alatt, 6 évvel az első tünetek jelentkezése után, meghalt. Kórszövetteni vizsgálattal a mediastinalis, retroperitonealis régiókban és a csontvelőben necrosisok, a tüdőben nodularis perivascularis fibrosis volt kimutatható.

A második (68 éves) férfibeteg domináns tünetei: láz és dyspnoe, pneumoniás jellegűek voltak. Kórbonctani vizsgálat szerint interstitialis fibrotikus jellegű elváltozások voltak a tüdőben, de a peri-aortikus szövet és a vese tokjának vizsgálata zsíros necrosis képét mu-

tatta, ami a háti csigolyákon és a gerincvelőn is kimutatható volt.

A harmadik beteg (50 éves nő) epigastriális fájdalmi miatt nyert felvételt. Hypertóniás volt. Később paraplegiás tünetek jelentkeztek, ezért 1975. novemberben a D 3-7. csigolyáknak megfelelően laminectomiát végeztek, amikor extramedullaris fibrotikus masszát távolítottak el. Diagnózis: liposclerosis xanthogranulomatosa. Panasza a műtét után javultak. Napi 50 mg prednisolon kezelési javaslatával távozott — ellenőrző vizsgálatra többé nem jelentkezett.

A multifocalis fibrosclerosis ismeretlen etiológiájú betegség, ami a mediastinalis és retroperitonealis zsírszöveten kívül jellegzetes elváltozásokat okozhat a csontvelőben, a pajzsmirigyben, a nagy mirigyes szervekben és a központi idegrendszerben is. A fibrosis behatolása elsősorban az erek adventitiája és az azt kísérő zsírszövet mentén halad; a necrobiotikus, mások gyuladással elváltozások csak következményesek.

A retroperitonealis fibrosist Albarra 1905-ben írta le. Hosszú ideig az irodalomban hasonló kazuistikai tanulmányok nem találhatók, majd Culmont 1955-ben elsőnek írt le hasonló képet a mediastinumban. A cikk adatai szerint 1961 óta 38 közlemény ismereti a multifocalis fibrosclerosis klinikumát és kórbonctani jellegzetességeit.

Szántó Endre dr.

Fejlődési rendellenességek

A veleszületett fejlődési rendellenességek tanulmányozása 2398 válogatás nélküli szülésben. Goravalingappa, J. P., Nashi, H. K. (Dept. Pathol., Karnatak Medical College, Hubli, India): Indian J. Med. Res. 1979, 69, 140.

2398 egymás után következő szülésben 75 újszülöttnél összesen 83 fejlődési rendellenességet észleltek. 763 újszülött súlya volt 2500 g-nál kisebb, ezekből 45-nek volt fejlődési hibája (5,91%), ami szignifikánsan nagyobb gyakoriság, mint az 1635 érett újszülött között észlelt 30 malformatiós csecsemő (1,83%). A fejlődési hibák a perinatalis mortalitás 15,5%-át okozták, ami a magas, 83,4%-os összértéket tekintve, jelentős részese. A nagyon fiatal, 20 év alatti, és az idősebb, 31 év feletti anyák csecsemőiben több rendellenességet észleltek. A primigravidák esetében általában nagyobb volt a gyakoriság, főleg a központi idegrendszer anomáliáit látva többször. A rossz szociális helyzetben élők újszülöttjei gyakrabban voltak károsodottak, mint a jómódú családokéi.

A fiúk és lányok közötti különbség nem volt szignifikáns (32,8, ill. 29,1%).

Méhes Károly dr.

Ganglioneuroblastoma és magzati alkohol szindróma. Seeler, R. A. és mtsai (A Chicagói Cook County Hospital gyermeknevelési, onkológiai és genetikai osztálya): Pediatrics, 1979, 63, 524.

A magzati hydantoin szindrómának (MHS) és a magzati alkohol szindrómának (MAS) számos közös tünete van, és mindkettőben előfordul mellékvesetumor.

A szerzők esetében az anya súlyosan alkoholistá volt, görcei miatt az első trimesonban 3×100 mg diphenylhydantoin szedett. Az újszülött a 36. héten 1560 g-mal született. Jellegzetes dysmorphiás arca volt és IRS-ja, továbbá hypoglycaemiás volt. Megállapították még kamrai septum defektusát. A gyermek 35 hónapos korában került újra kórházba, amikor somatomen-talis retardációt találtak, és azt állapították meg, hogy mindkét szemére szűkebb. Az arcon kifejezett hirsutismus tűnt fel. A láb 5. ujjának utolsó phalanxa hiányzott. Az iv. pyelographia hívta fel a figyelmet a mellékvesetumorra, mely műtét után ganglioneuroblastomának bizonyult.

Az irodalom elemzése 33%-ban eredményezett magzati hydantoin szindrómát azon anyák gyermekeinél, akik ezt a gyógyszert szedték. Ugyanakkor ez a szindróma 4 esetben neuroblastomával szövődött. A magzati alkohol szindróma 4 esetben neuroblastomával szövődött. A magzati alkohol szindróma egy esetben szövődött mellékvesetumorral (megjelent az Orv. Hetil. ref. rovatában: 1979, 120, 1224.).

(Ref.: Az összeesés lehet véletlen is, ezért további megfigyelések szükségesek.)

Korányi György dr.

A terhesség alatti láz és a veleszületett rendellenességek. Kleinerecht, J. és mtsai (Univ. Inst. Hum. Genet., Frankfurt am Main): Lancet, 1979, 1, 1403.

A terhesség elején átélt magas láz oki szerepét a fejlődési rendellenességek keletkezésében több megfigyelés is valószínűsítette, de prospektív tanulmány hiányában a kérdést nem lehetett tisztázni.

A szerzők 7870 terhesség prospektív elemzését végezték el. A graviditás első 12 hetében átélt lázas betegséget és „influenzát” regisztráltak, a hyperthermia mértékéről nem nyertek adatokat. A lázas és influenzás anyák újszülöttjei között a kontrollhoz képest nem volt több fejlődési hibás. Hathetes korban az influenzás csoportban több volt a kóros izomtonus, de a további utánvizsgálatoknál ezt sem észlelték. Adataikból arra következtetnek, hogy a láz önmagában nem teratogén, legfeljebb szerepet játszhat multifaktoriális modellű rendellenességek létrejöttében.

(Ref.: A levélformájú közlés a nagy esetszám és a részletes táblázatban elemzett adatok ellenére

sem vizs közlebb a kérdés tisztázásához. A téma felvetése hibás: az előző cikkek egyike sem állította, hogy a láz, grippe, influenza általában fejlődési hibát okoz. A kérdés az, hogy az extrém hyperthermia teratogén tényező-e, s ehhez a testhőmérséklet ismerete nélkül hozzászólni nem lehet.)

Méhes Károly dr.

Bronchus-anomáliák. Primer, G. (Klinik Bad Reichenhall, Niederbayern, Oberpfalz): Med. Klin. 1979, 74, 955.

A bronchus-anomáliák gyakoriságát általában csekélynek ítélik. A légzőszervi megbetegedések klinikai beteganyagában a bronchoscopiai vizsgálatok között mégis 3%-ban fordult elő, amit eddig az irodalomban nem közöltek. A bronchus-anomáliák oka nem egészen tisztázott. A fejlődési zavarok már a praenatalis periódusban is felléphetnek. A leggyorsabb és gyakorlatilag is elegendő a következő három főbb anomálialehetőség elkülönítése: 1. atípusos variációk (osztódások); 2. transzposíciók; 3. felesleges többlet (amely a melléktüdő különböző fajtáit öleli fel). Előfordulhatnak még: különböző hasadások, kettős tüdő, separatio, cranialis, proximalis vagy caudalis transpozíció, trachealis melléktüdő, járulékos hörgők, bronchialis és trachealis diverticulumok. A bronchus-anomáliák rendszerint véletlen leletként mutatkoznak, mert klinikai, radiológiai, vagy egyéb erre utaló tünetek nincsenek. Legtöbbször olyan egyének fordul elő, akiken egyéb testi anomáliák (nyúlajak, farkastörök stb.) is előfordulnak. A bronchus-anomáliák a „locus minoris resistentiae” fogalomkörébe tartoznak és nem ritkán ezen területeken egyéb kóros elváltozások is találhatóak.

ifj. Pastinszky István dr.

Kirner-féle deformitás: a kisujszülött izolat hibás képződése. Niederwieser, E., G. Segmüller (Orthopädi. Klin., St. Gallen): Schweiz. med. Wschr. 1979, 109, 1023.

Számos tünetegyütteshez csatolhatóknak az ujjak fejlődési zavarai; így pl. mongolismus esetén klinodaktylia és majombarázda; a Klippel-Trenaunay syndromában makrodaktylia; az Ellis van Creveld syndromában polydaktylia; sőt egyéb anomáliákkal szövődött is előfordulhat: Apert syndroma; akrocephalosyndaktylia. Vannak azonban izolált kéz- és ujjanomáliák is, amelyek a születéskor vagy később manifesztálódnak. A szerzők kézsebészeti osztályán az utóbbi öt évben 5 Kirner-deformitást észleltek, amely az V. ujj végperccének felfuffadásából, továbbá egyidejű palmaris és radialis deviatióból, valamint óraüvegszerű körömképző-

désből állott. Bár ennek a deformitásnak a leírása német szerzőtől ered, mégis főleg angolszász szerzők közölték ilyen eseteket. Ez a deformitás nemcsak kozmetikus, de funkcionális zavarokkal is jár. Familiáris jellegű, és egyéb anomáliákkal is néha szövődhet. A szerzők a deformitás gyógyítására új (partialis epiphysiodesis) kezelési módszert írnak le.

ifj. Pastinszky István dr.

A hyperthermia teratogén hatása a *Macaca radiata* majomban. Hendrickx, A. G. és mtsai (California Primate Research Center, University of California, Davis, CA 95616, USA): *Teratology*, 1979, 19, 177.

17 terhes állatot a terhesség 21. és 46. napja között incubatorban hyperthermiának tettek ki. A hőhatást különböző variációkban adagolták: egy, három, négy és nyolc napon át napi egyórás hyperthermiával a testhőmérsékletet 2,4–5,4 °C-kal emelték. Csak 6 esetben született ép, egészséges újszülött. 5 alkalommal teljes resorptiót, 3 esetben abortust, további 3-ban fejlődési rendellenességet észleltek. Ezen kívül az egyik abortum is fejlődési hibás volt. A malformatiók nem hasonlítottak egymásra. Az eredmények azt mutatják, hogy a hyperthermia ebben a speciesben teratogén hatású, s erre a terhesség 23. és 30. napja közötti időszak a legérzékenyebb. Feltételezhető, hogy a hyperthermia károsító hatása az organogenesisre emberben is hasonló módon érvényesül.

Méhes Károly dr.

Terápiás kérdések

Intravénás és belélegzett salbutamol hatása a súlyos asthma kezdeti kezelésében. P. Lawford, B. J. M. Jones, J. S. Milledge (Northwick Park Hospital and Clinical Research, Centre, Harrow, Middlesex HA1 3UJ): *British Medical Journal* 1978, 1, 84.

A kezdeti súlyos asthma kezelésére gyakran használnak salbutamolt, de a kúra optimális idejét, illetve az adagokat illetően még nem született megegyezés. A cikk szerzői kétféle adagolás hatását vizsgálták, egyrészt az iv. infúziót, másrészt a belélegeztetést. 16 beteget (15–65 év közöttieket) vizsgáltak, kiknek az asthmaja a napi normális kezelésre nem reagált kellőképpen. A vizsgálatot megelőző 6 órában hydrocortisont nem szedtek, csúcsáramlás 120 l/min-nél kevesebb volt. Minden páciens 40%-os oxigént kapott maszkon át 5 percig, majd 250 mg hydrocortisont iv. Mérték a pulzust, a csúcsáramlást és a FEV₁-et. Egy részük 900 µg salbutamolt 500 ml izotóniás konyhasóban 45 perc alatt kapott, másrésztük pedig 10 mg salbutamolt 10 ml izotóniás konyhasóoldatban oldva lélegzett be. A két csoport között az asthma súlyossági fokát tekintve nem volt különbség sem a pulzusban, sem a csúcsáramlásban, sem a FEV₁-ben, sem a vérgáz értékekben. A kísérletet megelőzően hasonló kezelésben részesültek. A FEV₁ mindkét csoportban jelentősen javult a kezelés után, a csúcsáramlásban és a vérgázértékekben nem mutatkozott jelentős eltérés. (Részben javult, de a két csoport között nem volt lényeges különbség.) A belélegeztetett betegeknel viszont a pulzusszám lényegesen csökkent, az intravénásan kezeltéken pedig megnőtt. A belélegeztetett betegek 1 kivételével szubjektív javulásról számoltak be, míg az iv. kezelték állapota szubjektíve nem változott, vagy rosszabbodott. Mások szerint az aerosolos salbutamolnak hosszabb a hörgőtágító hatása, a kísérletben ezt figyelembe véve állapították meg az adagokat. Azt tapasztalták azonban, hogy az e szempontból választott 20 µg/min. infúzióban adott salbutamol a betegek többségén nem kívánatos mellékhatásokat idézett elő (pulzusszám emelkedés, extrasystolia), ezért kisebb adag javallt. Ha a salbutamolt inhalálva adják, a hörgőtágító hatás hasonló, mellékhatás pedig nem

jelentkezik, ezért súlyos asthma esetén sokkal ajánlatosabb ez az eljárás.

Kende Mihály dr.

A heveny asthma kezelése: az intravénás corticosteroidok és a béta₂-adrenerg agonisták hatása. Arnaud, A. és mtsai (Clinique de Pneumopathologie and Unité INSERM U 174, Hopital Sainte Marguerite B. P. 29, F 13274, Marseille Cedex 2, France): *Lung*, 1979, 156, 43–48.

Corticosteroidokat és ACTH-t kiterjedten alkalmaznak a hörgőtágító szerekre nem reagáló súlyos asthma gyógyítására. Használatuk lényegében klinikai megfigyelésen alapszik, hatásmódjukról keveset tudunk. A szerzők ezt a problémát tanulmányozták. 7 asztmás beteg 20 mg methylprednisolont, 0,25 mg szintetikus ACTH-t és 1 g chloramphenicolot tartalmazó 125 ml 5%-os glukóz oldatot, másik 7 asztmás beteg ugyanezt a keveréket kapta 0,5 mg béta₂-adrenerg hörgőtágító terbutalinnal kiegészítve, további 7 asztmás beteg pedig egyedül csak terbutalint kapott iv. infúzióban. Klinikailag a harmadik csoportban két beteg kivételével valamennyi betegnek javult az állapota. A második csoportban 2, a harmadik csoportban 4 beteg súlyos izomremegés lépett fel. Valamennyi beteg az inhaláció elkezdésének az időpontjától kezdve 6 ízben óránként 4 napon át meghatározták a Tiffeneau-értéket, ami az első csoportban végig változatlan maradt. A második csoportban a Tiffeneau-érték az első napon enyhén, a második, a harmadik és a negyedik napon pedig jelentősen emelkedett. Az emelkedés az első napon az első, a második és a harmadik órában volt kifejezett, a többi 3 napon pedig az első órától a hatodik óráig végig. A harmadik csoportban egyedül a terbutalin hatására a Tiffeneau-érték csak jelentéktelenül emelkedett. Munkájuk alapján bizonyítottak látják, hogy a súlyos asthma hörgőtágító szerek és corticosteroidok kombinációjával szükséges kezelni és a corticosteroidok hatását a béta-adrenerg agonisták fokozzák.

Pongor Ferenc dr.

 **ovion**[®]

tabletta



OVIDON[®]

tabletta

ÖSSZETÉTEL

1 tabletta 0,25 mg d-norgestrelt és 0,05 mg aethinyloestradiolumot tartalmaz.

HATÁS

Az OVIDON két komponensű, orálisan 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.

ALKALMAZÁS ÉS ADAGOLÁS

Az OVIDON tabletták szedését a menstruatio első napjától számított 5. napon kell elkezdni, és 21 napon át napi 1 tablettát kell azonos napokban, 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.

ELLENJAVALLATOK

Hepatitis utáni állapotok, súlyos idiopathiás terhességi icterus és súlyos terhességi pruritus az anamnesisben, Dubin-Johnson- és Rotor-szindróma, májműködési zavarok, cholecystitis, thrombosis-készség, súlyos organikus szívbetegség, chronikus colitis, az endocrin mirigyek betegségei, malignus tumorok, elsősorban emlő-carcinoma, továbbá laktatio és intolerantia.

MELLÉKHATÁSOK

A kúra kezdetén esetleg jelentkező gastrointestinalis tünetek, mellfeszülés, testsúlynövekedés a folyamatos kezelés során rendszerint csökkennek vagy megszűnnek.

Varicositasban, epilepsiában, hypertoniában, depressióval járó psychiatriai kórképekben, diabetes mellitusban a készítmény alkalmazása körültekintést igényel.

MEGJEGYZÉS ✕

Rendelhetőségét a 23/1973. és módosítása, a 13/1974. eü. miniszteri utasítás szabályozzák.

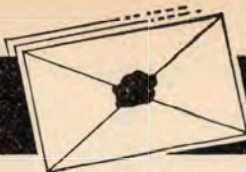
„Csak vényre kiadható, és az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtető.”

CSOMAGOLÁS

21 tabletták. Térítési díj: 2,20 Ft

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST





Adalék az inzulin hazai nagyüzemi termelésének történetéhez.

T. Szerkesztőség! Gondolaltébreztőnek és egyben szellemesnek találtam **Káldor Antal dr.** főorvosnak, a lap 1980. 121-es évfolyamának 14. száma 811. oldalán megjelent: „*Mi a baj a gyógyszerekkel*” című cikkét, de néhány adatot, melyek félreértésre adhatnak okot, helyesíteni szeretnék. — **Káldor** főorvos szerint az inzulin „Magyarországon Richter Gedeon 1923-ban már nagyüzemi módon állította elő”. Richter Gedeon nem volt vegyész, hanem gyógyszerész, tehát helyesebb volna az olyan fogalmazás, hogy az inzulin nagyüzemi előállítását a Richter Gedeon által alapított gyógyszergyárban kezdték el. De sajnos ez sem áll teljes mértékben, mert az inzulin nagyüzemi előállítását nem a Richter által alapított gyógyszergyárban kezdték, hanem a **Wolf Imre dr.** és **Kereszty György dr.** által vezetett **Chinoin**-ban kezdték meg 1923-ban. Lehetőséges, hogy az ő technológiáját vették át **Richterék**. A **Chinoin**-gyár vezetői másodunokatestvéremet **Mezei Péter** vegyész mérnököt küldték el Franciaországba, hogy ott tanulja meg technológiát és hozza haza Magyarországra. **Mezei Péter** anyja francia nő volt, ennél fogva fia kitűnően beszélt a nyelvet, ezért esett a választás rá és Franciaországra. Ez 1923-ban történt, amikor én már elsőéves medikus voltam. **Mezei Péter** a feladatot elvégezte. Így indult el a nagyüzemi termelés a **Chinoin**-ban. **Mezei Péter** később deportálták és valamelyik koncentrációs táborban elpusztult. Mindezt a nálam jóval fiatalabb **Káldor** főorvos természetesen nem tudhatta, de én ennek a levélnek a közzétételével tartozom rokonom, **Mezei Péter** emlékének.

Benedict János dr.

T. Szerkesztőség! **Benedict** főorvos elismerő szavait hálásan köszönöm. Hozzászólásában dolgozatom egy-két adatát korrigálja. A tanulmányban **Richter Gedeon** szakmai kvalifikációjáról nem esik szó. Ami az inzulin hazai sorsának kezdetét illeti, nyilvánvaló, hogy személyes emlék, személyes kapcsolat, „részvétel” érvényesebb érv, mint az irodalom citálása. Az incriminált állításom **Wrenshall, G. A., Hetényi G. Jr., Feasby, W. R.: The Story of Insulin. Reinhardt (Canada) Ltd. 1962.** című könyvében és az 1927-es **Richter** évkönyvben szerepelnek. Megjegyzendő továbbá, hogy az **Orvosi Hetilap** 1926. évfolyamában három tanulmány jelent meg a **Richter-Inzulinról**.

Káldor Antal dr.

Kovács Pál halálozási évének helyesbítése és néhány újabb életrajzi adata.

T. Szerkesztőség! Hallottam róla és rég vártam, hogy megjelenjen a **Horus** hasábjain **Bugyi Balázs dr.** megemlékezése **Kovács Pál dr.**-ről. A nevezett orvos-író életútjának rövid ismertetése az **Orvosi Hetilap** 1980. évf. 18. számában az 1089. oldalon napvilágot is látott: „Az első magyar orvos-író akadémikus **Kovács Pál (1808—1866)**” címmel.

Azért vállalkoztam alábbiak közlésére, mivel 43 éven át **Dégen** voltam körzeti orvos és kutatásaim helyszíni eredetűek.

A cikkben kétszer is tévesen jelent meg halálának dátuma, ez készlet levelem megírására. Az első elírás mindjárt a címben található. **Kovács Pál** nem 1866-ban, vagyis 58 éves korában halt meg, hanem 1886-ban, betöltött 78 éves korában gyászolta **Győr** városa nagy halottját. **Bugyi** nekrológiájának utolsó mondata meg pláne 1861. aug. 13-ra teszi halála napját. Születésének, halálának hónapja, napja pontos, valóban július 1-én született **Dégen** és augusztus 13-án halt meg **Győr**ött.

Ha már a két dátum helyesbítését kérem, hadd említsem meg a véletlen különös összejársását: születésének és halálának napja egy világhírű orvos kortársáéval egyezik. **Kovács Pál** 10. születése napján — 1818. július 1-én — született **Budán** **Semmelweis Ignác** és a nagy szülész halálát követő 21 év múlva, 1886. aug. 13-án, fejezte be munkában gazdag, áldásos életét.

Kovács Pál gyermekéveiről, dégi tartózkodásáról, alig tudunk valamit. Apja, **Ferenc** nagy műveltségű mérnök, aki **Dégen** **Festetics Antal** birtokán tisztartó-inspector állást töltött be. Írt verseket, meséket; latinból, franciából regényt, tragédiát fordított; mindez 5 vasikos kötetet töltött meg. — Édesapját 11 éves korában veszítette el, de a család két év után még **Dégen** lakik. Miután **Pápara** költöztek, szülőfalujával nevével kapcsolatban csak az 1831-es kolerajárvány idején találkozunk, amikor mint szigorló orvos **Dég** székhellyel a mezőföldi járásban ugusztus 16-án **Kovács Pál Úr** a' nyavalya gyógyítása eránt adandó utasítások, és a'... teendő célrányos rendelkezések megtétele végett tüstént kiküldetik”. A járvány megszűntével, okt. 16-án, megbízatása is lejárt. — **Arra** a helyre, ahol szülőháza állt csak feltételesen tudok következtetni. **Déggel** összefüggő kapcsolataira kevésbé, inkább családját illetőleg derítettek fényt kutatásaim.

Gondolom, a közölt pár adat ifjú életének fehér foltját némileg be-
szűkíti.

Haug Antal dr.
ny. volt dégi körz. főorv.

T. Szerkesztőség! **Dr. Haug Antal** **Kovács Pál**ról írott orvostörténeti közleményemben azt kifogásolja, hogy én 1866. évet adtam meg **Kovács Pál** halála időpontjának, amelyet ő 1886-ban tételez fel. **Kovács Pál** 1866. augusztus hó 13-án halt meg. Mint közleményem irodalmában is feltüntettem, **Vadnai Károly**, a **Magyar Tudományos Akadémia**, **Beöthy Zsolt** a **Kisfaludy Társaság** nevében 1867-ben búcsúztatták **Kovács Pált** e **Társaságok**nak **Emlébeszéd**eket tartalmazó kötetei szerint. **Aligha** képzelhető el, hogy országunknak e két legtekintélyesebb szervezete bárkit is halálát megelőzően 19 évvel búcsúztatott volna el és jelentetett volna meg róla nekrológot.

Bár a **Szerkesztőség** mindig nyomatékosan felhívja a szerzőket és az e téren jelentkező hibákat — indokoltan — súlyosan elítéli, életemben — tudtommal — először követtem valóban el hibát a korrektúrában, amennyiben 1866 helyett 1861 évet közöltem közleményem utolsó szakaszában. Súlyos elnézésem azonban annyiban mégis hasznos volt, hogy **Dr. Haug Antal** mint **Dég** község helytörténésze számos eddig ismeretlen értékes adattal gazdagította **Kovács Pál** dégi tevékenységéről ismereteinket.

Bugyi Balázs dr.

Milyen mérvű neurológiai ismeretekre van szüksége a pszichiáternek?

T. Szerkesztőség! **Pszichiátriai** szakorvosi képesítés megszerzése előtt álló orvosként, tehát potenciális pszichiáterként, nagy érdeklődéssel olvastam **Füredi János dr.** és **Buda Béla dr.** cikkét. (**Orvosi Hetilap** 1980, 121, 1115.). Annál is inkább, mivel sok vonatkozásban a fiatal orvosokhoz, fiatal pszichiáterekhez is szól. Nem szándékozom azokkal a gondolatokkal foglalkozni, amelyekkel: egyetértek, sokkal inkább azokkal, amelyeket — szerzőkhöz képest sokkal szerényebb tudásom és sokkal kisebb gyakorlati tapasztalatom ellenére sem tudok elfogadni. Tájékozottságom szerint alábbi fenntartásaimmal a fiatal szakemberek körében nem állok egyedül.

Füredi doktorék írásukban nagy teret szentelnek annak a véleményüknek, miszerint a pszichiátereknek nem kell a neurológia szakvizsga, sőt... csak évekre elvonja a fiatal szakembereket a pszichiátriától és közben az érdeklődésüket is megosztja...”, tehát káros is. Az eddigi szakmai gyakorlatom azonban egyértelműen arra ösztönöz, hogy a pszichiátria szakvizsga megszerzése után a neurológiai

szakvizsgát is letegyem. Nem hiszem, hogy külön bizonyításra szorulna az a tény, hogy pl. akut felvételes pszichiátriai osztályon legalább szakorvosi szinten kell ismerni a neurológiát, aminek elérése pedig csakis neurológiai gyakorlati lehetőségek. Nem szándékozom felsorolni a differenciáldiagnosztikai problémákat jelentő posttraumás kórképeket, vagy a pszichiátriai tünetekkel kezdődő organikus megbetegedéseket, amelyek fennállása esetén pl. az ügyeletes pszichiáternek azonnal döntenie kell. A döntés azonban alapos neurológiai ismereteket igényel, aminek hiányában esetleg a beteg állapotának irreverzibilis romlása következhet be.

Szerzők ezzel ellentétes véleményüket néhány olyan példával próbálják alátámasztani, amelyek számomra nem meggyőzőek, ugyanis a pszichiátrianak csak egy területét érintik. Úgy tűnik, féltően választják el a neurológiát a pszichiátriától, mintha egyfajta szemléletüket féltének az esetleges neurológiai — mondjuk ki — biológiai szemlélettől.

Ez az írás — legalábbis úgy látszik — sem arra törekszik, hogy a különböző szemléletek jó oldalainak szintézisét szorgalmazza, hanem a szembenállást hangsúlyozza. (Pedig a pszichiátria mai helyzetében véleményem szerint ez lenne az egyedül járható út.)

Vajon mi alapján feltételezik szerzők, hogy „... Ma ugyanis a fiatal orvosok többsége még elfogadja, hogy a szakmai előrehaladás kulcsa a kettős szakképesítés megszerzése...”? Véleményem szerint a fiatal orvosok többsége talán azért szeretné a neurológiai szakképesítést is megszerzeni, mert szükségét látja a betegellátás területén. Annál is inkább mert kevesen foglalkoznak csak neurotikus betegekkel. Miért kell lebeszélni bennünket, fiatal orvosokat az alaposabb tudás megszerzéséről? Hogyan lehet jó szakember az, aki nem tudja elkülöníteni és adekvánsan gyógyítani a pszichoorganikus szindrómákat, az extrapyramidális kórképeket, vagy aki nem ismeri a biokémiai folyamatokat, a neuro-és pszichofarmakológiát?

Füredi doktorék a pszichiátria és a neurológia különválása, a pszichiátria önálló fejlődése után lehetségesnek tartják, hogy „... a pszichiátria hozzákezdhet azoknak a nagy és bonyolult társadalmi jelentőségű feladatoknak a megoldásához, amelyek ma hazánkban aktuálisak, sőt égetően fontosak...”. Nem misztifikáljuk-e ezzel szakmánkat? Lehetséges-e az, hogy a pszichiátria önállóan képes megbirkózni az alkoholizmus elleni küzdelemmel, a gyógyszer- és kábítószer-abuzusokkal stb.? A törekvés nagyon is indokolt, de a cikkben felsorolt problémák megoldásában a pszichiátria csak társ lehet a különböző társadalomtudományos és természettu-

dományos ágazatok munkája mellett.

Végezetül, úgy érzem, hogy a neurológia és pszichiátria szervezeti különválását sok tényező alátámasztja és szükségességét bizonyítja. A szervezetbeli különválást azonban nem kellene követnie a teljes tudományos különválásnak, annál is inkább, mivel a két tudomány közötti átfedés olyan, hogy ezt nem is engedni.

Kovács Gábor dr.

T. Szerkesztőség! Kovács Gábor dr. hozzászólását köszönjük. Bizonyosan nem lesz meglepetés számára, ha kijelentjük, hogy érvelésével nem tudunk egyetérteni. Ha ő úgy dönt, hogy a pszichiátriai szakképesítéshez még neurológiai is szerez, ennek csak örülhetünk. Ugyanígy üdvözlőnk, ha belgyógyászatból is tenne még szakvizsgát, mert általános tapasztalat szerint akut felvételes elmeosztályokon még több a belgyógyászati differenciáldiagnosztikai és terápiás probléma, mint a neurológiai.

Más dolog azonban, hogy **szükség** van-e feltétlenül neurológiai szakképesítésre a pszichiátriai gyakorlathoz. Úgy véljük, neurológiai **szakismeretekre** van szükség, és a kellő szakismeretet és készséget a pszichiátriai szakképesítésnek magában kell foglalnia. Így van ez azokban az országokban is, amelyekben a neurológia és a pszichiátria régen szétvált. Bizonyos, hogy adódnak pszichiátriai osztályon olyan problémák, amelyekhez speciális neurológiai szakképzettség és gyakorlat szükséges. De erre való a neurológus konziliárius. Ha akut felvételes elmeosztályon lehet mindennapos vendég a belgyógyász, a szemész vagy a fül-orr-gégész, nem lehet-e néha neurológus konziliáriust is hívni?

Mindenképpen túlzásnak érezzük Kovács dr. igényét, hogy „... akut felvételes pszichiátriai osztályon legalább szakorvosi szinten kell ismerni a neurológiát...”

A két szakma — a pszichiátria és a neurológia — gyakorlati egymásrataltsága voltaképpen empirikus kérdés. Lehetne ezt szakirodalmi adatok vagy önálló vizsgálatok alapján is elemezni. Örülünk, ha cikkünk erre indítana kollégákat. Nyilvánvaló, hogy egy-egy osztály tapasztalata nem lehet mérvadó önmagában, hiszen sok körülmény játszhat közre, amely a neurológiai ismeretek gyakorlati jelentőségét növeli vagy éppen csökkenti. Mindenképpen meggondolandó, hogy egy sor országban elég egy szakvizsga, sőt, hazánkban is nyugodtan működhet valaki csak pszichiátriai szakképesítéssel, hivatalosan azért a neurológia nem kötelező.

Kovács dr. többi érvei szerintünk a hagyományos „neuropszichiátriai” szemlélet hivatalos tételeit ismétlik. Igazságtalannak érezzük vadját, hogy a fiatal orvosokat lebeszéljük alaposabb tudás meg-

szerzéséről. Ez távol állt és áll tőlünk. Csak bátorítjuk a fiatal szakembereket, szeressenek minél több tudást. De csodálós lenne számunkra, ha bebizonyosodna, hogy a több tudás egyedüli vagy fő útja valamilyen rejtett szakvizsgakényszer lenne. Mi arról szölvünk, szükség-szerű-e a két szakma hagyományos összefonódása, erre vonatkozóan fejeztük ki kételyünket, nem a fiatal orvosok alaposabb tudását szerettük volna elvenni. Bizunk abban, hogy az olvasók többsége a cikk nyomán nem is gondolt ilyenre.

Igaza van Kovács dr.-nak, hogy a jó pszichiáter ért a pszichoorganikus szindrómákhoz, az extrapyramidális kórképekhez, ismeri a biokémiai folyamatokat stb. De ezt a szükséges mértékig teszi, ismeri a saját kompetenciahatárait, lehetőségeinek körét, és a megfelelő szakember kezébe juttatja a beteget, ha kell, és nem melletten magában valamiféle polihisztori öntudatot. Nem fogadhatjuk el, sőt, inszINUÁCIÓNAK kell tartanunk, hogy Kovács dr. cikkünket a következőképpen „értelmezi”: „Úgy tűnik, féltően választják el a neurológiát a pszichiátriától, mintha egyfajta szemléletüket féltének az esetleges neurológiai — mondjuk ki — biológiai szemlélettől”. Ebben a gondolatban ismétlődik a két szakma eddigi összefonódását indokoló hivatalos „ideológia”, amely szerint a neurológia az egyedüli tudományos szemlélet, a biológiai szemlélet letéteményese, és a pszichiátria addig van biztonságban, amíg a neurológiai szemlélet „védelmét”, „gyámságát” élvezzi (mert különben mindenféle rossz elemek tudománytalan szemléletekkel fertőznék meg...). Pedig a valódi helyzet fordított. A neuropszichiátriai felfogás ragaszkodik mereven „egyfajta” (csak egyfajta) szemlélethez és igyekszik kisajátítani a biológiai szemléletet magának. Ez ellen valóban felléptünk, a biológiai szemlélet a pszichiátrianak is elidegeníthetetlen része, nem kell félteni, hogy ettől eltávolodik. De más szemléletnek is van helye és feladata benne. Erről szólt a cikkünk.

Továbbra is állítjuk, hogy a pszichiátria — önállóodása után — hozzákezdhet egy sor, társadalmi jelentőségű magatartászavar, mint pl. az alkoholizmus és más abusók, az öngyilkosság probléma, a neurózisok stb. megoldásához. Ezek eddig nagyon elhanyagolt területek voltak, és a pszichiátria nem vehette ki a részét megoldási kísérteiben, miközben mint „neuropszichiátria” féltékenyen őrizte illetékességét ezekkel kapcsolatban. Nem értjük, milyen misztifikációt tulajdonít nekünk Kovács dr.! Tényleg azt olvasta ki a cikkből, hogy a pszichiátria ezeket a társadalmi problémákat önmagában képes megoldani? Eppen az a véleményünk nekünk is, hogy szükség van a társadalomtudományok se-

gítségére is, és többek között ezért gondoljuk, hogy a pszichiátrián belül kellene más szemléletek is, nemcsak a biológiai.

Inkább abban van némi misztifikáció, ahogyan Kovács dr. a „megoldás” fogalmát használja, ill. a szánkba adja. Mert mi a medicinában a „megoldás”? Talán az, ahogyan a poliomyelitist vagy a meningitis tuberculosát sikerült felszámolni? Ha ezt vesszük, akkor — megmaradva, most már kissé a szójáték és a kontraszt kedvéért a neurológia és a pszichiátria szembenállításában — megkérdőjelezhetjük, mit old meg a neurológia? Megold-

ja a központi idegrendszer vasculáris kórképeit, a senilis dementiákat stb.? Kezeli, ellátja, kutatja őket, és ilyen értelemben kell a pszichiátriának is „megoldania” az alkoholizmust vagy a szuicidiumokat. Jól tudjuk, hogy minden tudomány összefügg a másikkal, egyetlen orvostudományi „megoldás” sem nélkülözheti a bokémiát, a gyógyszer- és orvosi műszeripart, az egészségügyi szervezést, a politikai döntéseket, stb. Erdemes bármely szakágat ünnepelesen figyelmeztetni, hogy ne hagyja elbízva magát, önmagában nem életképes, ne szakadjon el a társadalomtudo-

mányoktól? Miért kell most éppen a pszichiátriát óvni ilyen módon? Milyen tapasztalatok, szakirodalmi adatok indokolják ezt? A fiatal kolléga valóban maga tapasztalta volna, hogy a pszichiátriát ennyire féltetni kell, hogy az ilyen „esendő”?

Bátran utalunk vissza az olvasó számára cikkünkre, döntse el a választ maga. Mi úgy érezzük, a hozzászólás kiegészítés és illusztráció ahhoz, amit ott leírtunk.

Füredi János dr.
Buda Béla dr.

IGMÁNDI keserűvíz

Megbízható, kiváló és ártalmatlan hashajtó

JAVALLATOK:

egyszeri erélyes hashajtás

- székrekedési hajlam,
- emésztési szervek pangása,
- aranyér bántalmak
- bélhurutok esetén
- elhízás ellen

ADAGOLÁS:

Egyszeri hashajtásra:

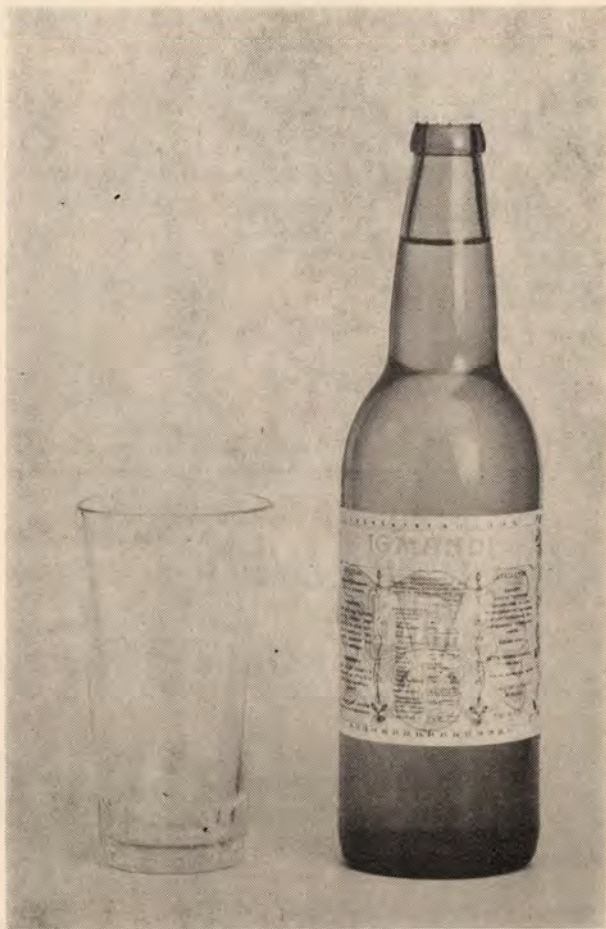
2 — 3 dl hidegen

IVÓKÚRÁNÁL:

- kezdő adag napi fél borospohárral hidegen vagy langyosan.
Az adag egyénileg változtatható.
- bélhurutok kezelésére napi 1 — 2 dl melegen.

FOGYÓKÚRÁNÁL:

1/2 — 1 dl hidegen vagy langyosan.
az előírt diéta betartása mellett.



MINDIG ÉHGYOMORRA FOGYASSZUK!

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

(527/b)

A Főv. XXI. ker. Tanács V. B. Egyesített Gyógyító-Megelőző Intézmény (Bp. XXI., Déli u. 11. 1751) főigazgató főorvosa pályázatot hirdet ideggyógyászati szakrendelést vezető főorvosi állásra.

Az állás elnyeréséhez ideggyógyász szakorvosi képesítés szükséges.

Pályázatot hirdet továbbá egy fő körzeti orvosi állásra.

Az illetmény megállapítása a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM-MÜM sz. együttes rendelet alapján történik.

Mittler István dr.
főigazgató főorvos

(551/a)

A Törökszenmiklósi városi Tanács Egyesített Gyógyító-Megelőző Intézet főigazgató főorvosa (Törökszenmiklós, Kossuth Lajos út 126. 5201, Pf.: 104. Tel.: 19.) pályázatot hirdet:

egy felnőtt körzeti orvosi állásra,
egy sebész szakorvosi állásra,
egy röntgen szakorvosi állásra,
egy laboratóriumi vezető főorvosi állásra.

Bérezés a 3/1977. EÜM-MÜM számú rendeletnek megfelelően.

Összkomfortos lakást a városi tanács az igényeknek megfelelően biztosít.

Orvosházaspár előnyben részesül.

Laczkó Erzsébet dr.
igazgató főorvos

(553/a)

A Kazincbarcikai Kórház-Rendelőintézet igazgatója pályázatot hirdet 1 fő általános körzeti, 1 fő gyermekkörzeti orvosi állásokra, személyi bérezéssel, mellékállási lehetőségekkel.

Evi 6-10 ezer Ft-ig terjedő bányavidéki jutalom biztosított. A városban központi ügyeleti szolgálat működik.

Az állásokhoz lakásokat biztosítunk.

Pályázatot hirdetünk továbbá a kórháznál megüresedett 1 fő röntgen másodfőorvosi állásra, 1 fő fül-orr-gége orvosi állásra. Az utóbbi szakképesítés nélkül is betölthető.

Bérezés ksz szerint.

Atmeneti elhelyés orvosszálláson történik, de lakás juttatás családos pályázók esetében rövid időn belül megoldható.

Balogh Ernő dr.
kórházigazgató

(579)

A sárvári városi Tanács V. B. Kórház-Rendelőintézet igazgató főorvosa (Sárvár, Rákóczi u. 30. 9601) pályázatot hirdet elhalálozás folytán megüresedett **rendelőintézeti belgyógyász csoportvezető főorvosi állásra.**

Illetmény szolgálati időtől függően. Lakás megbeszélés tárgyát képezi. Az állás azonnal elfoglalható.

Atanaszov György dr.
igazgató főorvos

(580)

A Berettyóújfalu Megyei Tanács dr. Zöld Sándor Kórház-Rendelőintézet igazgató főorvosa pályázatot hirdet elhalálozás miatt megüresedett E 2103/B kulcsszámú **szülész-nőgyógyászati osztályvezető főorvosi állásra.**

Az álláshoz 2 szobás összkomfortos szolgálati lakást biztosítunk.

A szabályosan felszerelt pályázati kérelmeket a kórház igazgató főorvosához (Berettyóújfalu, Zöld Sándor tér 1. sz. 4101) lehet benyújtani.

Bartha Ferenc dr.
kórh. ig. főorvos

(581)

Dunaújvárosi Tanács Kórház-Rendelőintézet (Dunaújváros, Korányi S. u. 4-6.) pályázatot hirdet:

1 fő **szülész segédorvosi állásra,**
1 fő **urologus szakorvosi állásra,**
1 fő **körzeti orvosi állásra.**

A körzeti orvosi álláshoz lakás megbeszélés tárgyát képezi.

Illetmény besorolásnak megfelelően.

Csák Endre dr.
kórház-rendelőintézet igazgató főorvos

(582)

A Semmelweis Orvostudományi Egyetem rektora pályázatot hirdet a Közegészségtani és Járványtani Intézetben 2104 kulcsszámú **hygienikus főorvosi állásra.**

A pályázónak a 15/1967. (Eü. K. 11.) EÜM sz. utasításban meghatározott, illetve az Eü. K. 1970. február 2-i számában közzétett a kórházhigiéné feladatkört részletező „Szakmai irányelvek”-

ben található feladatokat kell ellátnia. Az állás betöltéséhez közegészségtan-járványtan szakképesítés és legalább 10 éves közegészségügyi-járványügyi, vagy fekvőbeteg-gyógyintézeti orvosi gyakorlat szükséges. Előnyben részesül az a pályázó, aki kórházhigiénikus feladatok ellátásában már tapasztalatokkal rendelkezik.

Illetmény kulcsszám szerint kerül megállapításra.

A pályázónak meg kell felelnie az egyetemi oktatókkal szemben támasztott követelményrendszerben foglaltaknak.

Az egyetem lakást biztosítani nem tud.

A szabályszerűen felszerelt pályázatok a szolgálati út betartásával az egyetem személyzeti és oktatási osztályára (Bp. VIII., Üllői út 26. 1085) kell benyújtani a megjelenést követő 30 napon belül.

Almosdi Péter dr.
hiv. vez.

(583)

Főváros IV. ker. Tanács IV-XV. ker. Kórház-Rendelőintézetének főigazgató főorvosa (Budapest, Nyár u. 103. 1045) pályázatot hirdet az Intézmény II. sz. Belgyógyászati osztályára **adjunktusi állásra.** Az állás elnyeréséhez belgyógyászati szakképesítés és több éves gyakorlat, valamint kardiológiai érdeklődés és ezen a területen folytatott tudományos tevékenység szükséges.

Az illetmény megállapítása a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM-MÜM sz. együttes rendelet alapján a szolgálati időnek és szakképesítésnek megfelelően történik.

Marton Zoltán dr.
főigazgató főorvos

(584)

Budapest Főváros Tanácsa V. B. Egészségügyi Főosztály vezetője (Budapest V., Városház u. 9-11. 1840) pályázatot hirdet a Fővárosi László Kórházban nyugdíjazás folytán megüresedett **főigazgató főorvosi állásra.**

Képesítés és bérezés a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM-MÜM sz. együttes utasításban, valamint a 13/1975. (XII. 6.) EÜM sz. rendeletben foglaltak szerint.

A pályázati kérelmet a 19/1978. EÜM sz. utasításban meghatározott feltételekkel kérjük benyújtani.

A kinevezendő főigazgató főorvos orvosi magángyakorlatot nem folytathat.

Varga Árpád dr.
főosztályvezető

MEGRENDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett

az ORVOSI HETILAP-ot

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





KÖNYVISMERTETÉS

Georg Fischer: Chirurgie vor 100 Jahren. Historische Studie über das 18. Jahrhundert aus dem Jahre 1876. (1876-os történelmi tanulmány a 18. századról.) Springer Verlag Berlin, Heidelberg, New York, 1978. Utánnyomás. 588 oldal. Ara: 48,— DM.

A szerző történelmi tanulmánya párját ritkító kincsetár a sebészet szakterületének fejlődéséről a borbélymesterség szintjétől az orvostudomány alapjára épült sebészorvoslásig.

A jelen szemléletmód kialakulásához hozzátartozik a múltak ismerete. Már 1870-ben Virchow felpanaszolta orvosképzésünk komoly hiányosságát, hogy az új nemzedék tananyagából kimaradnak a dolgok történelmi ismeretei. Ahhoz pedig, hogy jobban méltányoljuk a márt, ismernünk kell a tegnapot. Csak így tudjuk felmérni azt a szédületes fejlődést, ami a két világháború sanyargatta századunk folyamán bekövetkezett.

A szerző, Georg Fischer hannoveri sebész. Göttingenben befejezte tanulmányait, végigjárta Európa neves klinikáit Prágában, Bécsben, Berlinben és Párizsban. Végezetül szülővárosában Hannoverben telepedett le, ott sebészkedett 1880-tól 1913-ig. Termékeny szakíró volt, amellet zenerajongó és szorgalmas színházlátogató. „Könyvem nem a tudósnak” — jegyzi meg előszavában — „hanem a gyakorló orvosnak írtam.”

Lebilincselő olvasmány az európai országok orvosairól írottak, különös tekintettel azokra, akik döntően befolyásolták a szakma kialakulását 1750-től a 19. század közepéig terjedő időszakban. Végig kalauzol azokon a nehézségeken, míg a kiközösített, lenézett „seborvos” elnyerhette az őt megillető és megbecsült „sebészorvos” rangját.

Felsorakoztatja az angol és francia sebészeket is, külön fejezetet szentel az egyes nemzetek hadisebészetének, módszereinek, eredményeinek. Megismerjük az akkori tanítási rendszert és az egyetemi oktatást (az első sebészprofesszort 1774-ben nevezték ki a Freiburgi Egyetemen). Ír a publikációk sajátosságairól, a kórházi ápolásról, könyv-recenziókról, közben igen érdekes keresztmetszetet kapunk a korabeli társadalomról is.

Megismertet a letűnt évszázad sebeszetének lehetőségeivel, műtéti megoldásaival. Külön fejezetben tárgyalja a fontosabb sebészi kórformákat, taglalja a sérülések formáit. Megismerjük a régebbi idők sebészi beavatkozásait, azok javallatát és ellenjavallatát. Kitér a műtéteknél kérdésekre, a hasz-

nálban levő sebészi műszerekre, párhuzamba állítva a természettudományok fejlődésével. Foglalkozik az örök problémával is, a rák korabeli gyógyító eljárásaival.

Az elviharzott idők sebészi módszerei szinte borzongással töltenek el. Például lágyéksérvek műtétekor mindig ki is herélték a bátor vállalkozót, aki rászánta magát, hogy a többnyire vándor „sérvmetsző chirurgus” kése alá feküdjön. Másutt elképzelések megmosolyogtatnak, amikor a rossz levegőben vélték a tetanus okát felfedezni. (Vajon utódaink 200 esztendő múlva nem hasonló vegyes érzelmekkel olvassák-e majd korunk „barbarisztikus” sebészi módszereit, a szervcsonkolásokat és -kiirtásokat, megdőlő hypothéziseinket?)

Az előző száz esztendőt reprezentáló sebészi kultúrtörténetét tudományos alzáttal tárja elénk a szerző. A mű értékét nagyon emeli a beleélést elősegítő, hangulatkeltő facsimile kiadás. Ugyanaz a betűtípus, beosztás mint a 100 évvel ezelőtt megjelent. Párhuzamba állíthatjuk hazánkban most forgalomba került haladó szellemű irodalmi folyóiratunk, a NYUGAT hasonló kiadásával.

A német nyelvismerettel rendelkezők számára hasznos és élvezetes pihenő a mesélő stílusban megírt könyv olvasása. Az operatív szakmák művelőinek számára pedig szinte kötelező a neves elődök munkásságának, munkakörülményeinek ismerete.

Hetilapunk f. évi egyik számában olvashattuk a 16. századbeli nürnbergi költő és drámaíró Hans Sachnak megszívlelendő intelmét:

*Tiszteljétek öreg mestereiteket
És akkor jó szellemeket fogtok
megidézni!*

Bugyi István dr.

Belgyógyászati diagnosztika (ötödik, átdolgozott kiadás). Szerkesztette Petrányi Gyula. Medicina, Budapest 1978. 568 oldal, 109 Ft.

Az 1961-es első kiadása óta a jelenlegi az ötödik, átdolgozott kiadása a népszerű diagnosztika-tan-könyvnek (1961, 1968, 1971, 1975 és a jelenlegi, az 1978-as). Szerzői az utolsó kiadáséhoz képest jelentősen változtak, egyes fejezetek új gondozásba kerültek. A szerkesztőn kívül Jávorka, Gráf, Riesz és Juhász professzorok képviselik változatlanul a korábban írt fejezetüket, s ezek lényegesen nem változtak; az új szerzők (Magyar, Miskovits, Leövey, Kisfaludy és Gábor) által patronált vagy írt fejezet természetesen a korábitól lényegesebben eltér. Még a jelentős méretű szer-

zőváltás sem változtathatja meg a könyv szerkezetét és alapvető sajátosságait, ez bizonyára nem is volt a szerkesztő célja. A munka közel húsz évvel ezelőtt nagy hiányt pótol, s az akkori igényeket messzemenően kielégítette. Átdolgozásra, korszerűsítésre időnként szükség van, hiszen a klaszikus diagnosztikai ismereteken kívül tájékoztatnia kell — alapozó szinten a harmadéves hallgatókat, növekvő igénnyel a felsőéves medikusokat vagy éppen a gyakorló orvosokat — a medicinában bekövetkező változásokról, az újabb irányzatokról, s konkrétan a diagnosztikát közvetlenül érintő methodikai (eszközös és laboratoriumi) fejlődésről. Az átdolgozás egyáltalán nem könnyű feladat, néhány új ábra, táblázat egy-egy rövid bekezdés beiktatása nem sokat segíthet. Helyzeti előnyhöz jutott a belgyógyászati és határterületi diagnosztikának az a néhány ága, amelyik ez alkalommal új gondozásba került.

A diagnosztikának és tankönyvének különleges jelentősége van az orvosképzésben. Ezzel találkozunk először a klinikai tárgyak elsajátításának kezdetén a harmadéves (a reform szeszélye folytán nálunk olykor a másodéves) hallgató. Nem mindegy, hogy mennyire ragadja meg, nem nyújt-e a kívántnál kevesebbet vagy szükségtelenül sokat, építhet-e a tanultakra a következő években vagy évtizedekben. Nehéz feladatot oldott meg hát a könyv írógárdája, az eredeti szerzők és a jelenlegiek, a folyamatos biztositó szerkesztővel együtt, eredményesen.

Sem a részletes méltatásra, sem a következetes bírálatra nincs lehetőség és hely, de bizonyára nincs is rá szükség. A könyvet megjelenése óta sokan forgatták és ismerték már meg, sok olvasója vehette hasznát. De ugyanúgy sokaknak feltűnhetett néhány kisebb-nagyobb hiba vagy hiányosság. Szokatlan ma már a „szabványvizsgálat” példájában a vvs.-szám és főleg a Hb %, nem kevésbé a „zooster” is, mely a korábbi kiadásokban még zoster volt! A pulmonologia fejezetében tűnik fel először, hogy a radiológiai képek gyengébbek a korábbi kiadásénál. A cardiologia témakörben sokan kereshették az angina pectoris, a myocardialis infarctus, a vitiumok, a hypertonia, az érbetegségek rövid ismertetését, de ezek a tárgyszavakkal együtt teljesen hiányoznak. Talán a technikai szerkesztőnek feltűnhetett volna, hogy az első néhány kiadás tárgymutatójával szemben a jelenlegiből olyanokat kellett elhagyni, mint a már említett angina, infarctus, carditis, arteriosclerosis, thromboangitis obliterans stb. Nyilván azért, mert a keringésfejezet egy jelentős része (a korábbi kiadások szerint kb. húsz oldalnyi) valahogyan kimaradt. Ily módon túlzott igénynek tűnhet az angiographia mai módszereinek szerepeltetése, mert lehet, hogy vélet-

lenül hiányzik az is. Ebben a kiadásban is az olvasható, hogy a bélbe került vérnek a bomlásterméke okozza a vérzők MN-emelkedését. Az icterusok elkülönítésének tárgyalásakor említhető lett volna a Harrison-próba, a vizelet bilirubin és főleg urobilinogen tartalmának megbízható vizsgálata. Hogy a cirrhotikus beteg acitesének punctuma Rivalta-pozitív, zavaró elírás, éppúgy, mint a serum fibrinogentartalmára vonatkozó adat. Nem tűnne feleslegesnek az idült hepatitiszek között az aktív és a persisztáló hepatitis említése, hiszen a későbbiekben a hallgató a cirrhotikusok mellett ezekkel találkozhat. A nephrológiai röntgenképek is elmaradnak a korábbiaktól. Akik még régen az idült nephritis nephrososis formájáról tanultak („Nephritis mit nephrotischem Einschlag”) most eltűnődhetnek azon, hogy fordítva, a nephrosissal lehet nephritises beütése. Korszerű és tartalmas a mozgásszervi diagnosztika ismertetése, éppúgy, mint a valóban átdolgozott endokrinológiáé, mely sok új adattal, didaktikus táblázatokkal bővült. A haematologia néhány sorral bővebb a korábinál, nem a „festék-index” rovására, az ugyanis még ebben a kiadásban is megtalálható. Elkélne még néhány tárgyszó az indexben, mint a ferritiné és a Schilling teszté. Szokatlan az idült leukaemiáknak a haemoblastosis fejezetben való szerepeltetése, de lényegesebb ennél, hogy az akut leukaemiák ismertetése a korábbiakkal szemben néhány fontos mondattal bővült. A lymphomák, s a myeloma klinikai stádiumait és az aktivitási jeleket is említeni lehetett volna röviden. A vérzékenységet ismertető első, 1961-es leírásnak kell most, közel húsz évvel később is megállnia a helyét. A neurológiai diagnosztika fontos fejezete több ábrával és táblázattal bővült, anélkül, hogy a változást a szöveg akár csak néhány soros bővülése is követné (a discus hernia oly fontos kérdése most egy ábrával szerepel, de annak magyarázata nem és a kérdés tárgyszava sem). A kislaboratóriumi módszerek összefoglalása fontos és szerepeltetése csak helyeseltető. Félt azonban, hogy némelyik leírás, mint a prothrombin-ido meghatározásé, a többit is diszkreditálja. A medikus nagyon könnyen megjegyzi a hibás leírásokat, a rossz adatokat, s azokra nem vonatkozik szükség esetén hivatkozni. Nagy az író oktatók felelőssége. Egy 1978-as diagnosztikai tankönyv tárgyszavai között nem kellene feltűnést az olyan sem, mint a carcinoembryonalis antigen és az alpha-fetoprotein, az ultrasonographia és a computer tomographia sőt computer diagnosztika!, s még jó néhány; de hát nehéz azt megmondani, hogy hol van a határ.

A hazai könyvirodalom ma már gazdagnak mondható. Néhány területen akár a bőség zavaráról beszélhetünk. Feladatukat, s ez a

Belgyógyászati diagnosztikára is vonatkozhat, önmagukban nem oldhatják meg. Hallgatóink az igazán korszerű ismereteket csak az előadásokon és a gyakorlatokon kaphatják meg, ha oktatóinknak a felkészültsége megfelelő. Természetesen fontos szerepe van ma is a tankönyvnek, ezek között a méltán népszerű Belgyógyászati diagnosztika legújabb kiadásának is.

Rák Kálmán dr.

Fein, J. M. és Reichman, O. H. (szerkesztők): **Microvascular anastomoses for cerebral ischaemia.** Springer-Verlag, New York, 1978, 324 oldal, 197 illusztráció, 12 színes ábra. Ára: 96,— DM.

A kiadvány annak a nemzetközi szimpoziumnak az anyagát tartalmazza, amelyet hasonló címen 1974-ben Chicagóban tartottak. A 28 előadást 7 témakörbe sorolták a szerkesztők.

Az elsőben 6 előadás az agyi ischaemiás rohamok és a különféle éranastomosisok szerkezeti és működési kérdéseivel foglalkozik emberen és kísérleti állaton tett megfigyelések alapján.

A másodikban 3 szerzőcsoport az ischaemiás agy metabolizmusának sajátosságait, a hypometabolikus barbiturát terápia lehetőségeit és a mikroérsebészeti anastomosisok keringést javító hatását ismerteti.

A harmadikban 4 előadás tárgyalja az átmeneti agyi ischaemiás rohamok klinikai vonatkozásait, a kompenzáló kollaterálisok változatait, s ezek radiológiai és egyéb diagnosztikus lehetőségeit.

A negyedik témakörben 4 szerző az agyi revascularizáció korszerű technikáját és kísérletes változatait írja le.

Az ötödikben, a klinikai-haemodinamikai fejezetben 5 szerzőcsoport számol be az agyi perfúzió, a regionális vérátáramlás növekedési lehetőségeiről a revascularizált agyban art. temporalis art. cerebri media anastomosis után és a tünetjavulásból következtetnek arra is, hogy milyen típusú agyi átáramlászavarban érdemes extracranialis by pass műtétet végezni.

A hatodik fejezet foglalkozik a klinikai eredmények ismertetésével 5 szerzőcsoport megfigyelései alapján. Ismertetik a különféle agyi keringéscsökkentő — főként az átmeneti és a reverzibilis ischaemiás rohamok mikro-érsebészeti kezelési eredményeit, amit nagy számban találtak kedvezőnek. Jóval kisebb, ill. kérdésesebb a javulás prolongált reverzibilis ischaemiás neurológiai deficit esetén. A szerzők megállapítják a mikro-érsebészeti beavatkozás ellenjavallatait is.

A hetedik fejezetben egyetlen szerző a szokásostól eltérő javallat alapján alkalmazott anastomosis

eredményét ismerteti néhány esetben.

A könyv szép kiállítású, jól áttekinthető, ábrákkal gazdagon illusztrált kiadvány, mely részletesen és sokoldalúan tájékoztat a mikro-érsebészeti alapkérdéseiről. A cerebrovascularis betegségekkel foglalkozó szakemberek, közöttük az idegsebészek számára nyújt alapismereteket.

Gombi Róza dr.

Carcinogenesis. Szerkesztő, E. Grundmann. Current Topics in Pathology, 67. kötet. Kiadó: Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 1979. 259 oldal, 112 ábra. Ára: 96,— DM.

A könyv négy egymástól független tanulmányt tartalmaz, ezért azokat külön-külön ismertetem.

1. W. Schlake, K. Nomura: A gyomorrák histogenesise Billroth-I. műtétet követően patkányban.

A vizsgálatokkal szerzők választ akartak adni arra a kérdésre, hogy a gyomorresectio megemeli-e a gyomorrák előfordulásának gyakoriságát. Patkányon tehát olyan kísérleti modellt alakítottak ki, amelyen tanulmányozható a gyomorcsomók kialakulása. A daganatok genesisének vizsgálatára fény-, és elektronmikroszkópos, autoradiográfiai, továbbá enzimhisztokémiai és biológiai módszereket alkalmaztak. — Megjegyzendő, hogy a következő két fejezetben is hasonló módszereket használtak.

A Billroth-I. szerint resectált gyomorból a carcinoma vagy adenomatosis polypusokon keresztül, vagy adenocystikus mirigy-proliferáció útján alakul ki. Az előbbiből polypusos jellegű carcinoma, az utóbbiból endophyticusan növekvő rák keletkezik.

Bizonyítást nyert, hogy a gyomorresectio fontos veszélyfaktor a gyomorrák kialakulásában. Carcinogén anyag (N-methyl-N'-nitro-N-nitrosoguanidin) hatására — de nélküle is — a carcinoma a resectált területen, vagy annak szomszédságában alakulhat ki.

A krónikus atrophias gastritis az anastomizáló nyálkahártyán gyakran jelentkezett anélkül azonban, hogy ennek területén dysplasia, vagy carcinoma keletkezett volna.

Ezen kísérletek alapján el kell fogadnunk, hogy a Billroth-I. műtét rizikófaktornak tekinthető és az így operált betegeket rendszeresen ellenőrizni kell.

2. P. Höhn: A kísérletesen indukált vékonybél tumorok morfológiája és morphogenesisise.

A vékonybél daganatokat patkányokban 1,2-dimethyl-hydrazin subcutan injekciójával idézték elő. Részen adenomák (tubularis, tubulo-villosus) keletkeztek, majd kialakult a carcinoma (adenocarcinoma, carcinoma solidum). A proliferáló mirigyek bázisán levő sejtekből — amennyiben ezen transzformált sejtek a nyálkahártya-felzín irányába vándoroltak — ade-

nomák, ill. adenocarcinomák keletkeztek. Ha a transzformált sejtek helyben maradtak, akkor anaplastikus carcinoma solidum alakult ki. A carcinomában placentaris típusú alkalikus phosphatase isoenzym markert mutattak ki.

Megállapították, hogy a kísérletesen előidézett vékonybél daganatok morfológiája — morphogenezise nagymértékben azonos az emberi bél daganataival.

3. E. Kunze: A hólyagrak alakulása patkányban.

Patkányokban nitrosaminok per os adagolásával hólyagrakot idéztek elő. A kialakulás első fázisában a hámban gócosan hyperplasia jelentkezett. Az ilyen területeken az alkalikus phosphatase aktivitás nagymértékben csökkent. A hyperplasia rendszerint papillomába ment át és ezeknek mintegy 75%-a carcinomává alakult. Előfordult, hogy a hyperplasiából közvetlenül fejlődött ki először in situ, majd invazív átmeneti sejt carcinoma.

A papillomák az alkalikus phosphatase negatívra vált hámfelszínre alakultak ki. A papillomát potenciálisan malignus elváltozásnak kell tekinteni. A daganatok metaplasziás hámból keletkeznek.

4. Ch. Witting: A B-lymphocyták szerepe a carcinogenesisben.

A szerző kísérletes és humán adatok alapján foglalkozik a B-lymphocytáknak a tumor elleni védekezésben betöltött szerepével és ismerteti a B-lymphocytákból származó daganatokat. Leírja a B- és T-lymphocyták kölcsönhatásának lehetőségeit.

Általánosságban elmondható, hogy a monográfiák modern morfológiai vizsgálatok segítségével ismertetik a daganatok histogenezisét, morphogenezisét és megállapítják, hogy a vizsgált indukált tumorkor az emberi daganatok számára jó modellek tekinthetők.

A kitűnő ábraanyag és irodalmi összeállítás a fejezeteket a kísérletes tumor-pathológiával foglalkozók és az az iránt érdeklődők számára még hasznosabbá teszi.

Sugár János dr.

Schmidt, R. M.: Multiple Sklerose. Epidemiologie-Immunologie-Ultrastruktur. Fischer, Jena, 1979, 316 oldal, 27 kép, 37 táblázat. Ára: 55,— M.

A sclerosis multiplex (MS) kutatása az utolsó években uralja a neurológia területén a tudományos aktivitást. Ezt jelzik az évenként megjelenő új MS-monográfiák is. A munka három, önmagában is kerek részben tárgyalja az MS-kutatás egy-egy olyan kérdését, amely iránt egyre fokozódó érdeklődés nyilvánul meg.

A legerjedemesebb, 152 lapos epidemiológiai fejezetben a klinikus Schmidt és Schneider, valamint az orvosstatisztikus Enke sorra veszik az MS körjelzésének kli-

nikai és laboratóriumi kritériumait, az epidemiológiai vizsgálatok módszertanát és az MS epidemiológiai kutatásában az öt földrész különböző országaiban eddig elért eredményeket. Ezután ismertetik három NDK klinika beteganyagából levonható következtetéseiket. A kórjósolat nem olyan rossz, mint ami a tankönyvekben szerepel. A betegség kezdete után 10—15 évvel a megbetegedettek egyharmada még munkaképes. Fontosnak tartják a korai esetek felkutatását és kezelését, hogy a krónikus progresszió stádiumának bekövetkezését meg lehessen előzni. A rehabilitáció és átképzés céljaira MS-gondozót kell szervezni.

Az elvelőtlenedéses folyamatok immunológiája címet viselő részben Frick 96 lapon mind a kísérleti allergiás encephalomyelitisben, mind ennek emberi megfelelőiben, az MS-ben, ill. a parainfekciós encephalomyelitisben végzett humoralis és cellularis immunitásra vonatkozó leleteket elemzi. A kérdést avatott módon tárgyalhatja, hiszen ezen vizsgálatokban maga és klinikája már két évtizede részt vesznek.

Ugyancsak saját munkásságára is támaszkodva tekinti át az MS ultrastruktúráját Sluga a tömör, 35 lapnyi harmadik fejezetben.

A monográfia viszonylag rövid terjedelme mellett is igen sok hasznos információt tartalmaz nemcsak a klinikus neurológus, hanem az MS-sel foglalkozó kutató számára is. Az irodalomjegyzék a kérdés fontos közleményeinek adatait tartalmazza. Külön öröm, hogy a szerkesztés (1977. május) és a kiadás (1979) között eltelt időben megjelent fontosabb immunológiai munkákat Frick még egy külön 6 lapnyi toldásban tárgyalja. Sajnálatos viszont, hogy az MS betegek gépi adatfeldolgozására ma legkorszerűbb elektronikus optikai jellelőlyvasó rendszerrel végzett vizsgálatok ismertetése az epidemiológiai fejezetből hiányzik.

Pálffy György dr.

Lee, J. A., Atkinson, R. S.: Synopsis der Anästhesie. VEB Verlag Volk und Gesundheit, Berlin 1978. 988 oldal, 30 ábra, 13 táblázat. Ára: 74 M.

„Némelyik könyvbe bele kell kóstolni, másokat le is kell nyelni, és van egypár, amely megrágni és megemészteni való” — írta Francis Bacon (1561—1626). Ez a könyv az utóbbi kevesek közé tartozik az anaesthesiologia tankönyvei és kézikönyvei között. Mióta 1947-ben az első angol kiadás megjelent (Lee magában írta, és terjedelme 254 oldal volt), óriási a nemzetközi népszerűsége, és az 1954-es ötödik kiadástól kezdve Atkinsonnal együtt írt újabbak is követik elődeik kitűnő hagyományait.

Poppelbaum docens, a kötet fordítója, több angol nyelvű standard

anaesthesiológiai munka németre áttünetője, és az NDK egészségügyi szakkönyvkiadása nagy szolgálatot tett a németül olvasó anaesthesiologusoknak a könyv hetedik (1973-as) kiadásából készült fordítás közrebecsátásával 1978-ban (amely esztendőben aztán már a 8. angol kiadás is megjelent; az ilyen késés azonban elkerülhetetlen).

A kötetet végig ismertetni kilátástalan volna. Következézetesen, rendszeresen és minden részletre kiterjedően foglalkozik az anaesthesia minden szempontjával és adatával. Az elméleti és gyakorlati részek egyaránt korszerűek; szűkszavúak, de teljességre törekcsenek, áttekinthetők, didaktikusak és alaposak. Valódi „synopsis” a szakma egész területéről, 42 fejezetre osztva, melyeket címszavakban ez alkalommal hadd soroljunk fel, kivételesen, illusztrációként: történet, idegrendszer, keringési és légzési rendszer, sav-bázis egyensúly, az érzéstelenítő hatású gázok és gőzök, előkészítés az anaesthesiára, műtét előtt és után adott gyógyszerek, készülékek és módszerek, kéjgáz, párolgó anaestheticumok és más használt gázok, intubálás, intravénás anaesthesia, NLA és fenotiazinok, relaxánsok, regionális érzéstelenítés, spinalis analgesia, a csillapíthatatlan fájdalom, analgetikumok és antagonisták, hipnózis és elektronarkózis, művi lélegeztetés, kontrollált hypothermia, az érzéstelenítési mód megválasztása, idegsebészeti, mellkassebészeti, gyermek-, fogászati és szülészeti anaesthesia, a beteg állapotának megítélése, shock, anaesthesia rendkívüli körülmények között, szövödmények, újraélesztés, oxigén-terápia, az intenzív osztály, mérés és betegellenőrzés, az ébredés, robbanásveszély, klinikai és statisztikai értékelés, a felszerelés karbantartása és fertőtlenítése.

Mindez röviden, áttekinthetően, pontokba szedve, részletes irodalmi utalásokkal ellátva. Igazi utánanézésre való kézikönyv Lee és Atkinson synopsisa. A szakmát nem ebből kell megtanulni, de a könyvet forgatni kell, és ehhez valamelyik nyelven ott kell lennie minden gyakorló anaesthesiologus könyvespolcán.

A német kiadás „rendesebb” az angolnál: valamelyest megnövelte az eddigi zsebfomatúmat, decimális beosztást alkalmazott, és az angol kiadásokban az egyes lapok alján levő bibliográfiai adatokat 3124 tételből álló, 62 oldalas irodalomjegyzékbe szedte a kötet végén. Ehhez még néhány oldalas gyógyszerészszinonima-jegyzék és 70 oldalas, közel 5000 címszavas tárgymutató járul. A fordító kevés helyen személyes véleményét is beiktatta.

A könyv kitűnő forrás, ha valaminek utána akarunk nézni, nélkülözhetetlen segítség szakvizsgára ismétléshez, az ismeretek felfrissítésére pedig napi olvasmány lehet

tanulónak és minden szintű gyakorló anaesthesiologusnak.

Mindehhez kiállítása szép, ára pedig feltűnően alacsony. És még kapható is.

Giacinto Miklós dr.

Klinikai citopatologia. Szerk.: Dr. Barta Imre. Medicina Könyvkiadó, Budapest 1979. Második kiadás. Ára: 180,— Ft.

Az 1978-ban elhunyt Barta Imre posthumus műve, amelynek nyomdai elkészültéről a halála előtti napon értesült. Az első kiadás előszavában írja: „Az orvosi hivatás célja a beteg gyógyítása, amelynek feltétele a helyes diagnosis”. Ez a közhelyes megállapítás csak annak számára jelent különös hangsúlyt, aki életművét, gyógyító korszakában tevékenységét ismerte. A gyógyítás avatott mestere és az ezt segítő objectív orvosi ismeretek, így a citopatologia, korát megelőző művelője, propagálója, úttörője volt.

Méltán érdeklődésre tarthat számot ezen újabb és utolsó munkája, amelyben szakemberek illetékeségét felhasználva kívánt haszonnal olvasható kézikönyvet adni a gyakorló orvos kezébe.

A mű terjedelme 481 oldal és számos szövettani, citológiai, köztük elektronmikroszkopos kép alkot szerves egységet a mértéktartással írt kísérő szöveggel. Némiképp feledtetni az olvasóval a jelentős nyomdai kiállítás, a színes képek hiányát, amely bizony nagyon emelte volna a könyv értékét.

Kelényi Gábor dr. rövid bevezetése, a sejt szerkezetének korszerű vázlatával, nélkülözhetetlennek tűnik a későbbiek olvasásakor, miként szerencsés és nélkülözhetetlen a metodikai ismertetés is. Méhes Károly dr. az emberi chromosomák leírása mellett, a leletkészítés módját és a cytogenetika jelentőségét taglalja 13 oldalon. A ma alig nélkülözhető ismeretek hasznos eligazítást adnak a fejlődési rendellenességek genetikai hátteréről.

A következő 12 oldal a hagyományos haematológiai módszereket tárgyalja, a szerkesztő összeállításában. Jól kiegészíti ezt, a reticulum rendszer sejtjeinek ismertetése. Új és nagy gyakorlati jelentőségű Eckhardt dr. daganatsejtekről írt kis fejezete. Barta Imre dr. a tapasztalt klinikus szemszögéből foglalkozik a következő 9 oldalon a punctiók folyadék citológiájával. 10 oldalon foglalja össze Görcs Je-

nő dr. a nőgyógyászati cytologia legfontosabb tudnivalóit. A korszerű neuroendokrin szemlélet megerősíti e fejezet fontosságát. Hasonlóan értékes ismereteket tartalmaz Balogh Ferenc dr. tanulmánya az urogenitalis szervek cytológiájáról, de miként az előbbi tanulmány is, inkább a szakorvos gyakorlatát segíti.

Jelentős fejezet Sassy-Dobray Gábor dr. tanulmánya a légutak cytodiagnosztikájáról. Hézagpótlónak is nevezhetjük, mert kézikönyvként forgathatják nemcsak az általános belgyógyászati osztályt vezetőket, hanem a tüdőszakorvosok is, akik aligha nélkülözhetik munkájukban a cytodiagnosztika segítségét. E fejezet igényességét jelzi a statisztikai szemlélet is és pontos metodikai utasítások csatolása.

53 oldalon tárgyalja Bajtai Attila dr. a tápcsatorna citológiai vizsgálatának lehetőségeit. Az igényes tanulmány a nyálmirigyekből kiindulva a végbélig ismerteti a speciális citológiai vizsgálati lehetőségeket, a minta nyelésének módját és az értékelés sokszor nem problémamentes lehetőségeit. Erdemnek tudható be, hogy helyenkint a sugárterápia hatására bekövetkezett változásokat is taglalja, segítve ezzel a vizsgálat. A fejezet túlnó a cytologia keretein és hasznos patológiai ismeretek közbeiktatásával teszi teljessé ezt a kitűnő tanulmányt. Kár hogy a vastagbél amyloidosisal nem foglalkozik érdemben, noha újabban gyakoribbnak tudjuk.

A máj punctatum vizsgálatát Kádas dr. ismerteti 38 oldalon. Az első kiadás óta talán e fejezetben jogos, a legfontosabb változás felismerése, ez ugyanis nemcsak szemléletbeli és az egyéb diagnosztikus lehetőségek bővülése miatt, jelentőségben változás, hanem minőségi is. Kádas dr. nagy gondnal és pontossággal erősíti meg orvosi tudatunkban a májbiopsziák információs értékét, amely nélkül ma, nem képzelhető el igényes májbetegellátás. A fogalmak pontossága, korszerű ismeretekkel illeszkedése, nagy segítséget jelent belgyógyásznak és pathologusnak egyaránt.

A csontvelő cytológiai vizsgálatával, valamint az immunológiai körképek cytológiai jellegzetességeivel a könyv szerkesztője foglalkozik 60 oldal terjedelemben. Érdeklődésének, kutatásának közvetlen területéről közli gazdag megfigyeléseit, érzékeltetve, hogy a belorvos aligha nélkülözheti hétköznapi te-

vékenységében a módszer lehetőségeit. A korszerű „staging” vizsgálat szerves része és ma nem nyilatkozhatunk a malignus lymphomák kórstadiumáról sem a csontvelő ismerete nélkül. Egyetértünk szerzővel a cristapunctio fontosságát illetően és talán ajánlva a legkisebb megterhelést jelentő spina iliaca posterior sup. punctióját, az egyelőre még nehezen beszerezhető Yamsidi tűvel.

A kézikönyv következő 50 oldalát Kelényi dr. nyirokcsomó-betegségekről írt fejezete foglalja el. A radiotherápia, a polychemotherápia, valamint a differenciáltabb kezelést szolgáló „staging” eljárások és ezekhez kapcsolódó komplex histológiai értékelés, a malignus lymphomát a dinamikus fejlődő értelmezésű kör csoporttá avatta. Kelényi dr. egyértelműen elkötelezi magát a „Kieli” szövettani osztályozás mellett, ami a malignus lymphomákat illeti. A reactiv és granulomatous folyamatok jól érthető része, szerves kiegészítője, a szinte önmagában is önállóan ható munkának.

A lép pathológiájáról Barta Imre írt és bár ez a szerv a citológiai vizsgálat számára csak korlátozottan alkalmas, mégis szervesen illeszkedik a könyv harmóniájába. A tübiopsia legújabb és kisebb ellenérzésekkel fogadott területe a vese és a pajzsmirigy. Előbbi jelentősége lényegesen nagyobb és az újabb immunhistológiai és elektronmikroszkopos módszerek további távlatokat nyitottak a vesebetegségek osztályozására és az alkalmazott gyógyítás kontrolljára. E fejezet Nagy Judit dr. munkája, aki maga avatott művelője ezen újabb területnek. Tanulmánya az egyetlen magyar nyelvű munka, amely így nagy segítséget jelent mindazoknak, akik vesebetegség gyógyításával foglalkoznak.

A csontbetegségek diagnosztikája ma cytológiai alapokat igényel. E korszerű cél szolgáltatásban íródott a csontrendszer betegségeivel foglalkozó rövid fejezet. Az ionizáló sugárzások okozta csontvelő-károsodásnak különleges entitása nincsen.

A klinikai citologia ma nélkülözhetetlen manuális és morphológiai feladata a klinikus hétköznapijainak. Az ismertetett mű jelentőségét és rangját ez adja meg. A recenzió írójának, a tanítványnak külön értelmet és szomorú emlékeztést jelent Barta Imrere.

Burger Tibor dr.



A Főv. Heim Pál Gyermekkórház-Rendelőintézet és a Magyar Gyermeksebész Társaság 1980. szeptember 19-én (pénteken) délután 14.30 órakor, a Kórház ebédlőjében (VIII., Delej u. 10.) — a Sebészeti Osztály 25 éves fennállása és **Horváth György dr.** nyug. osztályvezető főorvos 80. születésnapja alkalmából — *jubileumi ülést* rendez.

1. **Prof. Sárkány Jenő:** Megnyitó.
2. **Dénes János:** A Gyermeksebész Társaság elnökének üdvözlő szavai.
3. **Rácz Dániel dr.:** Beszámoló az osztály 25 éves munkájáról.
4. **Tasnádi Géza dr.:** Az osztály gyermek angiologiai tevékenysége.

Egyidejűleg az ebédlőben bemutatjuk az osztály 25 éves munkáját posztereken.

Az Országos Orvosszakértői Intézet 1980. szeptember 12-én, 10 órakor Budapesten, az Intézet dísztermében (VIII., Mező I. u. 19/A, V. em.) *továbbképző tudományos ülést* tart.

- Pálfalvy László dr.:** Zajártalom és klinikuma.
Peredi Gizella dr.: Billentyűbeültetés utáni állapotok megítélése a munkaképesség szempontjából.
Dénes Zsuzsa dr.: Tévedések a laboratóriumi vizsgálati eredményekben.

A Magyar Kardiológusok Társasága 1980. szeptember 13-án (szombat) délelőtt 10 órakor, a Főv. István Kórház kultúrtermében (IX., Nagyvárad tér 1.) *tudományos ülést* tart.

Lozsádi Károly: A nagy artériák eredési rendellenességei — új morfológiai rendszer alapjai.

Az Országos Közegészségügyi Intézet 1980. szeptember 16-án, délután 14 órakor Budapesten, az Országos Közegészségügyi Intézet előadótermében (IX., Nagyvárad tér 2.) *tudományos ülést* tart.

1. **† Róna Borbála, Tomai Éva, Czabaley László, Bodó György:** Közlekedési zaj hatása a tanulók teljesítőképességére.
2. **Hirka Ferenc, Czabaley László:** Környezeti zaj lakosságot terhelő hatásának vizsgálata.
3. **Czaley László, Csákvári Gábor, Sajgó Mihályné, Fáy Erzsébet:** Zajexpozíció kórélettani hatásainak vizsgálata állatkísérletekben.

A Magyar Humánogenetikai Társaság 1980. szeptember 18-án (csütörtök) délután 14 órakor, az Or-

vostovábbképző Intézet kultúrtermében (XIII., Szabolcs u. 35.) *tudományos ülést* tart.

- Fischer János dr.:** Bevezető.
Stuber Arienne dr.: Genetikai tényezők jelentősége a coronaria betegségek létrejöttében.
Telegdy László dr., Tusnády Gábor dr.: A multiplex rendellenességek koreredetének biomatematikai elemzése.

A Főv. János Kórház Tudományos Bizottsága 1980. szeptember 18-án (csütörtökön) du. 14 órakor, a Kórház tantermében (XII., Diósárok u. 1.) *tudományos ülést* tart.

1. **Holzberger Mária dr.:** Schizophren és paranoid symptomás betegek kezelésében szerzett tapasztalatok SEMAP tablettával, (mely tartós hatású orális neurolepticum).
2. **Kellner Pál dr.:** Alkoholos betegek szociális-pszichiatrai megközelítésének tapasztalatai.
3. **Markó Zsuzsa dr.:** Delíriumok a somaticus osztályok vonatkozásában.
4. **Halmai Júlia dr.:** A therapiás osztályos nagycsoport témaválasztásának elemzése.

A Magyar Belgyógyász Társaság Északkelet-Magyarországi Szakcsoportja 1980. szeptember 18—19-én Berettyóújfaluban, az MSZMP Városi Bizottsága székháza nagytermében (Kossuth u. 17—19.) *tudományos ülést* tart.

1980. szeptember 18. (csütörtök)

9.00 óra

Megnyitó

Bartha Ferenc kórházigazgató főorvos, **Major László** belgyógyász főorvos, **prof. Leövey András:** Üdvözlések.

9.30 óra

Üléselnökök: **prof. Leövey András, Czákó László.**

1. **Siró B. (Debrecen):** Mozaik Turner-syndroma többszörös endokrin működészavarral.
2. **Bordán L. (Debrecen):** Base-dow-kóros myopathia.
3. **Schváb Anna, Czákó L. (Szolnok):** A hypoglykaemiás tünetegyüttesről, eseteink kapcsán.
4. **Kazi Zsuzsanna, Czákó L. (Szolnok):** Cukorbetegség néma infarctusairól.
5. **Neuwirth Gy., Altörjay I. (Debrecen):** Néhány gondolat az elhízott cukorbeteg kezeléséről.
6. **Szilágyi Erzsébet, Balázs Ibo-ly, Mészáros Judit, Stalmájer J., Szigligeti P. (Nyíregyháza):** Diabete-s betegek elemzése osztályunk 5 éves beteganyagában.

Hozzászólások — Szünet

Üléselnökök: **Földváry Gyula, Deli László.**

7. **Kaló E., Szegedy Györgyi, Földváry Gy. (Miskolc):** A recidív myocardialis infarctus klinikuma.

8. **Rostás L., Tarján J. (Szek-szárd):** A telemetriás His-köteg EKG.

9. **Csire B., Fekete T., Bognár Mária, Ferenczi Zs. (Miskolc):** A HDL-cholesterin jelentősége szív-infarctusban.

10. **Szücs M., Görögh S., Csépké Katalin, Együd Ágnes, Szegedi J. (Nyíregyháza):** Sick-sinus syndroma előfordulása kardiológiai beteganyagunkban.

11. **Szele K., Szalóky P. (Eger):** Mitralis billentyű-prolapsus click-syndromáról 20 eset kapcsán.

12. **Borsányi G., Szabó Erzsébet, Somogyi Erzsébet, Szigethy J. (Miskolc):** Infarctuson átesett betegek utánvizsgálata során szerzett tapasztalataink.

Hozzászólások

Üléselnökök: **Worum Ferenc, Fekete Tamás.**

13. **Hadházy Cs., Magyar V., Szilágyi A., Gyurcsán Cs., (Nyíregyháza):** Osztályunk 5 éves pericarditises beteganyagának elemzése.

14. **Rusznák M., Szilágyi A., Kra-komperger A., Magyar V., Balogh G. (Nyíregyháza):** A mecha-no- és echokardiographiás vizsgálatok jelentősége a mitralis stenosis súlyossági fokának megítélésében.

15. **Gyimesi A., Hanyecz V., Pocsay G. (Gyula):** Tapasztalataink az α - és β -adrenerg receptor blokkoló Labetalolal.

16. **Rusznák M., Hadházy Cs., Koháry Emőke, Adorján T., Csinády Gy. (Nyíregyháza):** A Szabolcs-Szatmár megyei felnőtt szívbeteg-gondozás újraszervezésével kapcsolatos tapasztalataink.

17. **Dombrádi Gy., Misz M., Vad-nay I. (Eger):** Élőben kórimézett, functionalis aortainsufficienciával járó dissealó aneurysma esete.

Hozzászólások — Szünet

Délután 15.30 óra

Üléselnökök: **Czirner József, Szőr József.**

18. **Sóvári M., ifj. Halmos B., Bak G. (Eger):** Tapasztalataink a hypertonia kezelésében az új magyar β -receptor blokkolóval.

19. **Szigligeti P., Kóder P., Stalmájer J. (Nyíregyháza):** Depresszional szerzett klinikai tapasztalataink.

20. **ifj. Halmos B., Bak G., Sóvári M. (Eger):** A hyperkineticus keringés, mint differenciáldiagnosztikai probléma.

21. **Écsy Z. (Miskolc):** Anti-hypertensív készítmények felhasználása belgyógyászati osztályokon.

22. **Csire B., Barna Erika, Fekete T. (Miskolc):** A hypertonia-kezelés problémái balesetveszélyes munkakörökben.



Hozzászólások — Szünet

Üléselnökök: *Szegedi János, Zeltner György.*

23. *Valenta Borbála, Balázs Cs., Kurta Gy., Leövey A.* (Debrecen): Trasicor-80 klinikai alkalmazása.

24. *Hadi F., Szebeni R., Pálkás L.-né* (Budapest): A Trasicor-80 alkalmazásának eredményei hypertóniában.

25. *Báttonyi Éva, Medgyessy Ildikó, Szőr J., Huber T.* (Debrecen): Sensit terapiában részesült betegek haemostasis vizsgálata.

26. *Bozóky Z., Szebeni R., Pálkás L.-né* (Budapest): Sensittel végzett klinikai vizsgálatok eredményei.

27. *Telek B., Kiss A., Pecze K., Jakó J.* (Debrecen): Myeloma multiplexes betegek adatainak elemzése, különös tekintettel a klinikai stadium-beosztás jelentőségére.

28. *Major L., Vad F.* (Berettyóújfalu): Adatok a leukaemiák csala-di előfordulásához.

29. *Nagy I., Balogh Eszter, Györfly Á.* (Debrecen): A radiológiai és endoscopos vizsgálatok értékelése a gyomor localis betegségeinek diagnosztikájában.

Hozzászólások

Üléselnökök: *prof. Kulcsár András, Szigethy Jenő.*

30. *Okváth L., Perlaki Cs., Szücs T.* (Debrecen): Eredményes resuscitációk osztályunk anyagában.

31. *Misz M., Biró I.* (Eger): Intenzív osztályon szerzett tapasztalatok nitroprussid-natriummal.

32. *Angyal S., Borbás B., Szegedi J.* (Nyíregyháza): Acut dialysis helye és szerepe a súlyos belgyógyászati beteganyag ellátásában.

33. *Szotáczyk Mária, Tuka Piroška, Szigethy J.* (Miskolc): Kóris-mézési nehézséget okozó malignus ganglioneuroma.

34. *Tamási L., Sonkoly Ildikó, Szegedy Gy.* (Debrecen): Rheumatoid arthritises betegek gondozásával nyert tapasztalataink.

35. *Ónody Magdolna, Fekete T., Kis Józsefné* (Miskolc): Nem szokványos physiotherapiás eljárások értéke diabeteses polyneuropathiás és egyéb mozgásszervi betegeinken.

Hozzászólások

1980. szeptember 19. (péntek)
délelőtt 9.00 óra

Üléselnökök: *prof. Rák Kálmán, Jakó János.*

36. *Jakó J., Kiss A., Rák K.* (Debrecen): A steroid próba alkalmazása és haszna a heveny leukaemiák elkülönítő kóris-mézésében.

37. *Kiss A., Krajczár G., Nagy P., Boda Z., Tóth A.* (Debrecen): Acut („malignus”) myeloclerosisos betegek adatainak elemzése.

38. *Pálóczi Katalin, Bodolay Edit, Nemes Z., Szegedi Gy.* (Debrecen): T-sejtes chronicus lymphoid leukaemia.

39. *Radványi G., Balyi Gizella, Kostyál A., Molnár I.* (Miskolc): Myelobromol okozta heveny csontvelő-elégtelenség kialakulásának és reversibilitásának esélyei CGL-ben.

40. *Lukács Katalin, Kávai Mária, Szerze P., Czirják L., Szabó G., Szegedi Gy.* (Debrecen): Phagocytosis és intracellularis killing defectus klinikai következményei.

41. *Berkessy S., Radványi G., Kardos G., Karácsony D.* (Miskolc): Vinblastinnal indukált thrombocyták transfúziója ITP miatt végzendő splenectomia előkészítésére.

42. *Dankó Katalin, Nábrádi Z., Pálóczi Katalin* (Debrecen): Gyomortumorhoz társuló mikroangiopathiás haemolysis.

43. *Pauker Zs., Sörös Katalin, Nagy Zs., Martics Anna* (Miskolc): Sideroblastos anaemia pyridoxin-kezelésének ritka szövödménye.

Hozzászólások — Szünet

Üléselnökök: *Berkessy Sándor, Major László.*

44. *Regős V.* (Eger): Listeria meningitis.

45. *Csák L., Török K., Sági Ilona* (Miskolc): 2 botulismus-eset tanulságai.

46. *Oláh Vilma, Kiss A.* (Miskolc): Kóris-mézési nehézséget okozó, ritka localisatójú tuberculosos.

47. *Karasz Gy., Csirik F., Vedres Anna, Szegedi J.* (Nyíregyháza): Secundaer tumorok előfordulása 5 éves beteganyagunkban.

48. *Papp Éva, Stuba Anna, Fedor I.* (Kazincbarcika): Familiárisan észlelt, kóris-mézési gondokat okozó ólommérgezés.

49. *Molnár K., Adorján T., Buris L.* (Debrecen, Kisvárdai): Tömeges methylalkohol-mérgezés.

50. *Varga I., Csűrös L.* (Miskolc): Lithium-therapia szövödményei.

Hozzászólások — Szünet

Délután 14.50 óra

Üléselnökök: *Prónay Gábor, Iványi János.*

51. *Dobi S., Gaál I.* (Debrecen): Helyszínen végzett urgens felső panendoscopos vizsgálataink 1979-ben.

52. *Kiss J., Siket F.* (Nyíregyháza): Urgens endoscopia jelentősége felső gastrointestinalis vérzésekben.

53. *Antal L., Kávai Mária, Tamási L., Sonkoly Ildikó, Pálóczi Katalin* (Debrecen): Az ismeretlen aetiologiájú pankreatitis.

54. *Kiss E., Szatai I.* (Nyíregyháza): Percutan transhepaticus cholangiographia CHIBA-tüvel.

55. *Juhász L., Tornay Z.* (Miskolc): Az ERCP jelentősége az icterus elkülönítő kóris-mézésében.

56. *Újszászy L., Nagy Gy., Prónay G.* (Miskolc): Heamocult teszt és rectoscopos vastagbél-szűrővizsgálatok összehasonlító elemzése.

57. *Nagy Gy., Újszászy L., Prónay G., Kassay L.* (Miskolc): Crohn-beteganyagunk klinikai elemzése.

58. *Falvassy Gy., Oláh Erzsébet* (Kazincbarcika): Területünk gyomorműtötteinek utánvizsgálata.

Hozzászólások — Szünet

Üléselnökök: *prof. Szegedi Gyula, Prékopa Almos.*

59. *Dalmi L., Hajdú L., Peczek K.* (Debrecen): Steroid-Imuran-Catergen kombinált kezeléssel szerzett tapasztalataink immunpathogenesisű májbetegségeknél.

60. *Csinády Gy.* (Mátészalka): Tarnsfer factor alkalmazása staphylococcus-sepsis kezelésében.

61. *Balázs P., Katona A., Orosz I., Hutter K., Deli L., Káldor Melinda* (Gyula): A heparin-therapia ellenőrzéséhez használt vizsgálatok összehasonlító elemzése.

62. *Katona A., Deli L., Hutter K., Orosz I., Balázs P., Kander Z.* (Gyula): Adatok a tromboticus therapia indicálásához.

63. *Brittig F., Major L., Bánlaci Szidónia* (Berettyóújfalu): A sokarcú tüdő-embolisatio.

64. *Kálmán K., Iványi J., Leövey A.* (Debrecen): Anticoagulans kezelés közben kialakult kétoldali mellékveseérzés esete.

65. *Katona Z., Pápay A., Földváry Gy.* (Miskolc): Hasi localisatójú Buerger-kór, illetve mesenterialis thrombosis esetek.

Hozzászólások

Az ülés bezárása.

Tudnivalók:

Vezetőségi ülés:

1980. szeptember 19-én reggel 8 órakor.

Vetítési lehetőség: diaposzitiv és írásvetítő.

Az előadások időtartama 8 perc.

Kongresszusi iroda szeptember 18-19-én 8-18 óráig az előadások színhelyén.

Felvilágosítást *Major László dr.* főorvos ad. Címe: Berettyóújfalu, Kórház, 4101.



PHLOGOSOL®

at

TEL

disulfosalicylato-samarium (III)
 im
 rophenum
 a paraoxybenzoicum
 opylenglycolos oldatban.

0,9 g
 0,03 g
 0,045 g

TOK

hűlésekkel együttjártó torokfájás. Grippe, angina-
 an a járvány cseppfertőzés útján történő terjedés
 nek csökkentése. A szájnyalvakahártya forró étel,
 okozta ártalmi. Pharyngitis acuta, tonsillitis acu-
 ngitis acuta, stomatitis acuta, stomatitis herpetica,
 jtis chronica elsősorban hypertrophias formája,

glossitis superficialis, gingivitis acuta et chronica, gingi-
 vitis ulceroza, paradentitis. Extractio dentis elő- és utó-
 kezelése, valamint száj- és garatúri műtétek utókezelése
 (tonsillectomia, Luc-Caldwell-műtét stb.). Ulcus decubi-
 tale. Aphtha recidivans.

ALKALMAZÁS ÉS ADAGOLÁS

1 dl vízhez vagy kamillateához 1-2 kávéskanál Phlogosol
 oldatot adunk, majd ezzel az oldattal naponta 3-5 alkal-
 lommal száj-, ill. toroköblögetést végzünk.

MEGJEGYZÉS

Vény nélkül egy alkalommal legfeljebb a legkisebb gyári
 csomagolás, vagy annak megfelelő mennyiség adható ki.

CSOMAGOLÁS

30 ml-es flakonban, térítési díj 3,40 Ft.

Óbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.

NORCOLUT[®] tablettá

ÖSSZETÉTEL: 5 mg norethisteronum tabl.-ként.

JAVALLATOK: Premenstruációs szindróma, mastodynia, a szekréciós szak megrövidülésével járó cikluszavarok, diszfunkcionális méhvézés, hyperplasia glandularis cystica endometrii, endometriasis, adenomyosis.

Laktáció-prevenció, ablaktáció. Klimaxos panaszok, különösen a klimaxos vérzészavarok.

ELLENJAVALLAT: Emlő-, genitális carcinoma. Külön elbírálást igényelnek, főleg tartós szedés eseté: thrombózis-készség, hepatitis, májműködés zavarok.

ADAGOLÁS: Praemenstruációs szindróma, mastodynia, valamint rendszertelen ciklusokban, a ciklus 16. napjától a 25. napig 1-2 tabl., esetleg ösztrogénnel együtt.

Diszfunkcionális méhvézés, hyperplasia glandularis cystica endometriiben: (amennyiben a vérzés funkcionális jellegét 6 hónapon belül végzett hisztológiai vizsgálat igazolta): 6-12 napon át napi 1-2 tabl., a vérzés megszüntetésére. — Recidiva megelőzésére a ciklus 16. napjától a 25. napig napi 1-2 tabl., általában ösztrogénnel együtt.

Endometriosis, adenomyosisban: a ciklus 5. napjától a 25. napig napi 1 tabl. 6 hónapon át, vagy folyamatosan szedve a ciklus 5. napján napi fél tabl.-val kezdve és az áttörésszerű vérzések elkerülésére 2-3 hetenként fél tabl.-val növelve, 4-6 hónapon át.

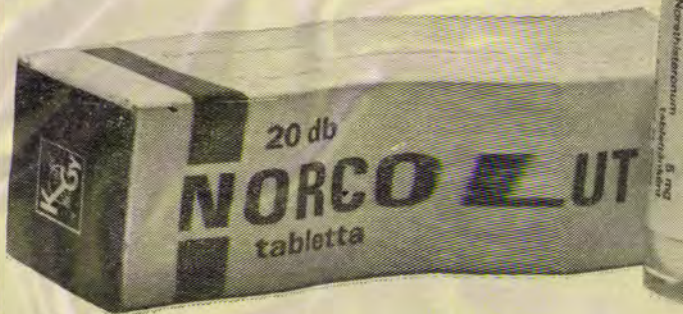
A laktáció megelőzése céljából:

	a 16-28. héten	28-36. héten
1 nap	15 mg	15 mg
2-3 nap	10 mg	10 mg
4-7 nap	5 mg	10 mg

megszakadt terhesség esetében

ABLAKTÁLÁS: az 1-3. napon 20-20 mg, a 4-7. napon 15-15 mg, a 8-10. nap 10-10 mg Norcolutot kell adagolni.

Klimaxos panaszokban: napi 5 mg (egy tabl.) adagolása javasolt. Kúraszerűen, hosszabb időn át. A kezelést sikertelenség esetén napi 25-50 mcg etinilösztadiollal (Mikrofolin tabl.) szükséges kiegészíteni.



MELLEKHATÁS: Ritkán előforduló és a későbbi megszűnő nausea, gastrointestinalis panaszok, át zés, esetleg ödéma, allergiás bőrreakció, paraes súlyváltozás, fáradékonyság.

FIGYELMEZTETÉS: Norcolut kezelés előtt a mázárandó. A kúra előtt onkológiai ellenőrzés szükséges.

MEGJEGYZÉS: ✖ Csak vényre adható ki. Az orkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ism.

CSOMAGOLÁS: 20 tabl. 5,20 Ft

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Buda

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

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 jelzőszámár
Szerkesztőség: 1363 Budapest V., Münnich Ferenc u. 32. I. Telefon: 325-109, ha nem felel: 327-530/135
Előfizetési díj egy évre 432,- Ft, negyedévre 108,- Ft, egyes szám ára 9,- Ft



80.2351 Tipografika Athenaeum Nyomda, Budapest — Ives magasnyomás — Felelős vezető: Soproni Béla vezérigazg

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.
FÜZI ISTVÁN DR.
HIRSCHLER IMRE DR.
LENART GYÖRGY DR.
OZSVÁTH KÁROLY DR.
PETRÁNYI GYULA DR.
PETRI GÁBOR DR.
RÁK KÁLMÁN DR.
SZÁNTÓ GYÖRGY DR.

*

Felelős szerkesztő:

TRENCSENI TIBOR DR.

*

Munkatársak:

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

*

121. ÉVFOLYAM

*

37. SZÁM

*

1980. SZEPTEMBER 14.

TARTALOMJEGYZÉK

Rák Kálmán dr.:

Korunk orvosi szakirodalma
és a klinikai medicina 2243

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Szigeti Ágnes dr., Krámer Márta dr.
és Petrányi Gyula dr.:

Klinikai megfigyelések
bőr-lymphomákban 2249

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Pogátsa Gábor dr. és Németh Miklós dr.:

Vércukorcsökkentő szulfoniluera
készítmények hatása a szív
ingerképző és ingerületvezető
rendszerére 2255

TERÁPIÁS KÖZLEMÉNYEK

Török László dr., Raffai Sára dr.
és Szűcs Mária dr.:

A pikkelysömör PUVA kezelésével
szerzett első tapasztalataink 2259

KLINIKO-RADIOLÓGIAI TANULMÁNYOK

Fazekas Péter dr., Bikádi Sándor dr.,
Kander Zoltán dr. és Raffai Emese dr.:

A mésztejepe röntgendiagnosztikájáról
eseteink kapcsán 2265

KAZUISZTIKA

Sulyok László dr. és Simon László dr.:

Spontán gasztrojejunalis fisztula,
mint a masszív felső emésztőszervi vérzések
ritka forrása 2269

Barta Lajos dr.:

Flexiós contracturák diabeteses
gyermekben 2271

IN MEMORIAM

Dömök István dr.:

Dr. Takátsy Gyula (1914—1980) 2273

Beszámolók, jegyzőkönyvek 2275

Folyóiratreferátumok 2279

Könyvismertetés 2294

Hírek 2297

Megjelent 2278

Pályázati hirdetések

RIGEVIDON[®] tableta

ÖSSZETÉTEL

1 tableta 0,15 mg d-norgestrelumot és 0,03 mg aethinyl-
oestradiolumot tartalmaz.

HATÁS

A RIGEVIDON kétkomponensű, orálisan alkalmazható anti-
konciptens, amely az ovuláció gátlásával hat. Optimálisan
alacsony hatóanyagtartalma miatt ritkán okoz mellékhatást,
a szervezetet nem károsítja, a későbbi – már kívánt –
terhességet nem befolyásolja.

JAVALLAT

Orális fogamzásgátlás.

ELLENJAVALLATOK

Hepatitis utáni állapotok, súlyos idiopatiás terhességi icterus
és súlyos terhességi pruritus az anamnézisben, Dubin-
Johnson- és Rotor-szindróma, májműködési zavarok, chole-
cystitis, trombóziskészség, súlyos organikus szívbetegség,
krónikus colitis, az endokrin mirigyek betegségei, malignus
tumorok, elsősorban emlőkarcinoma, továbbá laktáció és
intolerancia.

ADAGOLÁS

A RIGEVIDON tableta szedését a menstruáció első nap-
jától számított 5. napon kell elkezdni, és 21 napon át napi
1 tablettát kell azonos napszakban, lehetőleg este bevenni.
Ezt követően 7 nap szünetet kell tartani, ami alatt menst-
ruációszerű megvonásos vérzés jelentkezik. Függetlenül en-
nek bekövetkezésétől és tartamától, az 1 hetes szünetet
követő napon az újabb 21 napos kúra megkezdhető. A
fenti adagolási mód mindaddig folytatható, amíg a ter-
hesség megelőzése kívánatos. Rendszeres szedés esetén a
fogamzásgátló hatás az 1 hetes tablettaszedési szünetre
is kiterjed. Ha a tableta bevétele a szokásos időben elma-
rad, a legrövidebb időn belül pótolni kell. Nem tekinthető
folyamatosnak az ovulációgátlás, ha a kúra folyamán 2 tab-
letta bevétele között 36 óránál hosszabb idő telik el. A fo-
gamzásgátló hatás kialakulásához bizonyos időre van szük-
ség, biztos antikoncepciós hatás csak a szedés második
ciklusában van.

AZ ALKALMAZÁS KÜLÖNLEGES SZEMPONTJAI

Tekintettel a RIGEVIDON tableta igen alacsony hormon-
tartalmára, hasmenés és hányás esetén – az akadályozott
felszívódás miatt – a fogamzásgátló hatás átmenetileg
szünetelhet. Ezért a RIGEVIDON rendelésekor mindazon
interkurrens betegségek figyelembe veendőek, amelyek há-
nyással, hasmenéssel járnak. Egyszeri heveny tünet esetén
aznap 2 tableta adandó. Elhúzódó tartós diarrhoea vagy
hányás a szedés felfüggesztését, és más konzervatív véde-
kező módszer alkalmazását teszi szükségessé. A kezelés
során esetleg jelentkező enyhe, pecsételő vérzés nem indo-

kolja a kúra megszakítását. Erősebb áttöréssel vérzés ese-
tén a tableta szedését abba kell hagyni, és nőgyógyászati
vizsgálatot kell végezni. A vizsgálat eredményétől függően
a vérzés 1. napjától számított 5. napon újabb 21 napos
kúrát kell elkezdni. Az áttöréssel és pecsételő vérzés jelent-
kezése a RIGEVIDON kúrák előrehaladtával csökken, majd
rendszerint meg is szűnik.

A differenciált tablettarendelés szempontjait figyelembe
véve, a RIGEVIDON a kiegyensúlyozott, ill. enyhén ösztro-
gén fenotípusú nők részére a legalkalmasabb.

Funkcionális vérzészavarok, középidős fájdalom, dysmenor-
rhoea esetén a RIGEVIDON tableta terápia értékű.

ÁTTÉRÉS ELŐZŐLEG SZEDETT, NAGYOBB HORMONTAR- TALMÚ TABLETTARÓL

Nagyobb hormontartalmú tablettáról áttérés esetén vagy
egyhónapos tablettaszedési szünet tartandó, vagy a RIGE-
VIDON szedését a vérzés első napján kell megkezdni az
első ciklusban. A továbbiakban a megszokott 21 nap sze-
dés, 7 nap szünet, 21 nap szedés alkalmazási mód tar-
tandó.

A RIGEVIDONRA történő áttérés az esetek döntő többsé-
gében semminemű zavarral nem jár. Az áttöréssel vérzések
néha átmenetileg gyakoribbá válhatnak, de a későbbi sze-
dés során spontán rendeződnek.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK

Tekintettel a RIGEVIDON alacsony hormontartalmára, ha-
tásfokát, enzimindukció révén, néhány egyidejűleg szedett
gyógyszer csökkentheti (áttöréssel vérzés) vagy felfüggeszt-
heti. Ilyen interakciót okozó fontosabb gyógyszerek a ri-
fampicin, a fenobarbital származékok, a fenitoin, a széles
spektrumú antibiotikumok és a szulfonamidok.

MELLÉKHATÁSOK

A kúra kezdetén esetleg jelentkező gastrointestinalis tüne-
tek, mellfeszülés, testsúlynövekedés a folyamatos kezelé-
s során rendszerint csökkennek vagy megszűnnek. Varicosi-
tásban, epilepsziában, hipertóniában, depresszióval járó
pszichiátriai kórkepekben, diabetes mellitusban a készit-
mény alkalmazása körültekintést igényel.

MEGJEGYZÉS ✱

„Rendelhetőségét a – módosított – 23/1973 (Eü. K. 17) Eü.
M. számú utasításban, valamint az Egészségügyi Miniszté-
rium 89560/1978 (Eü. K. 1980. 1) számú közleményében fog-
laltak szabályozzák.

Csak vényre adható ki. Egyszeri alkalommal 3 hónapra ele-
gendő gyógyszer mennyiség rendelhető.”

CSOMAGOLÁS

3×21 tableta

térítés díja 2,- Ft

Kőbányai Gyógyszerárúgyár, Budapest X.

Korunk orvosi szakirodalmá és a klinikai medicina

Rák Kálmán dr.

Markusovszky Lajosról, az Orvosi Hetilap alapítójáról és első szerkesztőjéről, a magyar orvostudomány és felsőoktatás megteremtőjéről, s a hazai közegészségügy reformjának élenjáró harcosáról sokan és sokszor megemlékeztek már. Jól tudjuk, mégis szívesen idézzük, hogy ő volt a vezetője, szellemi vezére annak a különös társaságnak, baráti körnek, amelyiknek fő célja a szabadságharc bukását követő évtizedekben a magyar egészségügy arculatának az átformálása volt. Sokan úgy gondolják, hogy Markusovszky nagy tette az *Orvosi Hetilap* megalapítása volt. Valójában — *Trencsényi* szavaival élve — a Hetilap csak eszköz volt annak a célnak az elérésében, melynek eredményeképpen a századfordulói megszületett az európai színvonalra emelkedett magyar orvostudomány.

1857-ben jelent meg az Orvosi Hetilap első száma; hat évvel később, 1863-ban létrehozta a *Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulatot*. Sok egyéb mellett ő a modern orvosi szaksajtó és a hazai orvosi könyvkiadás megteremtője. Olyan korszakban, a múlt század ötvenes-hatvanas éveiben, amikor a magyar orvostudomány és orvosi irodalom nem volt európai mércével mérhető; magyar orvosi irodalom hiányában a kor haladó orvostudományának terjesztéséről sem lehetett szó, mint ahogyan intézetek nélkül önálló magyar orvosi kutatásról sem. Nem voltak tankönyveink, sem magyar szakkönyvek, nem létezett a magyar orvosi sajtó. S hogy az Orvosi Hetilap, mely irodalmunk első, jelenleg tehát a legnagyobb múltú sajtóterméke, első számától kezdve betöltötte hivatását, egészen nyilvánvaló. Hiszen nincsen olyan múlt századi, de nyugodtan mondhatjuk, hogy akár a mi századunkban megvalósuló számottevő orvostudományi, az orvostudományt vagy a közegészségügyet érintő alkotás, melynek csírái ne lennének a Hetilap évfolyamaiban megtalálhatók. *Högyes Endre* mondta akadémiai emlékbeszédében: „Minden valamirevaló eszme a hazai orvosügyek e reformkorszakában vagy Markusovszkytól magától keletkezett vagy legalább átszűrődött az Ő agyán keresztül.”

Példaképeink, s büszkék vagyunk rájuk, a múlt század orvostanának legjobbaira, Balassa Jánosra, Semmelweisre, Korányira, Bókayra, Fodor Józsefre, Högyesre, s kire emlékezni most együtt vagyunk, Markusovszky Lajosra. Rájuk, akik megteremtették az újkori magyar egészségügy, orvostudomány és orvosi irodalom alapjait, s mindezeket európai szintre emelték. Az élenjáró Markusovszky

életműve, ahogyan idézni szokták, a magyar orvosi művelődésügy egész keresztmetszetét felöleli.

Hogy a *nemzetközi orvosi szakirodalom* már a Hetilap alapításakor sem volt mennyiségileg lebecsülhető, kiderül Markusovszkynak a lap első évfolyamában megjelent mondataiból, melyeket az évet kezdő tanuló ifjúsághoz intézett: „Az orvosi tudomány roppant mennyiségű tárgyak ismeretét és kezelésére gyakran csak hosszú gyakorlat által megszerezhető ügyességet igényel. Ne higgye ezért senki, még a legjelesb elmetehetségű sem, hogy azokat rövid időn birtokába ejtheti. Ha valahol szorgalomnak helye van, ha valahol a gyöngébb is vasszorgalom által sikernek és hasznavehető ügyességnek örülhet, itt a helye.” Tudjuk, hogy a nemzetközi irodalom növekedésére, egyesek szerint burjánzására már a századunk elején is többen panaszkodtak, de az ötvenes években terjedését már sokan féltelmetesnek nevezik. Az már egyenesen közhely, hogy a mai orvosi szakirodalom jellemzője mindekenélőtt óriási terjedelme, volumene, áttekinthetetlen volta. A *hazai irodalom*, mint erre röviden hivatkoztam, a semmiből nőtt a maivá, s lapjaink száma alig több mint félszáz. Ez persze egyáltalán nem kevés, sőt, tendenciájával jelzi azt a tényt, mely világszerte: a közlések-közlemények soha nem tapasztalt mérvű szaporodását, inflációját.

Nem gondolhatja senki, hogy korunk irodalmának zavaró gazdagságáért klasszikusainkat, irodalmunk halhatatlanjait tehetjük felelőssé. A vizsgálódás, melyet megkísérlek, csak más célt szolgálhat. Sokan felteszik bizonyára maguknak is a kérdést, hogy mi a *viszonya*, a *kapcsolata napjaink orvosának korunk orvosi irodalmával*? Miben segíti, netán miben akadályozza, létezhet-e nélküle, nyújtja-e azt, ami várható, mi a jövő kilátása? Nem a *csak* kutató és nem a *csak* gyógyító, rutinfeladatokat ellátó orvosok gondjairól szólnék, hanem a komplex feladatot végző, oktató, gyógyító és bizonyos tudományos munkát is végző *klinikai*, s ma hozzátehetjük, *kórházi* (elsősorban az oktató kórházi) orvosról. Ez a hatás is kölcsönhatás: az irodalom hat az egyénre, s befolyásolja vagy befolyásolhatja minden ténykedését; másrészt, az egyén részt vesz vagy részt vehet az irodalom alakításában, gazdagítva vagy csak mennyiségileg növelve azt.

Röviden arról a kérdéstről, hogy *miért van szüksége* a klinikusnak a rendszeres tájékoztatásra? *Oktató* munkájához érthetően szinte nélkülözhetetlen. Az egyetemet elhagyó fiatal orvos hamar felismeri annak az oktatásnak a hiányosságait, amelyben részesült. A gyakorlatok, a foglalkozások minőségén a korszerű tudással rendelkező oktató segíthet és javíthat a legtöbbet. A *gyógyító* munka egyetemi szintjét a legújabb ismeretek mindennapi felhasználása, az új diagnosztikai és kezelési eljárások ismerete és azoknak lehetőség szerint és nem utolsósorban kritikus alkalmazása jelenti. A „salus aegroti suprema lex esto” elve mindenkor kötelez, de a „primum non nocere” elve is, legfeljebb az utóbbi újszerű felfogásban. Soha időszerűbbek nem voltak ezek az elvek, mint ma, amikor a beteg ember gyógyításának korábban nem ismert hatékony eszközeivel rendelkezünk, de éppen hatékonyságuk a iatrogenia gazdag forrása is. Ugyanez

mondható el — mutatis mutandis — a diagnosztikai eljárásainkról. Lapunk rovata, a „*Quo vadis, Medicina...*” gazdag tárháza az idevágó példák-nak. S végül, a klinikai kutatás talán a legkönnyebben belátható módon kötelezővé teszi a rendszeres irodalmi tájékozódást. A „mit, miért, hogyan” kutassunk kérdésekre nem adható válasz, el sem készülhet a terv, ha nem ismerjük a téma előzményeit, a körülményeit. S bár kórházainkban, klinikáinkon legtöbbször nem báziskutatás folyik, s a „clinical research” világszerte elég éles kritika tárgya vagy legalábbis vitatéma, főleg kis hatékonysága miatt, létezése, sőt létjogosultsága is alig vitatható, ezért képviselőinek és a mai orvosi szakirodalomnak, a kapcsolata, még inkább a kölcsönhatás kérdése joggal felvethető. A szakirodalom és a klinikus hármass, illetve négyes (még a szakmai-társadalmi) ténykedése tehát többé-kevésbé szorosan kapcsolódik.

Mielőtt az irodalom erődítményének bevetelére ajánlott módokkal röviden foglalkoznánk, hadd térjek vissza — hátha felkeltette az érdeklődést — a *klinikai kutatásra* vonatkozó néhány általános megjegyzésre, véleményre.

Bár például az angol *Platt* a *Lancet* múlt évi egyik számában felteszi a kérdést a klinikai kutatással kapcsolatban, hogy „*cui bono?*”, kinek van haszna abból, látja-e hasznát a klinikai medicina, a klinikai betegellátás, s válasza *nem*, hiszen a legtöbb kutatást, mely a medicinát (tudásunkat és a gyakorlatot) előreviszi, az orvosi intézeteken kívül, sőt nem orvos tudományos dolgozók végzik, a haszon — ezt vallja a glasgow-i *Jennett* is — a klinikán kívüli, technológiai vagy orvosi kutatásból származik (példa lehet egy új gyógyszer vagy éppen a computer tomographia), mégis, maguk is és sokan másik vallják, hogy szükség van a klinikai kutatásra, s az éppúgy lehet alap („basic”, „pure”) vagy alkalmazott („applied”) kutatás, a kettő között nincs ma már éles határ. Az „academic clinical staff”, a klinikák orvosai igénylik azt, kell az oktatás színvonalához, szükséges a magas szintű orvosi ellátás biztosításához és kritikai elemzéséhez. A klinikák nem lehetnek báziskutató intézetek, de születtek és születnek ma is, nálunk is lényeges elméleti megállapítások. *Paton*, az oxfordi farmakológus foglalkozott nemrég a klinikai kutatás utóbbi időben tapasztalt jó és rossz irányú változásaival. A „good news”: több az eszköz, team-munka folyik, több pénz áll — általában — rendelkezésre; de ugyanakkor „bad news”: kevesebb az önállóság, kisebb a felelősség, többen költik a rendelkezésre álló pénzt. Könnyebb a publikálás, de ez vezet inflációhoz. Korábban egy akár nagyon fontos eredmény vagy megfigyelés egy rövid közlést vagy feljegyzést érdemelt, ma ugyanez — vagy kevesebb — részletes közleményt jelent. Sok a társaság, sok a kongresszus, s ez előny és hátrány is. Igyekszik egyre inkább alap- vagy éppen molekuláris kutatás jellegű lenni, egyre kevésbé integrált, kevesebb a funkcionális aspektusa. A szociális és az orvosi igény szükségessé tesz nem ritkán kutatásirányítást, a negligált területre. Néha az irányított kutatás több szabadságot, például több pénzt jelent. Egy vonatkozásban nincs különbség a régi és a mai klinikai

kutatás között: változatlanul szükség van a tehetséges kutatókra, ha a tehetség más formát ölt is, mint korábban. Megmérteni változatlanul csak az eredmények alapján lehet („research with judgement by results”). Hogy egy kutatásnak lesz-e sikere, azt garantálni nem lehet, de az ellenkezőjét állítani sem. A kételkedőket — írja *Paton* — eddig még mindig megcáfolták, a kutatás sikersorozata történelmi tény. Vonzó vállalkozás („attractive bargain”) a klinikai kutatás, csak szerencsésnek érezheti magát az, aki e területen ténykedik.

Az más kérdés, s erre a már idézett *Jennett* utal, hogy meglehetősen szomorú helyzetben van az oktatás és a kutatás a mi (értsd alatta: angol) iskoláinkban. Az „academic medicine” veszélyben levő intézmény. Jó az, hogy kitűnő fiatalok kerülnek elég nagy számban az egyetemekre, de legtöbben (90%-uk) életüket majd a kórházi és a klinikai gyakorlattal töltik, ahol az orvos—beteg viszony a fontos és technikai rátermettség is szükséges, de különös talentum („academic brilliance”) nem kell. A jelen szisztéma — állapítja meg — nem tesz jó szolgálatot sem a tehetséges hallgatónak, sem tudományunknak és a társadalomnak. (A gondolatok — ismétlem — elsősorban az angol felsőoktatásra és orvosképzésre vonatkozó meditációkból származnak!)

Engedjék meg, hogy a következőkben röviden az eredmények hazai publikálásának némely vonatkozásával foglalkozzam. „Anyanyelvi publikálás” címmel jelent meg levél a *Lap* egyik idei számában. Írója szorgalmazza, hogy saját, hazai eredményeket először hazai lapban közöljenek a szerzők, s csak hónapokkal később kezdeményezzék azok megjelentetését külföldi szaklapban. Kell is idő a jó fordításhoz, s ha ezzel rendelkezünk, kötelességünk az eredményeket valamely nemzetközi szaklapban is közzétenni, illetve azt megkísérteni. A szerkesztőség reflexiójában egyetért e nézettel: ha egy dolgozat hazai lapban és lapnak megfelel, helye van a külföldiben is. Fordítva nem érvényes, alkalmatlan munka könnyűszerrel megjelenhet harmadrangú külföldi lapban, mely anyagiánnyal küzd. A mérce a *Hetilapnál* magas, a megítélés objektív. S ez már a saját véleményem is: ha egy munka a *Hetilapban* megjelenhet, a legnagyobb valószínűséggel alkalmasnak fog bizonyulni egy nívós, de legalábbis középszintű külföldi lapban való megjelenésre is. Helytelen, s napjainkban is fellelhető hazai nézet az, hogy csak az idegen nyelvű publikációnak, sőt, hogy csak az angol nyelvű közlésnek van értéke. Nemzetközi élvonalba az a munka tartozik csak — mondják —, amelyiknek eredményeit neves (?) nemzetközi lapban meg lehet jelentetni. Kétségtelenül érdem és mérce egy klinikai kutatómunkáról a *Gastroenterologyban*, a *Journal of Clinical Investigationben*, de még a *Bloodban* vagy az *International Journal of Cancerben* is beszámolni. Elismerést érdemel és értékmérő. De tudjuk azt is, hogy egy-egy dolgozat elhelyezése személyes kapcsolat, máskor anyagi áldozat eredménye, hiszen újabban a kéziratral csekken vár nem egy külföldi lap szerkesztősége. S milyen sokat számít a fordítás minősége, éppen az angol nyelvű dolgozatok esetében, s ennek biztosítására sem egyformák az

esélyek. Mindemellett — ismétlem — a kiemelkedő sajtóorgánumok ritkán hoznak egy munkát érdemtelően. Azt már kevésbé teszik szóvá szakkörökben nálunk, hogy sok értékes munkát magyarul egyáltalán nem közölnek, a hazai olvasótáborra nem méltatják. Ez a gyakorlat csak akkor volna megengedhető, ha a téma olyan speciális, hogy megfelelő hazai lap nem kínálkozik. A klinikai-kórházi kutatókkal, a klinikusokkal szemben megnyilvánuló publikálási igény kérdése szorosan összefügg a szakirodalom nemkívánatos burjánzásával szemben vívott vagy legalábbis hirdetett harcral.

Egy másik kérdés mottóját ugyancsak a Hetilap egyik múlt év végén megjelent számából veszem: „*a magyar orvosi szaknyelv védelmében*”. Helsinkiben élő magyar orvosnő levelét olvashattuk. Lemondta a Hetilapot, mert az ma már egy magyar—angol—latin nyelvű lap. „Idegen nyelvet tudni szép, a hazait a lehetőségig művelni kötelesség” — idézte. Nem is annyira az idegen szavak használata ellen, mint inkább a magyar nyelv helyes használata mellett érdemes — nézetem szerint — több szót ejteni. A közelmúltban rendezték a magyar nyelv hetét, gazdag programmal. Nemrég jelent meg egy kis könyv, *Kolozsvári Grandpierre Emil* írása „Herder árnyékában” címmel. Az anyanyelvi oktatás nem elégtelen — írja —, hanem teljes egészében hiányzik! Anyanyelvi oktatásunk ma, több mint harminc esztendővel a felszabadulás után — írta néhány éve —, még mindig ott tart, ahol Ferenc József uralkodása idején. Ugyancsak ő írja: mindannyin tudjuk, hogy az írás föltalálása fordulópont volt a műveltség történetében; a mi műveltségünk történetében most kezdődik a beszéd elfelejtésének korszaka, mely ugyanolyan fordulat lesz, ha idejekorán meg nem akadályozzuk. 1791-ben hangzott el Herdernek, a német írónak és filozófusnak gyászos jóslata: „a mások közé ékelt kiszámú magyarnak századok múltán majd a nyelvét sem lehet fölfedezni”. S bizonyos, hogy a napjainkban kibontakozó, nagyarányú nyelvművelő mozgalom nem pótolhatja az anyanyelvi oktatást, hasznát azok vehetik, akik már ismerik anyanyelvünket. „Az avatatlanoknak csak divatos hobbi, ráadásul igen veszedelmes hobbi.” Valóban: az írás és olvasás mellett tanítanak valahol is retorikát és stilisztikát, akár alapfokon is? Nem is tudja a diák vagy a fiatal orvos gondolatait szóban vagy írásban helyesen kifejezni. Az önkifejezés készsége — szerkesztőink a megmondhatóit — nem erőssége a pályakezdőknek, olykor sajnos az idősebb generációhoz tartozóknak sem. Egy-egy írás nemegyszer „jó helyen” is talányok sorozata a gyanútlan olvasónak.

Egy originális vagy legalábbis gondolateltető vagy ismeretterjesztő-továbbképző, de mindenkor jól megírt dolgozat hazai közlése szükséges és kívánatos, ezeknek a munkáknak kellene nagyobb hitelt biztosítani. A magyar irodalom még elviseli a gyarapodást, bár kívánatosabb a minőségi változás. Bizonyos értékszintet meghaladó írások jelenjenek meg — de akkor valóban reprezentatív módon és helyen — idegen nyelven is, hogy a hazai orvostudományt méltóan képviseljék. Ez a ma sokat emle-

getett idézettségi fokot, a Science Citation Indexben való szereplést is biztosítja. Egy ilyen irodalmi munkásság könnyen áttekinthető, megítélhető, s értékelhető.

Tekintsünk ezek után szakmánk *világirodalmára*. A világ kb. 25 000 folyóiratából hozzávetőleg 10 000 az orvosi-biológiai-gyógyszerészeti és határterületi periodika. Óriási szám ez, akkor is, ha csak 50—60%-át tekintik értékesnek. Az orvosi-biológiai publikációk és ezzel majdnem parallel a folyóiratok kétszereződési ideje 15 év, ami azt jelenti, hogy 15 év alatt ugyanannyi dolgozat születik, mint amennyit addig összesen írtak; az én generációm számára például azt, hogy pályánk kezdetétől máig a közlemények száma megnégyszereződött. Bővült, nőtt, és hígult az irodalom, hihetetlen mértékben. Például: 1955-ben a világon 12 haematológiai lap volt, 1970-ben 25, ma legalább 40, de lehet, hogy több. S e diszciplínán belül hány speciális területnek van saját lapja? A klinikai és laboratóriumi haematológiának, a vérsejteknek, a transfúzióknak, a leukaemiának, a thrombosis-kutatásnak, a haemostasisnak. S így van ez az orvostudomány valamennyi ágában. Egymás után jelennek meg, s szinte valamennyi szakágban az újabb kiadványok, az *Annals*, *Progress*, *Advances*, *Recent Advances*, *Seminars*, *Clinics* kezdetűek, s teszik a mai szakirodalmat oly gazdaggá, s olyannyira elolvashatatlaná. De éppen ezek az utóbbiak a nagyon tanulmányos, didaktikus, monográfiászerű, kitűnő kiadványok.

Az *eligazodás és tájékozódás* az információk tengerében a *hagyományos olvasással*, ha mégoly rendszeres is, nem lehetséges, a klasszikus módszerek nem feleslegesek ugyan, de elégtelenek. A *profil* folyóiratok átnézése ugyancsak nem kielégítő, a kutatási területek többsége interdisciplináris. Az orvostudomány elméleti és gyakorlati tudomány, a természet- és társadalomtudományi határterülete. A folyóiratokon kívül vannak speciális dokumentum-típusok: kutatási jelentések, kongresszusok-konferenciák anyagai, supplementumok. Az első segítséget az olvasónak az ún. *kurrens információs szolgáltatások* nyújtották, már a múlt században is. Mai formájuk már interdisciplinárisan orientált, de nem oldják meg az egyéni információs igény kielégítését, mert nem felhasználásra orientáltak. Ilyen viszont — ezzel érdemes elsőként röviden foglalkozni, főleg *Sz. Csécs M.* referátuma alapján — az ún. *szelektív információterjesztés* vagy *SZIT*. Húszéves múltja van, s egyre fejlettebb. Minden, elsősorban számítógépes információs rendszer igyekszik kiépíteni a maga SZIT-rendszerét. Az amerikai SDI-t (selective dissemination of information) az IBM cég valósította meg az IBM-650 számítógépen, megrendelői száma 30 volt. A következő hatnyolc évben 40 SZIT-rendszer jött létre, s ma már minden jelentősebb automatizált információs rendszer ún. funkcionális alrendszere. A főbb kritériumok: pontosan és lehető teljességgel kell egyéni igényeket kielégítenie, kevesebb, mint egyhetes várakozási idővel, s a kapott információ feldolgozásához szükséges idő minimális legyen. Az igényt bármikor módosítani lehessen, sőt, legyen alkalmas az igények vizsgálatára is. A mai SZIT-rendszerek többsége nem ideális. Megszorítások, korlátok van-

nak, például csak profil-lapból vagy dokumentumokból gyűjtenek információkat. Nem is megfelelően relevánsok, s nem pertinensek. (Az idegen szavak ez esetben nehezen helyettesíthetők: a pertinens például az, ami a lényegre érinti, odaillő, tehát releváns, és ami fontos, ténylegesen fel is használt!). Egy jó SZIT-rendszerben egy-egy kereső profil (ez az érdeklődési körnek felel meg) 100 keresőszót is tartalmazhat (tárgyszavak). Döntő, hogy a kérő információs profilja és a rendszer keresőképe (a tárgyszavak együttese) egybevágjon. A profil szerkesztésnek bőséges oktatási anyaga van, s azt oktatják. A legdrágább szolgáltatás, tehát fontos, hogy minél jobban pertinens legyen. Team-eket is szolgál. Amerikai adatok szerint egy SZIT-rendszer 500 megrendelő esetén gazdaságos.

Az információk — főleg számítógépes — előállításával világszerte szakemberek („information scientist”) foglalkoznak. (Az alábbi adatok főleg *Bujdosó E.* referátumából valók.) Egyre több a referáló, indexelő folyóirat, a mágnesszalag. A philadelphiai ISI (Institute for Scientific Information) 1961-ben jelentette meg először a *Science Citation Indexet*, mely elsőként dolgozta fel a közlemények bibliográfiai adatain túl azok irodalmi hivatkozásait is. Kéthavonként jelenik meg, éves és ötéves gyűjteménye is van. (Az egyéb ISI indexekkel együtt megtalálható többek között az MTA könyvtárában.) A heti anyagot mágnesszalagon is terjeszti, ezeket is kapjuk, s ez felhasználható szakirodalom-figyelésre. Az adathalmazból a releváns adatok kiválasztása a kereső-profilok segítségével történik. 3800 folyóiratot dolgoz fel különböző területről, ezek közt 1220 az orvosi-biológiai. A fel nem dolgozott, több mint 20 000 folyóirat a hivatkozásoknak alig 10%-át kapja, ezért ezek — úgy tartják — általában nélkülözhetők. Az adatbázis évi növekedése több mint hatmillió tétel, a heti mágnesszalag átlag 10 000 újonnan megjelent dolgot, s kb. 120 000 korábban megjelent közleményre való hivatkozást tartalmaz. Negyvenegy ország folyóiratait dolgozza fel, köztük 37 a magyar, ebből tíz az orvosi-biológiai (nyolc Acta, az International Urology and Nephrology és a Therapia Hungarica). Az adatbázis csak egy a sok közül, a világon jelenleg 300-nál is több kisebb-nagyobb gyűjtemény békésen megfér egymás mellett. A Citation Index 3800 folyóiratának 75%-a megtalálható a hazai könyvtárakban. (Itt megjegyzem, hogy a debreceni Kenézy-könyvtárban 20 olyan lap van, mely az országban csak ott található, egyébként 914-féle orvosi folyóirata van, ebből 754 tőkés, 111 szocialista országból való, s 49 a magyar.) Nem beszélek az *Index Medicus*-ról és a *Current Contents*-ről, ezek jól ismertek, s főleg az utóbbit sokan rendszeresen használják. Azt viszont érdemes felidézni, hogy az MTA könyvtár két fő szolgáltatása a heti gépi szakirodalom-figyelés, s ez lehet folyóirat-, téma- és idézettség-figyelés, valamint a kézi retrospektív keresés, így bibliográfiák összeállítása. A most harmincéves OOKDK-n* (Országos Orvostudományi Könyvtár

és Dokumentációs Központ) kívül országos feladatkörű a négy OTE könyvtár, hat országos intézeti könyvtár, s két kórházi könyvtár. Erre a hálózatra épül a hazai szakmai információs rendszer. Ma is igaz, s bizonyára az ezredfordulón is így lesz, hogy végül mindig magára a *dokumentumra* van szükség, ehhez kell a hálózat segítségével gyorsan hozzájutni. A könyvtárak állományának gerincét ma is a *folyóirat* és a *könyv* adja, a változás a könyvtárak szemléletében és munkájában van: a feldolgozó-centrikusságot kell a tájékoztatás-centrikusságnak felváltania. A lehetőséget a számítástechnika biztosítja. Előtörnek az új információhordozók, a gépi adatszolgáltatók termináljai, fel kell készülni a gépi információk fogadására. A *computer-medicina* korszakában az eszményi könyvtárban az orvostudományi tájékoztatás gépesített: elektronikus adatfeldolgozó gépek és számítógépes tájékoztató rendszerek működnek. Az a szakirodalmi információs rendszer korszerű, amelyik hatékonyan támogatja a tudományos alkotómunkát. A KGST-n belül kialakulóban lévő *Medinform* lényegében 4500 nyugati folyóirat lelőhelyjegyzékkel ellátott bibliográfiája, hozzáférhető dokumentációkkal. Példája az egyemetesen használható nemzetközi információs rendszernek.

Az előbbieken a *könyvtáros szakemberek* véleményét foglaltam össze röviden. Nem utópisták ők, mégis idekiváncozik néhány megjegyzés. Először az, hogy *hazai klinikusaink* nagy része ma még nem él vagy technikailag nem élhet a vázolt legjobb lehetőségekkel. A hagyományos könyvtári feldolgozásnak ma még jelentős a szerepe. Másrészt: van olyan része a könyvtári munkának, amelyik *sohasem gépesíthető*. A számítógépes információs rendszer sem automatikus, hanem automatizált, azaz hibátlan működése az emberi intellektuális tevékenység függvénye. A computer nem az orvos helyett, hanem mellette dolgozik, mint arra *Varró* a számítástechnika klinikai hasznáról elmélkedő írásában a közelmúltban rámutatott. Ne idegenkedjünk tőle, de egyrészt oktatni kell, másrészt szokunk kell. Végül, s legfőképpen: nagyon rideg, lélektelen és száraz lenne a munkánk, ha a könyvtári olvasás *helyett* kártyákat, kivonatokat, feljegyzéseket, s ezek alapján legfeljebb a konkrétan felhasználható dokumentum kópiáját kapnánk kézhez az eszményi könyvtár jóvoltából. Azt gondolom, hogy a mai klinikus oktató és kutató igényét kielégíti a megfelelő adatbázis elérhetősége (a folyóiratok és monográfiák), egy hatékony (non-stop és minőségi) xerox-szolgálat (a kölcsönzés helyett), az országos, s ha kell, nemzetközi kiadvány (kópia)-csere, esetenként témafigyelés, illetve valamely szelektív információs szolgálat. És ez korántsem nagyon szerény igény, nem is elégíthető ki könnyen, zökkenők nélkül.

Ezzel eljutottam az utolsó, de az előbbieknél után önként adódó kérdéshez, hogy ti. *mit nyújt* vagy nyújthat ma az *orvosi könyvtár* az olvasó, az eredetiben olvasás élményére vágyó, de az idejét mindig gazdaságosan beosztó vagy éppen örökös időzavarban lévő, s csak ritkán gondtalan klinikus olvasónak? Röviden szólva sok tapasztalatot, tanulságot és sok gondolatot. Mindjárt a kezdőt megtanít-

* Az OOKDK elnevezést legutóbb eu. min.-i utastás OIK-ra (Országos Orvostudományi Információs Intézet és Könyvtár) változtatta.

ja a *kritikus* olvasásra, hiszen könnyű észrevenni ugyanazon a héten, de talán már aznap, egy másik lapban vagy esetleg ugyanabban egy bizonyos állításnak a cáfolatát. *Trencsénit* idézem: „A dialektikából mindig is merítettünk: míg az író, a kutató munkája megítélésekor arra intettük, hogy a betű szent, addig az olvasót óvatosságra, éberségre, kritikai olvasásra buzdítottuk, és arra, hogy a betű nem szent.” Egy nagyobb központi könyvtár napi anyagának (a kurrens lapoknak), egy kisebb könyvtár esetleg heti anyagának az áttekintése általános tájékoztatást nyújt a nem profil területekről is. A különböző lapokat egy idő után már bizonyos várakozással veszi kezébe az olvasó. Ismeri a szerkesztét, a stílusát, a specialitásait. Szívesen futja át a *Lancet*, a *British Medical Journal* és a közismert nevén *JAMA* élénk levelezőrovatát, tudja, hol talál hasznos Editorial-okat, klinikai tanulmányokat, klinikopatológiai konferenciák érdekes anyagát, Horus-szerű rovatokat, *Mediquiz*-t, kitűnő sorozatcikkeket (a közelmúltban például a „Basic science for clinicians” sorozat indult a *New England Journal of Medicine*-ben, ebben a kitűnően szerkesztett lapban.) De nem érdektelenek a beszámolók, recenziók, kommentárok, személyi hírek, sőt a prospektusok sem. Nem feltétlenül nagy idő- és energia-investálással képet lehet kapni a legkülönbözőbb szakterületekről, meg lehet tudni, hogy mi foglalkoztatja a tudományos világot, de fény derül a társadalmi, gazdasági mozgatóerőkre is. Voltak és vannak *favorit-témák*: már nem új, de még nagyon aktív a prosztata-glandin-témakör, helyére kerül lassan a computer tomographia ügye, sokat írnak a cimetidinnről, az ún. antiplatelet-szerekről, egyáltalán az érbetegségek megelőzéséről, a tumorelleses chemoterapiáról; a lymphomák és a lymphocytarendszer változatlanul kedvenc téma, mint ahogy sokat áldoznak a transplantatio kérdéseinek, a gyógyszer-mellékhatásoknak, a receptor-kérdésnek, a peptid-hormonoknak. Folytathatnám, szinte vég nélkül, akkor is, ha a példákat főleg a belgyógyászat és határterületei köréből veszem. A szkeptikusak persze mondhatják, hogy computer tomograph nincs vagy épp hogy van, a *Tagamet* nagyon drága, új módszerekre nincs lehetőség, a nagy klinikai tanulmányok sem döntöttek még egyik vagy másik kezelésmód mellett, a sok új adat több zavart kelt, mint amennyit használna. Ez — mindez — olykor igaz. Mégsem mondhatunk le az információk szemléletalkító hatásáról, haladásunk feltételeiről. Némely területen, így az immunológiában, az onkológiában és a haematológiában el sem képzelhető a korszerű laboratóriumi, illetve a diagnosztikai és betegellátó munka az utóbbi éveknek-hónapokban a csak folyóirat-közlésekből megismerhető eredményei, azok realizálása nélkül. Tankönyveinkre — elsősorban az időfaktor miatt — nem hagyatkozhatunk. *Etikai kérdés* is, hogy szabad-e nem venni tudomást a tudomány haladásáról? Megvonhatunk-e a betegtől adott esetben egy ilyen vagy olyan kezelést, például chemoterapiát? Orvosi eskünknek eleget tudunk-e tenni, azaz a tudomány mindenkori állása szerint járunk-e el? A „nil nocere” nem lehet a defenzív medicina jelszava. *Holland* amerikai onkohaematológus nemrég a klinikai kutatók etikájáról és —

első hallásra talán meglepő — a „primum non nocere” elv tarthatatlanságáról írt. Az orvos kötelme, hogy a legjobbat tegye. Nem tehet olyat, ami jobban árt, mint maga a betegség. A rizikót a betegséghez mérten kell megítélni. A radiochemoterapia (a kombinált kezelés) nem jelentéktelenül leukemogen vagy carcinogen hatású, de előbb gyógyít vagy hosszú remissiót kelt, s aztán lép fel — olykor — a második malignus betegség. A carcinoma vagy a leukaemia-lymphoma biztosabban halálos, mint a chemoterapiás szerek myelosuppressziós vagy nyálkahártyafekélyt keltő hatása, s főleg mint az alopecia. A nem vagy elégtelenül kezelés éppúgy etikátlan, mint a felesleges kezelés. Nem vonható meg a haszon a többségtől azért, hogy ne ártsunk a kisebbségnek. A jó, etikus szemlélet lehet a biztosítéka a megfelelő klinikai terapiás tanulmányok (például adjuvans chemoterapia emlő-carcinomában) tervezésének is. (Tegyük hozzá: nem az elv tarthatatlanságáról, hanem újszerű alkalmazásáról van szó!)

Az eredetiben való olvasást igyekeznek pótolni a referáló rovatok. Nem egyenértékű, de jó szükségmegoldás, s biztosan többet nyújt az általános tájékoztatás érdekében, mint valamely célzott információs szolgálat. Házhoz hozza, közérthetően a világirodalmat. A *Hetilap* közel húszéves referáló rovata igen jó szolgálatot tesz orvostársadalmunknak. A legjobb közlemények lényegét kapják a témában járatos referenstől. S ha a közelmúltban megjelent *szerkesztőségi irányelvek* még szélesebb körben megvalósulnak, a rovat azt nyújtja, amire hivatott, a legszükségesebb nemzetközi tájékoztatást.

Vannak, akik a kurrens irodalom helyett a *monográfia*-olvasás hívei. Előnye kétségtelen: szűrt anyag, több benne az időtálló, egy területről praktikus egy helyen informál, s szemléletet is tükröz, ha jó a munka. *Hátránya* viszont, hogy az adatai kevésbé frissek, drága, sokszor nehezen hozzáférhető, s még kevésbé olvassuk el, mint a folyóiratot, mint ahogyn a szépirodalmi munkák között is előnyben részesül a novella a regénnyel szemben.

A jó monográfia ma is, mint mindig, a szakirodalom ékessége. Mellettük, s nem helyettük van szükség a napi szaksajtóra. A *kritikus* — tudom — az időfaktor. Mikor lehet akár csak az összefoglalásokat vagy akár csak a tartalomjegyzékeket átfutni? S hol a határ? Eltekintve az obligát nyelvi határoktól és a könyvtár megszabta keretektől. Séma nem adható. Mindenki megtalálja a saját módszerét. Én — megvallom — fanatikus könyvtárlátogató vagyok, s a „furor”-t, melyet *Kelemen* Endre oltott belém nagyon sok évvel ezelőtt, amikor a szegedi kari könyvtár az I. sz. Belklinika könyvtárával működött még együtt, most igyekszem én is továbbadni munkatársaimnak, úgy vélem, eredménynyel. Hozzávetőleg és átlag napi egy órában — ez egyáltalán nem kis idő! — tájékozódni lehet a könyvtár napi terméséről. Ezt az időt persze nem lehet a profiltéma tanulmányozására szánni, de közben elvégezhető az odavágó cikkek feljegyzése, számbavétele is. Az effektív olvasáshoz a könyvtár részéről is nagyon jó szervezés kell. Bizonyára többen osztják azt a nézetem, hogy az ideális könyv-

tárban mindig „minden” egy helyen elérhető, elővasható. Kölcsönzés nincs, de jó xerox az van, mindig. Központi, például egyetemi könyvtárra gondolk, s ehhez az szükséges, hogy az egyes intézetek, klinikák lemondjanak a saját idegen nyelvű profilkészletükről, hiszen a duplikátumok ma aligha megengedhetők. Ennek hátránya — azt hiszem — messze elmarad az előnyök mögött. Na, még valami **szükséges**: a megrendelt és fizetett lapok rendszeres érkezése, az esetleges hiányok gyors pótlása, s mindehhez nem utolsósorban egy *újszerű könyvtárosi és olvasói morál*. Így válhatnának könyvtáraink még inkább a nyugodt, zavartalan olvasgatás, máskor az elmélyült olvasás, a rutinmunkából való hasznos kikapcsolódás óráinak színhelyévé. Az ott töltött idő munkánk szerves része, gondolatok rendezésének és születésének termékeny időszaka. Hasznát és értelmét legfeljebb azok vonhatják kétségbe, akik nem ismerik el a könyvtári félórak-órák szükségességét, s akik nem érezték még az effajta időtöltés apró örömeit.

Markusovszky korának hazai és a maihoz képest ugyancsak szerény nemzetközi irodalmától jutottunk el a jelen bevezetetlennek hitt és deklarált irodalmához. A mi számunkra a legfontosabb volt eddig is és a jövőben is a *mi saját orvosi irodalmunk* lesz, s ennek — ki tagadhatná — vezető sajtóterméke az *Orvosi Hetilap*.

Hadd fejezzem be néhány személyes megjegyzéssel. Két és fél évtizedes kapcsolatam a *Hetilappal* úgy kezdődött, mint talán a legtöbb fiatal orvosé: egy szerény munkám kéziratának általam nem elég lelkesen ítélt fogadtatása után levelező, majd személyes kapcsolatba kerültem a felelős szerkesztővel. Néhány lecke után rájöttem és elfogadtam, hogy ha a lektornak talán nem is mindig, de az *ügyszerető és tárgyilagos szerkesztőnek* egy adott szituációban *mindig igaza van*, s néhány év alatt — úgy érzem — szoros kapcsolat alakult ki az írással egyre többet próbálkozó, néhány évvel később az elsők között referáló, recenziókat író, majd egyre

gyakrabban lektori ténykedéssel is megtisztelt, tehát aktív olvasó, ha tetszik, külső munkatárs és a szerkesztőség között. Az elkövetkező hosszú évek során a lap szinte összes elérhető rovatával sikerült valamilyen kapcsolatba jutnom, s nagy megtisztelésnek éreztem a szerkesztőség valamennyi kérését, melyeknek igyekeztem — az utóbbi időben ugyan sajnos egyre nagyobb latenciával — eleget is tenni. Az elismerést a lap ismételt, külsőségeiben is kifejezésre juttatta, a Markusovszky-díjakra, köztük a legelsőre, az 1962-esre, s a Markusovszky-éremre gondolok. Számomra ez a ténylegesen szoros és őszinte munkatársi kapcsolat nagyon sokat jelentett és jelent ma is. Én elmondhatom, hogy a szakmai-társadalmi megbecsülést javarészt ettől a fórumtól kaptam! Bizonyára megértik, ha meggyőződéssel kérem a fiatalokat, hogy szeressék a Lapot, tegyenek meg tőlük telhetően mindent, hogy elvégezze ma is és holnap is azt, amire hivatott, amit nagy alapítója is elvárna tőle. Félő gonddal *segítsék, támogassák, küzdjenek érte*, ha kell, azzal a szilárd meggyőződéssel, hogy *nemes ügyet szolgálnak*.

FELHASZNÁLT IRODALOM: 1. *Bujdosó E.*: Az Orvosi Könyvtáros 1980, 20, 16. — 2. *Bükyné Horváth M.*: Tudományos és Műszaki Tájékoztatás 1979, 26, 220. — 3. *Dacie, J.*: Brit. J. Haemat. 1980, 44, 1. — 4. *Derek de Solla Price*: Kis tudomány — nagy tudomány. Akad. Kiadó, Budapest, 1979. — 5. *Holland, J. F.*: Amer. J. Med. 1979, 66, 554. — 6. *Jennett, B.*: Lancet 1979, 2, 855. — 7. *Kolozsvári Grandpierre E.*: Herder árnyékában. Magvető, Budapest, 1979. — 8. *Levelek a Szerkesztőhöz és a Válaszok*: Orv. Hetil. 1979, 120, 3133. U. o.: 1980, 121, 181. U. o.: 1980, 121, 543. — 9. *Markusovszky Lajos Válogatott munkái* (Összeállította *Marikovszky György*). Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat, Budapest, 1905. — 10. *Paton, W.*: Lancet 1979, 2, 512. — 11. *Platt, R.*: Lancet 1979, 2, 677. — 12. *Szilágyiné Csécs M.*: Az Orvosi Könyvtáros 1979, 19, 95. és 1980, 20, 67. — 13. *Trencsényi T.*: Orv. Hetil. 1962, 103, 1039. — U. o.: 1965, 106, 2454. U. o.: 1969, 110, 2650. U. o.: 1969, 110, 2677. — 14. *Varró V.*: Orvosképzés 1980, 55, 47. — 15. *Virágos M.*: Személyes közlés.

SYGETHIN

injekció

Uterotonicum

ÖSSZETÉTEL:

1 ampulla (2 ml) 20 mg mezo-3,4-di(p-szulfopenil)-hexándikáliumsót tartalmaz.

HATÁS:

Fokozza az uterus kontrakcióit és a myometrium oxytocin érzékenységet. Kis-mértékben gátolja a hypophysis gonadotrop funkcióját.

JAVALLAT:

Szülés megindítása fájásgyengeség esetén.

ELLENJAVALLATOK:

A szülőnő masszív vérvesztése; korai placenta leválás.

ADAGOLÁS:

20–40 mg (1–2 ampulla) lassan, i. v. Oxytocinnal vagy más uterotonikus szerrel kombinálható.

RENDELHETŐSÉG:

Csak fekvőbeteg-gyógyintézetek részére kerül forgalomba.

CSOMAGOLÁS: 100 × 2 ml ampulla (1%).

TÉRÍTÉSI DÍJ: 71,20 Ft.

Forgalomba hozza:

GYÓGYÉRT

INFORMÁCIÓ: MEDEXPORT, Tudományos Ismertető Iroda
Budapest, Balassi Bálint u. 25. 1055
Tel.: 122-867; 316-531.

EXPORTÁLJA: V/O MEDEXPORT, Moszkva



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

Klinikai megfigyelések bőr-lymphomákban

Szigeti Ágnes dr., Krámer Márta dr.
 és Petrányi Gyula dr.

A relative kisebb malignitású non-Hodgkin T-lymphomákhoz egyes krónikus lymphoid leukaemiák és a bőr-lymphomák tartoznak. Utóbbiakra jellemző, hogy a lymphocyta proliferáció a bőrben kezdődik és a folyamat vagy nem, vagy csak később terjed rá a nyirokcsomókra, a haemopoeticus rendszerre és egyéb szervekre (7). A bőr T-sejtes lymphomáihoz a következő típusok sorolhatók: lymphomatoid papulosis, mycosis fungoides, és Sézary-syndroma (9). Bár ezek között klinikai, morfológiai és prognosztikai különbségek kétségtelenül megállapíthatók, eseteink ismertetésével az újabb irodalommal egyetértésben (8, 9, 14, 20, 23) azt kívánjuk hangsúlyozni, hogy ezek a régebben külön kórképnek tartott lymphomák egymásba átalakulhatnak és ennek alapján azonos betegség különböző stádiumainak, változatainak tekinthetők. Öt bőr-lymphomás beteget ismertetünk, melyek közül 1 mycosis fungoidesbe átmenő lymphomatoid papulosis, 4 pedig mycosis fungoidessal kezdődő Sézary-syndroma. A diagnózisok a klinikai tüneteken, a bőrbiopsia histopathológiai leletén és a Sézary-syndromás esetekben a perifériás vérképben a Sézary-sejtek elektromikroszkópos kimutatásán alapultak (1., 2., 3. ábra).

Eseteink ismertetése

Eseteink adatait a táblázat foglalja össze.

A táblázatban ismertetett öt esetünkkel kapcsolatban a következőket állapíthatjuk meg:

1. Valamennyi betegünk állapota észlelésünk idején fokozatosan romlott, de a lefolyás időtartama rendkívül eltérő volt. Ez az eltérés elsősorban a Sézary-syndroma kialakulását megelőző periódus időtartamának tulajdonítható, ugyanis ez az időszak N. A. beteg esetében 3 hónap, H. J. betegnél 6 hónap, G. I. és F. J. betegek esetében pedig 5 év volt. A Sézary-syndroma kialakulását követően a



1. ábra: Lymphomatoid papulosis histológiai képe. Perivascularisan elhelyezkedő, a hámba is betérjedő kereksejtes infiltratum (H-E 100X)

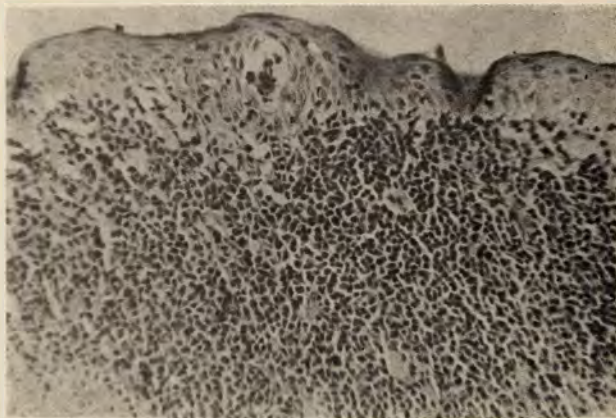
folyamat már gyorsan haladt előre, és 1–2 éven belül halálhoz vezetett.

2. Az időtartamhoz hasonlóan a betegség szer- vi kiterjedése is nagyon változatos. Míg Sz. L. és G. I. betegek esetében a bőrinfiltráción kívül alig volt egyéb szervi eltérés, addig F. J. és H. J. betegeknek a haemopoeticus rendszere, N. A.-nak pedig a veséje, mája, lépe és tüdeje is érintett volt.

3. Valamennyi esetben a kezdetben egyik típusú bőr-lymphoma észlelésünk alatt egy másikba alakult át.

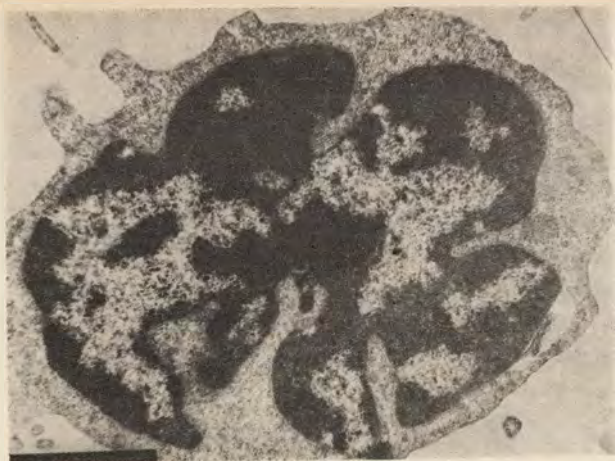
Megbeszélés

Többen foglalkoztak az egyes bőr-lymphomák összefüggéseivel, azonosságukkal. 1964-ben Samman (24) irt le először olyan parapsoriasisos eseteket, amelyekben több éves észlelés után mycosis fungoides alakult ki. 1968-ban Macaulay (20) ezeket az eseteket, a bőrinfiltratumban atipusos lymphocytákat mutatva ki, lymphomatoid papulosisnak nevezte el. Számos szerző (2, 6, 21, 27) a lymphomatoid papulosis-t a mycosis fungoides „praemycoticus” stadiumának tartja, míg mások (8, 22) a két kórképet külön betegségnek tekintik. Bár egyik legfrissebb irodalmi összefoglalás szerint a



2. ábra: Mycosis fungoides tumoros stádiuma. Az atipusos sejtekből álló infiltratum kitölti a dermist, a hámban Pautrier-féle microabscessusokat képez (H-E 250X)

Név, nem, szül. év	Sz. L. nő 1921		H. J. férfi 1912		N. A. férfi 1906		G. I. férfi 1923		F. J. nő 1901		
Betegség ideje	1976. I.	1979. I.	1979. I.	1979. VII.	1978. III.	1978. VI—XI.	1972. V.	1976.VIII.— 1978. I.	1971. IV.	1976. II.—1977. X.	1977. X.—1979. I.
Diagnózis	LP	MF	MF	SS	MF	SS	MF	SS	MF	SS	SS
Bőr állapot	1 cm-es infiltr. papulák	3 cm-es infiltr. plaquek	plaquek tumorok	tünetmentes	erythema plaque	tumor alopecia hyperkeratosis	erythema hyperkeratosis pruritus vastag körmök	tumorok totalis alopecia pruritus	erythema pruritus	erythema pruritus	tumorok pruritus
Nyirok- csomó	kóros nincs	kóros nincs	mko. inguinalis diónyi	testszerte diónyi	mko. inguinalis babnyi	testszerte babnyi-diónyi	kóros nincs	testszerte babnyi	kóros nincs	kóros nincs	1 almányi axillaris, testszerte babnyi
Szerv infiltr.	nincs	nincs	hepato- megalia	hepatospleno- megalia	hepato- megalia	lép máj inf. vese tüdő (sec. lelet)	nincs	nincs (sec. lelet)	nincs	nincs	lép máj inf. (sec. lelet)
Perif. vérvkép	norm.	norm.	norm.	vvs:2,9M fvs: 38 000 abs. ly: 30 000 Sézary: 15 000 thr.: 250 000	norm.	vvs: 4,5M fvs: 32 000 abs. ly: 18 500 Sézary: 2700 thr.: 150 000	norm.	vvs: 4,7 M fvs: 19 000 abs. ly: 11 700 Sézary: 1200 thr.: 200 000	norm.	vvs: 4,2M fvs: 20 000 abs. ly: 14 000 Sézary: 4900 thr.: 180 000	vvs: 2,1 M fvs: 20 000 abs. ly: 15 000 Sézary: 9000 thr.: 30 000
Sternum	—	—	—	Sézary sejt inf.	—	norm.	—	mérsékelt ly. szaporulat (Sézary sejt nem látható)	—	norm.	Sézary sejt infiltráció
Immun status	PPD: pos. PE: norm.	PPD: pos. PE: norm.	PPD: neg. DNCB: neg. PE: norm.	PPD: neg. DNCB: neg. T ly: 28% B ly: 12%	—	PPD: neg. T ly: 18% B ly: 4% PE: norm.	—	PPD: neg. DNCB: neg.	PPD: neg. DNCB: neg.	T ly: 12% B ly: 22% LBT: csökk. akt. ADCC: nincs akt. PE: norm. IE: norm. PPD, DNCB: neg.	T: 17% B: 2% ADCC: norm. egyéb változatlan
Terápia	Flucinar Prednisolon (p. o.)	i. c. Depo- Medrol	PUVA Prednisolon (p. o.) Psoriasisin	VEP Prednisolon i. v.	Prednisolon p. o.	Endoxan Prednisolon Betatron	Ung. Emulsificans	Endoxan ACTH Prednisolon Rtg. irrad.	Prednisolon p. o. Flucinar	Vinblastin Endoxan Prednisolon	Vinblastin Endoxan, TF Lycurim, rtg. Prednisolon
Terápia- hatás	pigmen- tációval gyógyul	pigmen- tációval gyógyul	bőre tünet- mentes	vérvkép rendeződött ny. cs. csökk.	hatástalan	hatástalan exitus bronchopneum. miatt	pruritus csökkent	1—2 hónapos remissiók exitus bronchopneu- monia miatt	pruritus csökkent	bőr változatlan, vérvkép rendeződött	bőr és haemat. status javult exitus bron- chopneumonia miatt



3. ábra: Sézary-sejt elektromikroszkópos képe (16 000X)

bőr-lymphomák kapcsolata a megfelelő diagnoszticus kritériumok hiánya miatt ma még biztosan nem dönthető el (30), egyik saját esetünk a lymphomák szoros kapcsolatát támasztja alá, ugyanis ebben az esetben 3 évig észlelt lymphomatoid papulosist követett típusos mycosis fungoides.

Az 1806-ban *Alibert* (1) által leírt mycosis fungoides és az 1938-ban *Sézary* (26) által ismertetett syndroma kapcsolata is régóta vitatott. *Clendenning* (4) írta le először, hogy a mycosis fungoides bizonyos esetei *Sézary*-syndromába mennek át. Ma már általában elfogadott, hogy a *Sézary*-syndroma a mycosis fungoides leukaemiás stádiuma (5, 10, 12, 29). A *Sézary*-syndromába való átmenet legfontosabb kritériuma, hogy az atípusos lymphocyták, az ún. *Sézary*-sejtek nem csak a bőrben, nyirokcsomókban és egyes szervekben, hanem a perifériás vérben is kimutathatók legyenek (23). A lymphomatoid papulosis, mycosis fungoides és *Sézary*-syndroma egységét támogatja *Schmoeckel* (25) is, aki egyforma atípusos lymphocytákat tudott kimutatni parapsoriasis, mycosis fungoides és *Sézary*-syndroma bőr-infiltratumában. Az utóbbi évek vizsgálatai szerint ezek a sejtek mindig egy clonból származó T subpopulációt képviselnek. Többnyire T helper sejtek (3, 12, 16, 18), de kimutattak már T supressor sejtburjánzást is (13). Ezen lymphocyták marker vizsgálatok, valamint a klinikum és histológia alapján a lymphomatoid papulosis, mycosis fungoides és *Sézary*-syndroma változó megjelenésű, de egységes betegségként sorolható a non-Hodgkin T-lymphomák relatíve kis malignitású csoportjába.

A terápiát a betegség stádiuma szabja meg. A helyi kezelések közül újabban többen is alkalmazzák nagy bőrterületeken a *Haserick* (11) által 20 éve leírt mustárnitrogént a lymphomatoid papulosis és a mycosis fungoides I. és II. stádiumában. H. J. betegem mi is eredményesen alkalmaztuk ezt a kezelést Psoriasin kenőcs (mustárgáz) formájában.

A mycosis fungoides tumoros stádiumában többnyire jó hatású az irradiatio, mely lehet röntgen, vagy electron besugárzás. A kezelést követő remissio idő erősen dózis függő (15). 5 betegünk közül 2 esetben röntgen, 1 esetben betatron-besu-

gárzást végeztünk. A röntgenterápia mindkét tumoros stádiumú betegre kedvező hatású volt, a tumorok jelentősen megkisebbedtek és a bőrviszketés is csökkent. A betatronkezelés hatástalannak bizonyult. Lymphomatoid papulosis és mycosis fungoides I. és II. stádiumának kezelésére alkalmazható a PUVA terápia: a methoxypsoralennel érzékenyített bőr UV—A irradációja. Mi egy betegünk esetében végeztük nagyon jól eredménnyel. Immunoterápiaként transfer factor (TF) kezelés is adható. *Zachariae* (28) számolt be többek között a TF jó hatásáról. Eseteiben a klinikai javulással párhuzamosan a csökkent blast-transformatio normalizálódását észlelte. Mi egy beteget kezeltünk TF-ral, de az injectiók után ismételten jelentkező erős bőrviszketés miatt a kezelést abbahagytuk. *Zachariae* eredményeivel egyezően, bár más módszerrel, mi is a cellularis immun activitás fokozódását észleltük, ugyanis TF hatására a kezelés előtti csökkent antitest dependens cellularis cytotoxicitás normalizálódott (17).

Mycosis fungoides III—IV. stádiumában és *Sézary*-syndromában a systemás steroid és kombinált cytostaticus terápia indikált. Mi 4 betegnek adtunk steroiddal kombinált cytostatikus kezelést *Sézary*-syndromában. 1 esetben Endoxan, 1 esetben Endoxan-Vincristin, 1 esetben pedig Endoxan-Vinblastin-Lycurim kombinációval sikerült több alkalommal remissiót elérni. 1 esetben a cytostaticumok hatástalannak bizonyultak.

Összefoglalás: Öt eset megfigyelése, valamint az újabb irodalom alapján megállapítható, hogy a lymphomatoid papulosis, mycosis fungoides és *Sézary*-syndroma, mint viszonylag kis malignitású non-Hodgkin bőr-lymphomák ugyanannak a betegségnek különböző megnyilvánulásai, stádiumai. Egy-egy beteg esetében az egyes stádiumok időtartama, lefolyása eltérő lehet, de ennek okát jelenleg nem ismerjük. Tekintettel azonban arra, hogy a betegség lefolyása a kezdeti stádiumok időtartamától függ, a terápia célja ennek az időszaknak az elnyújtása. Ebben a periodusban a leghatásosabb a helyi kezelés és a TF terápia, és csak a mycosis fungoides későbbi stádiumaiban és a *Sézary*-syndromában kell a systemás cytostatikus terápiához folyamodni.

IRODALOM: 1. *Alibert, J. L.*: Description des maladies de la peau. Paris 1806. — 2. *Brehmer-Anderson, E.*: Acta Dermato-venerol. 1976, 56, Suppl. 75. — 3. *Broder, S., és mtsai*: J. Clin. Invest. 1976, 58, 1297. — 4. *Clendenning, W., E., Brecher, G., VanScott, E. J.*: Arch. Derm. 1964, 89, 785. — 5. *Cyr, D. P., Geokas, M. C., Worsley, H. G.*: Arch. Derm. 1966, 94, 558. — 6. *Dupont, A.*: Ann. Dermatol. Syphiligr. 1973, 100, 141. — 7. *Edelson, R. L.*: Invest. Derm. 1967, 67, 419. — 8. *Fine, R. M., Meltzer, H. D., Rudner, E. J.*: South. Med. J. 1974, 67, 1492. — 9. *Freeman, M. J., és mtsai*: Acta Dermato-venereol. 1978, 58, 57. — 10. *Goor, W., Maier, C., Fierz, W.*: Dermatologica. 1979, 158, 397. — 11. *Haserick, J. R.*: Cleveland Clinical Quarterly 1959,

26, 144. — 12. *Haustein, U. F. és mtsai*: Z. gess. inn. Med. 1979, 34, 72. — 13. *Kansu, E., Hauptman, S. P.*: Clin. Immunol. Immunopath. 1979, 12, 341. — 14. *Kelényi, G.*: Orv. Hetil. 1977, 118, 2567. — 15. *Kim, J. H., Nisce, L. Z., Dangio, G. J.*: Radiology 1976, 119, 439. — 16. *Kőváry, P. M. és mtsai*: Dermatologica 1977, 154, 138. — 17. *Láng, I., és mtsai*: Orv. Hetil. 1979, 127, 1491. — 18. *Lawrence, E. C., és mtsai*: Blood, 1978, 52, 481. — 19. *Lutzner, M. és mtsai*: Ann. Intern. Med. 1975, 83, 534. — 20. *Macaulay, W. L.*: Arch. Derm. 1968, 97, 23. — 21. *Macmillan, D. C.*: Brit. J. Derm. 1971, 85, 294.

22. *Muller, S. A., Schulze, T. W.*: Arch. Derm. 1971, 103, 423. — 23. *Röckl, H., Metz, J.*: Hautarzt. Suppl. III. 1978, 29, 53. — 24. *Samman, P. D.*: Brit. J. Derm. 1964, 76, 1. — 25. *Schmoedel, C., Burg, G., Braun-Falco, O.*: Arch. Derm. Res. 1979, 264, 17. — 26. *Sézary, A., Bouvrain, Y.*: Bull. Soc. Fr. Dermatol. Syphiligr. 1938, 45, 254. — 27. *Thomsen, K., Hjort, G., Svendsen, D.*: Dermatologica 1972, 144, 65. — 28. *Zachariae, H., Ellegard, J., Grunnet, E.*: Ugeskr. Laeg. 1977, 139, 1834. — 29. *Zucker-Franklin, D.*: J. Invest. Derm. 1976, 67, 412. — 30. *Editorial*: Brit. Med. J. 1979, 2, 409.

NORCOLUT[®] tablettá

ÖSSZETÉTEL: 5 mg norethisteronum tabl.-ként.

JAVALLATOK: Premenstruációs szindróma, mastodynia, a szekréciós szak megrövidülésével járó cikluszavarok, diszfunkcionális méhvérzés, hyperplasia glandularis cystica endometrii, endometriasis, adenomyosis.

Laktáció-prevenció, ablaktáció. Klimaxos panaszok, különösen a klimaxos vérzészavarok.

ELLENJAVALLAT: Emlő-, genitális carcinoma. Külön elbírálatást igényelnek, főleg tartós szedés eseté: thrombózis-készség, hepatitis, májműködés zavarok.

ADAGOLÁS: Praemenstruációs szindróma, mastodynia, valamint rendszertelen ciklusokban, a ciklus 16. napjától a 25. napig 1–2 tabl., esetleg ösztrogénnel együtt.

Diszfunkcionális méhvérzés, hyperplasia glandularis cystica endometriiben: (amennyiben a vérzés funkcionális jellegét 6 hónapon belül végzett hisztológiai vizsgálat igazolta): 6–12 napon át napi 1–2 tabl., a vérzés megszüntetésére. — Recidiva megelőzésére a ciklus 16. napjától a 25. napig napi 1–2 tabl., általában ösztrogénnel együtt.

Endometriosis, adenomyosisban: a ciklus 5. napjától a 25. napig napi 1 tabl. 6 hónapon át, vagy folyamatosan szedve a ciklus 5. napján napi fél tabl.-val kezdve és az áttöréses vérzések elkerülésére 2–3 hetenként fél tabl.-val növelve, 4–6 hónapon át.

A laktáció megelőzése céljából:

	a 16–28. héten	28–36. héten
	megszakadt terhesség esetében	
1 nap	15 mg	15 mg
2–3 nap	10 mg	10 mg
4–7 nap	5 mg	10 mg

ABLAKTÁLÁS: az 1–3. napon 20–20 mg, a 4–7. napon 15–15 mg, a 8–10. nap 10–10 mg Norcolutot kell adagolni.

Klimaxos panaszokban: napi 5 mg (egy tabl.) adagolása javasolt. Kúraszerűen, hosszabb időn át. A kezelést sikertelenség esetén napi 25–50 mcg etinilösztradiollal (Mikrofolin tabl.) szükséges kiegészíteni.



MELLEKHATAS: Ritkán előforduló és a későbbi ciklusokban megszűnő nausea, gastrointestinalis panaszok, áttöréses vérzés, esetleg ödéma, allergiás bőrreakció, paraesthesia, testsúlyváltozás, fáradékonyság.

FIGYELMEZTETÉS: Norcolut kezelés előtt a malignitás kizárandó. A kúra előtt onkológiai ellenőrzés szükséges.

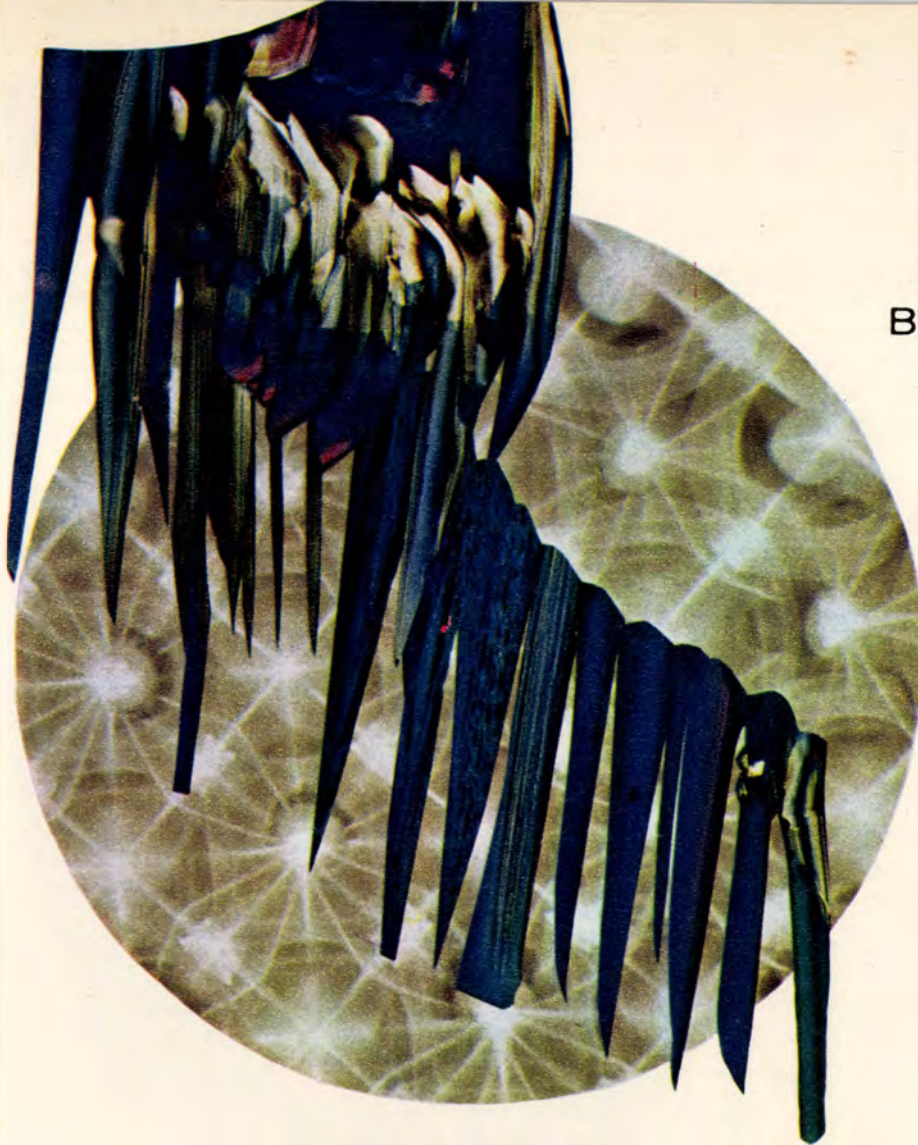
MEGJEGYZÉS: ✖ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtető.

CSOMAGOLÁS: 20 tabl. 5,20 Ft



2252

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest



CHINOI
BUDAPEST

PROBON[®]

draszé

ANALGETICUM

A Probon új típusú fájdalomcsillapító.

Gátolja a kábító hatású fájdalomcsillapítók légzéscsökkentő hatását is, ugyanakkor azok fájdalomcsillapító hatását fokozza. Terápiás adagban nem toxikus, megszokást nem okoz, jól tűrhető, ezért hosszabb ideig tartó adagolásra is alkalmas.

ÖSSZETÉTEL

Draszéként 300 mg rimazolium methylsulfuricum (1,6-dimethyl-3-carbaethoxy-4-oxo-6, 7, 8, 9-tetrahydro-homopyrimidazolium methylsulfuricum) hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK

Krónikus mozgásszervi fájdalmak megszüntetése.
Egyéb fájdalmakban: a szokásos fájdalomcsillapítókkal nem szüntethető igen heves fájdalmak csillapítására görcsoldókkal és kábító hatású fájdalomcsillapítókkal előnyösen kombinálható. A légzésre gyakorolt hatása miatt különösen javallt idős betegek fájdalmainak csillapítására.
Fejfájás csillapítására nem alkalmas.

ADAGOLÁS

Felnőttek egyszeri adagja fájdalom esetén 1 draszé, napi adagja szükség szerint 3, fekvő beteg részére 4 draszéig emelhető.

MELLÉKHATÁSOK

Ritkábban enyhe hányinger, szédülés, kábultság és a terápiás adagot meghaladó dózis esetén fejfájás előfordulhat.

FIGYELMEZTETÉS

A Probon fokozza mind a centrális depressziós szerek, mind a kábító hatású fájdalomcsillapítók hatását, ezek egyidejű alkalmazásakor – egyéni megítélés alapján az adagok csökkentése ajánlatos.

MEGJEGYZÉS

* Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

CSOMAGOLÁS

10 db draszé

Térités: 3,90 Ft



CHINOI BUDAPEST

SENSIT[®]

draszé

CORONARIA DILATATOR



A Sensit új típusú koszorúsér-tágító. Kalcium-antagonista és foszfodiészteráz-aktivitást gátló hatása miatt növeli a szív anoxia-toleranciáját, csökkenti a szívizom oxigénfelhasználását, tágítja a koszorúsereket, fokozza a koronáriaáramlás mértékét, növeli a szívizom oxigénellátását. Kardioprotektív hatása stressz-situációkban is érvényre jut, amennyiben kivédi a katekolaminok kardiostimulatorikus hatását. Adagolását az első stenocardiás panaszoknál előnyös elkezdeni. Huzamosabb használata mellett csökken a nitroglicerín-igény.

ÖSSZETÉTEL

Draszéknént 50 mg fendilinum hydrochloricum hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK

Koronária-elégtelenség, angina pectoris, coronaria-sclerosis, a szívinfarktus megelőzése és utókezelése.

ELLENJAVALLAT

A szívinfarktus akut fázisa. Terhességben csak vitalis indikáció esetén alkalmazható.

ADAGOLÁS

Átlagos adagja felnőtteknek naponta 3×1 draszé.

MELLÉKHATÁSOK

Gyomorpanaszok, fejfájás, nyugtalanság, kábultság vagy allergiás jelenségek szörványosan előfordulhatnak, melyek a dózis átmeneti csökkentésére többnyire megszűnnek.

FIGYELMEZTETÉS

Májbetegek huzamosabb kezelése során ajánlatos az időszakos laboratóriumi ellenőrzés. Vérnyomáscsökkentők és bétareceptor-blokkolók hatását erősítheti, illetve kiegészítheti, ezért együttes adásuk esetén fokozott óvatosság ajánlatos.

MEGJEGYZÉS

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

CSOMAGOLÁS

50 db draszé

Térités: 2,70 Ft

Országos Kardiológiai Intézet
Kutatási Egység
és Szegedi Orvostudományi Egyetem
Gyógyszertani Intézet

Vércukorcsökkentő szulfonilurea készítmények hatása a szív ingerképző és ingerületvezető rendszerére

Pogátsa Gábor dr. és Németh Miklós dr.

A cukorbetegség kezelésével kapcsolatos prospektív klinikai vizsgálat, az úgynevezett University Group Diabetes Program első adatainak közzététele óta az orális antidiabetikumok szív és érrendszeri hatása áll a megfigyelések középpontjában (2, 3, 6, 7, 8, 13, 16). A szulfonilureákkal kapcsolatban korábban kimutattuk, hogy a hazánkban még széles körben használt carbutamid vérnyomásemelő és szívizom-összehúzóerőt fokozó tulajdonságával ellentétben a szulfonilureák egyik újabb származékának, a glibenclamidnak ilyen hatása nincsen (10). Az irodalomból ismert, hogy egyes szerzők a szívinfarktus akut szakában a cukorbetegségeken megfigyelhető fokozott kamrafibrillációs hajlamot az orális antidiabetikumok pozitív inotróp hatása mellett fennálló pozitív chronotróp hatásának tulajdonítják (5, 14). Megvizsgáltuk ezért, hogyan befolyásolja a glibenclamid és carbutamid a szívizomzat különböző szintű, ingerképző és ingerületvezető rendszerét.

Módszer

Vizsgálatainkat 49, mindkét nemű, 1–2 kg súlyú fehér nyúlra végeztük. A nyulak szívét 32 °C hőmérsékletű, oxigenizált Krebs–Henseleit-oldatba helyeztük.

Az ingerképzés vizsgálatok a jobb pitvar, a pitvarkamrai septalis terület és a jobb kamra papilláris izomzatának ingerképzését már leírt módszerünkkel (11) határoztuk meg.

A pitvari, illetve jobb kamrai ingerületvezetés vizsgálatok a preparálást *Myeburg és mtsai* (9), az ingerküszöb, ingerületvezetési sebesség, effectív (lokális-) refrakter-szak és intracelluláris mikroelektrofiziológiai paraméterek meghatározását pe-

dig *Szekeres és mtsai* (15) szerint végeztük. A készítményeket 100/min frekvenciával bírtuk összehúzódsra.

A carbutamidot (Bucarban, Chinoin) methylglycamat és polyethylenglycol, a glibenclamidot (Gilemal, Chinoin) polyethylenglycol és gliceriphormal oldva 20, illetve 0,2 százalékos oldatban adtuk a szervfürdőhöz.

Az eredményeket egy- és kétmintás Student-féle „t” próbával értékeltük.

Eredmények

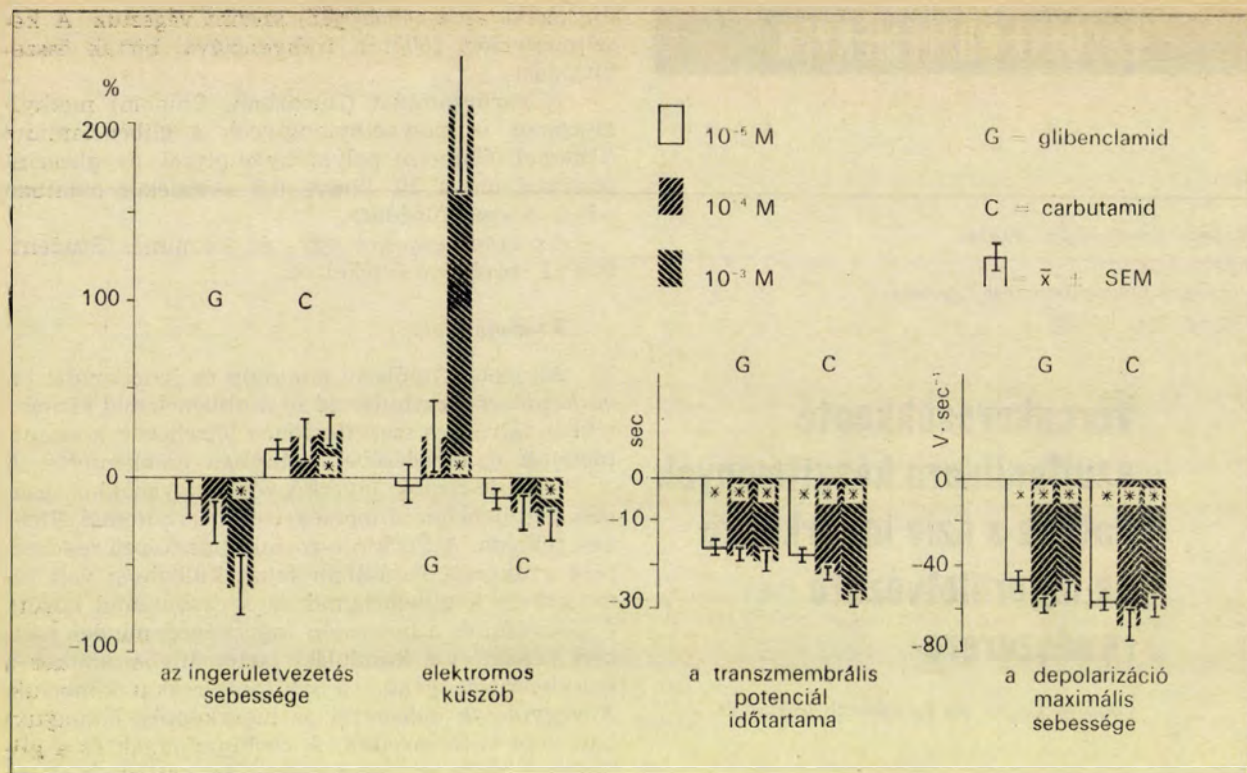
Az izolált nyúl szívomotóp és junctionális ingerképzését a carbutamid és a glibenclamid kismértékben bár, de a szervfürdőben létrehozott koncentrációjuk emelkedésével arányban csökkentette. A Purkinje-rostok ingerképzését ugyanakkor csupán a glibenclamid mérsékelte, a carbutamid ellenben fokozta. A Purkinje-rostok ingerképző rendszerére gyakorolt hatásában tehát különbség volt kimutatható a glibenclamid és a carbutamid között. A motóp és a heterotóp ingerképzés minden esetben visszatért a kiindulási tartományba, amikor a szervkészítményekből a szulfonilureákat kimostuk. A vegyületek oldószerai az ingerképzést önmagukban nem befolyásolták. A carbutamidnak és a glibenclamidnak az inger képzésére gyakorolt eltérő hatása nemcsak a vegyületek vércukorcsökkentő tulajdonságának megfelelő és egymástól eltérő koncentrációiban észlelhető, hanem a molárisan közel azonos töménységeken is (1. táblázat).

Az izolált pitvarizomzatok elektromos ingerküszöbértékét, valamint az ingerületvezetésük és effectív refrakter periódusuk idejét a carbutamid és a glibenclamid még 10^{-3} M töménységben sem változtatta meg jelentősen.

A carbutamid — a koncentráció emelkedésével arányban — jelentősen csökkentette az izolált Purkinje-rostok elektromos ingerküszöbértékét, ingerületvezetésüknek, valamint intracellulárisan regisztrált akciós potenciáljuk repolarizációjának idejét, illetve az akciós potenciál depolarizációjának maximális sebességét, és gyorsította a Purkinje-rostok ingerületvezetését. Ezzel szemben a glibenclamid a koncentráció növekedésével arányban — 4×10^{-5} M feletti töménységben — jelentősen növelte az izolált Purkinje-rostok elektromos ingerküszöbértékét és nyújtotta az ingerületvezetés idejét. A Purkinje-rostok effective refrakter periódusának időtartamát egyik vizsgált szulfonilurea sem befolyásolta. A Purkinje-rostok intracellulárisan regisztrált akciós potenciáljának repolarizációs idejét és depolarizációjának maximális sebességét a glibenclamid a koncentráció növekedésével arányban csökkentette (1. ábra).

Megbeszélés

Lasseter és mtsai (6) a vércukorcsökkentő szulfonilurea vegyületek heterotóp ingerképzést fokozó hatását mutatta ki kutyák Purkinje-rost készítményén, ugyanakkor nyulakon in situ szíven a motóp ingerképzést illetően semmilyen hatást nem észlelt. Megfigyelései alapján felvetette, hogy az ingerképzés fokozódása szerepet játszik a koszorúér-be-



Vércukorcsökkentő szulfonilureák hatása az izolált nyúlszív Purkinje-rostjaira
 Ábramagyarázat:

* a kiinduláshoz képest az eltérés szignifikáns
 (p < 0,05)

tegségben szennvedő cukorbetegek arrythmiáinak létrejöttében. Megfigyelésükkel ellentétben *Curtis és mtsai* (3) nemcsak a nyulak nomotóp ingerképzésén, hanem macska Purkinje-rost készítményén és kutyák intakt szívén sem észlelte a tolbutamid nevű szulfonilurea vegyület ingerképzést fokozó hatását. *Crass és mtsai* (2) patkányok izolált szívén 5×10^{-3} M töménységben a tolbutamid ingerképzést csökkentő hatását észlelte. Vizsgálatainkban a szer-

vek izolálása az egyes szívrészek érzékenységét eltérően befolyásolhatja. Megfigyelésünk ennek ellenére a felnőttkori cukorbetegség kezelésében használt vércukorcsökkentő szulfonilurea vegyületek heterotóp ingerképzést elősegítő hatására hívja fel a figyelmet és *Lassater* (6) észlelését támasztja alá. Kísérleteinkben ugyanis a szulfonilureákat a terápiás vérszintjüknek (10^{-5} — 10^{-4} carbutamid 10^{-6} — 10^{-5} M glibenclamid) (1) megfelelő töménységben alkalmaztuk. A carbutamid emellett fokozza az izolált nyúlszív Purkinje-rostjainak ingerületvezetési sebességét is.

Glibenclamid és carbutamid hatása az izolált nyúlszív nomotóp és heterotóp ingerképzésére

Vegyület	Töménység	Sinuscsomó	Junctio-nális terület	Purkinje rost
	mg · 1 ⁻¹ · Mol	min ⁻¹	min ⁻¹	min ⁻¹
Carbutamid	0	137 ± 4**	74 ± 6	21 ± 4
	20	$7,4 \times 10^{-5}$: 134 ± 5	69 ± 6	24 ± 4
	80	3×10^{-4} 130 ± 4*	65 ± 7*	25 ± 4*
	300	1×10^{-3} 125 ± 3*	64 ± 7*	27 ± 4*
n=6	Kimosás után	134 ± 4	73 ± 6	22 ± 5
Glibenclamid	0	125 ± 8	70 ± 5	21 ± 2
	2	4×10^{-6} 125 ± 9	74 ± 6	17 ± 2
	10	2×10^{-5} 122 ± 6	73 ± 6	14 ± 4*
	20	4×10^{-5} 116 ± 6	71 ± 7	10 ± 3*
	250	5×10^{-4} 114 ± 3	60 ± 3	8 ± 2*
n=9	Ki osás után	125 ± 9	71 ± 6	22 ± 5

* A kiindulási értékhez viszonyítva az eltérés szignifikáns (p < 0,05)

** $\bar{x} \pm \text{SEM}$

A szív ingerképző és ingerületvezető rendszerére gyakorolt hatásában jelentős különbséget észleltünk a glibenclamid és a carbutamid között. Jól ismert az a tény, hogy a glibenclamid egyéb hatásában is különbözik az eddig ismert vércukorcsökkentő szulfonilureáktól. A tolbutamiddal és chlorpropamiddal szemben például a cukorbeteg diuresisét a glibenclamid inkább fokozza (4) és hasonlóan befolyásolja a diabetes insipidusban szenvedők polyuriáját (12). Korábbi vizsgálatainkban jelentős különbséget észleltünk a glibenclamid és a carbutamid vérnyomást és a szívizom összehúzóerejét befolyásoló hatásában is (10). A glibenclamid ezen eltérő viselkedésének az oka azonban még nem ismert.

Vizsgálataink arra utalnak tehát, hogy a vércukorcsökkentő glibenclamid jelentősen eltér a hazánkban még széles körben használt carbutamid hatásától és a koszorúér-betegségben szenvedő cukorbetegek arrythmiáinak megelőzésében előnyös hatású lehet.

Összefoglalás: A szerzők izolált nyúlshízből készült szervrészekben a glibenclamid és a carbutamid hatását vizsgálták az ingerképzésre és ingerületvezetésre. A carbutamid 20–300 mg/l ($7,4 \times 10^{-5}$ – 1×10^{-3} M) töménységben a nomotóp és junctionális ingerképzést kismértékben csökkentette, a Purkinje-rostok ingerküszöbét ugyancsak mérsékelte azok ingerképzését és ingerületvezetését viszont kismértékben fokozta. A glibenclamid ugyanakkor 2–50 mg/l (4×10^{-6} – 5×10^{-4} M) töménységben a Purkinje-rostok ingerképzését és ingerületvezetését jelentősen csökkentette, de a nomotóp és junctionális ingerképzést nem befolyásolta. A pitvari ingerületvezetést egyik vegyület sem befolyásolta számottevően.

IRODALOM: 1. Brechtold, P. és mtsai: Diabetologia 1971, 7, 77. — 2. Crass III, M. F. és mtsai: Proc. Soc.

Exp. Biol. Med. 1973, 142, 861. — 3. Curtis, G. P. és mtsai: J. Pharmacol. Exp. Ther. 1975, 194, 264. — 4. García, M. és mtsai: Ann. Intern. Med. 1971, 75, 549. — 5. Harrover, A. D. B., Clarke, B. F.: Lancet, 1974, 1, 749. — 6. Lasseiter, K. C. és mtsai: J. Clin. Invest. 1972, 51, 2429. — 7. Levey, G. S. és mtsai: J. Clin. Endocrinol. Metab. 1971, 33, 371. — 8. Levey, G. S. és mtsai: Ann. Rev. Med. 1974, 25, 69. — 9. Myerburg, V. J. és mtsai: Circ. Res. 1970, 26, 361. — 10. Pogátsa, G., Dubecz, E.: Diabetologia 1977, 13, 515. — 11. Pogátsa, G., Németh, M.: Magyar Belorv. Arch. 1978, 31, 315. — 12. Radó, J. P., Borbély, L.: Lancet, 1971, II, 216. — 13. Roth, J. és mtsai: Ann. Intern. Med. 1971, 75, 607. — 14. Soler, N. G. és mtsai: Lancet, 1974, I, 475. — 15. Szekeres, L. és mtsai: Acta Biol. Med. Germ. 1976, 35, 1119. — 16. Wales, J. K. és mtsai: J. Pharmacol. Exp. 1971, 178, 130.

Elektrokardiogrammok helyszini elsősegélynyújtásnál és rendelőintézetekben

EKIT-03M egycsatornás elektrokardiográf



- regisztrálható elvezetések: I, II, III, aVR, aVL, aVF, V
 - érzékenysége, mm/mV: 5, 10, 20
 - felrajzolás 50 mm szélességű hőérzékeny papírszalagra
- Diszkrét fokozatmentes érzékenységváltoztatás.
Automatikus csillapítás az átkapcsolás alkalmával.
Táplálható 127 V és 220 V, 50 illetve 60 Hz váltóárammal, vagy akkumulátor-teleppel.



MEDEXPORT

113461 Moszkva, Ul. Kahovka 31, korp. 2.
SZOVIETUNIÓ Telefon: 121-01-54.
Telex: 411247 Medex Su., 411951 Medex Su.

PH
2257

BAYOLIN

kenőcs

mV 200

Antiphlogistica

ÖSSZETÉTEL:

Heparinoid Bayer	— — — — —	2500 HDB-E
Aethylenglykolum monosalicylicum	— — — — —	5,00 g
Benzylum nicotinicum	— — — — —	1,25 g
50 g lemosható kenőcsben.		

HATÁS:

Hatóanyagai közül a Heparinoid Bayer gyulladásgátló anyag, amely a vérrögképződést is gátolja. A nikotinsav – benzilészter helyi vérbőséget okoz, ezzel a megbetegedett szövet vérkeringését támogatja. Etilén-glikol monoszalicilat külsőleges alkalmazásával gátolható a kondroitinszulfát bioszintézise. Mivel a reumás sarjszövetrel jól összehasonlítható, kísérleti úton előállított hegyszövetben megnövekedett mucopolisaccharid és kondroitinszulfát szintézis igazolható, a kondroitinszulfát szintézisének gátlásával a reumás kórképek feltehetően előnyösen befolyásolhatók.

A szalicilatok a bradykinin gátló hatáson keresztül fájdalomcsillapító hatást is kifejtenek.

JAVALLATOK:

Ízületi gyulladások, arthrosis, spondylosis, spondylarthrosis esetén fellépő izom- és végtagfájdalmak, izomláz és zúzódások, zárt baleseti sérülések, contusio, haematomák, distorsio, továbbá tendovaginitis, epicondylitis, bursitis, radiculitis, neuritis, fibrositis, myositis.

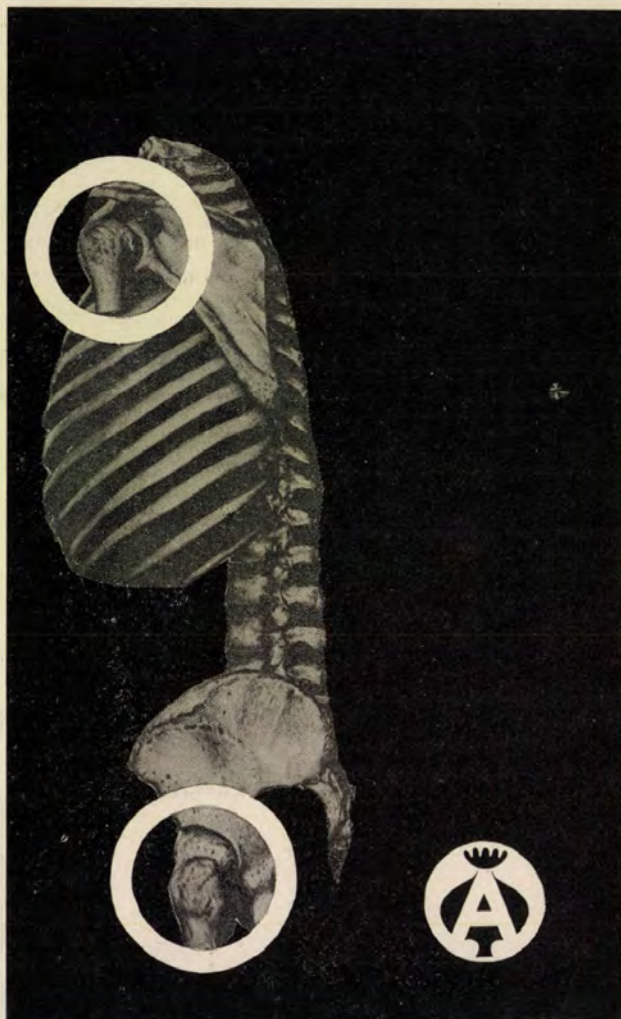
ALKALMAZÁS:

A fájdalmas testrészt bedörzsöljük vékony rétegben általában naponta 2–3-szor. Ha a bedörzsölés a túl nagy fájdalom miatt nem lehetséges, elegendő a kenőcsöt csak könnyedén a bőrfelületre vinni.

Az alkalmazás módja mindig a betegség lokalizációjától, illetve a beteg állapotától függ. Keringést javító hatása fürdőkkel fokozható.

Figyelmeztetés:

A kenőcs szembe vagy nyálkahártyára ne kerüljön, mert erős vérbőséget okoz; alkalmazása után kézmosás javasolt.



MEGJEGYZÉS: ✘

Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

ELTARTÁS:

Hűvös helyen.

CSOMAGOLÁS:

1 tubus (50 g) 6,80 Ft.

Forgalomba hozza: ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR, TISZAVASVÁRI,

Bayer A. G. Leverkusen licencia alapján

n = 27, plaque típusú psoriasis
 életkor 37,3 (20–60) év
 A betegség fennállási ideje 13,7 (1–31) év
 Hospitalizációk száma: 6,3 (0–20)
 Kiterjedése > 30% testfelszín

Megyei Kórház-Rendelőintézet, Kecskemét
 Bőrgyógyászat
 (osztályvezető főorvos: Török László dr.)

A pikkelysömör PUVA kezelésével szerzett első tapasztalataink

Török László dr., Raffai Sára dr.
 és Szűcs Mária dr.

A psoriasis vulgaris krónikus recidiváló dermatosis, amelynek gyakorisága, a diabetes mellitusával megegyezően, a lakosság 2–3⁰/₀-át érinti. A betegség kezelésének az alapját a lokális terápia jelenti. Jól lehet az utóbbi 30 évben a pikkelysömör külső kezelése bizonyos előrehaladást mutatott, de végső soron az externákkal végzett kezelések a betegek számára nehezen tolerálhatók, körülményesek és időigényesek, illetve gyakran inefektívek voltak. Az ideális kezelés ennek megfelelően egy olyan szisztémás kezelés lenne, amelyet lokális kezelés nélkül, egyszerűen és nagy hatékonysággal, rizikó és a többi szerv károsodása nélkül lehetne kivitelezni.

A fotokemoterápia (PUVA kezelés) a pikkelysömör olyan újszerű kezelése, amely annak ellenére, hogy szisztémás, a hatása csak az érintett szervekre, a bőrre irányul. Ezzel a bőrre lokalizálódó cytoztatikus kezeléssel sikerült a betegeket remisszióba hozni és hosszabb időre tünetmentes állapotban tartani. A kezelés lényegét orálisan adott fotoszenzibilizátor (8-metoxi-psoralen) és hosszúhullámú ultraviola fény besugárzás (UVA) kombinációja jelenti. A kezelést Parrish és mtsai alkalmazták először, de annak a gyakorlat számára történő adaptálása Wolff és mtsai nevéhez fűződik (3, 9, 13). A fotokemoterápia részletesebb elméleti ismertetésétől és a hatásmechanizmus tárgyalásától ebben a munkában eltekintünk, mivel erről az Orv. Hetil. korábbi számában Hunyadi és mtsai részletesen beszámoltak (4).

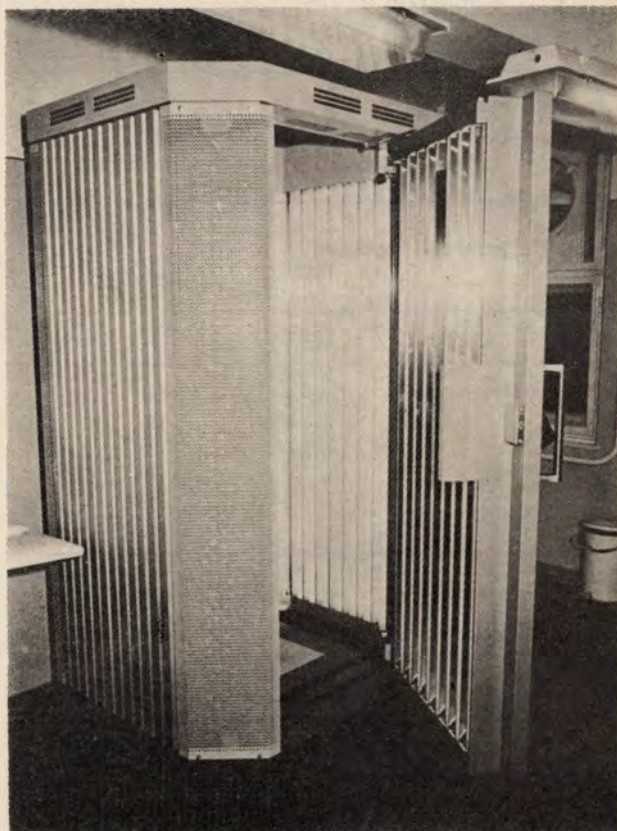
Ebben a dolgozatban elsősorban a pikkelysömör PUVA kezelésével szerzett saját tapasztalatainkkal és eredményeinkkel, valamint a fotokemoterápiás kezelés aktuális kérdéseivel kívánunk foglalkozni.

Beteganyag és módszer

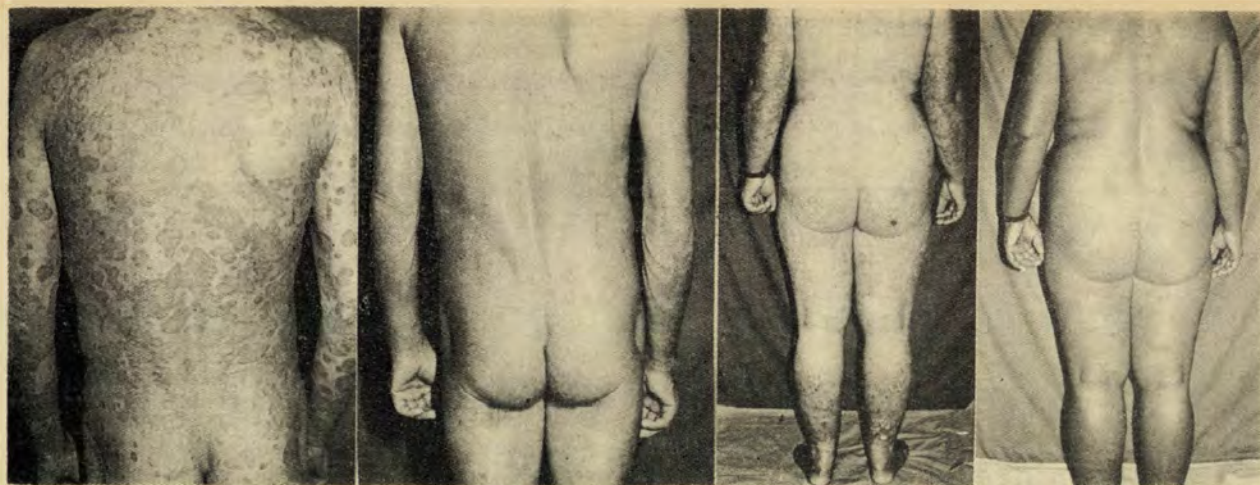
Kecskeméti Megyei Kórház Bőrgyógyászatán 1978 szeptembere óta foglalkozunk PUVA-kezeléssel. A kezelés alapjait részben a Szegedi Bőrklubban, részben Innsbruckban, Wolff professzor fotokemoterápiás részlegén sajátítottuk el. A fotokemoterápiát, mint egy merőben új beavatkozást, nagy körültekintéssel és külön erre a célra szerkesztett dokumentációval végezzük.

A betegek kiválasztása. A PUVA-kezelésbe elsősorban a súlyos, a hagyományos kezelésre rezisztens, nagy kiterjedésű pikkelysömörös betegeket vontunk be, akiken a testfelszín érintettsége mindig nagyobb volt, mint 30% (1. táblázat).

20 év alatti és 60 év feletti betegeket nem kezeltünk. Nőbetegeink részére a fogamzóképes korban a kezelés időtartamára és az azt követő három hónapra fogamzásgátlók szedését írtuk elő. A betegek klinikai felvételekor részletesen kitértünk az esetleges korábbi cytoztatikus és carcinogen hatás szempontjából szóba jövő kezelésekre (MTX, rtg, arzén), valamint a vérképző és a nyirokszervek betegségeire. Betegeinktől UV anamnézist vettünk fel, amely alapján megállapítottuk bőrtípusukat és külön kitértünk a praecancerosus bőr-elváltozások dokumentálására. Ezenkívül minden esetben szemészeti és rutin laboratóriumi vizsgálatokat végeztünk a kezelés megkezdése előtt és később annak folyamán is. A kezelés lényegéről, az alternatívákról és az esetleges mellékhatásokról betegeinket szóban és



1. ábra: A Waldmann-gyár 6001-es típusú fotokemoterápiás készüléke



2-5. ábra: Pikkelysömörös betegek PUVA kezelés előtt és után

2. táblázat Iniciális kezelés eredménye

n = 18

Remissio mértéke	Betegek száma
100%	13 (77,7%)
99-95%	3 (16,6%)
94-80%	1 (5,5%)
79-50%	0
50% alatt	0
félbeszakadt	1
összesen:	18

3. táblázat Az iniciális kezelés adatai

n = 18

Kezelések száma	28,4 (16-41)
Kezelési idő napokban	54,8 (31-76)
Energia mennyiség (J/cm ²)	169,2 (74-318)

4. táblázat Intervall kezelés

n = 22

Kezelési idő (hónap)	Eset	Tünetmentes
12-10	6	2
9-8	5	5
7-6	3	2
5-4	2	2
3-2	4	3
félbeszakadt	2	
összesen	22	

írásban tájékoztattuk, ezenkívül a kezelésre vonatkozóan írásos beleegyezést kértünk tőlük.

A PUVA-kezelés kivitelezése. A kezelést kisebb módosítással Wolff sémája szerint végeztük (12). Fotoszenzibilizátorként 8-MOP-ot (Meladinin, Oxsoralen) alkalmaztunk a testsúlynak megfelelően. UVA fényforrásként a Waldmann gyár 6001 típusú fotokemoterápiás készülékét használtuk, amelyben 40 külső reflektorral ellátott Philips fluoreszcens fénycső volt elhelyezve (1. ábra). Az UVA dózist J/cm² adtuk meg. A kezdeti dózis megállapítására az első időszakban Wolff szerint meghatároztuk a minimális fototoxicitási dózist (MPD)

és a fotoszenzibilitási pigmentálódási indexet (PPI). Később azonban körülményességük miatt ezeket elhagytuk és az UVA kezdeti dózist a betegek bőrtípusának megfelelően adagoltuk (I. típus-1, II. típus-2, III. típus-3, és IV. típus-4 J/cm²). Az iniciális fázis befejezésekor a kezelések számát óvatosan csökkentve térünk át az intervall kezelésre.

Öt betegnél, akiknél az iniciális kezelés helyett hagyományos redukáló kezelést alkalmaztunk, a tünetmentesség elérésekor, illetve a részleges javuláskor fenntartó PUVA kezelésre térünk át. Célunk az volt, hogy megállapítsuk, milyen eredménnyel kombinálható a kétféle kezelési mód.

A kezelés értékelése. 100%-osnak ítéltük meg a remissiót, ha pikkelysömörös góccok teljesen visszafejődtek és csak maradvány erythemat, illetve pigmentációt láttunk. 99-95%-os remissziót néhány elszórt pikkelysömörös gócnál állapítottunk meg, amennyiben azok az eredetileg érintett testfelszín 5%-át nem haladták meg. 50% alatti remisszióval eredménytelennek vettük a kezelést.

Eredmények

A 18 iniciális kezelésben részesített betegnél — egy félbemaradt kezeléstől eltekintve — 80-100%-os remissziót sikerült elérnünk (2. táblázat). Az iniciális szakban leadott kezelések számát a kezelési időtartamát és az UVA energia mennyiségét 3. táblázatunkban foglaltuk össze. Intervall kezelésben 22 beteg részesült — 12 hónapig (4. táblázat).

Recidiva négy betegnél lépett fel, azonban további kezeléssel ezeket a betegeket sikerült újra tünetmentessé tennünk. 12 betegünk jelenleg recidiva nélkül tünetmentes (2-5. ábra).

Az 5 beteg közül, ahol a klasszikus redukáló kezelést a PUVA terápiával kombináltuk, 4 jelenleg tünetmentes. Egy beteg, akinél a klasszikus kezeléssel nem tudtunk teljes remissziót elérni, a PUVA kezeléssel sikerült tünetmentes állapotba hozni.

Mellékhatást az irodalomban jelzett mértéknél ritkábban láttunk, a betegek a kezelést jól tolerálták.

Megbeszélés

A fotokemoterápia, mint a pikkelysömör újszerű kezelési módja világszerte elterjedt és Parrish, Wolff és mtsai által elért jó eredményeket a legtöbb helyen reprodukálni tudták (5, 6, 7, 10). A PUVA kezelés bevezetésével először vált lehetővé a recidi-

vák elkerülése és sikerült a betegeket hosszabb ideig tünetmentes állapotban tartani.

Előzetes eredményeinket elemezve, az irodalomnak megfelelő arányban sikerült betegeinket az iniciális szakban remisszióba hozni. A *Wolff és mtsai* által publikált eredményeket teljes mértékben mi nem tudtuk elérni, amit a módszer új volta és kisebb terápiás gyakorlatunk magyarázhat. A kezeléssel kapcsolatban kifejtett nagyobb óvatosságunk magyarázza az iniciális kezeléshez szükséges magasabb kezelési számot, a hosszabb kezelési időtartamot és a nagyobb UVA energia mennyiségét. Az eredmények egybevetését nehezíti az a körülmény is, hogy az irodalomban az egyes szerzők a komplett remisszió fogalmát nem egységesen használják. Amennyiben az iniciális kezelés paramétereit *Roenigk* adataival vetjük egybe, jellemzőink a fenti szerzőével megegyeznek (10).

Ennél a kezeléssel is azonban a remisszió nem mindig végleges. *Wolff* adatai szerint kisebb arányban, de *Melski* adatai szerint a fenntartó kezelésben részesülő betegeknél 50%-ban lehet recidivával számolni heti egyszeri fenntartó kezelés mellett (7, 13).

A PUVA és a klasszikus kezeléssel szerzett eredményeink, jóllehet csak néhány betegre vonatkoznak, biztatóak. Ezzel a módszerrel a betegek UVA terhelése jelentősen csökkenthető, a készülék kapacitása növelhető és lehetővé válik a tulajdonképpeni fő cél, a recidíva megelőzése.

Az eddigi vizsgálatok szerint komolyabb, néhány éven belül fellépő mellékhatással a kezelés folyamán számolni nem kell (3, 5, 6, 7, 10). A kezelés biztonságossága és tökéletesítése szempontjából azonban még a következő kérdéseket kell megoldani:

1. A késői mellékhatások tisztázása (carcinogen hatás).
2. A 8—MOP farmakokinetikájának teljes megismerése. A 8—MOP tabletták standardizálása. Új fotoszenzibilizátor derivátumok keresése.
3. Az UVA fotométerek standardizálása.
4. A legjobb fenntartó kezelési séma kidolgozása.

A kérdések közül legfontosabb a késői carcinogen hatás megnyugtató kizárása (1). Jóllehet ennek lehetősége elméleti megfontolások és experimentális vizsgálatok alapján felmerül, de humán vonatkozásban erre utaló adatot a nagyszámú keze-

lések ellenére csupán néhány esetben közöltek (8, 11, 19). Azonban, ha a tumorkezelés szempontjából a rizikófaktoral rendelkező betegeket a PUVA csoportból kiemelték, úgy a pikkelysömörös betegek bőrrák előfordulása lényegében nem különbözött a nem kezelt, egészséges kontrollcsoporttól (11). A carcinogen hatás szempontjából a következő rizikófaktoral jönnek szóba: világos bőrű fényérzékeny betegek, előrement rgt- vagy arzénkezelés, bőrrák anamnézis (11). A carcinogen hatás rizikóját megszüntető új kezelési forma sikeres kipróbálásáról röviddel ezelőtt számoltak be. Itt fotoszenzibilizátorként olyan vegyületeket alkalmaztak (3-carbetoxiporalen), amely a DNS-hez monofunkcionális adduktum formájában kötődik és ezáltal még experimentális körülmények között sem rendelkezik carcinogen hatással (2).

Mindaddig, amíg ezek a kérdések, különösen a potenciális carcinogen hatás megnyugtatóan nem válaszolható meg, a PUVA kezelést nagy körültekintéssel és mint minden differens kezelést megfelelő indikációval kell végezni.

A szemészeti szakvizsgálatok elvégzéséért ezúton mondunk köszönetet a Kecskeméti Megyei Kórház Szemészeti Osztályának (oszt. vez. főorvos: *Oláh Miklós dr.*)

Összefoglalás: A szerzők 27 pikkelysömörös beteg fotokemoterápiás (PUVA) kezelését ismertetik. Az iniciális kezelés folyamán 18 beteg közül 16-nál 95—100%-os remissziót tudtak elérni. Az egyéves intervall kezelés alatt 12 beteget sikerült recidívamentes állapotban tartani. Részletesen tárgyalják az intézetükben alkalmazott kezelés kivitelezését, végül a PUVA terápiával kapcsolatos aktuális problémákra hívják fel a figyelmet.

IRODALOM: 1. *Bridges, B. A.:* Clin. Exp. Dermatol. 1978, 3, 349. — 2. *Dubertret, L. és mtsai:* Brit. J. Derm. 1978, 101, 379. — 3. *Gschnait, F.:* Wien. klin. Wschr. 1977, 89, Suppl. 75. — 4. *Hunyadi J. és mtsai:* Orv. Hetil. 1979, 120, 2421. — 5. *Lynch, W. S. és mtsai:* Cutis 1977, 20, 4747. — 6. *Meffert, H. és mtsai:* Dermatol. Monatschr. 1978, 164, 481. — 7. *Melski, J. W. és mtsai:* J. Invest. Dermatol. 1977, 68, 328. — 8. *Omar, A. és mtsai:* Dermatologica, 1977, 155, 65. — 9. *Parrish, J. A. és mtsai:* New Engl. J. Med. 1974, 291, 1207. — 10. *Roenigk, H. H. és mtsai:* Arch. Dermatol. 1979, 115, 576. — 11. *Stern, R. S. és mtsai:* New Engl. J. Med. 1979, 300, 809. — 12. *Tam, D. W.:* Dermatol. 1979, 115, 203. — 13. *Wolff, K. és mtsai:* Dtsch. med. Wschr. 1975, 100, 2471. — 14. *Wolff, K.:* Dtsch. med. Wschr. 1979, 104, 1543.

A LOR ultrahang gyógyítja

**a krónikus tonsillitiseket,
aranyeres csomókat,
ormelléküreg gyulladásokat**

A LOR-3 megfelelő kezelést biztosít,
ha 10 alkalommal 6 percig használjuk.

A LOR-3 folyamatosan és szakaszosan is üzemeltethető,
ami lehetővé teszi, hogy minden betegnek
a leghatásosabb kezelést válasszák.

A klinikai gyakorlat azt mutatja, hogy a LOR-3
a betegek 75⁰/₀-ánál eredményesen alkalmazható.



MEDEXPORT

Szovjetunió, 113461, Moszkva, Kahovka ul., 31. korp. 2.
Telefon: 121-01-54. Telex: 411247 Medex Su., 411951 Medex Su.

GRANDAXIN[®]

tabletta

psychovegetatív regulator

HATÁS: hatástanilag átmenetet képez a minor tranquillansok és az enyhe psychoenergeticumok között. Hatásának, amelyet a limbikus rendszeren keresztül fejt ki, egyrészt jellemzője a feszültségoldás, másrészt a vegetatív panaszok csökkentése. Anxiolytikus hatását a koncentrációképesség és munkaintenzitás csökkentése nélkül fejt ki; nappali álomosságot nem okoz. Myorelaxans és cardiodepressív hatása nincs.

JAVALLATOK:

feszültséggel, vegetatív zavarokkal, enyhe anxietással járó betegségek, azon kis pszichiatriai kórképek, amelyeket az előbbiek mellett inditékhiány, fáradtság, reaktív depresszió, apathiás, inaktív állapotok jellemeznek.

Belgyógyászati terápiában adjuvánsként, pseudoanginás fájdalmak megszüntetésére önmagában is, súlyosabb anginákban pedig tüneti adjuváns kezelésre. Climaxos panaszok befolyásolására — az esetek jellegétől függően — önmagában vagy hormonnal kombinálva. Alkoholvönási syndroma, valamint praedelirosus, delirosus állapotok vegetatív és izgalmi tünetei. A myorelaxans hatás hiánya következtében olyan kórképek esetén is alkalmazható, amelyekben az izom-relaxatio kontraindikált vagy nemkívánatos (myasthenia gravis, myopathiák, neurogen izom-atrophiák).

ADAGOLÁS:

felöltötteknek általában naponta 1—3-szor 1—2 tablettát (50—300 mg). Alkalmoszerű szedés esetén 1—2 tablettát. A megfelelő tolerancia és a vigilias csökkenésének hiánya miatt az orvos által szükségesnek tartott mennyiségben adható, és nem szükséges az alkalmazandó adagok fokozatos növelése.

MELLÉKHATÁSOK:

a Grandaxin mellékhatásokat csak ritkán és kismértékben okoz. Átmenetileg előfordulhatnak gastrointestinalis panaszok, bőrvizketés, elvéve exanthema; ez utóbbi esetben a kezelés felfüggesztendő.

FIGYELMEZTETÉS:

alkalmazása fokozott elővigyázatosságot igényel, ezért főleg járművezetők, magasban vagy veszélyes gépen dolgozók csak az orvos által, az egyéni érzékeny-

ségnek megfelelően előírt adagban szedhetik. Túlzott élénkség és aktivitás, esetleg larvált agressio felszínre kerülése is előfordulhat, ami a dosis csökkentésére vagy elhagyására megszűnik.

Bár teratogén hatást nem észleltek, a készítmény alkalmazása — más tranquillosedatívumokhoz hasonlóan — a terhesség első harmadában mégsem ajánlatos.

MEGJEGYZÉS: ✖

Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtető.

TÉRÍTÉSI DÍJ:

20 tablettát a 50 mg tofizopamum 14,40 Ft.



Egyt GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST

Canesten®

oldat, kenőcs

Széles spektrumú antimycoticum

ÖSSZETÉTEL:

Clotrimazolum 0,2 g
20 g vízzel lemosható kenőcsben.
Clotrimazolum 0,2 g
20 ml oldatban.

JAVALLATOK:

Minden bőr-mycosis, melynek kórokozói:

- dermatophytonok (pl. Trichophyton- és microsporum-fajták, Epidermophyton floccosum);
- sarjadzógombák (pl. Candida albicans, illetve egyéb Candida-fajták);
- penészgombák és egyéb gombák, amelyeknek szerepük van a bőr-mycosisok kialakulásában.

A Canesten-kezelésre leggyakrabban reagáló kórképek:

- erosio interdigitalis mycotica;
- trichophytia superficialis corporis;
- intertrigo mycotica;
- gombás paronychiák;
- valamint: Candida-vulvitis, -balanitis;
- pityriasis versicolor;
- bár nem gombás eredetű, reagál az erythrasma.

ELLENJAVALLATOK:

- esetleges túlérzékenység;
- terhesség esetén az első 3 hónapban alkalmazása megfontolandó, bár teratogén vagy embriotoxikus hatására semmiféle utalás nincs.

ALKALMAZÁS:

A fertőzött területeket Canesten kenőccsel vagy oldattal naponta 2—3-szor vékonyan bedörzsöljük, illetve beecseteljük.

A bőr physiologiás adottságai és a kórokozók kedvezőtlen lokalizációja miatt, a gombás fertőzéseket a tünetek megszűnése után legalább 14 napig tanácsos utókezelni.

A sikeres kezelés időtartama:

- dermatomycosisok esetén 3—4 hét;
- erythrasma és pityriasis versicolor esetén 3 hét;
- Candida-vulvitis, Candida-balanitis esetén 1—2 hét.

MELLÉKHATÁS:

Ritkán előforduló bőr-irritatio.

FIGYELMEZTETÉS:

A beteg figyelmét fel kell hívni az általános higiénias szabályok betartásának fontosságára (pl. mosakodás után a bőr szárazra törlésére).

MEGJEGYZÉS: ✱

Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

TÉRÍTÉSI DÍJ:

20 g Canesten kenőcs 4,30 Ft.
20 ml Canesten oldat 5,60 Ft.



Egyt

GYÓGYSZERVEGYSZETI GYÁR, BUDAPEST



Megyei Kórház, Gyula
Röntgenosztály
(főorvos: Somogyi Zsigmond dr.)
I. Sebészeti Osztály
(főorvos: Bikádi Sándor dr.)

A mésztejepe röntgendiagnosztikájáról eseteink kapcsán

Fazekas Péter dr., Bikádi Sándor dr.,
Kander Zoltán dr. és Raffai Emese dr.

Mésztej előfordulása a szervezetben ritka. Az eddigi megfigyelések szerint leggyakrabban az epehólyagban jelenik meg, jóval ritkábban a vesében. A ductus choledochusban egészen elvétve mutatták ki (7, 9), az ureterben (5) és a pancreasban (11) pedig eddig csupán egy-egy esetben írták le.

A mésztejepéről szóló első beszámoló Schierholt (7) szerint Willich tollából származik 1922-ben, bár Simmonds (9) leírása Churchmant jelöli meg első szerzőként 1911-ben. A későbbiek folyamán számos kazuisztika (3, 10, 12) és néhány, nagyobb anyagról szóló beszámoló jelent meg. Walter 1939-ben a világirodalomból 39 esetet gyűjtött, míg Hoefler 1951-ben 52 esetet összegzett (cit. 7.) Az ilyen esetek röntgenfelvételeit elsőként 1932-ben Markus mutatta be. Schierholt 1977-ben 1937—1969 között észlelt 43 esetéről számolt be (7).

A mésztejepe a német irodalomban „Kalkmilchgalle”, „Kalkpastengalle”, „Kalciumkarbonat-sediment”, az angolszász leírásokban „limy bile”, „milk of calcium bile”, „calcium soap”, a francia közlésekben „bile calcique” néven szerepel.

1940-ben Leszler (4) ismertetett egy esetet, melyben az epehólyagot natív meszes árnyékot adó öntvényyszerű képlet töltötte ki, hasonlóan a vese öntvényköveihez. Műtét nem történt, ezt a jelenséget szokatlan megjelenésű epekőnek tartotta. A közzölt felvétel mésztejepére enged következtetni. 1962-ben Erdélyi és mtsai (2) mésztejepe egy esetét írták le. A magyar nyelvű irodalomban mésztejepéről szóló munkát nem találtunk.

Az utóbbi két évben osztályunkon röntgenvizsgálattal 2 esetben mutattunk ki mésztejepét, amit műtét igazolt. Egy további esetben műtét során ismertük fel, ekkor a röntgenvizsgálat lezárt epehó-

lyagot állapított meg, és felvetette a mésztejepe lehetőségét.

Esetismertetés

1. R. B. 42 éves nőbeteg. Panasza szülése óta, 20 éve van, többször feküdt kórházban, epebetegséget nem állapítottak meg. Egy napja zsíros étel fogyasztása után görcsei alakultak ki, többször hányt. A jobb bordaív alatt nyomásérzékeny nőiökölnyi resistencia volt tapintható. A túlexponált natív májtáji felvétel néhány



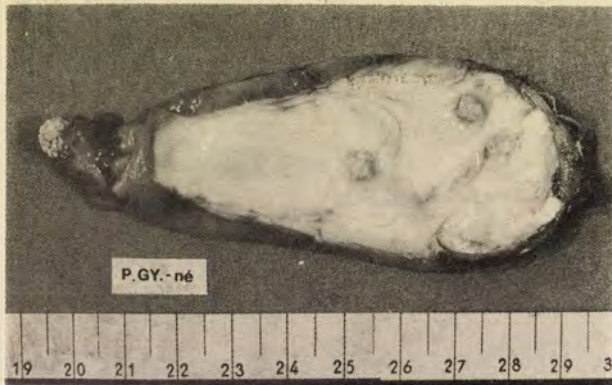
1. ábra: 1. eset: iv. cholegraphia: normális hepatocholodochus. Az epehólyag nem telődött, fundusa várható elhelyezkedésének megfelelően félkör alakú mézárnyék van, mely álló célzott felvételen nivót képez



2. ábra: A felvágott epehólyagban apró kövek és mésztej látható



3. ábra. 2. eset: natív májtáji felvétel: a halvány mészintenzitású árnyék az epehólyag fundusát mintázza



4. ábra: Műtési preparátum: az epehólyagot hígán folyó mésztej tölti ki, benne rücskös felszínű kövek

borsnyi kőárnyékot mutatott. *Iv. cholegraphiával* lezárt epehólyagot és mésztejepét állapítottunk meg (1. ábra). Cholecystectomy történt, a lúdtőjásnyi epehólyag nyakában borsó nagyságú zárókő mellett a cholecystában több apró kő volt észlelhető. A felvágott epehólyag képe igazolta a röntgendiagnózist (2. ábra), az epehólyag tartalmát kémcsőbe öntöttük és a mésztej kémiai analizisét kértük. *Laboratóriumi lelet:* sűrű fehér szuszpenzióban úszkáló sötétbarna 5 mm-es kövek. A szuszpenzió Ca-karbonátból áll, a kövek zömmel koleszterinből, Ca-karbonát zárványokból tevődnek össze. *Kórszövettani lelet:* Cholecystitis chr. fibrosa exulcerata.

2. P. Gy. 32 éves nőbeteg. Két éve, utolsó szülése után kezdődtek haspuffadásos, főleg éjszakai görcsös fájdalommal jelentkező panaszai. Sárgasága nem volt. A *natív májtáji felvétel* alapján felmerült a mésztej-epe lehetősége (3. ábra). Per os cholegraphia: az epehólyag nem telődött; *Iv. cholegraphia:* lezárt epehólyagot mutatott ki, és mésztejepe valószínűsége mellett szólt. A cholecystectomy során a gracilis epehólyag nyakában zárókő volt. A felvágott, mésztejjel kitöltött epehólyagban néhány további recés felszínű kő látszott (4. ábra). A kövek egyikéből és a mésztejből

kémiai analizist végeztünk, a kő koleszterin-kőnek bizonyult. A mésztej zömmel Ca-karbonátból állt, nyomokban foszfátot is tartalmazott. A mésztej *kvantitatív analizisének* eredménye:

szárítási veszteség	34,63%
izzítási veszteség	14,36%
izzítási maradék	51,01%

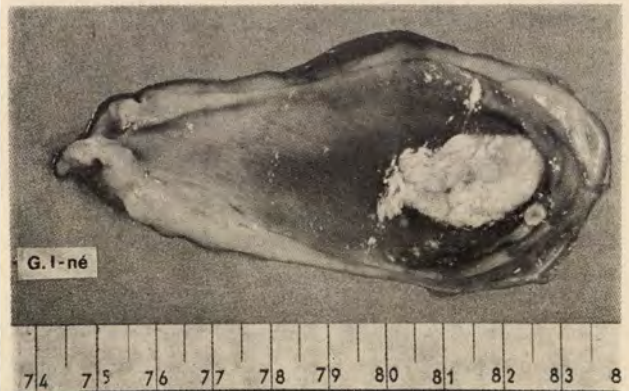
Kórszövettani lelet: Cholecystitis chr. fibrosa atrophica.

3. G. I. 53 éves nőbeteg. Panaszai fél évesek: étvágytalanság, jobb bordaív alatti fájdalmak, 12 kg-os fogyás. Sárgasága nem volt.

Natív májtáji felvétel: a szilvamagnyi mészárnyék megjelenése mésztejepét valószínűsít. *Iv. cholegraphia:* intenzíven, elhúzódoan telődő, mérsékelten tágabb epeutak. Az epehólyag nem telődött, azonban a mészárnyékban néhány borsnyi sugárateresztőbb terület látható (5. ábra). Vélemény: lezárt cholecysta. Mésztej-



5. ábra: 3. eset: *iv. cholegraphia:* intenzíven telődő, mérsékelten tágabb hepatocholedochus. Az epehólyag nem telődött, a mészárnyékban belül borsnyi sugárateresztő terület látható



6. ábra: Műtési preparátum: a mésztej krémszerű, követ nem találtunk

epe. Cholecystectomy történt. Az epehólyagot felvágva benne követ nem találtunk, a fundust krémszerű sárgásfehér mésztej tölti ki (6. ábra). *Kémiai analízis:* homogén mésztejszuszpenzió, benne kő nem található, a mésztej kémiailag Ca-karbonát. *Kvantitatív analízis:*

száritási veszteség	53,20%
izzítási veszteség	15,00%
izzítási maradék	31,80%

Kórszövettani lelet: Cholecystitis chr. fibrosa atrophica.

Megbeszélés

A mésztej kémiai vizsgálata azt mutatja, hogy az döntően Ca-karbonát (1, 2, 6, 7, 8, 10), mellette kisebb mennyiségben koleszterin és foszfátnyomok mutathatók ki alkalomszerűen. *Johnston* és *mtsai* az epehólyagban a Ca-karbonát 4 megjelenési formáját írják le: 1. tejszerű folyadék, 2. átlátszatlan részletek egy átlátszó gelatinózus anyagban, 3. pasztaszerű forma, 4. tiszta Ca-karbonátkő (cit. 9).

A mésztej keletkezésének mechanizmusa még vitatott, az irodalomban közölt elképzelések eltérőek, azokat *Erdélyi és mtsai* (2) részletesen tárgyalják. A szérum Ca-szintje általában normális. Egyesek szerint a gyulladásos epehólyag-nyálkahártya fokozott mértékben választ ki Ca-ot, különösen ha epepangás áll fenn. *Schierholt* (7) feltételezi, hogy az ilyenkor legtöbbször megtalálható cysticus elzáródás és a kísérő nyálkahártyaeeltérés az epesavak fogyását idézi elő fokozott rezorpció útján, és ez lehet a felelős az anorganikus sók kicsapódásáért. Nőkben gyakoribb.

A klinikai képet epepanaszok jellemzik, melyek — érthető módon, hiszen csaknem kivétel nélkül epekövességhez, a ductus cysticus occlusiójához társul — semmiben sem különböznek a cholelithiasis kísérő tüneteitől. Előfordul panaszmentes emberben is (7).

A műtét során a sebész a ductus cysticusban rendszerint zárókövet talál, de előfordul, hogy a műtét idején nem észlelhető kő a cysticusban. A kivett, felnyitott epehólyagban a kövek mellett a mésztej mint híg, fehér folyadék, vagy sűrű, gyakran krém-, pasztaszerű, fehéres-sárgás anyag jelenik meg. Az epehólyag szövettani vizsgálata általában idült gyulladás különböző mértékű jeleit mutatja.

Schierholt (7) két részletesen leírt esete közül az egyikben az epehólyag mellett a ductus choledochusban is mésztejet talált, hasonlóan *Simmonds* (9) két esetéhez. Mindhárom esetben epeköves görcs kapcsán az epehólyag a köveken kívül a mésztejet is a choledochusba ürítette. Elsődlegesen a choledochusban képződött mésztejről nincs tudomásunk.

Röntgendiagnózis

A mésztejepe diagnózisát kizárólag röntgenvizsgálattal állíthatjuk fel. A *natív májtáji felvétel* leggyakrabban egymagában lehetővé teszi a felismerését, ezért *Vollmer* és *Sadoughian* (12) hangsúlyozza a kontrasztanyagosevizsgálatok előtti rutinszerű natív felvétel szükségességét. Megjelenése a mésztej mennyiségétől és konzisztenciájától, valamint a mellette előforduló epekövek számától, fajtájától függően különböző lehet. Ha az epehólyagot teljesen kitölti, képe egyezik a per os cholegraphia

során telődő epehólyag képével. A mésztejepe diagnózisának kimondásához ilyenkor természetesen ki kell zárni kontrasztanyag esetleges véletlen jelenlétét. Ha átvilágítás közben az epehólyagot komprimáljuk, a mésztej mészárnycának alakja változhat. Abban az esetben, ha a mésztej híg és kis mennyiségű, fekvő helyzetben készített natív felvételen különböző nagyságú, kerekded, homogén meszes árnyékot látunk, melynek közepe intenzívebb. Ekkor horizontális sugárirányú felvételen a mésztej nívót képez, melyen belül a jelenlevő különböző összetételű kövek gyakran felismerhetők. A mésztej fajsúlya az epénél nagyobb, ezért alul rétegződik. Sűrű, krém- vagy pasztaszerű mésztej álló helyzetben csak hosszabb idő után képez nívót, de megtörténhet az is, hogy a sűrű konzisztencia miatt fekvő és álló helyzetű felvételen azonos képet ad.

Gondolnunk kell jelenlétére akkor, ha az epehólyag elhelyezkedésének megfelelően talált mészárnyc nem facettált, vagy koncentrikusan rétegzett kerek, ovális, hanem epehólyag alakját mintázó, mintegy öntvényyszerű.

Per os cholegraphiával a mésztejtartalmú epehólyag általában a cysticus zárókö miatt nem telődik. *Iv. vagy infúziós cholegraphia* rendszerint bizonyítja a cysticus elzáródást.

Első esetünkben a technikailag rossz, túlexponált natív felvétel miatt diagnózisunkat *iv. cholegraphiával* állítottuk fel, a híg, kis mennyiségű mésztej az epehólyag fundusában álló helyzetben nívót képezett. Második esetünkben a kövek mellett az egész epehólyagot kitöltő mésztej natív képe vetette fel a mésztejepe lehetőségét. Harmadik esetünkben a natív mészárnyc formája keltette fel gyanúunkat, de álló helyzetben nívóképződést nem észleltünk, amit megmagyaráz a műtét során talált mésztej sűrű, krémszerű konzisztenciája. Első két esetünkben — az irodalmi adatokkal egybevágóan — cholelithiasishoz társulva, egyidejű cysticus occlusio mellett találtuk. Harmadik esetünkben a mésztej mellett az epehólyagban a műtét idején kő nem volt, de természetesen korábban meglévő, s egy görcs alkalmával az epehólyagból távozó epekő lehetősége nem zárható ki.

Differenciál-diagnosztikailag porcelánepehólyag, vese öntvénykő jöhet szóba, azonban el kell különíteni a jobb vesében — calyxdiverticulumban, cystában, hydronephrosisban — előforduló mésztejtől is. Az előbbiektől elsősorban morfológiája, viselkedése különböző testhelyzetekben, utóbbiaktól mélységi lokalizációja és urographia segít megkülönböztetni.

A mésztejepe laboratóriumi vizsgálatáért köszönetünket fejezzük ki Domokos Lászlónak és Pintér Miklós dr. főorvosnak.

Összefoglalás: A szerzők mésztejepe három esetét ismertetik, melyek közül kettőben a röntgenvizsgálat pontos diagnózist adott, a harmadikban pedig valószínűsítette a mésztejepe jelenlétét. Mindhárom esetben műtét történt. Két esetükben a mésztej híg folyó volt, ekkor epekövességhez, cysticus occlusióhoz társult, harmadik esetükben a krémszerű, sűrű mésztej mellett az epehólyagban

követ műtétkor nem találtak. Minden esetben elvégezték a mésztej kémiai analizisét, melynek eredménye Ca-karbonát volt. Írnak az etiológiáról, s részletesen kitérnek a röntgendiagnosztikára, hangsúlyozva a natív felvételek értékét.

Megjegyzés a korrektúránál: Dolgozatunk közlésre való elfogadása után jelent meg *Patkó A. dr. és mtsai* hasonló tárgyú munkája (Magy. Radiol. 1980, 32, 73).

IRODALOM: 1. *Diethelm, L. és mtsai:* Handbuch der medizinischen Radiologie. XII/1. Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1976. — 2. *Erdélyi M., Barabás Cs., Kósa Gy.:* Radiol. diagn. (Berl.) 1962, 3, 609. — 3.

Freyer, B.: Fortschr. Röntgenstr. 1961, 95, 277. — 4. *Leszler A.:* Röntgenpraxis 1940, 12, 53. — 5. *MacMillan, B., G., Fritzhand, M., D., Spitz, H., B.:* Radiology 1978, 127, 376. — 6. *Margulis, A., R., Burhenne, H., J.:* Alimentary tract roentgenology. Mosby, Saint Louis 1973. — 7. *Schierholt, K., D.:* Forsch. Röntgenstr. 1977, 127, 26. — 8. *Schinz, H., R. és mtsai:* Lehrbuch der Röntgendiagnostik. Thieme, Stuttgart 1965. — 9. *Simmonds, H., T.:* Amer. J. Roentgenol. 1957, 78, 1020. — 10. *Stecher, W., Morhard, W.:* Fortschr. Röntgenstr. 1964, 100, 149. — 11. *Van Nostrand, W., R., Renert, W., A., Hileman, W.:* Radiology 1974, 110, 323. — 12. *Vollmer, K., W., Sadoughian, A.:* Röntgen-Bl. 1964, 17, 17.

VENORUTON

gél

H 600
Antivaricosa

KÜLSŐLEGES
HASZNÁLATRA



ÖSSZETÉTEL:

1 tubus (40 g) 0,8 g 0-(β -hydroxyethyl)-rutosidea hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK:

Akut thrombophlebitis, varicophlebitis esetén localis fájdalom csökkentése; lobmentes, ún. „fájdalmas, meleg vénák” kezelése; lágyrészsérülések, (contusio, distorsio stb.) esetén a feszülés, ödéma csökkentése; egyéb steril lobos állapotok (gyulladt bűtyök, lúdtalp stb.); különböző mikrocirculációs keringési zavarok (pl. fagydaganat).

ELLENJAVALLATOK:

Jelenleg nem ismeretesek.

ALKALMAZÁS:

Reggel és este a kezelendő felületre felkenjük, egyenletes enyhe masszírozással a bőrbe bedörzsöljük. Szükség esetén borogatást (este) vagy kompressziós kötést (reggel) helyezünk fel.

MEGJEGYZÉS:

Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

CSOMAGOLÁS:

40 g-os tubus, térítési díja: 4,60 Ft.

Előállító: **BIOGÁL Gyógyszergyár,**

Debrecen, ZYMA AG licencia alapján.

Hetényi Géza Kórház-Rendelőintézet, Szolnok
 II. Belgyógyászati Osztály
 (osztályvezető főorvos: Szűcs Eszter dr.)
 Városi Kórház, Jászberény
 Gastroenterológia
 (osztályvezető főorvos: Figus I. Albert dr.)

Spontán gasztrojejunális fisztula, mint a masszív felső emésztőszervi vérzések ritka forrása

Sulyok László dr. és Simon László dr.

A gyomor és a vastagbél között kialakuló sipolyok gyakran szerepelnek az irodalomban a peptikus fekélyek spontán perforációja után, Billroth II. szerinti rezekció után, vagy malignus gyomor- és vastagbélbetegségek következményeként.

A gyomor és a vékonybél egyes szakaszai között az előzőnél ritkábban alakul ki sipoly (10). A kisgömbületi gyomorfekélyek spontán perforációja után létrejött fisztulák rendszerint a duodenum felső, középső vagy alsó harmadával közlekednek, a hátsó faliak a duodenum alsó harmadával vagy a jejunum kezdeti szakaszával (1. ábra).

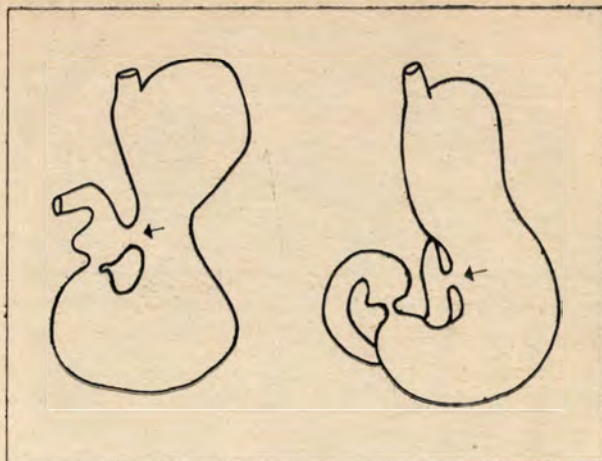
Az irodalomban szerepel a gyomor és az epehólyag, a gyomor és a jobb oldali pleuraúr, a gyomor és a pericardium között kialakult sipoly is (3).

Esetünkben gyomorfekély spontán perforációja után kialakult gasztrojejunális fisztulát ismertettünk, mely masszív felső gasztrointestinális vérzés miatt végzett urgens endoszkópia során került észlelésre.

Esetismertetés

B. J.-né nőbeteg 1978. júniusában került osztályunkra sürgősségi körzeti orvosi beutalóval. Előzményében 1976-ban radiológiailag igazolt hátsó fali gyomorfekély szerepelt. Felvétele előtt otthonában három napon keresztül melénája volt, egy alkalommal kávéaljszerű hányadék. Beszállításakor a beteg anémiás küllemű, vérnyomása 100/60 Hgmm, pulzusszáma 110/min.

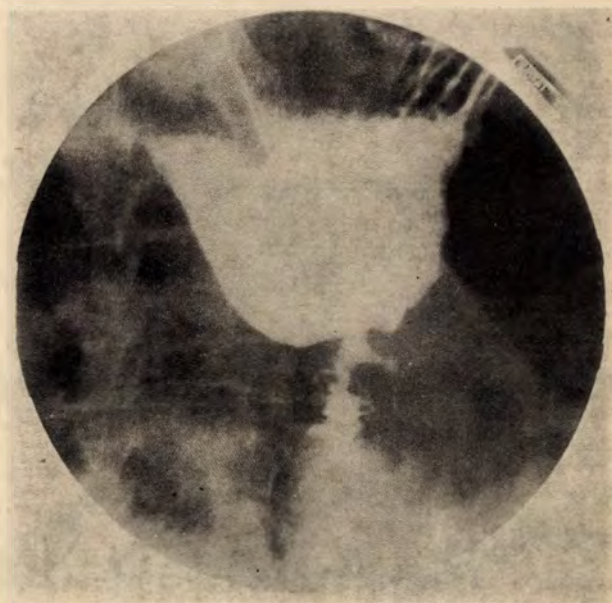
Laboratóriumi leleteiből: htk 20%, hgb 8g%, vvt — 1,8 millió. Vércsoportja „0” Rh pozitív. Rectális digitális vizsgálatok az ampullában emésztett vérszéklet. Egy liter csoportazonos vér adása után a beszállítás második órájában endoszkópos vizsgálatot végeztünk GIF—K (Olympus) készülékkel. A gyomorban kb. 2 dl-nyi sav-



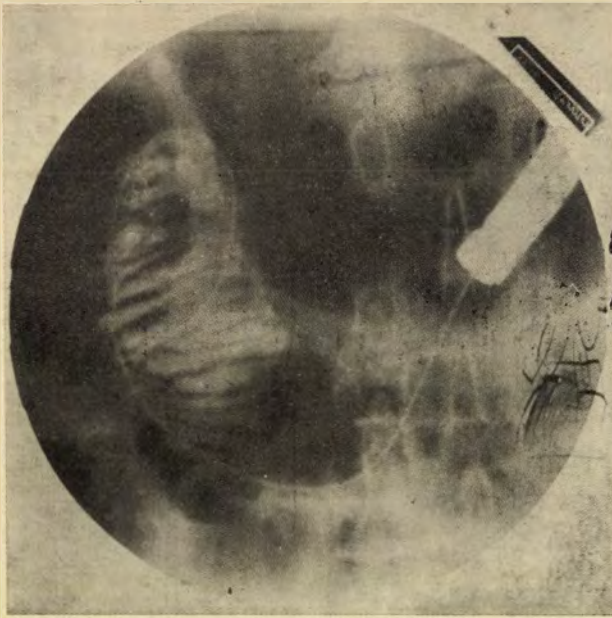
1. ábra: A kisgömbületi és hátsó fali fekélyek spontán perforációja utáni sipolyok típusos elhelyezkedése

hematinos bennék volt látható, melynek leszívása után a hátsó falon az áthajlás vonalában másfél cm átmérőjű nyílás, ennek gyomri beszajadásánál borsónyi fekély tűnt elő. A fekély széli része közepes intenzitással vérzett. A vizsgálat során a pylorus és a bulbus épnek bizonyult. Konzervatív terápia, vérpótlás mellett a 10. napon melénája megszűnt, a hemoglobinszint emelkedett. Kontroll gasztroszkópos vizsgálatánál a sipolynyílásban hegesező ulcust láttunk. A gyomor radiológiai vizsgálata világosan mutatta a fisztula helyzetét, mintegy magasan elhelyezkedő GEA-t utánozva (2. ábra).

Fél év múlva hívtuk ellenőrző vizsgálatra. Az endoszkópos kép ekkor a sipolynyílásban levő fekély ismételt enyhe szangvinációját mutatta, mérsékelt anémiával. Fisztulográfiát végeztünk a jejunum felőli szájadék lokalizációjának pontos tisztázására, a tervezett műtét előtt. A fisztulográfia a gyomor hátsó fala és a jejunum kezdeti szakasza közötti összeköttetést mutatta (3. ábra). Műtéti megoldásra a beteget sebészeti osztályra helyeztük át. A műtéti preparátum kórszövetten leírása a következő: Fisztula completa gasztrojejunális. Ulcus acutum in regione fisztulae, Gasztrojejunitis chr. partim follicularis (Krasznai Géza dr., kórboncnok főorvos).



2. ábra: A gyomor radiológiai vizsgálata során látható a hátsó fal és a jejunum közötti sipoly



3. ábra: Az endoszkópos fisztulográfia során a kontrasztanyag a jejunum kezdeti szakaszába került

Megbeszélés

Rokitansky 1961-ben már leírta a gyomor és a doudenum között kialakult sipolyokat, érdekes teóriát feltételezve. Két fekély egyidejű fennállását tételezte fel, egyet a gyomorban, egyet a nyombélben, ezek egymás felé történő perforációjával magyarázta a fisztula kialakulását. E teoretikus elképzelés ma már nem állja meg a helyét, egy fekély spontán perforációja is elegendő a sipoly kialakulásához.


A gasztrojejunális sipolyok kialakulásának etiológiai faktoraként a következők szerepelnek: trauma; jó- és rosszindulatú daganat (1); specifikus gyulladás; szifilisz; Krohn-betegség (6); mikózis. Sztteroid kezelés (4); gyógyszer indukálta fekély (5); Aszpirin.

A gasztrojejunális fisztula fennállásakor észlelhető, de nem specifikus klinikai tünetek a következők: gyomorégés, epigasztriális vagy köldök körüli fájdalom, hányinger, hányás, ritkán hematemézis, meléna, emésztési zavar.

Az összeköttetés vizsgálatára a következő diagnosztikai eljárások alkalmasak: kontrasztos gyomorröntgen-vizsgálat (15), gasztrodoudenoszkópia (10). Az esetek kis száma csak műtét során, szekciós leletként kerül észlelésre. A fisztula megléte nem minden esetben igényel műtéti megoldást, de ha kifejezett felszívódási zavarokat, hypalbuminaemiát, vagy mint esetünkben — vérzést okoz, akkor csak a műtéttől várható végleges megoldás. *Wittaker és munkatársai* (16) Cimetidinnel (Tagamet) kezelték gasztroduodenális sipoly gyomri nyílásánál levő fekélyt sikeresen.

Összefoglalás: A szerzők fekélyes anamnézis után kialakult perforáció és gasztrojejunális fisztula létrejöttét ismertetik, melyhez egy alkalommal masszív vérzés társult. Masszív gasztrointesztinális vérzések esetén gondolni kell erre a ritka vérzésforrásra is, különösen akkor, ha az előzményben az említett etiológiai faktorok szerepelnek. Esetünkben, mivel a sipolynylásban levő fekély megfelelő gyógyhajlamot nem mutatott, a műtéti megoldást választották.

IRODALOM: 1. *Cody, J. H.:* Ann. Surgery. 1975, 181, 376. — 2. *Fischman, A.:* J. A. M. A. 1970, 214, 598. — 3. *Gould, L. V.:* Br. J. Radiol. 1961, 34, 619. — 4. *Hoffmann, R. D.:* J. A. M. A. 1966, 195, 6, 493. — 5. *Hussar, A. E.:* Psychosomatic Med. 1968, 30, 374. — 6. *Kumar, K. Ga.:* Ann. Surg. 1976, 184, 2, 236. — 7. *Kokal, W.:* Surg. Gynec. Obstet. 1978, 146, 701. — 8. *Peter, M.:* Arch. Surg. 1972, 104, 787. — 9. *Rokiansky, C.:* Lehrbuch der Path. Anatomie. 3-d ed. (Wienna) 1951, 3, 168. — 10. *Ruskin, R. B.:* Gasztrointest. Endoscopy. 194, 21, 76. — 11. *Schreiber, H. W. Ö.:* Zbl. Chir. 1975, 100, 914. — 12. *Schweitzer, R. J.:* Amer. J. Surg. 1953, 85, 775. — 13. *Swartz, M. J.:* Gasztroenterology 1963, 44, 527. — 14. *Troitsky, A. A.:* Vestn. Khir. 1960, 60, 610. — 15. *Thoeny, R. H.:* Am. J. Roentgen. 1960, 38, 876. — 16. *Whitaker, M. G.:* Journal of the Royal Coll. 100, 914. — 12. *Schweitzer, R. J.:* Amer. J. Surg. 1975, Surg. Edinburgh. 1978, 23, 32.

Tekintse meg az  Bemutatótermében

(Budapest VI., Népköztársaság útja 36.)

Újdonságaink az orvostechnikában
kiállítást

1980. szeptember
17–26-ig

Nyitva: naponta
9–16 óráig

Szombat–vasárnap
zárva

Minden érdeklődőt szeretettel várunk!

Flexios contracturák diabeteses gyermekben

Barta Lajos dr.

Diabetesben gyakran fordulnak elő különböző fejlődési rendellenességek (2). A diabeteses anyagcserezavar ezen fejlődési rendellenességek túlnyomó többségére nincs befolyással. Feltehető azonban, hogy más esetekben a diabeteses anyagcserezavar lappangó fejlődési anomáliát provokál, ill. azt súlyosbítja. 1974-ben Rosenbloom és Frias (8) új, diabéteszel együttjáró tünetcsoportot írtak le, amelyre jellemző az alacsony termet és az ízületek merevsége. 1976-ban már több ilyen észlelésről számolnak be (3). A betegségre jellemző a flexiós contractura a kéz ujjaiában. Az eddigi megfigyelések szerint a tünetek már a betegség felismerésekor jelen lehetnek és a diabeteses kezeléstől függetlenek. A diabetes fennállásának időtartama viszont jelentős befolyást gyakorol a folyamatra. Az alábbiakban egy olyan esetet ismertetünk, amelyben diabeteses gyermekben progrediáló jelleggel contracturák fejlődtek ki.

Esetismertetés

Az 1958-ban született fiúgyermekben 1965 májusában állapították meg a diabéteszt. Diabétese igen labilis volt. Hypo- és hyperglykaemiás állapotok váltakozva fordultak elő. 1967-ben viszonylag gyorsan felszívódó haemorrhagia corpus vitreae-t, majd ezt követően még 1967-ben cataracta incipiens-t állapították meg, amely jelenleg olyan állapotban van, hogy a műtéti megoldás is szóba jöhet.

1971-ben került klinikánkra, mint igen nehezen kezelhető beteg. Hossza ekkor 135 cm, az elmaradás jelentős: 19 cm. Súlyja 34 kg, ami a hosszhoz képest 5 kg többletet jelent. A máj 4 ujjal meghaladja a bordaívét. A sűrűn ismétlődő acidosisok miatt Mauriac-szindrómát tételeztünk fel. A kisujj kamptodaktyliája már fennállt, de ez nem volt még feltűnő. A továbbiakban azonban 1973–77 között a folyamat mindinkább progrediált, a hüvelykujj kivételével a többi ujjra is kiterjedt. Az elvégzett vizsgálatok nem derítettek fényt a betegség eredetére. A kiegészített anamnézis szerint már csecsemőkorban észrevettük, hogy a kisujj görbébb volt, továbbá a nem diabeteses leánytestvér kisujja contracturában van. Az 1978-ban megismételt vizsgálatok szerint a folyamat már a hüvelykujjra is kiterjedt (1. ábra). A beteg az ujjait képtelen kinyújtani. A bőr az ujjak felett feszes, duzzadt. A röntgenfelvétel szerint a csontokban, ízületekben elváltozás nincs, csupán a csontok csökkent mélytartalmáig figyelhető meg (2. ábra). A neurológiai vizsgálat: Agyidegek épek. Felsővégtagi sajátreflexek renyhék, alsóvégtagiak kiestek. Atrophia, paresis nem mutatható ki. Az alkari flexorok tömöttebb tapintatúak, ugyanígy a térdhajlítók is, főleg a jobb oldali medialis csoport (semitendinosus, semimembranosus). Sensibilitás ép. Mozgáskoordináció ép. Kézujjak flexiós contracturája nem neurológiai eredetű,



1. ábra

tű, hanem az izmok fibrosisán, az inak és esetleg az ízületek elváltozásán alapszik. Jelzett contracturaképződés az öregujjakban is megindult. Az izomfibrosis főleg a jobb oldali térdhajlítókban kifejezett. Ez pseudo-Lasegue-tünetet eredményez, amennyiben a nyújtott lábak emelését 40 fokon túl meggátolja anélkül, hogy gyöki fájdalom keletkeznék, ill. térd-csípőízületi elváltozás lenne jelen. Az elváltozás nem tűnik veleszületettnek, hanem csak az utóbbi években alakult ki progresszív jelleggel. A tenyér fasciájának vastagsága nem állapítható meg. A Dupuytren contractura biztonsággal kizárható volt.

Az orthopaediai vizsgálat: Mindkét oldali könyökben 5 fokos flexiós contractura van, a kezek enyhe ulnaris abductióban vannak. Az ujjak interfalangialis ízületeiben enyhe fokú, különböző mérvű flexiós contractura van, a hüvelykujj abductiója korlátozott. A lumbalis gerinc- és csípőízületek mozgása minden irányban korlátozott. Térdreflexiója nem teljes, sőt az ízületek mozgása minden irányban korlátozott. A bőrgyógyászati vizsgálat szerint: testszerte naevi pigmentosi és naevi verrucae pigmentosi. Pernio. (Lábfejek livid színes, piros foltokkal.)

Tekintettel arra, hogy a jobb oldali térdhajlítók izomban feltételezhető a fibrosis, e helyen izombiopszia



2. ábra

történt. A mikroszkópos vizsgálat szerint kóros elváltozás nincs.

A támasztószövet merevsége a tüdő kapacitását is befolyásolhatja, emiatt az Országos Munka- és Üzemegészségügyi Intézet Légzésfunkciós Laboratóriumában légzésfunkciós vizsgálatokat végeztek. A vitalkapacitás csökkent, 3375 ml, várható érték: 4700 ± 1200 . A residual volumen a normál érték felső határán van. PWC_{170} : 88 W, jóval a normál érték alatt (1). (PWC_{170} alatt értjük a kerékpár ergométerrel 170 pulzust okozó terhelést Wattban kifejezve.)

Egyéb vizsgálati leletek: vérsüllyedés: 3 mm/h, májfunctiós próbák normálisak, immun-elfo eltérés nélkül. Antinuclearis antitest, antimitochondriális antitest, simaizom elleni antitest és HBsAg: negatív.

A 21 éves beteg testhossza 160 cm, súlya 49 kg (16 éves korában hossza 146 cm, súlya 38 kg), vérnyomása: 120/70 Hgmm, vizeletben fehérje nem mutatható ki.

Fan- és hónaljszőrzet kifejezett. Arcon nincs szőrnövekedés. Nemi fejlődés lassult volt. 13 éves korban 3 éves elmaradás volt a csontfejlődésben. Normál XY karyotypus. Napi insulinszükséglete: 68 E insulin (24 E actrapid, 44 E Lente).

Megbeszélés

Esetünkben a *Rosenbloom és mtsai* által (3, 8) — a diabetes kapcsán — leírt ízületi contracturás állapot csaknem valamennyi tünete felismerhető. A növekedés lassult volt, a mozgási korlátozottság, amely kezdetben csak a kéz kisujján volt felismerhető, a kéz minden ujjára, de még több ízületre is kiterjedt. A folyamat a diabetes időtartamának megnyúlásával progrediált. A betegnél a tünetcsoport új tüneteként a tüdő vitalkapacitásának csökkenését észleltük.

Grgic és mtsai szerint (3) genetikai és anyagcsere eredetű tényezők szerepelnek a contracturák kifejlődésében. Esetünkben a negatív hisztológiai lelet arra utal, hogy a kötőszövet szerkezeti, biokémiai elváltozásai miatt csökkenhet a rugalmasság, ahogy ezt *Rosenbloom és mtsai* is feltételezik. Eltérés az ízületekben nem sikerült kimutatni.

Észlelésünk is arra utal, hogy genetikai eredet áll fenn. Betegünknek már csecsemőkorban megfigyelték a kisujj rendellenes tartását és a család nem diabeteses tagjánál hasonló elváltozás fordul elő. A kötőszövet állapotára a diabeteses anyagcse-

rezavar feltehetőleg befolyással bír és ennek gyakorlati jelentősége is egyre inkább előtérbe kerül. *Pogátsa és mtsai* (7) mutatnak rá állatkísérleteikben, hogy diabeteses állapotban a kötőszövet merevvé válása a szív működés zavarához vezet. Esetünkben megállapított csökkent tüdőkapacitás *Schuyler és mtsai* (9) szerint ugyancsak a kötőszövet csökkent rugalmasságának következménye.

Több szerző utal a diabeteses érrendellenességekre és a kötőszöveti elváltozások közötti kapcsolatra (4, 6). Gyermekekkori diabetesben az észlelt contracturák újabb adatokat szolgáltatnak amellet, hogy a támasztószövetben végbemenő elváltozások a diabeteses beteg sorsára döntő befolyással lehetnek (7).

Bekény György, dr. egyetemi docensnek (Simmelweiss OTE Neurológiai Klinika, Bp.), *Vizkelety Tibor* dr. egyetemi docensnek, (Orthopaediai Klinika, Bp.), és *Galgóczy Gábor* dr. tudományos munkatársnak (Országos Munka- és Üzemegészségügyi Intézet) köszönetemet fejezem ki az elvégzett szakvizsgálatokért.

Összefoglalás: Diabeteses fiúgyermek kezujjában és több más ízületben is a szerzők mozgáskorlátozottságot állapítottak meg. Bár a kisujj finom contracturája a diabetes felismerésekor már megállapítható volt, csak a diabetes fennállása után 8 évvel vált nyilvánvalóvá a folyamat, progrediáló tendenciával. Az eddigi vizsgálatok szerint az elváltozások a kötőszövet merevvé válásával kapcsolatosak. Esetünkben a tüdő vitalkapacitása is csökkent volt.

IRODALOM: 1. *Apor P.*: Orv. Hetil. 1977, 118, 1345. — 2. *Creutzfeldt, W., Köbberling, J., Neel, J., V.*: The Genetics of Diabetes Mellitus. Springer Verlag, 1976. — 3. *Grgic, A. és mtsai*: J. of Ped. 1976, 88, 584. — 4. *Grgic, A. és mtsai*: N. Engl. J. Med. 1975, 292, 372. — 5. *Lundbaek, K.*: Acta Med. Scand. 1975, 158, 445. — 6. *Pillsbury, H., C. és mtsai*: Amer. Heart J. 1974, 87, 783. — 7. *Pogátsa G., Bihari-Varga M., Szinay Gy.*: Acta Diab. Lat. 1979, 16, 129. — 8. *Rosenbloom, A., L., Frias J., L.*: Clin. Res. 1974, 22, 92A. — 9. *Schuyler, M., R. és mtsai*: Amer. Rev. Resp. Dis. 1976, 113, 37.

MEGRENDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett

az ORVOSI HETILAP-ot

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



Dr. Takátsy Gyula (1914—1980)

Dr. Takátsy Gyula 1980. március 12-i halálának híre bizonyosan mélységes megrendülést keltett mindazokban, akik tudják, hogy ő volt annak a zseniális mikrotitrálási technikának a feltalálója, melyet ma már számtalan változatban az egész világon használnak a mikrobiológiai, immunológiai és klinikai laboratóriumokban.

1914-ben Magyaratádon született. Orvosi tanulmányait a Pécsi Orvostudományi Egyetemen végezte 1932 és 1938 között. Diplomájának megszerzése után 1942-ig ugyanezen egyetem Közegészségtani Intézetében, majd haláláig az Országos Közegészségügyi Intézetben dolgozott. 1942 és 1948 között a kiütéses tifusz elleni és más vakcinák termelésében működött közre, majd 1948-tól a Víruskutató Osztály tudományos dolgozója lett. 1957 és 1977 között vezette az osztály Influenza-laboratóriumát, mely egyebek mellett ellátta az EVSZ Nemzeti Influenza Központjának feladatait. 1977-ben nyugdíjba vonult, de tudományos tanácsadóként változatlan energiával segítette ennek a laboratóriumnak kutató- és gyakorlati munkáját.

Viroológusi pályájának kezdetén a virológia a máig is tartó második aranykora előtt állt és maga sem sejtette, hogy az aranykor diadalainak egy részében neki is jelentős szerepe lesz. A háború utáni évek nyomasztóan szegényes laboratóriumi körülményei vették körül, amikor még elegendő pipetta és kémcső sem volt a vizsgálatokhoz. Éppen ennek az elkésztő szegénységnek az indíttatására fogant meg fejében és született meg kezében a pipettát helyettesítő spirál kacs és kémcsövet helyettesítő mélyedésekkel ellátott lemez, melyek végül is nem póteszköznek bizonyultak, hanem megteremtették a korszerű mikrohígításos módszerek lehetőségét. Sajnálatos, hogy ötvenes évek elején nem sikerült sem az általa feltalált eszközöket, sem a módszert szabadalmaztatnia, a találmányokkal és feltalálókkel kapcsolatos akkori hibás nézetek miatt. Így szabadalmi oltalom nélkül magyarul 1950 és 1952-ben az



Acta Microbiologica-ban közölte azokat. Zseniális módszere azonban csak azt követően váltott ki általános érdeklődést, hogy 1962-ben amerikai szerzők beszámoltak alkalmazásáról. Dr. Takátsy emberi nagyságát mutatja, hogy őszintén örült módszere világméretű elterjedésének annak ellenére is, hogy prioritását igyekeztek elhallgatni vagy eltorzítani, és hogy anyagi előnye alig származott abból.

Hazai és nemzetközi tudományos tekintélyét azonban nemcsak ezzel a metodikai forradalmassal teremtette meg. Az 50-es évek elejétől lankadatlan szorgalommal, elmélyültséggel és módszer-tani leleményességgel kutatta az influenzavírusok antigénszerkezeti és biológiai tulajdonságainak változását; a különböző influenza-vírustörzsek patológiai és járványtani jelentőségét; kollaborációban az influenzavírusok ökológiáját; továbbá az influenza elleni vakcinák előállításának technológiájára, ellenőrzésük módszereire és hatékonyságukat befolyásoló tényezőkre vonatkozó problémákat. E kutatásai eredményeiről mintegy 50 közleményben és 1960-ban megvédett kandidátusi értekezésében számolt be. Ezek értéke nemcsak idézetségük gyakoriságával volt lemérhető, hanem azzal is, hogy évente több külföldi tanulmányutas és látogató kívánta őt és laboratóriumát, az általa használt módszereket megismerni.

Kutatásainak eredményeit közvetlenül hasznosította mind a gyakorlati vírusdiagnosztikai, mind

az oltóanyag-termelés feladatok megoldásában. Keves ország dicsekedhet azzal, hogy az 50-es évektől nyomon követték a influenzajárványok etiológiáját a járványtani elemzés, bizonyos prognosztika és nem utolsósorban hatékony vakcina termelése érdekében. 1960-tól Dr. Takátsy személyes részvételével, maroknyi laboratóriumi személyzettel és sokáig korszerűtlen laboratóriumi körülmények között évről évre átlagosan 0,5 millió adag inaktivált oltóanyag készült, melynek minősége és összetétele az átlagos világszínvonal feletti volt a termelési technológia rendszeres fejlesztése és a termelésre kiválasztott törzsek tudományosan megalapozott kiválasztása eredményeként.

Egyidejűleg kutatni, gyakorlati diagnosztikai munkát végezni és oltóanyagot termelni olyan feladat, melyet csak az tud teljesíteni, aki elhivatottságot érez és akinek a munka jelenti az életet. A laboratóriumi munkaasztal, a laboratóriumi környezet nélkülözhetetlen volt számára még akkor is,

mikor maga már keveset dolgozott manualisan. Tudását, tapasztalatait, miként zseniális mikromódszerét is igyekezett önzetlenül átadni munkatársainak, hazai és külföldi kutatóknak. Távol állt tőle a fellengzős teoretizálás, de megvolt benne az a képesség, hogy elméleti tudásának és gyakorlati tapasztalatainak ötvözésével ítéljen, cselekedjen, vagy adjon tanácsot másoknak.

Munkásságának hivatalos elismerését jelzik a Munka Érdemrend ezüst fokozata, a Kiváló Orvos, Aranyjelvényes Kiváló Feltaláló és Kiváló Újító, valamint a Manninger Emlékérem kitüntetések.

Méltónak érezzük csengeneni Radnóti sorait az ő elvesztésekor is:

„... voltál mester
és példakép; Hivő, igaz, okos;
a munkáló idő emel ma már,
hiába omlik rád sír földje most.”

Dömök István dr.



BESZÁMOLÓK, JEGYZŐKÖNYVEK

II. Német—Skandináv Symposion (Koppenhága 1980. április 18—19.)

Meghívottként részt vettem a Koppenhágában rendezett II. Német—Skandináv Symposionon, amelynek témája a *parenteralis táplálás* volt. A Symposion tudományos vezetője német részről prof. W. Ahnefeld, az Ulmi Orvostudományi Egyetem Anaesthesiológiai Központjának vezetője, svéd részről a stockholmi Bo Sjöberg professzor volt. A Symposionnak kb. 250 résztvevője volt, döntően anaesthesiológus-intenzivisták, de a táplálás kérdéseiben érdekelt sebészek, belgyógyászok, gyermekgyógyászok is szép számmal jelentek meg a skandináv országokból, NSZK-ból, Ausztriából és Svájból. A szocialista országokból rajtam kívül az NDK-ból és Csehszlovákiából hívtak meg vendégeket.

Bevezető referátumában Ahnefeld professor elmondotta, hogy hála a több mint két évtizedes szívós felvilágosító munkának, számos konferenciának, symposionnak, továbbképző tanfolyamnak, az orvosok — akik korábban viszonylag kevés figyelmet szenteltek a parenteralis és enteralis táplálásnak — kezdenek érdeklődni a probléma iránt és ami még fontosabb, azt a specifikus kezelést mellett a gyakorlatban mindinkább alkalmazzák. Hangsúlyozta annak fontosságát, hogy a beteg, aki kórházban műtetre vár és kivizsgálások miatt koplalni kényyszerül, aki étvágytalansága és esetleg praerombid állapota miatt energetikai deficitbe kerül, már a műtét előtt és után közvetlenül is részesüljön a kalória- és fehérjeháztartás szükségleteinek kielégítésében. Bizonyítást nyert, hogy a táplálkozás megszűnése esetén a szervezet könnyen mobilizálható energiaraktárjai 12—16 óra alatt kimerülnek és ezért a vitalis funkciók működéséhez nélkülözhetetlen energiaszükséglet fedezése csak a zsírok és nagyjából a fehérjék lebontása árán — rendkívül gazdaságtalanul — biztosítható. Megdőlt az az állítás, miszerint néhány napos koplalás műtét előtt, avagy műtét után nem káros. Téves — és a betegre nézve veszélyes — az a szemlélet, amely a szervezetnek az élettani körülmények között jelentős fehérjetartalmából indulva ki, nem tartja hátrányosnak azokat a nitrogén- (fehérje) veszteségeket, amelyek sebészeti beavatkozások, vagy trauma során létrejönnek. Munro és mások már évekel ezelőtt kimutatták, hogy a kalóriahiány indukálta glükoneogenezis során a fehérjék kataboliz-

musának sorrendjét nem azok mennyisége, hanem lebontási ideje határozza meg. Kimutatták, hogy a koplalás első 24 órájában jelentősen csökken a bél és a máj vitális jelentőségű enzimjeinek szintje, mivel ezeknek a specifikus fehérjéknek a lebontási ideje az izomfehérjékhez képest lényegesen gyorsabb. Míg a simaizom lebontási ideje 5, a szívizomé 11, a harántcsíkt izomzaté 61 nap, addig az ún. *funkcionális* proteinek (máj, vese, stb.) lebontási ideje 6—14 óra. Fehérjehiány esetén az utóbbiak újraképződése nagymértékben lelassul. Energiahiányos állapotban kezdetben nem az izomszövetből, és más ún. *strukturális* fehérjékből képződik glükoneogenezis útján szénhidrát (energia), hanem elsősorban a *funkcionális* fehérjékből, az enzimek, a belyálcakapó, a máj és a vesehámszövetek fehérjéiből. Éppen azokból a szövetekből, amelyek a vitalis szervek zavartalan funkciói szempontjából döntő jelentőségűek. Ez a folyamat a negatív nitrogénegyenleg ismert hátrányain túl az enzim és immunfehérjék deficitjéhez is vezet. Ezt a kóros állapotot lehetőleg már a műtét előtt megfelelő — ha szükséges, parenteralis — táplálással korrigálni, vagy legalábbis csökkenteni kell.

Az előadását a neves angol sebész, lord Moynihan frappáns idézetével zárta: „Surgery has been made safe for patient — now we must make safe the patient for surgery”. („A műtétet már biztonságossá tettük a beteg számára, most a beteget kell biztonságossá tenni a műtét számára.”) A további előadások a központi téma egy-egy részterületét tárgyalták.

Érdekes, új szempontokat felvető volt Seelina (Ulm) előadása, amely felhívta a figyelmet, hogy a hosszan tartó parenteralis táplálás esetén a víz-, só-, energia- és fehérjeháztartás szükségleteinek fedezésén túl feltétlenül gondoskodni kell az ásványi anyagok, nyomelemek, a vízben és olajban oldódó vitaminok pótlásáról is. Nagy jelentősége van a homeostasis szempontjából a magnézium, a foszfor, a cink, a vas, a réz, a mangán adásának, valamint a normális táplálékban meglévő, de a parenteralis táplálékokból hiányzó vitaminoknak is. Különösen a foszfor pótlása fontos, mert a szénhidrát anyagcseréjében, tehát az energiatermelő folyamatokban jelentős szerepet játszik. Egyben beszámolt a nyomelemek és vitaminok túladagolásának szövődményeiről is.

Dietze és mtsai (München) előadásában az energia hiányállapot alatti anyagcserevátozásairól számolt be eredeti kísérletek alapján. Alátámasztotta, hogy az idegsejtvet sejtjei energiaforrással nem csupán szénhidrátot — mint ezt régebben gondolták — hanem ketontesteket is képesek felhasználni.

Froesch (Zürich) előadásában hangsúlyozta, hogy parenteralis táplálás során még jelentős mennyiségű szénhidrát alkalmazásakor sem indokolt az esetek többségében az insulin adása. Polytraumatisációkor, septikus állapotokban, súlyos égések esetén azonban, amikor az endogén insulin képzés a fokozott sympathicotonia és következményes magasabb katecholamin szint miatt csökken, általában nagy adag insulin adása szükséges. Az insulinhiány veszélyes hyperglykaemiához, glükozuriához és így energiavesztéshez vezet. Előadásában érdekes állítás volt, hogy a napi egy-két liter 5%-os glükóz (50—100 g cukor) adagolásának az anyagcserekövetkezményei károsabbak, mint ha a beteg egyáltalában nem kapna glükózt. Ez a mennyiség egyrészt a napi kalóriaszükséglet fedezése szempontjából nem elegendő, másrészt a glükózinfúzió folyamatosan stimulálja a pancreas insulin képzését, amely viszont gátolja a lipolysist. Ennek következménye az alacsony szabad zsírsavszint a vérben, és ezért a szervezet a szükséges kalóriák megszerzését — miután sem szénhidrát, sem zsír kellő mennyiségben nem áll rendelkezésre — glükoneogenesis útján, a fehérjék átalakítása révén kénytelen biztosítani. A következmény a negatív nitrogénegyenleg. A korszerű és eredményes táplálás a szénhidrátok, zsírok és aminosavak — szükség esetén insulinallal kiegészített — megfelelő arányú adagolásával valósítható meg.

Kult (NSZK) az akut és idült veseelégtelenségben szenvedők parenteralis táplálásáról számolt be. Hangsúlyozta, hogy megfelelő mennyiségű kalóriát tartalmazó oldatokkal visszazsírtható az energiaszükségletnek a szöveti fehérjék lebontása és átalakítása — tehát glükoneogenesis — útján történő fedezésének a folyamata. Ez azonban a beadható volumen korlátozottsága miatt csak igen magas koncentrációjú, még 70%-ot is elérő hyperosmolaris szénhidrát oldatokkal lehetséges. A kizárólagos szénhidráttáplálás káros következményei zsíremulziók adásával ellensúlyozhatók. Már néhány nappal a parenteralis táplálás kezdése után 1—1,5 g/testsúlykg/nap zsír adásával a szénhidrátmenviségének egy részét fellehet cserélni. A kalóriaszükséglet biztosítása mellett az esszenciális aminosavak kellő — napi 20—30 g — mennyiségben adagolva — egyébként fehérjeszegény diéta mellett — elősegítik, hogy az ana-

bolikus folyamatokban a szükséges nitrogén az ún. maradék nitrogén anyagokból a nem esszenciális aminosavak képzéséhez kerüljön felhasználásra. Ilyen módon csökkenthető a CN emelkedése és ritkítható a dialízise száma.

Kleinberger és mtsai (Bécs) a májelégtelenségben történő táplálásról tartottak előadást. E betegek kalóriaszükségletének parenterális fedezése eddig döntően szénhidrátokkal — glukózzal, valamint fruktózzal és xilittel — történt. Az utóbbiaknak a perifériás felhasználása csak a májban glukózzá történő átalakulása útján lehetséges, erre azonban a beteg májsejtek nem képesek. Kizárólagos glukóz adása viszont fokozott insulinképződést vált ki. A felesleg inzulin az elégtelenül működő májsejtek csak időben elhúzódva képesek elminálni, ami a glukóz infúzió elhagyása esetén súlyos hypoglykaemiához vezethet. Az insulín gátolja a lypolysist és ezáltal csökken a zsír mobilizálása és felhasználása. Túbiopsiás szövetvizsgálatokkal kimutatták a máj zsíros degenerációját kizárólagosan szénhidrátokkal történő táplálás után. A zsír a májban gátolja a cukorból történő zsírképződést és ezzel megakadályozza a májsejtek elzsírosodását. Ha a kalória-hordozók közül a zsír csak 5%-ban képviselt, a szénhidrátoknak zsírrá történő átalakulása 30%-ról 0,5%-ra esik vissza. Ez a jelenség azzal magyarázható, hogy az extrahepatikus lipoprotein lipáze aktivitásának kb. 1/3-át képviseli, elegendő a zsíremulzióval bevitt trigliceridák bontásához. Ez a folyamat minden olyan szövetben végbemegy, amely képes a trigliceridákat értékesíteni, így elsősorban zsírszövetben, az izomszövetben és a vékonybél mucosájában. A szójababólajból előállított zsíremulzió 54% linolensavat tartalmaz, amely az esszenciális zsírsavak közé tartozik. Adásával pótolható a májelégtelenség következtében leromlott szervezetben annak hiánya, másrészt lehetővé teszi, hogy a szükséges kalóriamennyiség fedezése ne kizárólag szénhidráttal történjék.

A fentieknek kívül elhangzottak még előadások a koraszülöttek (*H. Paust*, Berlin), a gyermekkor (*prof. Shmerling*, Zürich), az idegsebészeti betegek (*prof. W. Wesmann*, Giessen), a súlyosan égettek (*prof. Liljedahl*, Linköping, Svédország), továbbá a tumoros, colitis ulcerosás betegek parenterális táplálásáról. Elhangzott néhány egvelőre kísérleti stádiumban levő munkáról szóló előadás, mint pl. a koraszülöttek RDS megakadályozására a zsíremulzióknak intraamniotikus adásának jelentőségéről, továbbá a somatotrop hormon hatásáról a polvtraumatizáltak anagcserejére. Az előadásokat kerekasztal-konferencia követte a szakma ki-

emelkedő személyiségeinek részvételével. A moderátor *Ahnefeld* professzor volt. A központi téma itt is a súlyos állapotok parenterális táplálása volt. A vita, amelyben a hallgatóság nagy számban és aktívan vett részt, 3 órát tartott és az egyes előadásokban nem kellően tisztázott kérdések elmélyítésére, ill. megvitatására is sor került.

Az előadásokból, a vitákból, az egész légrétegből látható volt, hogy az operatív és nem operatív szakmák orvosai világszerte kezdik felismerni a betegek táplálásának a jelentőségét. Érdekes és rendhagyó módon e téren a lehetőségek az igényeket megelőzték. Már az 1950-es évek elejétől kikísérletezték és betegeken ki is próbálták a különböző szénhidrát oldatokat és zsíremulziókat, a szükségletekhez adaptált aminosav készítményeket, vitaminokat, ásványi anyagokat és nyomelemeket tartalmazó oldatokat, amelyek segítségével még a súlyosan leromlott, vagy hyperkatabolizmus állapotában levő betegeket a fiziológiához közel egyenlő értékű táplálékkal el lehet látni. Ezek a kereskedelmi forgalomban levő oldatok korlátozás nélkül állanak rendelkezésünkre. Ennek ellenére eddig még a fejlett egészségügygel rendelkező országokban — így hazánkban sem — tulajdonítottak e kérdésnek kellő fontosságot. Az USA-ban a zsíremulziókat 1963-tól, egy kedvezőtlen összetételű készítménnyel szerzett rossz tapasztalat miatt nem is forgalmazhatták. 1978-tól azonban az FDA engedélyezte a szójababólajból készült zsíremulziók gyártását és forgalmazását. Már eddig is tekintélyes számú közlemény számolt be a kedvező tapasztalatokról. Feltételezhető, hogy ez a tény bizonyos orvosi körök fenntartását a zsíremulziókkal szemben megszünteti és a készítmény iránti kereslet emelkedni fog.

Megítélésem szerint hazánkban is várható a közeljövőben a mesztérségek (szonda és parenterális) táplálás iránti igény fokozódása és annak — specifikus terápia mellett — mind szélesebb körben történő alkalmazása.

A symposion után vasárnap és hétfőn meglátogattam Koppenhága két legnagyobb és legkorszerűbb kórházát. E kórházak közül a Herlev-i a Koppenhága megyei tanács, a Hvidovre-i városi tanács kórháza. Mindkét kórházat az 1960-as évek végén, a konjunktúra csúcsán kezdték el építeni és ennek megfelelően az építési költségek csak koronamilliárdokban fejezhetőek ki. És bár a gazdasági visszaesés következtében azokat nem tudják teljesen befejezni — jelenleg csak 800—800 ágyval működnek — ismereteim szerint e kórházak jelenleg Európa legkorszerűbb kórházai közé tartoznak.

A két kórház két teljesen ellenértékes építészeti koncepció szerint épült. A megyei kórház hotelrésze

(kórtermek) egy 25 emeletes felhőkarcolóban helyezkedik el, míg a diagnosztikai-ellátó rész egy két emeletes lepény formájú épületben nyert elhelyezést. A városi kórház ezzel szemben egy alacsony központi 4 emeletes (2 emelet a föld alatt, 2 a föld felett), 600 méter hosszú épületből áll, amelynek a föld feletti emelete lényegében az összekötő folyosó szerepét tölti be és amelyre 120 méterenként merőlegesen 5 rövidebb, kétemeletes épület mintegy „felfűződik”. Ezekben a betegosztályok helyezkednek el. A föld alatti első emelet a diagnosztikai-ellátó részt (műtők, járóbeteg-rendelés stb.) foglalja magába, az alatta levő emelet pedig 1200 autót befogadó parkoló. A kettő között a műszaki blokk helyezkedik el.

Mindkét kórházat a luxus kivitelezés, a működést biztosító rendszerek abszolút celszerűsége és gyakorlatiassága jellemzi és olyan berendezés, amelyek a betegek és a személyzet kényelmét és a munka megkönnyítését szolgálja.

Érdeklődésemnek megfelelően időm döntő részét a kórházak intenzív osztályain és a Hvidovre-i kórház műveseállomásán töltöttem.

Az interdiszciplináris jellegű intenzív osztályokra építészeti szempontból jellemző a nagy terület (1200 m²), a központi megfigyelő-kiszolgáló rész köré kialakított 1—2 ágyas kórtermek egymástól izolálható rendszere. Mindkét osztály 20 ágyas, jelenleg azonban egyikben 12, másikban csak 8 ágyat tudnak — személyzet hiánya miatt — működtetni. Az osztályokra a magasfokú és legkorszerűbb műszerezettség a jellemző, amely a vitális paraméterek kiterjedt és folyamatos monitorálását biztosítja. Ide tartozik az artériás és vénás nyomás véres úton történő folyamatos mérése; a vérégek, a szérum és vizelet Na⁺ és K⁺ szint, az EKG, a légzés-szám és a hőmérséklet mérése is szakaszosan folyamatos. A termodilúció elvén alapuló keringő vérvolumen meghatározás, az a. pulmonalis kapilláris éknyomása, a szívindex meghatározása is rutin eljárás. A rendkívül kiterjedt és gyakran végzett laboratóriumi vizsgálatok megkönnyítik a beteg állapotának pontos értékelését. Mindkét osztályon a számítógépek alkalmazása a mindennapok valósága. Lélegeztetés céljából mindkét osztályon az Elema—Siemens Servoventillátorokat használják.

A nephrológiai osztály járóbeteg dializáló állomásán folyamatosan 90 krónikus veseelégtelenségben szenvedő beteget dializálnak. Az állomáson 40 db Gambro típusú (svéd) dializáló készülék van. Az osztályon a heti többszörös, rövid idejű dializálással jó eredményt láttak: szükség esetén napi két ízben 3—3 órát dializálnak.

Az osztály a bejáró betegeken kívül még 12 beteg *otthoni dialízisét* is biztosítja. A beteg a kórház-tól kölcsönkapja a készüléket, amely hagyományos Gambro készülék READY systemával kiegészítve, és amelynek alkalmazásához csak 5 és fél liter dializáló oldatra van szükség. Az elfolyó dializáló oldat útjába egy absorbeáló kapszula van közbeiktatva, amely a dializált salakanyagokat leköti; mintegy „megtisztítja” a dializáló oldatot. Egy beteg otthoni dialízisét én is végignéztem. Ez a beteg teljesen önellátó volt, hozzátartozója segítségével állította be a készüléket, 4 óráig dializálta magát. Ezt heti két ízben munka után végezte. Amennyiben változatosabb étkezést kívánt, úgy a dialízisek számát megemelte. Kéthavonként bejárt ellenőrzésre a kórházba. A friss oldatot, ill. az elhasznált anyagokat a kórház kocsija hetenként egyszer hozta, ill. vitte. Olyan betegről is beszámoltak aki a 600. otthoni dialízisnél tart. Valamennyi beteg aktív, társadalmilag hasznos tevékenységet folytat.

Dániában jelenleg 700 krónikus vesebetegét dializálnak folyamatosan és 650 vesetransplantált beteget tartanak nyilván. Megszűnt a dialízis javallatainak helyhiány miatti beszűkítése. Akinek szüksége van dialízisre, azt dializálják korra és betegségre való tekintet nélkül.

A vesetransplantációs szervezet is jól működik. Rendkívül érdekes, számunkra megszívlelendő álláspontjuk, hogy a transplantációra a donort még egy hetes intenzív kezelés után is alkalmassá találják, nem úgy, mint a mi gyakorlatunkban, amely szerint 48 órán túl intenzíven kezelt beteget donornak alkalmatlannak minősítünk. Ha a fenti elvet magunkévá tennénk, nagymértékben lehetne növelni a vesedonorok számát.

Varga Péter dr.

Az „International Biliary Association” II. Évi Kongresszusa (1980. június 5–7., Maastricht, Hollandia).

A szervezés munkáját J. M. Greep a Limburgi Egyetem sebészprofesszora vállalta. A tudományos ülést a város központjától néhány száz méterre levő Eurohal helyiségekben tartották. A háromnapos tudományos program során több kerekasztal-megbeszélés volt, amelyeket a témához csatlakozó 10 perces előadások követtek.

Az első két kerekasztal- és a kísérő előadások témája az *epeúti kövesség kezelése* volt. Bilio-ditiv anastomosis, transduodenális

sphincterotomia indikációi, a choledochus primer, vagy Kehr-cső feletti zárása jelentették sebészi szempontból a legizgalmasabb kérdéseket. Általánosságban az mondható, hogy idősebb beteganyag, továbbá recidív epeúti kövesség esetében a lényegesen kisebb megterhelést jelentő choledochoduodenostomiát favorizálják. Azok, akik a közös epevezetékét csak T-cső felett zárják, azon a véleményen vannak, hogy a T-csőves kontroll cholangiographia még egy lehetőség az epeút-rendszer kómentességének bizonyítására. Blumgart (London) úgy véli, hogy megfelelő vastagságú T-cső behelyezése lehetővé teszi a csövön át a residuális kövek eltávolítását az Olympus-cég által szerkesztett speciális „Dormia-kosár”-szerű kőfogó segítségével (pl. hepaticolithiasis műtete után) avagy kőoldás megkísérlését.

Több előadás foglalkozott a *choledochus intraoperatív vizsgálatával*. Mi ad nagyobb biztosítékot arra vonatkozóan, hogy valamilyen követ eltávolítottuk-e az epevezetékben; az intraoperatív radiológiai vizsgálat, a choledochoscopy, vagy esetleg a két vizsgálat együttes alkalmazása. Többen, így Berci (Los Angeles) úgy vélik, a műszeres vizsgálat előnye, hogy az eszköz egyúttal kőeltávolításra, sz. e. biopszia vétele is alkalmas, míg a radiológiai vizsgálat — különösen célzott formája — képet ad az intrahepatikus epeutak állapotáról is.

Az *endoscopos úton történő kőeltávolítás* alapfeltetele az EPT (endoscopos papillotomia), melyet világszerte egyre gyakrabban alkalmaznak epeúti kőeltávolításra. Az NSZK intézeteiben közel 4000 ilyen beavatkozás történt, mint erről Seifert (Koblenz) beszámolt. A vizsgálat szövődénye — nagy anyagban — 6–7% (vérzés, perforatio, cholangitis stb.), a mortalitás 1–2% között mozog. Wiechel (Stockholm) raritásként beszámolt arról is, hogy kis számban már vannak tapasztalatok percutan transhepatikus úton végzett kőeltávolítással, sőt az ilyen módon bevezetett eszközzel a sphincterotomia is elvégezhető a papilla choledochus felé néző oldaláról.

Klinkhamer (Utrecht) referátumában az *epehólyag és az epeutak megbetegedéseinek preoperatív, non-invasív vizsgálati lehetőségeit* fejtegette. Az intravénás cholecysto-cholangiographia csak az esetek 80–85%-ában bizonyító erejű az anicterikus beteganyagban. A grayscale ultrahang vizsgálatnak mindennaposra kell válnia, hogy kétséges esetekben kiegészítse a hagyományos radiológiai vizsgálá-

tot. Szükség esetén a komputer tomographia pontosíthatja a diagnózist, sőt még az epeelválasztás sebességét, esetleges mechanikus elfolyási akadály helyét, parenchymás elválasztás zavarait is tisztázhatja.

Külön kerekasztal-megbeszélés tárgyát képezte az *epeúti rákok* kérdése. Újdonságot egy palliatív kezelési lehetőség jelentett. Wiechel (Stockholm) számolt be arról, hogy flexibilis műanyag draint (endoprothesis) vezetnek percutan a intrahepatikus epeutakon át a choledochusba, „átfúrva” az ott levő, esetleg már stenotizáló, icterust okozó tumort. Az eljárás a PTC analógiájára a PTE (percutan transhepatikus endoprothesis) nevet nyerte el. Így a beteg desicte-rizálódik, az epe „belső shuntön” át jut el a duodenumba, a külső, művi episipoly a vezetődróttal eltávolításával megszüntethető.

Az *epekő-oidás* kérdéséről Bouchier (Dundee) tartotta a bevezető referátumot. Kifejtette, hogy siker csak a tiszta cholesterol-epekővel bíró betegek esetében várható. Európában, valamint a Közel- és Táv-Keleten kevés a csak cholesterolin kövel bíró beteg. Ez a beteganyag legnagyobb számban az észak-amerikai kontinensen fordul elő, Chenodeoxycholsav, ursodeoxycholsav, cholsav, Rowachol, béta-glycerphosphat, phenobarbital azok az anyagok, melyek a cholesterolin epékövet feloldhatják 6–12 hónapi kezelés után. Szigorú indikatio alapján válogatott néhány százas beteganyagban kb. 50%-ban észlelte a kövek feloldódását, ill. jelentős megkisebbedését. Véleménye szerint az epékövesség megoldása az esetek túlnyomó többségében ma is a sebészek és az endoscopos szakemberek kezében van.

Az *epekőbetegségnek, mint népbetegségnek a medico-financialis kihatásairól* Greep (Maastricht), Bengmark (Lund), és Glenn (New York) számoltak be. Kiderült, hogy Európában és Észak-Amerikában évente a lakosság újabb 5 ezreléke lesz epéköves, és a sebészeti osztályok leggyakoribb műtétévé válik az epékövesség gyógyítása. Így az Egyesült Államokban évente 7 milliárd dollárt fordítanak az epéköves betegek gyógyítására, és ez az összeg csak a kivizsgálást, kórházi kezelést, ill. műtétet foglalja magába, nem számítva az évente jelentkező kb. 700 000 újabb „epebeteg” termelésből történő kiesését.

A kitűnően megrendezett kongresszusnak méltó külsőséget biztosított Hollandia legősibb — közel 800 éves — műemlékben gazdag városa.

Sugár István dr.

MEGJELENT

ORVOSKÉPZÉS

1980. 4. szám

Magyar Imre dr.: Újabb szempontok a diabetes mellitus kórtanában és gyógyításában.

Vargha Miklós dr., Pethő Zoltán dr.: Esetmegbeszélés, „Bálint-csoport”; az alapellátást végző orvos pszichológiai továbbképzésének lehetséges formái.

Józsa László dr., Bálint B. József dr.: A spontán inrupturák.

Zulik Róbert dr., Zentai Ildikó dr.: Az atrio-ventricularis blokkal járó pitvari tachycardia.

Hervei Sarolta dr.: A retrolentalis fibroplasia gyakorisága hazánkban és a megelőzés lehetőségei.

Rényi-Vámos Ferenc dr., Makó János dr., Balogh Ferenc dr.: A nitrogén-, a só-, a folyadékháztartás és a sav-bázisegyensúly zavarai idült veselégtelenségben szenvedő, nem dializált betegekben.

Regős János dr., Jámber Gyula dr., Kocsis László dr., Stefanics János dr.: Az axillofemorális bypassokról.

Oroján Iván dr., Godó György dr.: Laparoscopia a nőgyógyászatban.

Salgó László dr., Várkonyi Agnes dr.: Újszülöttkori B-típusú Streptococcus fertőzések.

Angeli István dr.: Alkohol és anyagcserezavarok

Vydra Gábor dr., Magasi Péter dr.: A here-biopszia.

PNEUMONOLOGIA HUNGARICA

1980. 5. szám

Schweiger Ottó: A primer hörgőrák kórai felkutatása.

Ganguin H. G., Meister W.: Krónikus obstruktív tüdőbetegségek kísérőbetegségei és jelentőségük a tartós terápiában és a rehabilitációban.

Szabó Nóra, Vandra Edit: Saválló előfordulása és az általuk okozott megbetegedések jelenlegi járványügyi helyzete hazánkban.

Dubay Miklós, Gyenei Iván: Tapasztalataink a Nordenström szerinti transthoracalis tübiopsziával.

Orosz Márta, Nagy Lajos, Magyar Pál: Összlégúti áramlást jellemző paraméterek változásai obstruktív légúti betegségekben.

Boros Péter, Juhász István, Szabó Gábor, Szegei Gyula: Leukocita letapadás gátlás (LAI) teszt hörgőrákos betegekben.

Kanitz Eva: A Rifampicin szerepe Magyarországon a krónikus tüdőtuberkulózis kezelésében.

Csekeő Attila: Többször operált pleura mesothelioma.

FOGORVOSI SZEMLE Stomatologia Hungarica

1980. 5. szám

Domokos György dr., Dénes József dr.: A „Nitinol” ív.

Benedeki Erika dr.: A parotis-nyálvizsgálatának jelentősége a nem dagadt eredetű mirigyduzzanatok elkülönítésében.

Tarján Ildikó dr., Bodóki Iona dr., Bánóczy Jolán dr.: Különböző cukoroldatokkal végzett öblítés hatása a nyál ozmózis-nyomására.

Bot Györgyi dr.: Fausse route.

Divinyi Tamás dr.: Helyi érzéstelenítőszerrel relatív hatástartamának mérése.

Binder, K., H. Hohenegger, A. Lala, B. Schub: Nagy adag NaF hatása a patkány anyagcserejére.

Melczér Kamilla dr.: Felső frontfogak reimplantációja.

Lovász András dr., Mária Mária dr.: Új rendszerű anyag a fogászatban: az Isosit.

FOGORVOSI SZEMLE Stomatologia Hungarica

1980. 6. szám

Elischer Zoltán dr., Bótyik Margit dr.: A dysostosis cleidocranialis kombinált ortodontiai, sebészeti és protetikai kezelése. Esetismertetés.

Bakody Rezső dr., Rochenbauer Magda: A fogazat számbeli rendellenességeinek peidemiológiai sajátosságai.

Fábián Mihály dr.: A harapási sablonok kölcsönös viszonyának rögzítése kárpítszeggel.

Fejérdy Pál dr., Fábián Tibor dr., Zelles Tivadar dr.: A magnéziumotát hatása a hiányosan táplált fehér patkány kemény szöveteire.

Szöllösi Katalin dr.: Súlyosan károsodott paradontiumú maradékfogak protetikai felhasználása.

Zsámberger György dr., Tóth János dr., Farkas József dr.: Ballon-tampon nyílt arckoponya-sérültek ellátásában.

Ujjady Béla dr., Szokolczai István dr.: Szájzár, mint epipharynx-tumor vezető tünete.

Huszár György dr.: Abonyi József, a hazai protetika úttörője.

PNEUMONOLOGIA HUNGARICA

1980. 6. szám

Vargha Géza, Kubinyi Márta: A capnogram lefutása és a hypoxémia közötti összefüggés vizsgálata idült nemspecifikus légzőszervi betegekben.

Sassy-Dobray Gábor, Lukács Judit, Mohácsi Edit, Szecsei Gabriella, Gyöngyösi Ibolya, Szathmáry Judit: Tapasztalataink a tüdőrák polikemoterápiájában.

Gondkiewicz Mária, Jónás József, Jáger Margit, Bordás Márta, Ormosi Irén: A primer tüdőrák elleni küzdelem 5 éves mutatóinak elemzése területünkön.

Jónás József, Gondkiewicz Mária, Röntgen negatív primer hörgőcarcinoma bronchológiai diagnosztikája.

Simay Attila, Münnich Dénes: Radiológiai elváltozások túlarémias pneumóniában.

Soltz Gizella, Simay Attila, Münnich Dénes: Az ornithosis pneumoniák radiológiai megjelenési formái.

Czina Géza, Törő Imre: Az ernyőképzés jelentősége a kis tüdőembóliák felderítésében.

Goldman S.: Adatok a pneumophthisiologia fejlődésének és perspektívájának problémájához hazánkban és a világon.

FENISTIL

gél

G 100

Antiallergica topica

KÜLSŐLEGES HASZNÁLATRA



ÖSSZETÉTEL:

1 tubus (30 g): 30 mg dimetindenum maleicum hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK:

Bőrbetegségeket kísérő viszketés; urticaria; rovarcsípés; napégés; enyhe fokú égési sérülések.

ELLENJAVALLATOK:

Jelenleg nem ismeretese.

ALKALMAZÁS:

Naponta 2-4 alkalommal a beteg bőrfelületet bekenjük. Igen erős pruritus v. nagyobb bőrlésiók esetében ajánlatos a Fenistil gél hatását per os kezeléssel kiegészíteni.

FIGYELMEZTETÉS:

A kezelt bőrfelületet nem szabad hosszabb ideig napfény hatásának kitenni. Nem alkalmazható egyszerre nagyobb - főleg gyulladással - testfelületre. Ez különösen érvényes csecsemőkre és kisgyermekekre.

MEGJEGYZÉS: *

Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtethető.

CSOMAGOLÁS:

30 g-os tubus, térítési díja: 8,50 Ft.

Előállító: **BIOGÁL Gyógyszergyár, Debrecen, ZYMA AG** licencia alapján.



Orvosi pszichológia

Az orvos—beteg kapcsolat szociálpszichológiai elemzése; az orvoslás művészetének tudománya. M. Robin DiMatteo (Dept. of Psychology, University of California, Riverside, Calif. 92521): *Journal of Social Issues*, 1979, 35, 12.

Mind kultúrtörténeti, mind jelenkori, orvosi szociológiai jellegű vizsgálatokból jól kitűnik, milyen óriási jelentősége van az orvos—beteg kapcsolatnak, nemcsak a beteg elégedettsége, hanem a gyógyítás eredményessége szempontjából is. A mai medicina óriási teljesítményekre képes, mégis egyre több a konfliktus az orvosok és a betegek között. Ennek oka az, hogy a modern, technológiai szemléletű orvoslás elhanyagolja azokat a szükségleteket a betegben, amiket csak a jó orvos—beteg kapcsolat tud betölteni.

Már Hippokratesz is részletes utasításokat adott az orvosoknak arra vonatkozóan, hogyan viselkedjenek a beteggel szemben. Megnyugvást, bizalmat kellett az orvosnak sugározni ezeknek az utasításoknak a szellemében. A múlt évszázadok nagy orvosai is hangsúlyozták, hogy a betegnek érzelmeiket kell adni, válaszolni kell kérdéseire, együtt kell érezni vele. Az utóbbi évtizedben igen sokat kutatták a beteg „engedelmességét” együttműködését az orvosi kezeléssel („compliance”). A vizsgálatok arra mutatnak, hogy az együttműködési zavarok legtöbbször az orvos—beteg kapcsolat zavarainak következményei. A vizsgálatokból az tűnik ki, hogy mind az orvos—beteg viszony, mind pedig az együttműködés mértéke az orvos kommunikációs viselkedésétől, kommunikációs ügyességétől függ. Ha az orvos érzelmi kapcsolatot tud kiépíteni a beteggel, ha ki tudja fejteni, hogy megérti, ha kielégíti a beteg információs igényeit (amelyek gyakran voltaképpen visszajelentési igények, a beteg ugyanis nagyon gyakran szeretné tudni, hogy megfelelő-e az, amit ő tesz a gyógyítási folyamatban), akkor — ezt számos vizsgálat bizonyítja — a gyógyeredmények jobbak, és a betegben nincs szemrehányás az orvos iránt.

A cikk felsorolja az ide vonatkozó vizsgálatok főbb eredményeit. A világos, nyílt kommunikáció igénye a beteg részéről, az együttérzés, a mély megértés, az empátia képessége az orvos részéről szinte minden kutatás szerint alapvető eleme az orvos—beteg viszony optimális modelljének.

A kutatás alapján a szerző az orvos érzelmi rezonáló képességének és empátiás képességének fontosságát emeli ki. Az empátiás képesség abban nyilvánul meg, mennyire tudja az orvos beleélni magát a beteg érzelmi állapotába. Az függvénye annak, hogy mennyire tud tájékozódni a beteg nem verbális kommunikációs megnyilvánulásában. A mimika, a gesztusok, a hanghordozás, a testtartás stb. „nyelvének” megértése a hatékony orvos—beteg kapcsolat kulcsa, a beteg ugyanis sok lényeges információ kifejezésére nem képes, vagy az orvos—beteg találkozás szituációjának sajátosságai miatt, vagy pedig saját állapota miatt. Az empátiás megértett érzelmi helyzetre azután az orvosnak reagálnia kell, ehhez viszont saját nem verbális kommunikációs képességeinek fejlettsége szükséges.

E felismerések jegyében mind több egyetemen tanítják a nem verbális kommunikáció „dekódolásának” képességét. Ennek legegyszerűbb módja az audiovizuális képrögzítő eszközök felhasználása. Először az érzelmek helyes „leolvasását” tanítják meg az orvosoknak az arkifejezésről és a mozgásról, majd a bonyolultabb érzelmi összefüggéseket mutatják be, végül audiovizuális visszajelentést kapnak az orvosok saját nem verbális viselkedésükről. Ekkor történnek erőfeszítések arra vonatkozóan, hogy az orvosokat szabadabb, érzelmetelibb kommunikációra tanítsák meg.

Újabban kezdik vizsgálni az ilyenfajta képzés hatékonyságát és általában jó eredményeket találnak.

A jó orvos—beteg kapcsolat létrehozása és fenntartása, a beteg megfelelő pszichológiai vezetése évezredek óta az orvoslás „művészetének”, az ars medica-nak kérdése volt. Most, az orvos—beteg kapcsolat szociálpszichológiai és kommunikáció-elméleti elemzése nyomán lassan kialakulóban van e művészet „tudománya”, vagyis megismerjük ennek pszichológiai összetevőit.

Buda Béla dr.

Termékenység, meddőség

A donorok segítségével történő mesterséges inseminatio jelenlegi helyzete az USA-ban. M. Curie-Cohen és mtsai (Lab. of Gen. and the Depts. of Gynecol. and Obstetr., Univ. of Wisconsin—Madison, Madison, WI 53706): *N. Engl. J. Med.*, 1979, 300, 585.

A szerzők a művi inseminatio jelenlegi helyzetének felmérésére 711, az American College of Obstetrics and Gynecologists és az American Fertility Society nyilvántartásában szereplő és feltehetően inseminatiót végző orvosnak küldtek a beavatkozás gyakoriságára, sikerességére, metodikájára, valamint a donor-szelekció sajátosságaira vonatkozó kérdésekből összeállított kérdőívet.

A 711 megkérdezett közül 471 válaszolt, 80%-uk (379 orvos) közölt adatokat az általuk végzett inseminatióval kapcsolatban. A beavatkozás oka az esetek 95%-ában a férj terméketlensége volt, az esetek 33%-ában pedig a férj örökletes betegsége átvitelének elkerülése érdekében került rá sor. Az esetek 9,5%-ában az inseminatiót gyermeket akaró, egyedülálló nőknél végezték. Az orvosok 91,8%-a maga választotta ki a donort, többnyire egyetemi hallgatók, orvosok, egészségügyi dolgozók közül. A donorok így tehát nem a populáció véletlenszerűen kiemelt részét, hanem minden bizonnyal az átlagnál jobb egészségi állapotú és műveltségű részét alkották. Ezen túl azonban a donorok szűrése rendkívül felszines volt, az orvosok 96%-a által felvett családi anamnézis általában csak formálisan kérdezett rá a donor családjában előfordult örökletes betegségekre és csak a megkérdezettek egy része ragaszkodott a leendő donor kivizsgálásához. A donorokat a férj fenotípusa szerint 7 paraméter alapján tipizálták (szem-, bőr- és hajszín, testmagasság, vallási-etnikai hovatartozás, vércsoport, műveltségi szint), csupán a megkérdezettek 7,9%-a nem kísérelt meg semmiféle tipizálást. Fagyasztott spermát az orvosok 31,4%-a alkalmazott, ennek mennyisége azonban csak 12,7%-át alkotta az összes felhasznált spermamennyiségnek. A legtöbbször az inseminatiót ciklusonként kétszer (61,4%), mások (17%) egyszer, vagy pedig háromszor végezték (20,5%). A beavatkozás eredményeként teherbe esett nők átlagos kezelési időtartama 3,7 hónap volt. A megkérdezettek 51,1%-a egy adott ciklus során ugyanazt a donort alkalmazta, az egyes ciklusokban azonban más-más donort; 31,8%-uk pedig ugyanazon cikluson belül is különböző donorokat alkalmazott. A jelenlegi gyakorlat tehát kevésbé veszi tekintetbe a vérrokoni kapcsolatok lehetőségét, vagy a donor többszöri alkalmazásának egyéb hatásait. A kapott adatok szerint a művi inseminatio eredményeként 1977-ben 3576 gyermek született; józan becslések szerint azonban a teljes születési szám mintegy 6—10 000-re tehető. A legtöbb orvos (92,2%) a recipiensekről állandó feljegyzéseket vezetett, a született gyermekekről azonban csupán 36,9%-uk, a donorokról pedig 30,4%-uk rögzített adatokat. A hiányos dokumentációt a magyarországi, hogy a művi inseminatio jogi szabályozása nem megoldott, így a

beavatkozás titkossága a különböző szerteágazó családügyi, örökösödési stb. problémák elkerülését célozza.

A hiányos adatok miatt a szerzők szükségesnek tartják a művi inseminatio további vizsgálatát. A legsürgősebb tennivalók közül a következőket emeli ki: Rendkívül fontos, hogy a donorszelekciót szükséges követelményrendszer alapján erre a feladatra kiképzett szakemberek végezzék. Populációgenetikai szempontból lényeges, hogy az egy donortól nyert spermával előidézett terhességek számát korlátozzák. A siralmas adminisztráció megjavítására legalább a művi inseminatióból eredő terhességek lefolyását és az apaságot dokumentálni kell, a legtöbb államban szükség van az eljárás legalizálására is.

Szalóczy Péter dr.

A mesterséges inseminatio és a közérdek. S. J. Behrman (William Beaumont Hosp., Royal Oak, MI 48072): N. Engl. J. Med. 1979, 300, 619.

Az Egyesült Államokban évente mintegy 6–10 000 gyermek születik mesterséges inseminatio révén, azonban az elutasító társadalmi és erkölcsi légkör miatt egyre titkosabbá vált beavatkozásról egyre nehezebb adatokat szerezni. Mindaddig, amíg az eljárásban érintett személyek jogait a közigazgatás nem tisztázza, az inseminatiót végző orvosok, a szülők, a leendő utód és a donor mindnyájan hátrányos jogi helyzetben maradnak. A szerző megállapítja, hogy mindazonáltal a művi inseminatio indiciói tovább bővülnek, a férj terméketlenségén, ill. örökösödő betegségén kívül újabban egyedülálló nők, vagy kizárólag fiúgyermeket akaró szülők esetében is alkalmazzák. Az anya uterusának, ill. ovariumának hiánya esetén az apa spermájával egy önkéntes „pótanyát” terméketlennek meg, aki kihordja és megszüli a gyermeket, akit azután szülei adoptálnak. A tuba uteri átjárhatatlansága vagy hiánya esetén az apa spermájával megtermékenyített „pótanya” méhéből a zigótát kimossák és reimplantálják az anya méhébe.

A szerző foglalkozik Curie-Cohen és mtsai közleményével, kiemelve a mesterséges inseminatióra vonatkozó adatok aggasztó hiányosságát és nehéz hozzáférhetőségét. A legértelmesebbnek azonban a donorok genetikai vizsgálatának hiányosságait tartja. Meglepő pl., hogy bár a megkérdőjelezett orvosok 94%-a tartotta alkalmasnak a Tay-Sachs gént hordozó férfiakat a donor szerepére, csupán 1%-uk győződött meg arról, hogy a leendő donor a kérdéses gént valóban hordozza-e. Általában mindössze a megkérdőjeleztek 28%-a végzett valamiféle biokémiai vizsgálatot a donor alkalmasságának elbírálására. Egyes orvosok egy donortól származó

spermával akár 50 terhességet is előidéztek, s ez így kislétszámú közösségekben erősen növeli az utódok vérrokonságának valószínűségét. Ennek lehetősége a spermabankokból származó fagyasztott sperma alkalmazásával csökkenthető, ez egyben nagyszámú donort biztosít, pontosabbá, egyszerűbbé teszi a szelekciót, bár a terhességi rátát kb. 1%-kal csökkenti. Mivel a művi inseminatio iránti igény nem csökken és a jogi bizonytalanság miatt a beavatkozást végző orvosok — vállalva az ebből fakadó veszélyeket — legtöbbször még a minimális szűrővizsgálatokat sem végzik el, a szerző a művi inseminatio legalizálását és pontos jogi szabályozásának mielőbbi kidolgozását sürgeti.

Szalóczy Péter dr.

Szív- és keringési betegségek

Lidocain profilaxis a ventricularis fibrillatio megelőzésére acut myocardialis infarctusban. H. S. Rihner és mtsai: Progress in Cardiovascular Diseases, 1979, 21, 287.

Az életet veszélyeztető kamrai ritmuszavarok fellépésének megakadályozása az a terület, ahol az infarctus mortalitását legjobban tudjuk befolyásolni. Ezt mutatja, hogy a coronaria őrző egységekben a mortalitás 10–20%, szemben az általános osztályokra felvett infarctusos betegek 30–40%-os mortalitási arányával. Kamrai arhythmia, extrasystoliák kialakulását egyes szerzők a monitorozott infarctusos betegek 100%-ában figyelték meg, míg ugyanezekben az esetekben klinikailag csak 65%-ban észlelték a jelenséget. A ventricularis arhythmia myocardialis infarctusban gyakrabban jelennek meg és okoznak életveszélyes helyzetet, mint azt észlelik. A lidocain hatásossága a kamrai ritmuszavarok megakadályozásában az ischaemiás és normális szívizomzatra való különböző hatásmódján alapul. A selectivitás mechanizmusa még nem teljesen tisztázott, de feltehetően az ischaemiás zóna magas extracelluláris K⁺ szintjével van összefüggésben. Kísérletileg is igazolták, hogy magas K⁺ szintet tartalmazó közegben a lidocain csökkenti a depolarisatio és ingervezetés sebességét, míg alacsony K⁺ szint esetén fokozza.

Az infarctust azonnal követő ventricularis arhythmia egyes eseteiben a lidocain hatástalanságáról is beszámoltak, mikor a gyógyszer nem képes elnyomni a reentry mechanizmusokat. Az infarctust követő arhythmiaikat primernek hívják, ha az infarctus előtt más szívbetegség nem volt és sekundernek ha magas vérnyomás, ill. pangásos szívbetegség előzte meg az infarctust. A másodlagos ventricularis arhythmiaiban szenvedő betegek prognózisa rosszabb. Több szerző felhívta a figyelmet

korábban, hogy a ventricularis fibrillatio közeledtét ún. figyelmeztető arhythmia jelzi, de újabb folyamatok megfigyelések arra utalnak, hogy a ventricularis arhythmia, ill. extrasystolék csaknem valamennyi esetben létrejöttek infarctus után és nincs összefüggésük a kamra-fibrillatio kialakulásával. Tekintettel arra, hogy állandó monitorozás nélkül az arhythmia legnagyobb része nem észlelhető, preventive antiarhythmia hatású lidocaint kell adni és biztosítani a terápiás szintet (1,4–5,0 mg/liter). A rutinszerűen minden infarctus miatt felvett betegnek alkalmazott lidocain profilaxis megakadályozza a sorozatos ventricularis arhythmia kialakulását és így a fibrillatiót is. Nagyobb beteganyagban végzett vizsgálatok is ezt támasztják alá, bár néhány a fenti véleménnyel nem egyező megfigyelésről is beszámoltak. A kamrai ritmuszavarok fellépése leggyakoribb az infarctust követő 1 órában, majd az idő múltával a veszély fokozatosan csökken.

Így nagy szerepe van a beteget először észlelő orvosnak, vagy más egészségügyi személynek, mivel általában 3 óra telik el a panaszok kezdetétől a beteg kórházba szállításáig. Az első észlelő által intramuscularisan adott 200–300 mg lidocain elegendő terápiás vérszintet biztosít. Nagy mennyiségű lidocain (200–500 mg) gyorsan iv. adva rontja a szív pumpaműködését, kisebb adagokban nincs ilyen hatása. Néhány esetben sinus bradycardiát, ill. sino-atrialis blockot figyeltek meg. A lidocain nem befolyásolja a már kialakult supra-His blockot, de a mélyebb lokalizációjú block esetén a lidocain elnyomja az alsóbbrendű ingerképzést, ezáltal rontva a szív teljesítményét. A lidocain systemás mellékhatásai idegrendszeri tünetek lehetnek (hányinger, aluszékonyság stb.). Más antiarhythmia gyógyszerek adása, mint chinidin és procainamid is csökkenti az infarctus után fellépő kamrai ritmuszavarok gyakoriságát.

Ternák Gábor dr.

Kamrai ritmuszavarok megelőzése ischaemiás szívbetegségekben. R. Ruffy, D. P. Zipes: Geriatrics, 1979, 34, 21.

A kamrai ritmuszavarok jelentik a legfőbb halálokozót ischaemiás szívbetegségekben. Gyakran váratlanul lépnek fel, így a terápiás beavatkozás is lehetetlen, ezért a gyógykezelés fő iránya a coronaria betegekben az arhythmia kivédése a praehospitalizáció, hospitalizációs szakaszban, ill. a kórházból való elbocsátás után is. Nem elegendő az álláspont arra, hogy az antiarhythmia gyógyszereket minden olyan betegnek kell-e adni, akik veszélyeztetve vannak, vagy csak a ventricularis arhythmia kialakulása esetén. Ha a betegnek anginás panaszai vannak, a nitroglicerin szabadon lehet alkalmaz-

Canesten®

hüvelytabletta

Széles spektrumú antimycoticum
és *Trichomonas elleni* szer

ÖSSZETÉTEL:

Clotrimazolum 0,1 g tablettánként.

JAVALLATOK:

Különböző *Candida*-fajok, főleg *Candida albicans*, valamint *Trichomonas* okozta fluor és colpitis. Különböző, Canestenre érzékeny kevert fertőzések esetei.

ELLENJAVALLATOK:

Esetleges túlérzékenység.
Terhesség esetén az első 3 hónapban adagolása megfontolandó, bár teratogén vagy embriotoxikus hatására semmiféle utalás nincs.

ADAGOLÁS:

Naponta 1 tablettát este, mélyen a hüvelybe bevezetve, hat egymást követő napon keresztül. Szükség esetén napi 2 tablettát is alkalmazható (reggel és este 1—1) 6—12 napon át.

MELLÉKHATÁS:

Ritkán előforduló nyálkahártya-irritatio.

FIGYELMEZTETÉS:

A reinfekció elkerülése végett szükséges a partner egyidejű lokális kezelése Canesten kenőccsel.

Az intravaginalis applikáció kiegészítésként ajánlatos a vulva és az analis terület napi kétszeri Canesten kenőccsel való kezelése. Makacs *Trichomonas*-fertőzések eseteiben mind a beteg, mind a partner kezelésére ajánlatos kiegészítésként orálisan metronidazolt (Kliont) adagolni.

Alkalmazása menstruatio idején mellőzendő.

MEGJEGYZÉS: ✖

Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtethető.

TÉRÍTÉSI DÍJ:

6 db hüvelytabletta 10,80 Ft.



Egyt



GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST

LIDOCAIN

draszé 250 mg
injekció 10% (intramuscularis)

antiarrhythmicum

A lidocain gátolja a kamrában a heterogén ingerképzést. A pitvar-kamrai és kamrai ingervezetést nem befolyásolja, vagy csak kismértékben lassítja. Negatív inotrop hatása alig van. A perctérfogatot a szív-frequentiát és a vérnyomást nem befolyásolja jelentősen.

ÖSSZETÉTEL:

1 draszé 250 mg lidocain hatóanyagot, 1 ampulla 200 mg lidocainum hydrochloricum anhydricumot (2 ml vizes oldatban) tartalmaz.

JAVALLATOK:

Lidocain draszé:

- myocardialis infarctus acut szakához társuló nomotop vagy polytop, legalább 5/min. gyakoriságú kamrai extrasystolia kezelése és megelőzése;
- legalább 5/min. gyakoriságú chronikus kamrai extrasystolia, kamrai tachycardia, kamrai paroxysmalis tachycardia;
- supraventricularis extrasystoliában kisebb hatású.

Lidocain injekció 10%-os:

- a kamrai extrasystolék megelőzése és kezelése acut myocardialis infarctusban a kórházba szállítás előtt, illetőleg az acut szak lezajlása után;
- coronariasclerosis talaján kifejlődő kamrai rhythmus-zavarok (kamrai extrasystolék és tachycardiák);
- organikus szívbetegségekhez társuló kamrai arrhythmiaik.

ELLENJAVALLATOK:

II—III. fokú atrioventricularis block, cardiogen shock, kifejezett bradycardia, lidocain-túlérzékenység, valamint lidocainnal kiváltott grand-malrohamok az anamnesisben, a májműködés súlyos zavarai.

ADAGOLÁS:

- a Lidocain draszé átlagos adagja felnőtteknek naponta 3—4 × 1 draszé, amely esetleg 4 × 2 draszé mennyiségig is növelhető;
- a kezelés prophylactikus céllal is végezhető, és hosszú időn át kúraszerűen folytatható;
- a draszékat evés közben kell bevenni, gyomorsav hiány esetén sósavbevitelről célszerű gondoskodni.
- A Lidocain injekció 10%-os kizárólag intramuscularisan adható;



- acut myocardialis infarctusban, a kórházba szállítás előtt egyszeri adagja általában 4 mg testsúlykilogrammonként (azaz 200—300 mg) im.;
- a kamrai rhythmus-zavarok további kezelésére és megelőzésére szokásos adagja 4 óránként 100—200 mg im.

MELLÉKHATÁSOK:

a szokásos adagok után ritkán jelentkeznek.

Központi idegrendszeri melléktünetek:

előfordulhat fejfájás, szédülés, álmoság, nyugtalanság, euphoria, fülzúgás, nyelv- és szájszájpadás, beszéd- és látászavarok, desorientatio (elsősorban nagyobb adagok pl. 500 mg-os per os adag után). Az enyhébb tünetek a kezelés félbeszakítására megszűnnek, tremor, tonusoclonusos görcsök esetén rövid hatású barbiturátok (pl. Venobarbital), ill. Seduxen adható parenteralisan.

Cardiovascularis melléktünetek: nagyobb adagok után előfordulhat vér-

nyomásesés, frequentia-csökkenés. A frequentia-csökkenés esetén iv. 0,5—1 mg atropin, hypotensióban szükség szerint iv. sympathomimeticum, ill. β -receptor-izgató adható.

FIGYELMEZTETÉS:

keringési elégtelenségben, hypotoniában, májkárosodásban, korlátozott veseműködés esetén fokozott körültekintéssel kell eljárni és kisebb adagokat kell adni.

MEGJEGYZÉS: ✖

A Lidocain draszé és injekció csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtethető.

TÉRÍTÉSI DÍJ:

30 draszé 7,40 Ft.
10 × 2 ml injekció 3,30 Ft.

Egyt GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST

ni, mivel az arhythmiaik gyakran az anginás rohamok előtt lépnek fel. A szerzők ismételten felhívják a figyelmét betegeknek az anginás rohamok tüneteire, megjelenési formáira, eltiltják őket a dohányzástól, italtól és minden olyan tevékenységtől, ami felizgatja őket. Erős mellkasi fájdalom esetén azonnal kórházba szállítják őket. A kamrai ritmuszavarok valamelyik formája csaknem minden esetben észlelhető, ilyenkor ezért számos szerző javasolja a lidocain profilaktikus alkalmazását. A lidocain kezdő adagja 1,0 mg/kg, ezt az adagot 3–5 percenként meg kell ismétetni, addig amíg a ritmuszavar megszűnik. A lidocain fenntartó adagja 1–4 mg/min. Ennél nagyobb adag alkalmazása toxikus manifesztációk megjelenéséhez vezet, pl.: aluszékonyság, convulsiók, hypotensio, bradycardia, vezetési zavarok. Procainamid alkalmazásakor 50–100 mg-ot kell adni 3–5 percenként, amíg az arhythmia megszűnik. Maximalisan 1 g adható. Fenntartó adagja 1–5 mg/kg/min, vagy 50 mg/24 óra. Vércsintjét 4–8 mg/liter között kell tartani. Myocardialis depressio, hypotensio, vezetési zavarok lépnek fel, ha a gyógyszer nagy adagban alkalmazunk. A legtöbb arhythmia reagálni fog a fenti gyógyszerekre, vagy ezek kombinációjára. Hatástalanság esetén chinidint, vagy amennyiben nincs pangásos szívelégtelenség, propranololt kell adni. Amennyiben az antiarhythmias kezelést orálisan folytatjuk, 50 kg/24 óra procainamidot adunk 3–4 óránkénti adagokban adva, vagy chinidint 6 óránként (15 mg/kg/24 óra). Hasmenés, láz, thrombopenia alakulhat ki a chinidin toxikus mellékhatásaként. A posthospitalizációs fázisra vonatkoztatva a nem kezelt betegek nagy részén észlelhető ventricularis arhythmia, melynek súlyossága idővel csak fokozódhat, különösen azokban az esetekben, amikor a betegnek jelentős oclusiója volt. Az antiarhythmias kezelés hatása a hirtelen halál gyakoriságára nem ismeretes, bár kimutatták, nagy beteganyagban, hogy a practolol és alprenolol csökkentette a hirtelen halál frekvenciáját elülsőfali infarktust túlélt betegeken. A szerzők javasolják az antiarhythmias kezelést tartós folytatású olyan esetekben, amikor a kórházból való elbocsátás előtt 24 óráig készült EKG ventricularis arhythmia megjelenését mutatta a gyógyszer elhagyása után. Amennyiben a felsorolt gyógyszerek kombinációjával terápiás hatás nem érhető el, alternatív kezelést kell alkalmazni. Pangásos szívelégtelenség esetében digitális alkalmazása fontos. Diuretikus kezeléskor vigyázni kell a hypokalaemia kialakulására, amely fokozza ventricularis arhythmiaik veszélyét.

Újabb gyógyszer, mint pl. a chinidinhez hasonló, de kevesebb mellékhatással rendelkező lysopyra-

mid phosphat vagy a még kipróbálás alatt levő hatóanyagok tovább bővíthetik az antiarhythmias szerek választékát.

Ternák Gábor dr.

Lidocain prophylaxis az acut myocardialis infarctus praehospitalis szakában. Diederich, K.-W. és mtsai (Klinik für Kardiologie, Institut für Medizinische Statistik und Dokumentation der Medizinischen Hochschule Lübeck): *Deutsch. med. Wschr.* 1979, 104, 1006.

A szerzők 69 mentőorvos és általános orvos közreműködésével vizsgálták a Lübecki Egyetemi Klinika és a Városi Kórház felvételi körzetében a myocardialis infarctus feltételezett kialakulását követő 6 órán belül adott im. lidocain injectio hatását a 70 év alatti infarctusos betegek letalitására és arhythmiaik fellépésének gyakoriságára. Lidocain allergia képezte contraindicatió kivül kizárták a vizsgálatból azokat a betegeket, akik anticoagulans vagy antiarhythmias kezelésben részesülnek, valamint akik systolés vérnyomása 95 Hgmm alatt, szívfrekvenciája 55/min alatt volt. A kettős vak módszerrel kialakított két betegcsoport egyik része (24 beteg) 250 mg lidocaint, másik része (19 beteg) placebót kapott im. injectio formájában. A letalitás a lidocainnal kezelt csoportban szignifikánsan alacsonyabb volt, mint a placebo csoportban. Ventricularis arhythmiaik gyakorisága az injectio adását követő 120 perces időszakban ugyancsak jelentősen kisebb volt lidocain alkalmazása esetén, bár az egyetlen primer kamrafibrillatio a lidocain csoportban lépett fel. Mivel a két csoport között a letalitás tekintetében megmutató különbségek olyan időpontban jelentkeztek, mikor a beadott lidocain antiarhythmias hatásával már nem lehet számolni, kérdés, hogy ezen pozitív eredmény valódi gyógyszerhatás eredménye-e. Bár a betegek intézeti felvételekor a két csoport vizsgált jellemzői statisztikailag nem tértek el egymástól, azonban minden adat együttes összefüggésében történő vizsgálata alapján úgy tűnik, hogy a lidocainnal kezelt csoportba a könnyebb, a placebo csoportba a súlyosabb esetek kerültek. Ily módon elképzelhető, hogy a lidocain csoport alacsonyabb halálozása ezen csoport véletlen folytán eleve enyhébb összetételével magyarázható. A szerzők véleménye szerint a vizsgálatból nem vonható le következtetés a lidocain prophylaxis általános alkalmazását illetően, lidocain adása azonban a megjelölt dosisban és az ismertett kautéliák betartásával — ez nagy biztonsággal kijelenthető — nem jelent kockázatot.

*Kálmán Péter dr.
Kádár András dr.*

A coronaria szívbetegegek korai diagnosztikája. Becker, H. J., Lutz, E. (Medizinische Klinik des Stadtkrankenhauses Hanau): *Therapiewoche* 1979, 29, 3746—3757.

A szívinfarctusos betegek 50–60%-át az intenzív osztályok dacára elvesztjük és nem áll rendelkezésünkre olyan gyógyszer, amely az infarctus területét biztosan csökkenthetné. Ezért erőfeszítéseinknek arra kell irányulni, hogy a coronaria szívbetegegek minél korábban felismerjük és megfelelő intézkedésekkel az infarctus kialakulását megelőzzük.

A diagnózis kulcsa sok esetben a gondos anamnesis. Terhelésre jelentkező és a terhelés befejezése után megszűnő típusos angina pectoris fennállásakor az esetek több mint 90%-ában számíthatunk a három fő coronaria ág legalább egyikének súlyos stenosisára vagy teljes elzáródására.

Az érzékszervi vizsgálat elsősorban vitium felismerésében, a szívinfarctus utáni állapot megítélésében segít.

A legalább 12 elvezetéses nyugalmi EKG a biztosan coronaria betegek több mint felében normális. A nyugalmi EKG ezért inkább csak a friss vagy krónikus infarctus jeleinek kimutatására szolgál.

A napi gyakorlatban a terheléses EKG a legjobb módszere a coronaria insufficientia diagnosztikájának. Technikai szabályai: a terhelés 20–300 W között változó legyen; a terhelés nagysága reprodukálható legyen; a terhelés alatt és után is EKG-t kell regisztrálni; a terhelésnek akkorának kell lennie, hogy a coronaria-rezervet kiemertse. Pozitív terheléses EKG és típusos angina pectoris mellett az esetek több mint 95%-ában legalább egy főág súlyos stenosisára vagy teljes elzáródására számíthatunk. Az ST-süllyedés mértéke korrelációban van a coronariascleosis súlyosságával.

A mellkas röntgenvizsgálata a szívnagyság és konfiguráció valamint a tüdők megítélésére szolgál.

Laboratóriumi vizsgálatokkal anyagcserezavarra és műtéti beavatkozáshoz fontos tényezőkre kapunk adatokat.

A kisvérköri nyomások úszókatéterrel való mérése nyugalomban és különösen terhelés során jó felvilágosítást nyújt a bal kamra funkciójáról.

A coronarographia és ventriculographia a diagnózis végső lépcsője. A coronaria szívbetegegek felismeréséhez ritkán szükséges. A műtéti indikáció felállításához szolgáltat információkat.

Nagy László Béla dr.

A pace-maker-implantatio pszichológiai és psychopathológiai szempontjai. Payk, Th. R. (Abt. Psychiatr., Univ. Bonn): *Med. Klin.* 1979, 74, 1135.



Az NSZK-ban az 1959-ben implantált első pace-maker után rohamosan emelkedett ezek száma; 10 évvel később a német irodalomban már 10 000, 1975-ben 25 000, 1977-ben pedig mintegy 65–70 000-re emelkedett az ilyen betegek száma; ezen széles terápiás resonancia a technológia és az implantatio szövödménymentessége mellett szól. A szövödmények száma mintegy 0,5% alá esett, mert az energiaforrás (lithiumjodid-elem) messzemenően stabil, és a legtöbb zavart a vezetőapparatus szövödményei (elektróda dislocatio, kábel-defektus stb.) okozzák. A jól megszervert állandó ambuláns ellenőrzés is megfelelő biztonságot nyújt. A pace-maker implantatio pszichológiai aspektusait illetően lényegében három különböző reakció-típus különböztethető meg. Az esetek többségében a szív működés regulárisitójával és normalisitójával a betegek általános jóérzése, életkedve és testi teljesítőképessége javul. A legtöbb beteg mindemellett a műtét után kezdeti bizonytalansági és szorongási szakaszon megy át, míg hetek múltával az ütemképző internalisitójával a praeoperatív emotionalis stabilitás ismét helyreáll. Sok betegen nem kielégítő a szívütemezőhöz való lelki hozzáállás: latens depressio, szorongási, függőségi, tehetetlenségi, bizonytalansági és egyéb testi kellemetlen érzések kínozzák, sőt ezek egyes esetekben hevesebb affectív sőt psychotikus mértéket is ölthetnek. A helyes orvos—beteg viszony talaján kiépített, elmélyült folyamatos pszichológiai gondozás vezetett az implantált ütemképzőhöz való optimális és gyors adaptációra.

ifj. Pastinszky István dr.

Májsejtnecrosis szívelégtelenségben. Strambolis, Chr. és mtsai (Path. Ints., Univ., Essen): Med. Welt 1979, 30, 393.

A szerzők öt (19–67 év közti) betegükről számolnak be, akiknél extrém magas májenzymértékeket és hyperbilirubinaemiát észleltek; a tüneteket fulminans hepatitis symptomának tartották. A sectiókor velemennyi esetükben myocarditis, endocarditis, myocardopathia vagy súlyos aortastenosis következtében mindkét szív kamrán nagyfokú hypertrophiát találtak. A heveny szívelégtelenség súlyos centroacinosus májsejtelhaláshoz vezetett a májenzymértékek gyors emelkedésével, amit tévesen fulminans hepatitis tünetének tartottak.

ifj. Pastinszky István dr.

Szívelégtelenséghez társult tejsavacidosis kezelése nitroprussiddal. Brezis, M. és mtsai (Department of Internal Medicine, Hadassah University Hospital Mount Scopus, Jerusalem, Israel): Brit. Med. J. 1979, 1, 1399.

Mióta 1975-ben Taradash leírta a nitroprussid kiváló hatású idiopathiás tejsavacidosisban, az irodalom nem közölt hasonló észlelést. Ezért ismertetik a szerzők súlyos lactacidosisos betegük esetét, kinek állapota drámaian javult nitroprussid adására.

A 76 éves nőbetegüket ismétlődő hasi fájdalmak miatt vették fel, melyek másfél évtizeddel epehólyageltávolítás után léptek fel. Kórelőzményében cukorbeteg és keringési elégtelenség szerepelt. Felvételekor a shock vasoconstrictio szakában van, súlyos metabolikus acidosis. Vér-ureanitrogen: 42, vércukor: 160 és bilirubinszint: 2,8 mg/100 ml; serumamylase-érték: 1230 E/lit. Az anion-hiány 39 mEq/lit., mely lactat-felhalmozódásra utal. Kezelés: 132 mmol bicarbonat, melyre vér pH-szintje 7,28-ra emelkedik s vérnyomása is rendeződik; ugyanakkor a környéki cyanosis alig javul s az anuria sem változik. Ezért a beteg 80 mg furosemidet és 0,5–1,0 g/kg/min. nitroprussidot kap még, melyre a cyanosis rendeződik, a bőr meleggé válik, a vizeletelválasztás bőven megindul, a vér pH 7,41-re emelkedik és az anionhiány 20 mmol/literre csökken. A beteg állapota fokozatosan tovább javul s néhány nap alatt teljesen rendeződik. 3 hét múlva hasonló shockos állapotban kell ismét felvenniük — ekkor serumlactat-szintje 100 mg/100 ml. Az előző tapasztalatokból okulva azonnal és kizárólag nitroprussid kezelésben részesítik, melyre ugyancsak drámai javulás következik be s már 24 óra múlva a lactatszint 20 mg/100 ml-re esik. E javulás ellenére később a beteget más ok — epeút-elzáródás — miatt elvesztették.

Betegük ismétlődő lactacidosisának hátterében a kifejezett szívelégtelenség előidézte csökkent szöveti perfusio állt, melyet súlyosbított az elzáródásos sárgaság és a hasnyálmirigy-laesio. A keringés elégtelensége ugyanis extrém fokú vasoconstrictiót és oligoanuriát eredményezett s ennek talaján alakult ki a lactacidosis. A nitroprussid által javított szöveti perfusio megszüntette az intracelluláris anaerob metabolismust s ezáltal a lactat képződés gyors csökkenését eredményezte. Emellett szól az hogy az első alkalommal adott bicarbonat csak mérsékelt hatást tudott elérni.

A leírás arra utal, hogy a nitroprussid igen hatásos lehet a „túlproductiós”, szöveti hypoperfusio miatt kialakuló lactacidosisos állapotokban, melynek egyik legfontosabb előidézője a keringési elégtelenség.

Major László dr.

Kamrai ritmuszavarok mitralis billentyű prolapsus szindrómában. Schweizer, P. és mtsai: Dtsch. med. Wschr. 1979, 104, 85.

72 idiopathiás mitralis prolapsusban szenvedő beteget vizsgáltak, 14–63 éves korúakat (átlagéletkor: 31 év), 20 férfit és 52 nőt. A diagnosztika a klinikai vizsgálat mellett echokardiographiával igazolták. 14 esetben angiographiát végeztek. Vizsgálták, hogy a mitralis prolapsusban jelentkező aritmia súlyossága összefüggésbe hozható-e mitralis prolapsus klinikai, EKG és echokardiographiás eltéréseivel. Az aritmiák kimutatására 22 óras monitorozást (Holter) és terheléses EKG-t végeztek. A 22 óras monitorozás során a betegek 70%-án találtak kamrai eredetű aritmiát, míg kerékpár-ergometriával csak 32%-ban. A Holter-vizsgálat kapcsán 28%-ban figyeltek meg súlyos aritmiát, míg kerékpár-ergometriával 13%-ban észleltek súlyos aritmiát; multifocalis kamrai extrasystolia, kamrai salvé-k, kapcsolt kamrai extrasystolék.

Az aritmiák (Lown 2–4 csoport) előfordulása és súlyossági foka nem mutatott összefüggést sem a tünetekkel (szívtáji fájdalom, szívdobogásérzés, fáradtság, fulladás, syncope stb.), sem a klinikai elváltozásokkal (bicuspidalis insufficiencia foka, ST, T eltérések az EKG-n vagy QT megnyúlás), sem az echocardiographiás jelekkel.

Gyárfás Iván dr.

Káliumhiány és a szövetek elvesztésének összefüggése idült szívbetegségben. Thomas, R. D. és mtsai (Dept. Cardiol. Gen. Infirm. Leads): Lancet, 1979, II, 9.

Korábbi vizsgálatok szerint idült szívbetegségben a test összkálium tartalma (T. B. K.) 30%-kal csökken. A T. B. K. függ az életkortól, a testmagasságtól, a testsúlytól, s főként az izomzat tömegétől.

A szerzők 27 súlyos, idült szívbetegben és 39 kontroll személyen vizsgálták a serum K, a T. B. K., a test össznitrogén (T. B. N.) és a testsúly változását. Két beteg congestív cardiomyopathiában, 2 kalcifikáló aorta stenosisban, a többi rheumás szívbetegségben szenvedett. Digoxint 22 diuretikumot 25 beteg kapott, az utóbbiak 2 kivételével átlagosan napi 34 mmol K pótlásban is részesültek. A T. B. N. meghatározás neutron módszerrel történt, a T. B. K.-t a természetes K⁴⁰ radioaktivitásából határozták meg.

A betegek és a kontrollok életkora, magassága hasonló volt, a testsúly, a T. B. K. és T. B. N. a betegeken szignifikánsan alacsonyabb volt. A különbségek férfiakban még kifejezettebbek voltak. Szignifikánsan csökkent az átlagos serum K tartalom is. Férfiakon a testsúly átlagosan 13 kg-mal, a T. B. K. 915 mmol-lal, a T. B. N. 354 g-mal csökkent, a nők testsúlya 5,6 kg-mal, a T. B. K. 321 mmol-lal mérséklődött, a nitrogénhiány 66 g volt. Az elvesztett szövetek K/N há-

nyadosa pontosan nem ismert, de a jelentős N-hiány arra utal, hogy főként férfiakban a K-hiány szövetségét következménye. Férfiakon a K-ban gazdag izomszövet redukciója magyarázza a jelentős K-hiányt. Nőkben a K-hiány, a testsúly csökkenés kisebb, s a fogyást nem csupán az izomzat, hanem a K-ban szegényebb lágszövetek elvesztése idézi elő.

Az intracelluláris K veszteség mindkét nemből azonos, átlagosan 260 mmol, s megegyezik azon szív-betegekével, akik nem fogytak le, vagy a diuretikumot szedő hypertóniások értékeivel. Az intracelluláris K-hiány a diuretikus kezelés, a sejtmembrán permeabilitás, vagy a sejttartalmú anyagcsere zavarának a következménye.

Holländer Erzsébet dr.

Traumatológia

A mellkas sérülései. Elert, G. és mtsa (Abteilung für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie des Klinikums der Johann-Wolfgang-Goethe Univ. Frankfurt/Main): Praxis und Klinik der Pneumologie, 1979, 33, 398.

A közúti és az üzemi balesetek szaporodásával a mellkassérülés halálózása 15–20%-ra emelkedett. Manapság 70–80%-ban többes mellkassérülés történik. Ha a mellkassérülés nem okoz légszavart, enyhe fokú, ellenkező esetben közepesúlyos vagy súlyos mellkassérülésről beszélünk. Baleseti halált 50%-ban mellkassérülés okoz. A mellkassérülések 60–80%-a tompa sérülés, aminek 90%-ban külső nyoma nincs. Minden tompa mellkassérülés a tüdő összehúzódását okozhatja, aminek röntgenvizsgálattal enyhébb vagy súlyosabb formája van. A mellkasfájdalom reflex úton hypoventilációt okozhat. Ezért vérgázvizsgálatot ajánlatos végezni. A sorozatos borda- és mellcsonttörés 15–20%-ban a mellkas stabilitásának a hiányát okozhatja. Főleg az V–IX. bordák törnek el. A felső 3 borda törése szív- és ér-sérüléshez vezethet. A mellkassérülés nem stabil mellkas esetén paradox légzést okozhat. Ilyen esetben stabilizálni kell a mellkast vagy külsőleg sínekkel, vagy pedig „belső pneumatikus sínézéssel”, azaz gépi lélegeztetéssel. Ezt a beteg korától függően 3–5 hétig kell alkalmazni. Az áthatoló mellkassérülések gyakorisága 5–10%, amit 48,3%-ban késszúrás, 38,9%-ban pedig lövedék okoz. Ezek belső vérzéssel és feszülő légmellel járhatnak. A vérvesztés 450–600 ml lehet, ami önmagában is elzárhatja a vérzés helyét. Műteti ellátás csak súlyos esetben szükséges. A mellüregben levő vért a későbbi mellhártyakéreg kialakulásának a veszélye miatt ajánlatos mielőbb le szívni.

Pongor Ferenc dr.

A nyílt és a zárt mellkassérülés. Lüllig, H. és mtsa (Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg): Praxis und Klinik der Pneumologie, 1979, 33, 402.

A mellkassérültek halálózása ijesztően emelkedik: intézetükben 1947–1951-ben 2,4%, 1953–1967-ben 6,2%, 1968–1976-ban pedig 15,2% volt. Az utóbbi években a mellkassérülés 55,3%-ban könnyű, 25%-ban közepesúlyos és 19,7%-ban súlyos volt. A mellkassérülés 96,3%-ban zárt, 3,7%-ban nyílt volt. 27,5%-ban egyes, 72,5%-ban pedig többes sérülésről volt szó. A baleseteket 74,1%-a közlekedési, 6,0%-a munkahelyi, 9,5%-a a mindennapi életben előforduló és 10,4%-a egyéb volt. A mellkassérüléshez 25,3%-ban légmell, 21,2%-ban haemothorax társult. A könnyű sérültek csupán konzervatív kezelésben részesültek. A közepesen súlyos sérültek 41,4%-a hasonló kezelést kapott, 48,1%-át Bülau-drenázssal, 10,6%-ot mellkasfektatással kezelték. A súlyos sérültek 61,2%-a Bülau-drenázs kezelést kapott, 12,9%-on mellkasfektatást, 37,3%-on pedig légszomsztást végeztek. Valamennyi súlyos mellkassérültek géppel lélegeztették. Bronchopneumoniája volt valamennyi sérült 10,9%-ának, a súlyosan sérültek 45,2%-ának. Meghalt a könnyű sérültek 3,2%-a, a közepesen súlyosak 5,1%-a és a súlyos sérültek 62,2%-a. A halál oka 25%-ban légzéscélgtelenség, 10%-ban koponyagyászulás, 48%-ban irreverzibilis sokk és 16%-ban szívhalál volt. A sérülés után 2 napon belül halt meg régebben a sérültek 43,2%-a, ami újabban 26,4%-ra csökkent.

Pongor Ferenc dr.

Diagnosztikus problémák mellkassérülés kapcsán (angiographia). Wenz, W. és mtsai (Abteilung für Röntgendiagnostik der Universität Freiburg/Breisgau): Praxis und Klinik der Pneumologie, 1979, 33, 386.

Mellkassérülés után a legegyszerűbb diagnosztikus eljárás a röntgenfelvétel, ami azonban gyakran technikai hiba miatt nem értékelhető. Mellkassérüléskor elváltozás jöhet létre a tüdőn kívül, a tüdőben és a szívérrendszerben. A leggyakoribb tüdőn kívüli sérülés a bordatörés, főleg a IV–IX. bordák törése. Az első 3 borda töréséhez gyakran a szív és a nagyerek sérülése is társulhat. A mellcsont és a csigolya törése oldal irányú röntgenfelvételen kórismézhető. A haemato-(chyl) thorax kompressziós atelectasiát, korlátozott rekeszmozgást, légzésvizet és hypoxiát okozhat. Tompa mellkassérülés után a légszavart, a hörgők vagy a nyelőcső megrepedése után légmell jöhet létre. Ennek következtében a mediastinum a másik oldal felé tolik el, az azonos oldali tüdőben kompressziós atelectasia alakulhat

ki és a rekesz szakadása után a gyomor, a vastag és a vékonybél a mellkasba kerülhet. Kontrasztanyaggal ez kimutatható. A máj és a lép repedése angiographiával ismerhető fel. A tüdő sérülésekor contusio, aspiratiós pneumonia, zsírembolia, sokk-tüdő és hörgőrepedés jöhet létre. Az esetek 86%-ában a főhörgő szakad le. Ennek jelei: a nyak bőre alatt emphysema, a felső 3 borda törése, mediastinalis emphysema, légmell, segmentum- vagy lebeny-atelectasia és tüdővérzés. A hörgőrepedéshez a szív és a nagyerek sérülése is társulhat. Ilyen esetben a szív árnyéka nagyobb lesz. A mediastinum kiszélesedése az aorta repedésére mutat. A szív és nagyerek sérülésének a gyanúja esetén azonnal angiographiát kell végezni. Súlyos mellkassérülteiken 6–7%-ban végeztek angiographiát.

Pongor Ferenc dr.

A mellkassérültek baleseti ellátása. Bauer, H. és mtsai (Chirurgische Poliklinik der Universität München): Praxis und Klinik der Pneumologie, 1979, 33, 393.

Mellkassérülés a balesetek 5%-ában fordul elő. A müncheni sebészeti klinikára az elmúlt 2 évben 7134 beteget vettek fel. Ebből baleseti sérült 1712 beteg, 24% volt, közülük 76 beteget, 4,4%-ot mellkassérüléssel szállítottak be. 68 beteg, 89,5%-ban tompa, 8 beteg 10,5%-ban pedig nyílt volt a mellkassérülés. A mentőorvosnak az a feladata, hogy a beteg alapos kivizsgálása után gondoskodjék annak nyugalomba helyezéséről, a fájdalom csillapításáról, a légzés biztonságáról, esetleg intubálásáról. A feszülő légmellel csapolással meg kell szüntetni. A sorozatos bordatörés kapcsán kialakult paradox légzést a mellkasnak ragasztó csíkokkal való rögzítésével rövid időre ki lehet kapcsolni. Ilyen esetben a beteget gyakran intubálni is kell. Szív-tamponád esetén a szívburokban levő vért le kell csapolni. Ha sonlóan kell eljárni mediastinalis emphysema esetén is. Folyadékpótlással meg kell előzni a sokk-tüdő kialakulását. Újabban a transzfúziók 12%-át subclavia-katéteren át végezték. A mentőorvossal való szoros együttműködéssel sikerült a súlyos mellkassérültek halálózását 13%-ra csökkenteni. A legtöbb esetben koponyaszérülés volt a halál oka. A betegek 87%-a kórházi ápolásba került.

Pongor Ferenc dr.

A nyílt és a zárt mellkassérültek sebészeti konzekvenciái. Piller, D. és mtsai (Klinik für Allgemeinchirurgie und Thoraxchirurgie am Zentrum für Chirurgie der Justus-Liebig-Universität Giessen): Praxis und Klinik der Pneumologie, 1979, 33, 405.

A baleseti sérülések 8–10%-a mellkassérülés. A zárt sérülés tízszer gyakoribb volt, mint a nyílt. 1961-től 1977-ig 263 mellkassérült beteget kezelték. A legfiatalabb 2, a legöregebb 78 éves volt. 47 betegnek áthatoló sérülése volt. Több volt a lövés, mint a szúrásos sérülés. A közlekedési baleset gyakoribb volt az erőszakos bűncselekményeknél. A betegek 64%-ának kombinált volt a sérülése. 45 betegen a hasi sérülést is el kellett látni. A gyógyeredmény a javuló kezelési módszerek ellenére is rossz volt, ami azzal magyarázható, hogy a sérülés 80%-ban súlyos volt. Az első feladat a légutak szabaddá tétele, a légmell és a vérömleny felszámolása. A betegek 30%-a vért köpött. A vérömlenyt lassan kell lecsapolni, nehogy a beteg kollapszusa kerüljön. A vérvesztéséget pótolni kell. A mellkas megnyitására csak a szív és a nagyerek sérülésekor került sor. 81 betegnek volt légmelle. Feszülő légmellel csak ritkán észlelték. Ha a tüdő állandó szívással nem tágul ki, a tüdőszilyot thoracotomia útján kell elvarrni. 3 betegből a lövedék által szétroncsolt tüdőlebenyt el kellett távolítani. 76 beteg halt meg, 22 tüdőelégelenségben, 18 súlyos koponya-agysérülésben, 9 beteg pedig elvérzett. A kései szövödmények: tüdőtályog, ciszták, gennymell, mellhártyakéreg, atelectasia és hörgősipoly. A decorticatiót már a 2–3. héten ajánlatos elvégezni. 11 beteg után thoracotomiával kellett a vérömlenyt eltávolítani. Tüdőtályog vagy hörgőtágulat gennyedés esetén lebenykiirtást végeztek.

Pongor Ferenc dr.

A sorozatos bordatörési műtéti stabilizálásának a javallatai és lehetőségei nem stabil mellkas esetén. Ockelmann, M. és mtsa (Abteilung für Unfallchirurgie der chirurgischen Univ. Klinik Freiburg): Praxis und Klinik der Pneumologie, 1979, 33, 408.

Az NSZK-ban évente 8000 ember veszti el életét közlekedési baleset kapcsán irreverzibilis légút-elégelenségben. A sérültek 70%-ának sorozatos bordatörése, 15%-ának pedig nem stabil mellkasa és paradox légzése volt. Az Avery által ajánlott „belső pneumatikus sínézés”, a respirátorral való lélegeztetés mellett az utóbbi esetben a mellkas sebészi stabilizálására is sor kerülhet, ha a mellkassérülés nyílt, a mellkasfal nem stabil, ha a mellkason belüli szervek is sérültek, ha a nem stabil mellkas mellett súlyos, kezeléssel nem javítható légzéselégelenségről is szó van. A sorozatos bordatörés létrejöhet indirekt és direkt erőszakos behatásra. Lehet elülső és lehet oldalsó. Paradox légzés esetén fixálni lehet a mellkasfalat Overholt szerint drótvarrattal, Kirschner szerint intramedulláris fixációval, a nem stabil mellkasfal ex-

tenziójával, Jensen szerint bőr alatti sínézéssel és Judet szerint átfogó bordalemezzel. A szerzők 20 juhona a 3–9. bordán mesterségesen osteomiát, majd 30 perc múlva osteosynthesisist végeztek. A műtét után a mellkasfal stabil lett és a légzésfunkció is rendeződött. Módszerüket egy olyan mellkassérült nöbetegen is sikeresen alkalmazták, akinek a jobb oldalon a 3–8. bordája és a bal oldalon a 4. bordája eltört. A beteg a műtét után 2 nappal extubálható volt.

Pongor Ferenc dr.

A mellkasfal stabilizálása sérülések után. Kolarov, St. (Lungenklinik der Städt. Krankenanstalten Köln-Merheim): Praxis und Klinik der Pneumologie, 1979, 33, 416.

Mellkassérülés után nem stabil mellkas miatt a betegek azonnal gépi lélegeztetésre szorulnak, aminek azonban igen sok szövödménye van. Ezek megelőzésére a szerzők minden olyan esetben, amelyben paradox légzés, belső szervsérülés, vérömleny vagy sokk-tüdő miatt a beteg thoracotomiát kell végezni, a műtét végén a törött bordákat Jentgens-sinnel azonnal egyesítik. 1975–1978 években 61 mellkassérültet ápoltak. 21 beteget konzervatív eljárással, 40 beteget pedig thoracotomiával kezeltek. A sérülés 21 betegen jobb, 33 betegen bal és 7 betegen kétoldali volt. Az első helyen az autósok, a második helyen a járókelők voltak. A 3. és a 20. műtégi napon belül 6 beteg, 15% halt meg. Közülük 4 beteg 70 évesnél idősebb volt. Ha nincs ellenjavallat, minden mellkassérültön azonnal elvégzik a bordarögzítő műtétet. Műtéti szövödmény alig volt. Ezt a műtétet 60 olyan dagasztos vagy gennymelles betegen is sikeresen alkalmazták, akiken a mellkashiány pótlása volt szükséges.

Pongor Ferenc dr.

Légmell — haematothorax. Fuchs, K. és mtsa (Klinik und Poliklinik für Allgemeinchirurgie der Universität Göttingen): Praxis und Klinik der Pneumologie, 1979, 33, 425.

A légmell és a haematothorax a tompa mellkassérülésnek súlyos szövödménye. 1970 és 1978 között légmellel 64, haematothoraxot pedig 109 mellkassérült betegen kórisméztek. A 20%-nál kisebb légmell spontán is felszívódik. Ennél nagyobb levegőt le kell szívni. Ha ez nem jár eredménnyel, a II. bordaközben Bülau-drenázst kell bevezetni. Erre a 64 légmell közül 57 esetben került sor. 40 primer Bülau-drenázs szövödménye 3 betegen feszüléssel légmell, 9 betegen bőr alatti emphysema és 2 betegen vérzés volt. 19 betegbe a Bülau-drenázst már a gépi lélegez-

tetés közben vezették be. Ennek a szövödménye 3 betegen feszüléssel légmell, 9 betegen bőr alatti emphysema, 2 betegen vérzés és 2 betegen bőr alatti emphysema, 2 betegen vérzés és 2 betegen tüdő-sérülés volt. Traumás mellúri vérömlennyel 109 beteget ápoltak. Konzervatív kezelésben 82 beteg részesült. Egyszerű csapolással 9, Bülau-drenázssal pedig 14 beteget kezeltek. Ha a vérvesztés a sérülés után az első órában 800 ml volt, vagy ha a teljes vérvesztés elérte a 2000–3000 ml-t, thoracotomiát kell végezni. Erre 4 beteg került sor. Végül megállapítják, hogy többes mellkassérülés után, főleg ha a beteg eszméletlen, azonnal mellkas röntgenfelvételt kell készíteni. Az esetleges légmell felismerése céljából röntgenkontroll mellett a vena subclaviába katétert kell bevezetni. A tüdőroncsolás, a légmell és a vérömleny kórismézése után el kell végezni a vérgáz elemzést. Az intubálást az intenzív osztályon ajánlatos végezni. Tüdő-funkciós próbákkal meg kell győződni a tüdőelégelenségről. Légmell és vérömleny esetén Bülau-drenázst kell behelyezni különösen akkor, ha a beteget túlnyomással lélegeztetik. Ha gépi lélegeztetés közben az artériás oxigénnyomás csökken, vagy a széndioxid nyomás emelkedik, a Bülau-drenázs eltömeszelődésére és feszülő légmellel kell gondolni. Ennek a megoldását előbb vastagabb Bülau-drenázssal kell megkísérlni. Ha ez nem jár eredménnyel, a thoracotomia előtt a hasfal alsó részén át öblítő katétert ajánlatos bevezetni és a hasüreget 1000 ml Ringer-oldattal öblítsük át, hogy az esetleges lép- és rekeszrepedésről meggyőződjünk.

Pongor Ferenc dr.

A tüdő-parenchyma sérülése. Irlich, G. és mtsai (Chirurgische Universitätsklinik B, Düsseldorf): Praxis und Klinik der Pneumologie, 1979, 33, 430.

1970 és 1976 között 366 mellkassérültet ápoltak: 39,9%-a tüdő és mellkasfal, 31,6%-a pedig izolált tüdő-sérülés volt. Meghalt a betegek 21,5%-a. A tüdő-parenchyma sérülés oka mellkasfal sérülés nélkül mérges gáz, tiszta oxigén, hőség, robbanás, összenyomás és szűzódásos sérülés, a mellkasfal sérülésével együtt pedig roncsolódás, bordatörés, szúrás, lövedék vagy iatrogen eredetű volt. Tompa mellkassérülés után roncsolódott a tüdő állománya 19 betegen, többes trauma után ezek 26,3%-a meghalt. A betegek 57,8%-ának mellkason belüli vérzése, 31,5%-nak légmelle volt. A legtöbb betegen mellkas-drenázst és gépi lélegeztetést alkalmazták. 4 betegen végeztek thoracotomiát. 136 betegnek kombinált tüdő- és mellkasfal sérülése volt. A betegek 86,8%-ának tüdőroncsolódása, 94,1%-nak sorozatos borda-

törése volt. Meghalt a betegek 33⁰/₀-a. Lövési és szúrásos sérülést a betegek 13,2⁰/₀-án észlelték. 6 betegen végeztek thoracotomiát. A betegek 45⁰/₀-án atelectasia vagy tüdőgyulladás alakult ki. Kései szövődmenként 8 betegen mellhártyakérget, egy betegen pedig gennymellett észlelték.

Pongor Ferenc dr.

A tüdőszérelések osztályozása. Zierott, G. és mtsa (Chirurgische Universitätsklinik Kiel): Praxis und Klinik Pneumologie, 1979, 33, 436.

1965 és 1976 között 651 beteget ápoltak mellkasszéreléssel. Meghalt a betegek 22, a súlyos széreltek 66⁰/₀-a. Mellkasszéreléskor szérelhet a tüdőben a hörgőfa, az érrendszer és a tüdő állománya. Utóbbi esetben hyalin hártya, apró vérrögök, interstitialis és alveolaris oedema: nedves tüdő alakulhatnak ki. A hörgő elzáródásához atelectasia és tüdőgyulladás társulhat. A tüdőszérelés osztályozásában döntő jelentősége a légzésfunkció károsodásának van. I. fokú a tüdőszérelés, ha a baleset után 4 órán belül a vérkeringés és a légzés normális lesz. II. fokú tüdőszérelés esetén a légzéselégtelenség kompenzált, az artériás oxigén-tensio 50–60 Hgmm között van, míg III. stádiumbeli tüdőszéreléskor a légzés dekompenzált és az artériás oxigén-tensio 50 Hgmm alatt van. Klinikájukon a tüdőszérelés 41,3⁰/₀-ban I. stádiumbeli, 30,7⁰/₀-ban II. stádiumbeli és 28⁰/₀-ban III. stádiumbeli volt. A II. és III. stádiumbeli tüdőszérelt betegeket intenzív osztályon szükséges kezelni.

Pongor Ferenc dr.

A légsző és a nagy hörgők törése mellkasszérelés kapcsán. Huzly, A. (Thoraxchirurgische Klinik Schillerhöhe der Stadt Stuttgart in Gerlingen): Praxis und Klinik der Pneumologie, 1979, 33, 439.

Mellkasszérelés kapcsán a kezelhető légsző- és nagyhörgő-szakadás ritka. Felismerésük lehet korai: az első 24 órában, látnak időszakban: a szérelés után 2–14 napon belül és későn: 14 nap után. Bár a légsző repedése kritikus és életveszélyes lehet, néha nyaki légsző teljes átszakadása után is hiányozhatnak a sok tünete. A légsző és a nagy hörgők repedése lehet teljes és részleges. Lehet I. típusú: egyszerű repedés, függetlenül annak súlyos voltától, II. típusú hörgő-tüdő szérelés, III. típusú hörgőér szérelés és IV. típusú: légsző-hörgő-nyelőcső kombinált szérelés. Az I. és a II. szérelés mindig primer, a III. típusú szérelés egy része és valamennyi IV. típusú szérelés másodlagos. Oka lehet traumás vagy gombás aneurysma vagy tályog. A jobb főhörgő törésekor

légmell, a bal főhörgő törésekor pedig mediastinalis emphysema jöhet létre. Feszüléses légmell nélkül a hörgőrepedés spontán is meggyógyulhat. Csak ritkán lép fel láz, cyanosis és nehézlégzés. Műteti elvárrás nélkül a legtöbb főhörgő szérelt beteg meghal. A légsző szérelhet a gége alatt, a nyaki és a mellkasi szakaszon. Mindhárom lehet hátsó, oldalsó és elülső. A bifurcatio szérelésekor a főhörgők szájadéka beszűkül. A jobb oldali főhörgő általában a légsző-hörgő szöglet közelében, a bal főhörgő pedig középen vagy a lebenyhörgő előtt törik el. 22 saját esetük rövid körleírását közlik, amelyek közül 8 iatrogén eredetű volt.

Pongor Ferenc dr.

A hörgőfa széreléseinek a kórismézése és kezelése. Mack, D. és mtsa (Thoraxchirurgische Abteilung der Chirurgischen Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München): Praxis und Klinik der Pneumologie, 1979, 33, 444.

A hörgőfa szérelése 75⁰/₀-ban közlekedési baleset következménye. Ezek 10⁰/₀-a tünetmentes és nem is ismerik fel. A hörgőfa szérelésének a klinikai tünete: bőr alatti emphysema, cyanosis, légszomj és légmell. A kórisme általában mellkas röntgenfelvétellel megállapítható. Az első teendő: borda közti drenázs egy vagy mindkét oldalon. Ha ez nem segít, bronchoscopiát és a hörgőfa szérelése esetén azonnal műtétet kell végezni. Így a halálozás 52⁰/₀-ról 5⁰/₀-ra csökkenthető. Az elmúlt 17 év folyamán 1600 mellkasszérelés kapcsán 7 esetben, a mellkasszérelések 0,4⁰/₀-ban észlelték hörgőfa szérelést. Az első beteg a légszőszérelés után a repedés elvárrása után meggyógyult. A második beteg a jobb hörgőfa anastomosisa után szívmeállásban meghalt. A harmadik beteg a jobb felső lebeny hörgő és a tüdőparenchyma szérelése után két tüdőlebeny eltávolításával meggyógyult. Hasonlóan meggyógyult a negyedik beteg is a jobb hörgőfa szérelésének az egyesítése után. Az ötödik beteg a jobb főhörgő átszakadása és műteti egyesítése után vese- és keringéselégtelenségben meghalt. A hatodik beteg a bal felső lebeny hörgő átszakadása és műteti egyesítése után panaszmentes lett. A hetedik betegen a jobb főhörgő szérelése és bordatörés után műtétet nem végeztek. A beteg állapota javult, de terheléskor nehézlégzése volt. A hörgőfa szérelésekor a törtvégeket egyesíteni kell, tüdő-resectio csak súlyos parenchyma-szérelés esetén szükséges.

Pongor Ferenc dr.

A hörgőfa szérelései. Chamaissani, A. (Lungenklinik der Stadt Krankenhaus Köln-Merheim): Pra-

xis und Klinik der Pneumologie, 1979, 33, 447.

A hörgőszakadás egyrészt tünetmentes is lehet, másrészt a társzérelések miatt érthető, hogy a hörgőszakadást több mint 60⁰/₀-ban nem ismerik fel azonnal. Klinikai tünete: köhögés, mellkasfájdalom, nehézlégzés, cyanosis, tüdővérzés, erőltetett légzés, bőr alatti és mediastinalis emphysema, légmell és mellkasi vérömleny. Hörgőszakadás gyanúja esetén azonnal mellkas röntgenfelvételt és bronchoscopiát kell végezni. Az igazolt hörgőszakadást, ha a beteg állapot megengedi azonnal thoracotomiával kell ellátni. Az utóbbi 2 évben 4 betegen kórisméztek friss hörgőszérelést. Egy nőbeteget sorozatos borda, kulcsont töréssel, kétoldali tüdőroncsolással, a jobb főhörgő szakadásával azonnal megoperáltak, a beteg azonban 14 nap múlva meghalt. A második beteget hasonló széreléssel vették fel. A jobb oldali főhörgő repedését elvárrták, a tüdők és a bordák szérelését ellátták. 6 hét múlva az agyi tünetek is megszűntek. A másik két hörgőszérelés bronchoscopia kapcsán keletkezett. Egy 67 éves férfibetegén súlyos tüdővérzés miatt végeztek bronchoscopiát. Közben a bal főhörgőt megsértették. A hörgőrepedést azonnal elvárrták ugyan, azonban a beteg 4 nap múlva tüdőemboliában meghalt. A negyedik betegen rosszindulatú daganat miatt a jobb tüdő felsőlebenyének az eltávolítását tervezték. A tájékoztató bronchoscopia során a bal főhörgőt véletlenül megsértették. Ez akkor derült ki, amikor a jobb mellkastól megnyitásokor a mediastinumban levegőt találtak. A jobb tüdő felső lebenyét a daganattal eltávolították. Közben még egyszer bronchoscopiát végeztek és megállapították a bal főhörgő beszakadását. Bal oldali thoracotomiával a hörgő 2 cm-es repedését elvárrták és a beteg rendbe jött. 10 év alatt 17 444 bronchoscopiát végeztek és a bal főhörgő szérelését csak ebben a 2 esetben észlelték.

Pongor Ferenc dr.

A légsző- és a hörgőrepedés problematikája. Kirndörfer, D. és mtsa (Klinik für Allgemeine- und Thoraxchirurgie am Zentrum für Chirurgie der Justus-Liebig-Universität Giessen): Praxis und Klinik der Pneumologie, 1979, 33, 449.

A friss légsző- és hörgőszérelések sebészeti ellátása ma már nem okoz gondot. Ezeknek a széreléseknek a problematikája abban van, hogy azokat későn ismerik fel, az ún. spontán gyógyulásnak pedig veszélyes kései szövődmenyei: szűkület és a tüdőparenchyma károsodása alakulhatnak ki. A nagy légutak szakadása ritka. Áthatoló mellkasszérelés után mintegy 2⁰/₀-ban, tompa mellkasszérelés után pedig 0,3–1,5⁰/₀-ban fordul elő.

Tompa sérülés után főleg a főhőrgök szakadnak el. 1961 és 1977 között 263 mellkassérületet ápoltak. Közülük hétnek volt hörgőfa sérülése. 2 betegben a légcső öngyilkosság kapcsán átszakadt. Anastomosis után az egyik beteg 14 órával a műtét után szívelégtelenségben meghalt, a másik beteg életben maradt. Tompa sérülés után 2 betegben a légcső, 3 betegben pedig a carina szakadt át. 2 beteg életét sikerült megmenteni. Hörgőszakadás 80–90%-ban a bifurcación, vagy a főhőrgön fordul elő, a jobb oldalon gyakrabban. A perifériás hörgőrepedés ritka. A hörgőfa sérülésének a tünetei: nehézlégzés, cyanosis, vérköpet, bőr alatti emphysema és légmell. Heveny súlyos esetben mellkas-röntgenfelvétel és bronchosopia végzésére nincs idő. Ilyenkor az intubálás és az állandó mellkas-drenázs életmentő lehet. Súlyos vérzés miatt néha azonnali műtétet kell végezni. A legfontosabb diagnosztikai eljárás a bronchosopia. A friss hörgősérülést azonnal el kell varrni, ill. az anastomosis helyre kell állítani. Ha a hörgősérülést nem kórismézik idejében, 2–4 hét múlva hörgőszűkület, a tüdőben pedig atelectasia és tüdőfertőzés keletkezik. A fedett hörgőszakadás újraegyesítése a baleset után 2 hónap, sőt 15 év múlva is eredményes lehet. Carnificatio esetén a tüdőt el kell távolítani. Újabb kísérleteket végeznek a hörgőhiányinak műanyaggal való pótlásával is.

Pongor Ferenc dr.

A légcsőszűkület műtéti megoldásának a javallata tartósan géppel lélegeztetett többes traumás betegekben. Dragojevic, B. és mtsai (Chirurgische Universitätsklinik und Poliklinik Köln-Lindenthal): Praxis und Klinik der Pneumologie, 1979, 33, 455.

1974 és 1978 között 12 betegben végeztek a hörgőfán szűkület miatt segmentum-resectio műtétet. A légcsőszűkületet 6 betegben többes mellkassérülés után a tartós gépi lélegeztetés okozta. A műtét valamennyi esetben sikeres volt. Kérdés, hogy a légcsőnek milyen fokú szűkülete esetén szükséges a segmentum-resectiót elvégezni. A szerzők kísérleti egyének légcsővébe 3–6 cm hosszúságú és 4–8 cm átmérőjű csövet helyeztek és egésztest-plethysmograph készülékkel mérték a légútellenállást. Megállapították, hogy 5 vízcmliter/másodperc légútellenállás esetén, ami a légcsőnek 8 mm átmérőjűre való beszűkülésének felel meg, a légcsőműtét feltétlenül indokolt.

Pongor Ferenc dr.

A légcső-nyelőcső sipoly tompa mellkassérülés után. Valesky, A. és mtsai (Abteilung für Chirurgie der Medizinischen Hochschule Lü-

beck): Praxis und Klinik der Pneumologie, 1979, 33, 459.

A légcső-nyelőcső sipoly ritka, 1936 óta 34 ilyen esetet közöltek. Mellkas kompresszió kapcsán úgy keletkezik, hogy a hangrés reflex útján záródik, az ütés hatására a túlnyomásos levegővel teli légcső a nyelőcsővel együtt a mellkasfalnak és a gerincoszlopnak ütközik és a lógcső pars membranaceaja bereped. A zúzódás a nyelőcső falán részleges elhalást okoz. E helyen pár napon belül a légcső és a nyelőcső között sipoly képződik, aminek a tünetei csak 3–7 nap múlva jelentkeznek. Diffúz mediastinitist eddig még nem írtak le. 1465 mellkassérülés kapcsán eddig 3 légcső-nyelőcső sipolyos beteget kezeltek. Egy 33 éves férfi autóbalesetkor a kormánykeréknek ütközött. A felső 3 bordája mindkét oldalon eltört, légmell keletkezett, amit leszívtak. 4 nap múlva a beteg minden étkezéskor köhögési rohamot kapott, ami hónapokig tartott. A röntgen és a bronchosopos lelet negatív volt. A köhögési rohamot ideges eredetűnek tartották. 8 hónap múlva azonban röntgennel és bronchosopiával is felismerték a légcső-nyelőcső sipolyt, amit műtéttel zártak. A beteg 14 év óta panaszmentes. A második beteg autóbaleset után szintén légcső-nyelőcső sipoly keletkezett, amit 3 nap múlva röntgennel és bronchosopiával is kórismézték. A sipolyt a tüdőszűkület miatt csak 4 hét múlva zárták. Azóta 4 év telt el és a beteg panaszmentes. A harmadik beteget ugyancsak autóbaleset után súlyos mellkassérüléssel vették fel. Azonnal bronchosopiót végeztek és a nyak magasságában a légcső berepedését látták. Ezután oesophoscopiót is csináltak és ugyanazon magasságban a nyelőcsővön is találtak egy 3 cm hosszúságú repedést. Mindkét sérülést elvárták. 18 hónap eltelté óta a beteg panaszmentes. A légcső-nyelőcső sipoly oka 80%-ban autóbaleset. A sipoly 84%-ban a bifurcación mellett, a többi esetben a nyak táján keletkezik. Kísérő tünete 68%-ban bőr alatti emphysema, 40%-ban légmell. Bronchosopiával, oesophoscopióval és röntgennel 70–80%-ban kórismézhető. Spontán gyógyulást eddig nem észleltek. Feltűnő, hogy a sipoly 10 napon belüli elvarrásának sok a szövődménye. 6 ilyen beteg közül 2 meghalt, 2-nek kiújult a sipolya és csak 2 beteg gyógyult meg. Ezzel szemben 24 légcső-nyelőcső sipolyos beteg közül, akiket a sérülés után 14 nap és 11 hónap között operáltak meg, egy sem halt meg. Ennek valószínűleg az a magyarázata, hogy egy bizonyos idő múltán a sipoly fala elhatárolódik és a sebszéleket sarj-szövet rögzíti.

Pongor Ferenc dr.

Szülészet – nőgyógyászat

Az ikerszülések anaesthesiológiai problémái. Langrehr, D., Arnold, R. (Dept. of Anaesth, State Univ. Groningen, Hollandia): Prakt. Anästh. 1978, 13, 50–55.

A szerzők 207 ikerszülés anaesthesiológiai ellátásának módjait és tapasztalatait ismertetik. 97 esetben mindkét újszülött spontán született, N₂O–O₂ analgesia, esetleg pudendus-blokád alkalmazása mellett.

88 esetben az első újszülött spontán született, a második pedig különböző beavatkozások (vákuum, vákuum+fogó, extractio) segítségével. Ebben a csoportban a N₂O–O₂ keverék előtt kisebb dosisú propanididet adtak, hogy a két újszülött világrajzovetete közötti időben az anyá felébredvén aktívan is nyomni tudjon. Később, az episiotomia-varrathoz halothant vagy enfluránt is adagoltak.

Kísérleteztek 1 mg/tskg ketamin kiegészítő adásával is, de azt később nem alkalmazták, mert az anyai együtműködés elégtelen volt a közti időben.

Abban a csoportban, melyben mindkét újszülött valamilyen beavatkozás segítségével született (6 eset), két módszert is alkalmaztak: propanidid, ethomidat, althesin valamelyike mellett N₂O–O₂ keverék, majd a befejezéshez Fluothan vagy Ethran; vagy pedig 1–2 mg/tskg ketamin és N₂O–O₂-inhalatio. Nagyon sürgős beavatkozás esetén tiszta gáznarkóziót is végeztek, 1, majd 0,5 tf⁰/₀ Fluothan hozzáadásával, vénás bevezetés nélkül.

16 esetben a második, vagy mindkét újszülött kímélésre császármetészt végeztek: 1 mg/tskg ketamin bevezetés után 1. a endotrachealis narkózis N₂O–O₂ keverék és 0,5 tf⁰/₀ Fluothan folyamatos IPPB lélegeztetésével. A praemedicatio minden esetben csak atropin volt, esetleges bradycardia, hypotonia esetén a narkózis alatt ismételték. A sectionarkózisok kérésével maszk-narkóziót folytattak — szövődmény nélkül.

Véleményük szerint az ikerszülések anaesthesiájában egyre inkább el fog terjedni a lumbalis periduralis anaesthesia. Olyan helyeken azonban, ahol ennek személyi-technikai feltételei hiányoznak, az előbbieken felsorolt módszerek valamelyikét javasolják.

Habis György dr.

Vetelés és alacsony születési súly korai, antenatalis előrejelzése az amnionsejtek morfológiája alapján. Gosden, C., Brock, D. J. H. (Western General Hospital, Edinburgh EH4 2XU): British Medical Journal, 1978, 6146, 1186.

A szerzők korábbi munkájukban már kimutatták, hogy a gyorsan le-

tapadó, ún. RA sejtek (rapidly adherent) között a 2. trimeszter közepén nyert amnionfolyadékban vannak olyanok, amelyek a magzat velőcsőzáródás rendellenessége esetében diagnosztikus jelentőségűek. Jelen közleményükben további körjelző sejtalakok, az ún. fetalis distress sejtek felfedezéséről számolnak be.

A foetalis distress sejteknek két típusát tudták elkülöníteni. Az I. típusúak a nagy, kerek sejtek aránylag kis maggal, a II. típusba tartozók alakja nem jellemző, de feltűnőek bennük a perinukleárisan elhelyezkedő vakuolák. Ilyen sejtek jelenléte alapján fenyegető vetélés, ill. alacsony születési súly előre jelezhető.

A vizsgálatok 201 olyan terheseből nyert amnionfolyadékban történtek, akik esetében a szérumszám alfa-foetoprotein (AFP) értéke két ismételt vizsgálattal emelkedett volt. A 201 terhes közül 43 esetében az AFP az amnionfolyadékban is magas értéket mutatott. E 43 terheseből származó amnionsejtek között megtalálhatók voltak a normális magzat esetén nem észlelhető neutrális sejtek (hosszú, bipoláris makrofágok). A 43 magzat közül 40-ben anencephalia-spina bifida, 2 esetben exomphalos és 1 esetben a kétféle rendellenesség együttes előfordulása volt igazolható. A 3 utóbbi esetben a neurális sejtek mellett a peritoneumból származó sejteket is találtak.

25 további terhes esetén az AFP érték az amnionfolyadékban normális határokon belül volt, de jelen voltak a normális esetben nem észlelhető fetalis distress sejtek. A 25 magzat közül 4 az amniocentesis követő 7 héten belül elvetődött, 1 magzat ezen az időn túl halt el, urogenitalis atresiát találtak benne. 8 magzat a 37. hét előtt jött a világra, 2500 g-nál kisebb súllyal, 8 magzat pedig small for date bébi volt. 3 további esetben az anyában a harmadik trimeszterben súlyos toxemia lépett fel. Egy magzat súlyos csontrendellenességgel született meg és a perinatális időben elhalt.

133 terheseben az amnionfolyadék AFP koncentrációja normális volt és kóros sejteket nem találtak benne. E 133 eset közül 131-ben a terhesség kimenete sikeres volt és csak 2 esetben történt koraszülés. E két eset közül az egyikben a 27. gestációs héten az anya súlyos pulmonalis emboliát kapott.

A kóros sejtek eredetére vonatkozóan 3 lehetőséggel számolnak. Ezek származhatnak 1. a magzati tüdőből, 2. a magzati veséből vagy 3. a placentából is. Biztosnak látszik, hogy a fetalis distress sejtek megjelenése az amnionfolyadékban a terhesség 16. hetében a kedvezőtlen méhen belüli viszonyokkal van kapcsolatban. Érdekes megfigyelés az is, hogy az ilyen sejteket mu-

tató magzati folyadék mellett a placentában is kóros jeleket észleltek.

Osztovcics Magda dr.

Extraamniális Rivanol és PGF_{2a} feltöltések összehasonlítása második trimeszterbeli terhességekben. Ölund, A., Larsson, B. (Department of Obstetrics and Gynecology, University Hospital, Huddinge, Sweden): Acta Obstet. Gynecol. Scand. 1978, 57, 333—336.

Japán szerzők kedvező tapasztalatai alapján Svédországban közel egy évtizede használják az extraamniális Rivanol feltöltést középidős terhességek megszakítására. A szerzők 92 második trimeszterbeli művi vetélés során hasonlították össze a Rivanol, a PGF_{2a}, valamint a kettő kombinációjának az eredményességét. Az iradolomban elfogadott 0,1%-os Rivanol oldatot alkalmazták feltöltésre maximálisan 150 ml mennyiségben. Amennyiben a vetélés 24 óra belül nem zajlott le, támogatásként mindhárom csoportban oxytocinos infúziót alkalmaztak. A feltöltés és a vetélés között eltelt idő legrövidebb a Rivanol és a PGF_{2a} együttes alkalmazását követően volt (átlagosan 24,9 óra), míg a prosztaglandin önmagában 26,7, a Rivanol pedig átlagosan 29,9 óra alatt vezetett eredményhez. Lényeges eltérés tehát nem volt a három csoport között. Ugyancsak nem találtak különbséget a szövődmények és a mellékhatások vonatkozásában sem. Véleményük szerint a prosztaglandin feltöltés nem rendelkezik számottevő előnnyel a Rivanol-instillációval szemben, amelyet egyszerű és megbízható módszernek tartanak középidős terhességek megszakítására.

[Ref.: A hazai irodalomban Máthé és mtsai (Orv. Hetil. 1975, 116, 2782.) hívták fel a figyelmet a Rivanol feltöltésére, amellyel magunk is kedvező tapasztalatokat szereztünk. Biztonsággal alkalmazható megszakítására, hanem az első trimeszterben főként primigravidákban a méhszáj kíméletes tágítására. Amellett, hogy mellékhatásai elenyészőek, és ellenjavallata gyakorlatilag nincs, nem elhanyagolható előnye a prosztaglandinnal szemben, hogy fillérekbe kerül.]

Gardó Sándor dr.

Sebészeti

A tüdőfunkció műtét előtti értékelése. Tisi, G. M. (University of California, San Diego School of Medicine, and the Pulmonary Section, San Diego Veterans Administration Hospital, San Diego, CA 92161): American Review of Respiratory Disease, 1979, 119, 293.

Orvosi tevékenységünk alapelvei: primum nil nocere. Gyógyító tev-

kenységünk mégis kockázattal jár. A műtét utáni megbetegedés és halálozás megelőzése érdekében a műtét előtt tüdőfunkciós vizsgálatokat ajánlatos végezni. Műtét utáni szövődmény ép tüdő esetén is lehetséges. Okozhatja ezt maga a műtét, az érzéstelenítés, a szoros kötés, az érrendszer megváltozása, a tájdonmosságot okozó szerek és a mozdulatlan hanyattfekvés. Ezek befolyásolják a tüdőterefogatot, a légzést, a gázcsere és a szervezet védekező képességét. A nem hasi, vagy a nem mellkasi műtétek nem rontják a vitalkapacitást. Felső hasi műtét után viszont a vitalkapacitás 55, alsó hasi műtét után pedig 40%-kal csökken, és ez csak 1—2 hét múlva tér vissza a normális értékre. A maradékterefogat a műtét utáni negyedik napon 13%-kal, a funkcionális maradékterefogat pedig 20%-kal, a kilégzési tartalékterefogat mindenféle hasi műtét után 33%-kal csökken. A műtét után 24 óra belül az alaplégzés 20%-kal lesz kevesebb, a légzési arány pedig 26%-kal emelkedik. Megváltozik a légzés ritmusa is, a tüdő rugalmassága 33%-kal csökken. Ezek a változások fokozott léggzéssel megszüntethetők. Hasi műtét után az artériás oxigéntelítettség 88 Hgmm-ről 63 Hgmm-re csökken. A szervezet a műtét után a tüdőszövődmények ellen köhögéssel, a macrophagok tevékenységével és a hörgők csillósörzések mozgásával védekezik. Műtét utáni tüdőszövődményben a betegek 1,5%-a hal meg. Ebből 1,2% az alapteregséggel, 0,24% technikai hibával és 0,06% az érzéstelenítéssel kapcsolatos. A műtét utáni tüdőszövődmény 2,9—70% között változik. A legtöbb beteg a műtét után súlyos kilégzési áramlás akadályban hal meg. A műtét utáni szövődmény oka vagy atelectasia vagy tüdőfertőzés: a hörgőhurutból tüdőgyulladás lesz. Az atelectasiát okozhatja a váladékpanasz, a sóhajlás hiánya vagy a tartalékvegyő csökkenése. A tüdőfertőzés elősegítheti a kiszáradást, a köhögés csökkenése, a micro- és macroatelectasia, a fájdalom, az érzéstelenítés, valamint a csillósörzések tevékenység csökkenése. Kockázati tényezők nem a tüdő részéről: a dohányzás, a kövérség, valamint az alapteregséggel kapcsolatos tényezők. A városi lakosság 82%-ának idült hörgőhurutja van, ami főleg a hörgőrákos betegek műtétekor jelent kockázatot. A nem hasi és a nem mellkasi műtétek szövődménye 1%-nál kisebb, ami az alsó és felső hasi, valamint a mellkasi műtétek esetén egyre gyakoribb. Az általános érzéstelenítés kockázata nagyobb, mint a helyi érzéstelenítés. Tüdőszövődményre számíthatunk, ha a maximális légzéskapacitás 50%-nál, az egy másodperc alatti fokozott kilégzési terfogat 2 liternél kisebb, az artériás széndioxid telítettség 45 Hgmm-nél, az arteria pulmonalis nyomása pedig az egyik oldali arteria pulmonalis

elzáródása esetén 30 Hgmm-nél nagyobb

A műtét előtti légzésfunkciós vizsgálatokkal egyrészt el lehet különíteni a nem operálható betegeket az operálhatóktól, másrészt pedig olyan eljárásokat alkalmazhatunk, amelyekkel a műtét utáni szövődmények enyhíthetők. Megfelelő eljárással pl. a műtét utáni atelectasia és tüdőgyulladás aránya 11%-ról 4%-ra csökkenthető. A leghelyesebb a beteget a műtét után őrzőszobában ápolni, ahol a személyzet a szükséges légző, köhögési és egyéb fizikális eljárásokról is gondoskodik. Ezzel a műtét utáni szövődmény 77%-ról 42%-ra csökkenthető. Nagy segítséget jelent ebben az intermittáló pozitív nyomású lélegeztetés is. Különös gondozást igényelnek a dohányos, a köhögő, a kövér és a 70 évnél idősebb betegek felső hasi és tüdőműtét előtt. A műtét előtt meg kell tanítani a betegeket a műtét utáni helyes légzésre, abba kell hagyni a dohányzást, hörgőtágító szereket kell adni, szükség esetén le kell küzdeni a fertőzést és a váladékpangást, a kövér beteget le kell fogyasztani. A műtét folyamán a minimumra kell csökkenteni az érzéstelenítés idejét, a váladékot le kell szívni, meg kell akadályozni a félrenyelést. Tágítani kell a hörgőket és időnként fel kell fújni a tüdőt. A műtét után különösen ügyelni kell a hyperinflációra. A váladék leszívására, korán fel kell kelteni a beteget, köhögötni kell s ügyelni kell arra, hogy a fájdalomcsillapítás ne csökkentse a légzést. Amint lehetséges, vagy a szövődmény szükségessé teszi, tüdőfunkciós vizsgálatot, spirometriát, vérgázanalízist, radioizotóp, vagy az egyik arteria pulmonalis ballon katóterrel való elzárásával az arteria pulmonalis nyomásának a vizsgálatát ajánlatos elvégezni.

Pongor Ferenc dr.

Splenomegalia ritka formája.

Wilms, H. és mtsai (Chir. Univ.-Klinik, Freiburg): Fortschr. Med. 1979, 97, 425.

A lép-cysták a splenomegalia egészen ritka formáját képezik. Az ún. pseudocysták traumák kapcsán keletkeznek, a valódi cysták pedig legtöbbször veleszületettek. A cystás splenomegalia megállapítása gyakran véletlen lelet. A valódi lép-cysta diagnózisa csak sonographia, coliacographia és lép-scintigraphia segítségével erősíthető meg. Az echinococcus fertőzés kizárására immunológiai próbák (Casoni-teszt; serológiai vizsgálatok) szolgálnak. A kezelése sebészi és a kórjóslat igen jó, amit a szerzők két veleszületett lép-cysta leírásával erősítenek meg. Mindkét esetüket véletlen leletként észlelték. Mindkét betegen a lép eltávolítása szövődménymentes volt.

ifj. Pastinszky István dr.

Az epehólyag heveny torsiója. R. D. Whipple, R. R. Sabo (Central Montana Hospital, Lewistown, Montana): Amer. J. Surg. 1979, 137, 798.

Rendellenes fejlődés következtében az epehólyag heveny, visszatérő, teljes vagy részleges torsiót szenved. Az alapul szolgáló rendellenesség két típusú. Egyikben az epehólyagot teljesen peritoneum borítja, szabadon lóg a hasüregben, és csak a ductus cysticus mesenteriuma tartja. A másikban az epehólyagnak és a cysticusnak is jól elhatárolható, de mozgékony mesenteriuma van.

A részleges torsio általában visszatérő, lassan fokozódó fájdalmat okoz az epehólyagtájékon. Cholegraphiával kimutatható. Célszerű kezelése megelőző cholecystectomia. A heveny, teljes torsio az epehólyag ischaemiás elhaláláshoz vezet, kezelése műtéti detorsio és cholecystectomia. A kórkép minden korban, mindkét nem előfordulhat, de leggyakoribb idős nőkben. Az eddig közölt kb. 300 esetből műtét előtt eddig csak egyben tudták a helyes kórismét megállapítani. A szerzők két idős nőbeteg kórleírását közlik, egyik heveny cholecystitis vagy appendicitis, a másik heveny bélelzáródás gyanújával került műtetre. Mindkettőnek epehólyag torsiója volt, derotatio és cholecystectomia gyógyulást eredményezett. A megcsavarodott epehólyagokban követ nem találtak. Pálvölgyi László dr.

Vagotomia és pylorus dilatatio az idült nyombélfekély gyógyításában. Thomson, J. D., Galloway, J. B. W. (Ballochmylle Hospital, Mauchline, Ayrshire, Nagy-Britannia): British Medical Journal 1979, 1, 1453.

A gyakori postoperatív gyomor-pangás miatt tértek át arra a gyakorlatra, hogy a vagotomiát valamilyen draináló műtéttel kombinálják. A gyomor stasis azonban csak rendszerint átmeneti jellegű és ezért a szerzők véleménye szerint nem ésszerű, hogy emiatt a gyomrot tartson inkontinenssé tegyék. Az antrum és pylorus működését lehetőleg meg kell tartani. Ezért, ha nem nagyon heges vagy szűkült a gyomor kivezető szakasza, nem végeznek a vagotomia után draináló műtétet, hanem a pyloruscsatorna sima izomzatát gastrotomiás nyíláson át bevezetett Tubbs-féle dilatátorral tágítják. A tágítást fokozatosan végzik maximum 4 cm-ig, hogy az izomzatban morfológiai károsodást ne okozzanak. Ezt állatkísérletben és emberben is fény-és elektronmikroszkópos vizsgálatokkal ellenőrizték.

101 idült nyombélfekély miatt műtött betegeket tartották 6 éven át rendszeres ellenőrzésük alatt, akiken truncalis vagotomia + pylorus dilatatio műtétje történt. Műtéti mortalitás nulla volt. A műtét

után felülvizsgált betegeiket Visick szerint 4 csoportba osztották: I. Panaszmentes. II. Kezelést nem igénylő panaszok. III. Kezelésre javuló panaszok. IV. Kezelésre nem javuló panaszok. A 101 beteg megoszlása: I. csop. 67, II. csop. 12, III. csop. 12, IV. csop. 10 (I.+II. = 78%, III.+IV. = 22%).

4 betegnek keletkezett recidív duodenalis ulcusa és emiatt újból műtetre került. 3 betegnél kellett 2-3 év múlva draináló műtétet végezni, ezek közül 1 betegnek már eleve heges pyloruscsatornája volt, ezt ma már nem tartanak alkalmasnak a dilatációs műtetre. 2 betegnél egyidejűleg epekö miatt cholecystectomiát is végeztek. 1 betegnél 5 év múlva hiatus hernia és reflux oesophagitis miatt funduplicatiót kellett végezni. Ezen secunder műtétek elvégzése után a betegek 85%-a tartozott a Visick I.+II. csoportba, 15%-a a III.+IV. csoportba. 14 betegnek volt a truncalis vagotomia és pylorus tágítás után átmenetileg hasmenése, de csak 3 betegnél maradt meg tartós hasmenéshajlam.

A szerzők kisebb veszélye és a rövidebb műtéti időtartam miatt a truncalis vagotomiát részesítik előnyben, a kiegészítő draináló műtétet lehetőleg mellőzik, helyette a leírt dilatációs eljárást alkalmazzák. Utánvizsgálataik alapján ezt az eljárást tartják a legjobbnak.

Metzl János dr.

Fog- és szájbetegségek

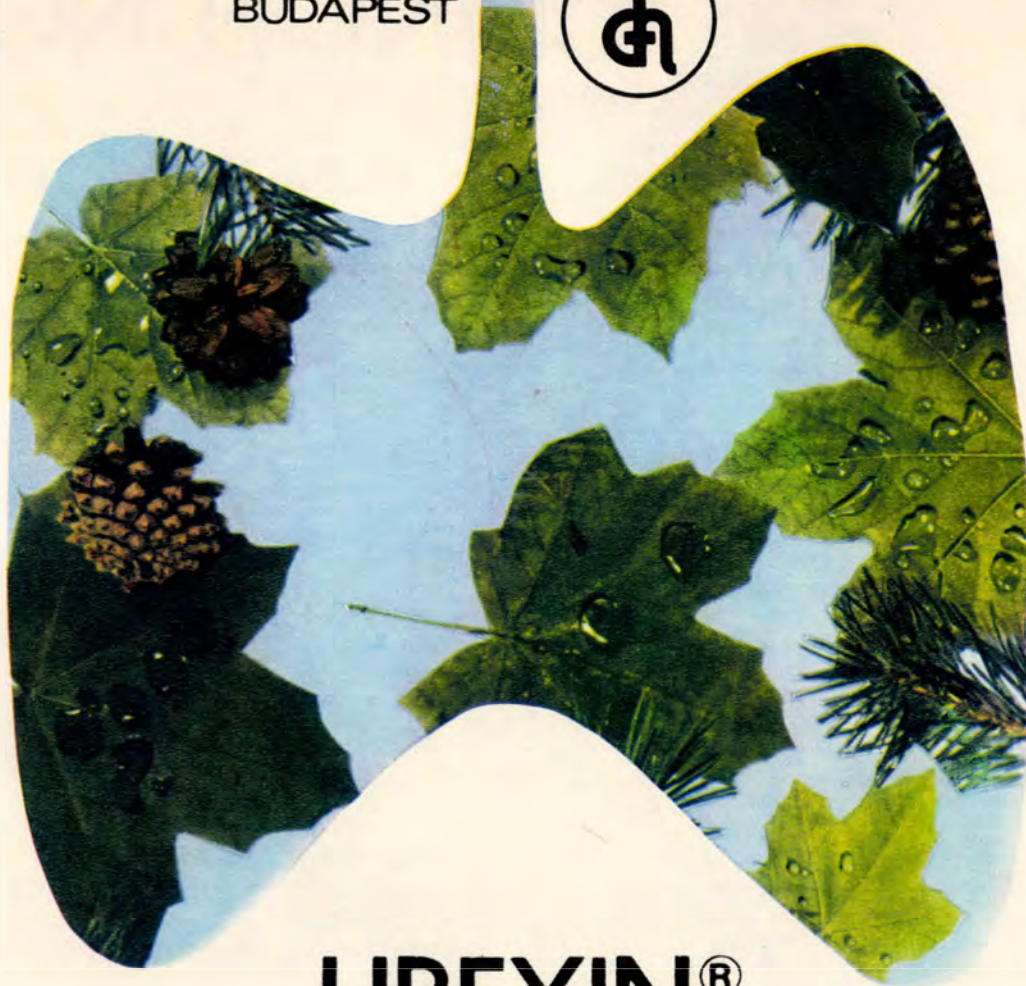
Streptococcus mutans. Irodalmi áttekintés I—II. Schmalz, G. (Zentrum für Zahn-, Mund- u. Kieferheilkunde der Universitätsklinik Tübingen, Abteilung für Zahnerhaltung): Zahnärztliche Welt und Reform 1979, 88, 263 és 319.

A Streptococcus mutans baktériumtörzset már 1924-ben felfedezték és jelentőségét a caries keletkezésében gnotobiotikus állatkísérletek segítségével igazolták.

A streptococcus mutans több egységes karakterisztikus kvalitatív biokémiai jelet mutat, szerológiailag mégis öt különböző csoportba differenciálható. Fő megkülönböztető jegye a többi szájüregi baktériummal szemben a mannit és a szorbit fermentációja.

A Streptococcus mutans előfordulása endemiás, nem kötött különleges civilizációs szinthez. Újszülöttekben még nincs jelen, először a fog előtörésekor bukkann fel, 2-4 éves gyerekek 80%-ában már megtalálható. Mind caries aktív, mind caries inaktív emberek szájüregében előfordul. A Homo sapiens kivéve máshol nem tudták még kimutatni. Caries-etiológiai jelentősége állatkísérletekben egyértelműen bebizonyosodott. Emberek esetében a Streptococcus mutans és a caries kapcsolatával összefüggésben még felmerül a kér-

CHINOIN
BUDAPEST



LIBEXIN[®] COMBINATUM

tabletta

ANTITUSSIVUM

ÖSSZETÉTEL

Tablettánként 200 mg 3-(β,β -Diphenylaethyl)-5-(β -piperidinoethyl)-1, 2, 4-oxadiazolum hydrochloricum és 1 mg Emetinum hydrochloricum hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK

Grippe, bronchitis spastica, bronchitis acuta és chronica, laryngitis, asthma bronchiale, emphysema, pleuritis, pleuropneumonia, tüdő-tbc.

ELLENJAVALLATOK

Nagy váladékozással járó kórképekben és különösen postoperatív állapotokban (inhalációs narkózis után) ellenjavallt.

ADAGOLÁS

Átlagos adagja felnőtteknek naponta 3–4-szer 1 tabletta, étkezés után.

MELLÉKHATÁSOK

Émelygés, esetleg hányinger szórványosan előfordulhat, ami a gyógyszer szedésének abbahagyása után megszűnik.

FIGYELMEZTETÉS

A tablettát egészben nyeljük le, mivel szétrágása a száj nyálkahártyáján múló zsibbadást válthat ki. A gyógyszert a gyermekpraxisban ne alkalmazzuk. Gyermekek elől elzárva tartandó.

CSOMAGOLÁS

20 db tabletta

Térités: 3,90 Ft

MEGJEGYZÉS

* Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtető.



CHINOI
BUDAPEST

CHINOFUNGIN

spray

FUNGICIDA TOPICA



A tolnaftat fungicid és fungisztikus hatású vegyület. Hatásos számos dermatophytia lokális kezelésében, elsősorban *Trichophyton mentagrophytes*, *Trichophyton rubrum*, *Microsporon canis*, *Epidermophyton floccosum*, továbbá *Malassezia furfur* okozta fertőzések esetén.

Alkalmazható grizeofulvinnal kezelt krónikus dermatophytiák kiegészítő antimycotikus local-therapeuticumaként.

ÖSSZETÉTEL

- 1 g tolnaftatum hatóanyagot tartalmaz 125 g-os palackonként, olajszerű folyadékban.

JAVALLATOK

Dermatophyton okozta superficialis mycosisok gyógyítására: elsősorban *erosio interdigitalis mycotica*, továbbá *tinea versicolor*, *trichophytia superficialis*, *epidermophytia inguinale*, *ekzema mycoticum*, *rubrophytia*, *intertrigo mycogenes*. *Onychomycosis*ban adjuváns kezelésre.

ELLENJAVALLAT

Nyílt seb befűvése ellenjavalt.

MELLÉKHATÁS

Bőrirritáló, illetve szenzibilizáló hatása elhanyagolható.

ALKALMAZÁS

Szappanos, melegvizes lemosás után naponta 2-szer permetezzük a gondosan leszárított bőrfelületre, 15–20 cm távolságról, a függőlegesen tartott palackból.

FIGYELMEZTETÉS

Az üres palackot tűzbe dobni, felnyitni nem szabad. A palack legfeljebb 30°C hőmérsékletű helyen tárolható. Az aerosol véletlen belégzése nem ártalmas, legfeljebb enyhén irritáló (köhögtető) lehet. Vigyázni kell arra, hogy a permet a szembe ne kerüljön!

MEGJEGYZÉS

✘ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtető.

CSOMAGOLÁS

125 g fémpalackban

Térités: 8,60 Ft

dés, vajon ok vagy következmény a streptococcus mutans jelenléte. Erre ma még nincs egyértelmű válasz.

In vitro kísérletben figyelték a streptococcus mutans tapadását a fogon és a baktériumok egymás közti aggregációját glukán jelenlétében. Glukán jelenlétében mind az adhaesio, mind az aggregatio fokozottabb mértékű. A glukánokból fruktánok és extracelluláris poliszacharidok keletkeznek. A glukánok mint vízben oldhatatlan anyagok a plakk vázszerkezetét alkotják, a fruktánok pedig energiaraktáraként működnek. Az extracelluláris poliszacharid szintézise szacharózfüggő. Ennek a szubsztrátnak a lebontása tejsavvá intracellulárisan az Embden-Meverhoff-cikluson át történik.

Az intracellulárisan képződött poliszacharidok hasonlóképpen mint az extracelluláris fruktánok, energiaraktárként működnek. Csökkent tápanyagbevitel esetén hidrolitikusan lebonthatók. Ebből adódik a pH érték csökkenés, amely a tulajdonképpeni szacharóz felvétel után történik. Így válik világossá a klinikailag megfigyelt nagyfokú cariogen hatása a szacharóznak. Mai ismereteink szerint a Streptococcus mutansnak egyedüli útja az ATP szintéziséhez a glikolízis. Így a Streptococcus mutans törzs energiaszükségletének közvetlen következménye a savképződés és ezzel együtt a fogzománc demineralizálódása.

Orsós Márta dr.

Gastroenterologia

A teljes parenterális táplálás mint a gyulladásos bélbetegségek elsődleges kezelési módja. V. W. Fazio (Dep. of Colon and Rectum Surgery, Cleveland): Dis. Col. Rect. 1978, 21, 555.

1975-ben a szerzők intézete számolt be a teljes parenterális táplálás (TP) jelentőségéről a gyulladásos bélbetegségek kezelésében. Értékelésükhöz két csoportot választottak ki. 1. A TP mint elsődleges kezelési mód. (Indikációk: diffúz vékonybél-érintettség, rövid-bél szindróma, therapia-rezisztens akut ileitises, vagy colitises Schubok, postop. enterocutan fistula). 2. A TP kiegészítő kezelésként alkalmazva. (Indikáció: sebészeti be-

avatkozás tervezése esetén fulmináns folyamatokban, ha a beteg nem sürgős műtétet igényelt.) Az 1975-ös felmérésükben 81 beteg adatait értékelték. 23 esetben alkalmazták a TP-t elsődleges kezelési módként, és ezek közül 15 javult. Azokban az esetekben, ahol műtéti előkészítésként adagolták a teljes p.e. táplálást, a betegeknek csupán 1/3-a javult.

A TP kezelést átlagosan 18 napig végezték. Subclavia kanülálással után 25% dextroset, 4,25% aminosavat, vitaminokat, elektroliteket és nyomelemeket tartalmazó Freeamine hyperalimentációs oldatot használtak. Az átlagos adag 3 l/die volt. A TP pontos időtartama a betegek klinikai válaszától függött. A kezelés ideje alatt a betegek test-súlya átlagosan 4,9 kg-mal növekedett.

Jelenleg azon betegek utánvizsgálati adatait értékeli, akik a teljes parenterális táplálásra rendkívül jól reagáltak. Ez a csoport 21 Crohn-os és 5 colitis ulcerosás beteget foglal magába.

A betegek közel felét a kezelés előtt már egyszer vagy többször operálták. A TP kezelés után átlagosan 27,25 hónapos nyomkövetési idő alatt csupán 4 betegük nem került műtetre. Az operált betegek legnagyobb része a TP kezelés után egy éven belül került műtetre. A teljes parenterális táplálás tehát nem váltotta be a gyúladásos vastagbélbetegségek kezelésében a kezdeti jó eredmények által keltett várakozást.

(Ref.: *A teljes parenterális táplálásnak az elesett állapotú, fiatal, kombinált tápanyaghiányban szenvedő betegek kezelésében mindenképpen nagy jelentősége van. Műtéti előkészítésben, utókezelésben nélkülözhetetlen. Sajnos nem befolyásolhatja sem a betegség ismeretlen kórereditét, sem a késői eredményeket. A postoperatív megbetegedések gyakoriságát befolyásoló esetleges hatásáról még nincs tudomásunk megjelent értékelésről.*)

Ujszászy László dr.

PABA-teszt: az exokrin hasnyálmirigy-elégtelenség kórismézése. Schnieber, E. (II. Med. Abt., Allg. Krankenhaus, Hamburg): Med. Klin. 1979, 74, 1000.

Az exokrin hasnyálmirigy-elégtelenség kórismézése még mindig

elég nehéz probléma a belgyógyászatban. Imondí (1971) ennek kivitelezésére a következő egyszerűen kivitelezhető és megbízható módszert ajánlotta. A szintetikus

peptid-N-benzoyl-L-tyrosyl-p-amino-benzoésav nátriumsóját (PABA) a chymotrypsin a bélben szelektíve hasítja, és ennek származékait a vizelet kiüríti. A vizeletben kiürített derivatum mennyiségéből a pancreas exokrin működése lemérhető. A szerzők 25 pancreas-elégtelenségre gyanús betegükön összehasonlító vizsgálatokat végeztek az ún. PABA-peptid teszttel és párhuzamosan a széklelet chymotrypsin és zsírkiválasztását is meghatározták. Vizsgálati eredményeik között szoros korreláció állott fent. A PABA-peptid próba könnyen kivitelezhető és a pancreas-functio diagnózisában rutineljárásként alkalmazható. A próba nem pótolja az eddig alkalmazott módszereket.

ifj. Pastinszky István dr.

PABA-teszt, faecalis chymotrypsin és zsírmeghatározás a pancreasműködés kórismézésében.

Büchler, H., R. Amman (Dep. Inn. Med., Univ. Zürich): Schweiz. med. Wschr. 1979, 109, 597.

A N-benzol-L-tyrosyl-paraamino-benzoésav peptid orális alkalmazása után a chymotrypsin hatása folytán a vékonybélben széthasad. A lehasadt paraaminobenzoésav (PABA) gyorsan felszívódik, a máj részben metabolizálja és a vese kiüríti; ennek a mennyisége az exocrin pancreas functio indexének értékelhető. A PABA-teszt mind állati, mind emberi kísérletekben jól elkülöníti a normális és a zavart exocrin pancreasfunctiót. 32 idült pancreatitises és 56 egészséges hasnyálmirigű egyéneken vizsgálták a PABA-tesztet, a faecalis chymotrypsint és a széklelet zsírtartalmát. A chymotrypsin eljárás érzékenyebbnek bizonyult ($p < 0,005$) az idült hasnyálmirigylób kórismézésében, mint a PABA-teszt; a PABA-teszt és széklelet zsírvizsgálati eredményei egymástól lényegesen nem különböztek. A PABA-teszt és széklelet chymotrypsin eljárás specificitása azonos értékrendűnek bizonyult.

ifj. Pastinszky István dr.



KÖNYVISMERTETÉS

Az ortopédia az elsődleges ellátásban. Chinni Pennathur Ramamusti, M. D. Szerkesztették: Richard Vernon Tinker, M. D., **Orthopaedics in Primary Care.** The Williams and Wilkins Company, 428 E. Preston Street, Baltimore, Maryland 21202, USA.

Az acut lágyrész eredetű torticollis fejezet az első meglepetés a könyvben. A különböző funkcionális egységek bemutatása az occiput az első nyaki és a két másik csigolyán ábrák segítségével, és különböző kezelési lehetőségek bemutatása, szemléltetően hangsúlyozza a symptoma fontosságát. Nagyon jól sikerült ábrák mutatják a cervicális ízületek, így az atlanto-occipitális és az atlanto-axiális ízület fontosságát. Nagymértékben igazolja az ortopédiai képletek és azok azonnali kezelésének jelentőségét. Megfelelő csoportosításban ismerteti az elsődleges ortopéd ellátás szerepét. Kiemeli az ortopéd tünetek felismerését az általános orvosi gyakorlatban, pl. az atlanto-axiális ízület esetében; hangsúlyozza, milyen fontos a röntgenfelvétel a diagnózis szempontjából. Megfelelő hűzés alkalmazása az atlanto-axiális ízület luxatiójának „gyógyulását” eredményezheti. Az apertura thoracis syndromája esetében nagyon világos ábrák mutatják a supraclavicularis, a costo-clavicularis és az infraclavicularis syndroma lényegét.

A könyv nagyon nagy érdeme, hogy a syndromák, a tünetek értettségét rajzokkal kiemeli, amelyek világossága az érthetőséget nagymértékben fokozza. Külön fejezetben foglalkozik az ambuláns anaesthesia problémájával, nem hanyagolja el a különböző blokádok részletes ismertetését sem. A rajzos metodika nagyban segít a punctiók végrehajtásának szemléltetésében.

A kitűnően alkalmazott ábrák mellett táblázatokban közli a különböző syndromák elkülönítését és pontos meghatározását.

A könyvet minden gyakorló ortopéd számára olvasásra javaslom, mert az említett kiváló ábrákkal, csoportosítással, táblázatokkal a könyv gyors tájékozódásra is kiválóan alkalmas, és kezdők számára pedig nagyon megkönnyíti a megfelelő tájékozottság megszerzését.

Radochay Lajos dr.

Barbara Pfenninger: Ergotherapie a kéz megbetegedéseiben és sérüléseiben. (Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 1979) 73 oldal, 49 ábra, 6 táblázat. Ára: 39,— DM.

A könyv szerzője a baseli Kantonspital ergoterapiás osztályának vezetője. 1954 óta folytatnak ergoterapiás kezelést és e könyv a negyedszázad alatt összegyűjtött elméleti és gyakorlati ismeretanyag gyűjteménye és vezérfonal azok számára, akik ergoterápiával foglalkoznak. Minden sorából kicseng a mély meggyőződés, hogy a kéz posttraumás és postoperatív kezelésében, rehabilitációjában a korszerű ergoterapia nélkülözhetetlen elem.

Az olvasó megismerheti az ergoterapia technikai eljárásait, az ergoterapia eszközeit, amelyeket szisztematikusan alkalmazva a lehetséges legjobb funkcionális eredményt kívánja elérni.

A szerző hangsúlyozza, hogy az általa leírt eljárások, idézett példák csak lehetőségek, amelyeket lehet követni, de sokkal nagyobb szerepe van a kezelésben az alkotó fantáziának, leleményességnek, kezdeményezésnek. Leszögezi, hogy könyve a gyakorlatból a gyakorlat számára íródott.

A könyv 12 fejezetből áll, 49 jól érthető rajzos ábra és 6 táblázat egészíti ki. Az egyes fejezeteket igen logikusan felépített, didaktikus egységekre osztja, amelyeken belül — a témától függően — helyet kap többek között az aethiologia, a kezelés orvosi vonatkozásai, az ergoterapia feladata stb.

A tartalom tájékoztat a kéz és az ujjak funkcionális vizsgálatáról és a mérési módszerekről. Külön hangsúlyt kap a kisizületek contracturájának kezelése — a kéz funkcióját rendkívüli mértékben veszélyeztető Sudeck-syndroma terapiája —, valamint a Dupuytren-tractura symptomatológiája és az ergoterapia lehetőségei. A posttraumás állapotok kezelésében hangsúlyozott rész foglalkozik az ujjak amputációjával, az in- és idegsérülések postoperatív kezelésével, végül több oldalas táblázaton mintegy összegezi az ergoterapiás kezelés eredményeit az egyes megbetegedésekben és ezeket remek rajzokkal illusztrálja.

A könyvet irodalmi jegyzék és tárgymutató zárja.

Az ismertett könyv szolid megjelenése mellett is igen értékes lánczeme lehet annak az ismeretanyagának, amely a korszerű kézsebészet hazai fejlődését elősegítheti. A kézsebészeti ismeretek, alapelvek sebészi megvalósítása és annak elterjedése egymagában nem hozza meg a várt eredményt, ha nem párosul a modern ergoterapia ismereteinek széles körű terjesztésével és gyakorlatával. Ezért tartom jelentősnek e könyvet, amelynek legfőbb erőssége a rövid-

ség és az ergoterapiás kezelési eljárások logikus, didaktikus felsorakoztatása. Renner Antal dr.

Liver carcinogenesis. (Máj carcinogenesis). Károly Lapis, Jan Vincents Johannessen (Editors). Hemisphere Publishing Corporation, Washington, New York, London, 1979. 413 old. Ára: 35,—\$.

A monográfia részben a Journal of Toxicology and Environmental Health önálló kötete, részben kézikönyv. Ennek megfelelően oldal-számozása is kettős. A tanulmány két részre tagolódik.

Az első az „Etiology, Diagnosis and Treatment in Humans” címet viseli és 230 oldalon 15 témakörrel foglalkozik. Linsell a környezeti tényezők szerepét tekinti át, Sugár J. és mtsai a pesticidok jelentőségéről írnak a hepatocarcinogenesisben. Tóth B. a hidrazin mycotoxinok és ehető gombák májrakkeltő képességét vizsgálja. A steroid hormonok különböző hatásait négy fejezet taglalja. Desser-Wiest ezen anyagok tumorkeletkezést elősegítő, Christopherson és Mays, továbbá E. D. Nissen és mtsai a szteroid hormonok, főleg az orális fogamzásgátlók kóroktani szerepét, Vana és mtsai ilyen szereket szedők májdaganatának gyakoriságát és természetét tekintik át. Zuckerman fejezete a hepatitis B-vírus szerepét taglalja a májrák keletkezésében. Lehmann és Wegener az ember májrakképzésének aetiológiáját tárgyalva a májcirrhosist, Anthony a rákot megelőző állapotokat elemzi igen behatóan. Lapis és Johannessen fejezetében az elsődleges májrák patológiájáról kapunk részletes — köztük ultrastrukturális — adatokat. Ebben a részben esik még szó az alfa₁-foetoprotein és az emberi májrák kapcsolatáról (Doležalova és mtsai), a hepatomákkal kapcsolatos biochemiai problémákról, különös hangsúlyt adva a kulcsszerepet játszó isoenzymeknek (Weber és mtsai). A májrák kezelésében jelenleg rendelkezésre álló lehetőségekről McBride, ill. Eckhardt tájékoztat.

A monográfia második része (Experimental Studies) 170 oldal terjedelemben 12 problémakört ölel fel. Hruban fejezete a hepatocellularis tumorok elektronmikroszkopos jelenségeivel. Morris és Slaughter az átoltható hepatomák néhány fontos kérdésével (kialakulás, növekedési sajátosságok, malignitás, chromosoma-kép) ismerteti meg az olvasót. A carcinogenesisrel kapcsolatban antigénváltozásokat (Embleton) követi Lapis igen részletes tanulmánya a vírus-okozta primaer és átoltható cirrhe-hepatomák kórszövettanáról és finomszerkezetéről. Ezt követően az MC-29 vírus által kiváltott hepatomák biochemiai tulajdonságairól (Prajda és mtsai) és ugyanezen daganat chromatin eltéréseiről és gén-működés zavarairól (Jenev és mtsai) kapunk jó áttekintést. Földes I. azt

vizsgálja, hogy mi az aktuális immun-status hatása ugyanezen daganat növekedési tulajdonságaira. *Elek és mtsai* fejezete a tumor-specifikus transplantációs antigénekkel foglalkozik és összehasonlítja ezeket csirkék MC-29 hepatomájában és egerek Rous-sarcomájában. Az alacsonyabbrendű gerincesek közül *Ishikawa és Takayama* egy kis akvárium halat, az *Oryzias latipes* (medaka) találta alkalmazásnak a vízben oldódó carcinogének, esetükben a diaethyl-nitrosamin carcinogenesis tanulmányozásában, különösen a viszonylag gyors indukció lehetősége miatt. *Seglen* azt tekinti át, hogy májsejt-szuspensiók és tenyészetek hogyan alkalmazhatók mint modellrendszerek a kémiai daganatkeltésben. A steroid-hormonok hatásáról májsejt-kultúrákban *Vetterlein és Desser-Wiest*, Kupffer-sejt tenyészetek alkalmazhatóságáról *Munthe-Kaas* fejezete ad tájékoztatást.

Egy recensió már csak korlátozott terjedelme miatt sem merülhet el részletekben, különösen nem akkor, amikor a problémákör annyi részletkérdésével foglalkozó monográfiát kísérel meg bemutatni. A kitűnően szerkesztett, ismert szakintézők által frott, a legújabb irodalmi adatokat is felölelő fejezetek tematikájának ismertetése nem a tartalomjegyzéket kívánja helyettesíteni, hanem az olvasó elé szeretné tárni azt a rendkívül széles spektrumot, amit ez a könyv felölel. Így kívánja felhívni mindazon szakemberek figyelmét erre a műre, akik a human és kísérletes kutatómunkában, valamint a klinikai gyakorlatban nap mint nap találkoznak a tárgyalta — sok esetben kritikai elemzést is nyújtó — kérdésekkel. Technikai szempontból különös figyelmet érdemel, hogy az egyébként speciális papírt igénylő morfológiai, köztük elektronmikroszkópos felvételek többsége milyen kitűnő minőségű, annak ellenére, hogy maga a monográfia nem készült különösen finom papírra.

Kendrey Gábor dr.

Chung E. K.: Ambulatory electrocardiography. Holter monitor electrocardiography. Springer-Verlag, New York, Heidelberg, Berlin, 1979. 241 oldal, 152 EKG ábra, 11 táblázat. Ára: 48,— DM.

A könyv a klinikai gyakorlat számára készült háziorvosoknak, sürgős eseteket ellátó belgyógyászoknak, kardiologusoknak, intensív osztályok nővéreinek, orvostanhallgatóknak. EKG alapismereteket nem tárgyal, ezáltal lehetővé vált, hogy a vizsgálati módszer technikai ismereteit, a diagnózis és a terápia könnyen áttekinthető, szinte csak felsorolt alapelveit, 10 oldalon és 11 táblázatban jól összefoglalja. 100 beteg kórtörténetének kardialis eseményeit részletebben tárgyalja és mutatja be 152 eredeti EKG ábrán. Anyagát úgy

válogatta össze, hogy a Holter-féle monitorozás diagnosztikus és terápiás előnyét szemléltetően igazolja.

Holter 1949-ben alkalmazott először betegre aplikált radiotelemetriás készüléket. 1959 óta miniatürizált radiotransmitterről magnetofon szalag rögzíti 24 órán át a kardialis eseményeket. A scanner vizsgálatszákör először 10 órás programot 20 perc, jelenleg 24 órásat 12 perc alatt ír ki. A kisméretű, kabát felső zsebében levő felvétel (recorder) 2 EKG felvétel monitorozását; a digitális-óra, a beteg beindítására, idő-esemény-symptoma korrelációt végez.

A készülék letapogatja és kiírja az EKG elvezetések skópon hangjelenséggel synchron vagy időjelző papíron készített felvételt. Megjeleníti a kamrai és pitvari ES-eket, azok óránkénti teljes számát, automatikusan jelzi, ha 20 s. szakaszon 3 vagy több ES indul be, folyamatosan a tachycardiás vagy blockos állapotokat. Elemzi és összefoglalva kifejezi a szívrythmus, ST segment eltéréseket. A digitális időkiírás precíz idő-esemény-symptoma korrelációt biztosít, amely egyeztethető a beteg által vezetett esemény naplójával (szívkihagyás, palpitáció, mellkasi diszkomfort, dyspnoe, ájulás, emésztési zavar stb.)

A Holter monitorozás indikációja: az átmeneti és rejtett arrhythmia felfedése, az átmeneti acut ischaemiás eltérések regisztrálása, különböző drogok hatásának megítélése (főleg a digitális okozta átmeneti vagy intermittáló szívzavarok), a klinikailag bizonytalanul értékelő symptomák kapcsolásának megkönnyítése (szédülés, szívdobogás, csaknem syncope, syncope, dyspnoe, mellkasi diszkomfort stb.). Értékes adatokat szolgáltat a „benignus és malignus” kamrai tachycardiák, sick sinus syndroma, az átmeneti bi-, trifascularis blockok folyamatos klinikai szemléletéhez és terápiájához. Megerősíti az orvos „filozófiáját” egyes betegségekre szív vagy konzervatív kezelést illetően, amely azonban az orvosi tapasztalat és háttér függvénye is. Ismerteti a különböző rhythmus-zavarok jelenleg leghatásosabbnak tapasztalt ambulans terápiáját (gyógyszeres és pacemaker). A Holter monitorozás eredményesebb és veszélytelenebb a rhythmus-zavarok és ischaemiás eltérések kimutatására a terheléses EKG-nál.

A 100 beteg EKG-ján minden rhythmus-zavar lehetőséget bemutat. Az ismert alapbetegségeken (coronaria-sclerosis, rheumás-vírusos carditis, WPW-syndroma stb.) kívül a rhythmus-zavar kivizsgálásakor mitralis prolapsus syndromát, alkoholos cardiomyopathiát, hyperthyreosist mutattak ki. Jó indulatú rhythmus-zavarnak tart, szívbetegség nélkül, egyes esetekben, átmeneti 4-5 kapcsoló kamrai ES salvekat, I^o-ú A-V blockot, Wenckebach periodicitást is. Véleményét klinikailag megindokolja és a nico-

tin, tea, kávé abusus szerepét hangsúlyozza ezekben az esetekben.

A Holter monitorozás rendkívül előnye, hogy 24 óra alatt, vagy néhány óra alatt rögzíthetők azok az eltérések, amelyeket egyébként ambulanter sokszor csak hetek-hónapok alatt sikerül „ki-fogni”, ha közben a beteg hirtelen meg nem hal. Az idejében bevezetett megfelelő kezelés viszont legtöbbször életmentő. A kitűnően szerkesztett monográfiát eredményesen használhatja minden, szív-betegekkel foglalkozó orvos.

Széplaki Sándor dr.

Hoher Blutdruck. Herausgegeben von R. Gotzen und F. W. Lohmann. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 1979. 138 oldal, 65 ábra, 40 táblázat. Ára: 28,— DM.

A két nyugat-berlini szerző által szerkesztett könyvecske az 1978-as Nyugat-Berlinben tartott magas vérnyomás szimpozion anyagát tartalmazza. Szerzői a két szerkesztőn kívül németek, svájciak, svédek és hollandok. Az első 6 előadás a magas vérnyomás betegség epidemiológiájával, pathogenesisével és diagnosztikájával foglalkozik, a következő 6 pedig a terápiával. Minden előadás végén számos irodalmi adat van, a könyvecske alfabetikus tárgymutatóval fejeződik be. A szerzők a hypertonia kérdés elismert kutatói, a szerkesztők közül a svájci *Epstein, Bühler*, továbbá a svéd *Hansson* neve közismert az irodalomban. A szimpozion aktualitását és könyv alakban való megjelentetését legfőképpen az adja, hogy a hypertonia a cardiovascularis betegségek legfontosabb rizikófaktora. Epstein is hivatkozik arra a megállapításra, mely szerint a civilizált lakosság hypertoniásainak fele nem ismert, s az ismert hypertoniások fele elégtelenül kezelt, tehát csak egynegyede áll kezelés alatt, s még ezeknek is csupán a fele részéről megfelelő gyógykezelésben.

Tulajdonképpen új adatok nem nagyon vannak sem a könyv első részében, sem második felében, de az elmondottak jó összefoglalóként hasznosíthatók. *Gotzen* a hypertonia bázis-diagnosztikája fejezetében egyszerűen, közérthetően sorolja fel a kórelőzménytől kezdve az ajánlott vizsgálatokig mindazokat a szempontokat, amelyek ma már minden, jól felszerelt szakrendelésen is érvényesíthetők. A kórelőzmény fejezetben hangsúlyozza az ovulációgátlók hypertoniát elősegítő szerepét is. Szó esik olyan, látszólag egyszerű dologról, mint a vérnyomás-mérés. *Krönig* hangsúlyozza, hogy mennyi hibát követünk el vérnyomásmérés kapcsán (testhelyzetek váltogatása, mandzsettaméretek különbözősége stb.).

A terápiás rész a magas vérnyomás betegség sebészi kezelésének lehetőségeivel kezdődik (*Häring és mtsai*), Cushing-syndromá-

ban a kétoldali teljes mellékvese kiirtást javasolják resectio helyett. A gyógyszeres fejezetek többsége a béta-blockolók szerepével, hatásával és más szerekkel való kombinációjáról szól. *Lohmann* két egymás mellé helyezett táblázaton érzékelteti a kombinációs terápia lehetőségeit a könnyű, enyhe hypertóniától a súlyos felé haladva. A lépcsőzetesen felépített terápiában korábban a Rausedyl-nek még eléggé jelentős szerepe volt, a jelenlegi, modernebb kombinációs felépítésben a Rausedyl nincs még ugyan teljesen száműzve, helyét azonban egyre inkább a béta-blockolók és újabb a vasodilatator szerek veszik át. Utóbbiak közé tartozik a Nepresol néven forgalmazott dihidralazin (nálunk az NDK-ból származó Depressan) és a már nálunk is kipróbált prazosin (Minipress). A legsúlyosabb hypertóniák kezelésében a kombinált alfa- és béta-blockoló szereket (ilyen hatású az angol labetalol, gyári nevén Trandate) adják együtt az amerikai igen erős vasodilatator Minoxidil-lel. Ugyanebben a fejezetben van szó röviden a hipertensiv crisisek kezeléséről is, (legjobbnek a diazoxidot és a nitroprussid-natriumot tartják).

Bár a 12 előadás nem sok új ismereteket tartalmaz, arra azonban a könyv alkalmas, hogy bőséges irodalmat is tekintve számos, a hypertóniával kapcsolatos kérdésnek (diagnosztika és terápia) téren egyaránt) könnyen utána lehet nézni, másrészt egy-egy fejezet a legfrissebb ismereteket tartalmazza, s ezért a hypertonia problémáival foglalkozók számára hasznos olvasmány. Ábrái, táblázatai kifejezőek, s nem drága. A Springer kiadó egyszerű, de mégis szép kiadásban hozta forgalomba.

Iványi János dr.

Oxylogia. (Szerkesztette: Bencze Béla.) Medicina, Budapest, 1979. 652 oldal, 70 ábra. Ára: 78,— Ft.

A sürgősségi orvostan kézikönyvét írta meg a Mentőszolgálat 12 munkatársa. Az *oxylogia* szó — a latin *acutus* görög megfelelőjéből — Gábor Aurél leleménye, aki korai haláláig fáradhatatlan volt e terminus technicus hazai és nemzetközi elterjesztésében.

A könyv szerzői igyekeztek mind azt a sok ismeretanyagot összeválogatni, amelyet az Országos Mentőszolgálat több mint három évtizedes működése során szükségesnek és hasznosnak találtak ahhoz, hogy az akut beteggel és sérülttel elsőként találkozó mentőorvos — vagy más orvos — gyorsan és hatásosan

kezdje meg a sürgős helyszíni ellátást és ez a tevékenysége zavartalanul illeszkedjék a betegellátásnak lehetőleg egységes elvek szerint működő szakaszos rendjébe (kórház előtti, majd kórházi ellátás, utókezelés).

A kis méretű, de vasos kötet tankönyv a mentőorvosi munkával ismerkedő medikusok, fiatal orvosok és mentőtisztek számára, de vademecum lehet minden orvosnak, akinek rendszeresen vagy alkalmanként sürgős betegek ellátásával van dolga.

A mentőszolgálat történetéről és szervezéséről szóló 50 oldal a könyv elején és az utolsó 90 oldal a kötet végén (a kivonuló mentőorvos magatartása, a tömeges balesetek, a mentőfelszerelések és használatuk) inkább az első funkciót szolgálja. A nem mentőorvos számára ezek a részek talán túlságosan részletesek is, mindenesetre informatívak. A könyv középső, mintegy 500 oldalas része az egyes szakterületek szerint csoportosítva tekinti át a sürgős betegellátás klinikai teendőit.

Az általános oxológiaiában olyan fontos, szemléletet adó alapfogalmakat definiálnak, mint az időfaktor, a csoportdiagnózis, a szállítási trauma, az életveszélyes állapot fokozatai és kialakulásának mechanizmusa. Nemcsak elvi, hanem gyakorlati-szervezési szempontból is fontos az oxológia körébe tartozó körképek meghatározása: az állapot súlyosságra utaló volta, a hirtelen kezdet és a magas időfaktor (gyors súlyosbodás) az a három tényező, melyek együttesen adják a „sürgősséget”. Ezek sorolják a betegséget az oxológiai ellátás kompetenciájába, és indokolják a késedelem nélküli és minél magasabb szintű szakellátást. A helyszíni tevékenység szabályainak és teendőinek felsorolása hosszú tapasztalatokat összegez és valóban hasznos, elsősorban a sürgős beteg első ellátásával, ritkán foglalkozó, vagy alkalmanként erre kényszerülő orvosnak.

Röviden foglalkoznak itt az újraélesztés fogalmával és alapvető teendőivel. (Az eszközök alkalmazását: szívó, kézi lélegeztető ballon, intubáló felszerelés és használata, lélegeztető készülékek, defibrillátor és defibrillálás, külön, a mentőfelszerelések használata című, igen részletes és jól áttekinthető fejezetben találjuk a könyv végén). A shock, collapsus és a helyszíni fájdalomcsillapítás lapjai zárják ezt a részt.

A belgyógyászat területéről jelentőségének megfelelően legnagyobb teret természetesen a szív és keringés kapta, de sorra kerülnek a légzőszervek, belső vérzések,

anyagcsere-elváltozások és a „belgyógyászati balesetek” (áramütés, akasztás, vízbefúlás, felmelegedés és lehűlés) sürgős diagnosztikája és azonnali terápiás teendői is.

Az ötven oldalas ideg- és elmeorvászati fejezet szükségszerűen szűkszavú, de a két nagy szakterülethez tartozó — és mentőtevékenységet gyakran igénylő — körképeket és velük kapcsolatos sürgős teendőket áttekinthetően, a legfontosabb dolgokra utalva ismerteti.

A sebészet és traumatológia a könyv leghosszabb fejezete. Ennek megfelelően részletes és alapos. Az általános sebészeti anyaghoz tartozó alapismeretek, mint a sebzések és sebgyógyulás, sebfertőzések, daganatok tárgyalása valójában a mentőtiszt képzés céljait szolgálják. A részletesen leírt és bemutatott tracheotomia mai felfogásunk szerint nem helyszíni beavatkozás: műtőben, nyugodt körülmények között szabad csak elvégezni. Sürgős az intubálás, ha pedig nincs hozzá eszköz vagy hozzáértés, a légutak sürgős felszabadítására conicotomiát kell végezni —, amit a könyv is elsősorban ajánl.

A rövid csecsemő- és gyermekgyógyászati részben még egyszer szerepel az újraélesztés — az élet-tani sajátosságok megemlítésével, az eszméletlenség, görcsök, légzési és keringési elégtelenség, shock és a hőszabályozás zavarai hasonló aspektusból.

A szülészeti rész jól tagolt és szemléletes: hasznosan segíti a mentőorvost abban a nem is ritka esetben, amikor háznál vagy a gépkocsiban kell levezetnie a szülést: hazánkban a szülőknek 2—3%-a szül évente intézetben kívül.

A mérgezési fejezet a leggyakoribb 50 fajta mérgezés tüneteit és sürgős kezelését taglalja — ezek teszik ki az összes eset 95%-át. Jól csoportosított, lényeglátó, nagy tapasztalat alapján összeállított anyag, valódi oxylogia.

A határterületek címen a fül-orr-gégészet, szemészet, fogászat, urológia és a mozgásszervi betegségek sürgős ellátást igénylő esetei szerepelnek. Tömeges baleset, a mentőfelszerelések és használatuk, a mentőtáska gyógyszerei a záró részek címei: több évtizedes gyakorlat alapján arra törekszenek a szerzők, hogy a következő nemzedék ne a saját kárán tanuljon.

A kötet formája és papírja szép, betűje kellemes, tördelése szellős. Megérdemelte volna a tartósabb kötést is.

Az „Oxylogia” hézagpótló jelentőségű mű. Nemcsak beszereznie érdemes minden orvosnak, de alkalmadtán lapozgatni is.

Giacinto Miklós dr.

A Veszprémi Akadémiai Bizottság Haematológiai-Onkológiai Munkabizottsága és a Pécsi Akadémiai Bizottság Véralvadás Munkabizottsága 1980. szeptember 19–20-án Veszprémben, az Akadémiai Bizottság Székházában (Tolbuchi u. 37.) Haemostaseológiai szimpoziumot rendez.

Szeptember 10., péntek, 9.00 óra
Megnyitó
9.30 óra

Elnök: *Elődi Zsuzsa, M. Tóth Antal.*

Czeizel Endre: Haemophilias családok genetikai vizsgálata Nyugat-Magyarországon.

Kerényi Mária: Haemophilia kataszter adatai és tapasztalatai Zala megyében.

Szűnet

Elnök: *Králl Géza, Berkessy Sándor.*

Domby Elemér: Haemophilia kataszter adatai és tapasztalatai Győr-Sopron megyében.

M. Tóth Antal: Haemophilia kataszter adatai és tapasztalatai Veszprém megyében.

Giczey Sarolta, István Lajos, Bariska Ilona: Haemophilia kataszter adatai és tapasztalatai Vas megyében.

Márton Dezső, M. Tóth Antal: A-típusú haemophilias átható szemgolyóserülésének ellátása.

Bozsó János, M. Tóth Antal, Szabó László: B-típusú haemophilias extrém fokú haemothoraxszal járó mellkassérülése.

Szűnet

15.00 óra

Elnök: *Pethő Ede, Borka István.*

István Lajos, Czeizel Endre, Bariska Ilona, Domby Elemér, Kerényi Mária, M. Tóth Antal: A haemophilialal kapcsolatos epidemiológiai vizsgálatok eredményei és tanulságai Győr-Sopron, Vas, Veszprém és Zala megyében.

Berkessy Sándor: A haemophilia kataszter adatai és tapasztalatai Borsod-Abaúj-Zemplén megyében.

Medgyessy Ildikó: A haemophilia kataszter adatai és tapasztalatai Hajdú-Bihar megyében.

Szűnet

Elnök: *Domby Elemér, Kerényi Mária.*

Pető Ede: A haemophilia kataszter adatai és tapasztalatai Pest megyében.

Borka István: A haemophilia kataszter adatai és tapasztalatai Bács-Kiskun megyében.

Otos Miklós: A haemophilia kataszter adatai és tapasztalatai Tolna megyében.

17.00 óra

Fórum discussió: Haemophiliasok genetikai és epidemiológiai vizsgálatával kapcsolatban felmerült kérdések megbeszélése.

Moderator: *Czeizel Endre.*

Szeptember 20., szombat, 8.30 óra

Elnök: *Szigeti Gyula, Bariska Ilona.*

Elődi Zsuzsa: Az AHG-molekula szerkezete.

István Lajos: Az AHG kutatás gyakorlati következményei.

Nagy Ibolya: Változások a haemostaseológiai vizsgálatok módszereiben.

Boda Zoltán: Aggregometriás vizsgálatok willebrand-betegségben.

Szűnet

Fórum discussió: A haemostaseológia aktuális kérdései.

Moderátor: *Nagy Ibolya.*

Résztevők: *Bariska Ilona, Boda Zoltán, Elődi Zsuzsa, István Lajos, Losonczy Hajna, M. Tóth Antal, Szigeti Gyula.*

A Főv. Péterfy Sándor u. Kórház-Rendelőintézet Tudományos Egyesülete 1980. szeptember 25-én, 14 órakor a Kórház tanácstermében (VII., Péterfy S. u. 14. IV. em.) tudományos ülést tart.

1. *Kovács Judit dr., Szirmák Éva dr.:* Atyposus hypobetalipoproteinaemia (esetismertetés).

2. *Csáki Judit dr., Csiky Erzsébet dr., Korányi György dr.:* Lényeges súlykülönbséggel született ikrek retrospektív és utóvizsgálata.

3. *Korányi György dr., Békésy Zsuzsa dr., Krausz Judit dr.:* *Staphylococcus aureus* törzsek hordozása és a köldökellátás módszerei újszülöttkorban.

A Magyar Infektológiai Társaság, a Miskolci Városi Kórház I. és II. Fertőzőbeteg Osztálya közreműködésével 1980. szeptember 19–20-án Miskolcon, a Megyei Kórház (Szentpéteri kapu 72.) *vándorgyűlést* rendez.

Főtémák:

A vírushepatitiszek aktuális kérdései.

A vírusbetegségek korszerű diagnosztikája.

A corticosteroidok alkalmazása heveny fertőző betegségekben.

1980. szeptember 19., 8.30 óra

Binder László, a Magyar Infektológiai Társaság elnöke: Megnyitó.

9.00 óra

Plenáris ülés

Üléseelnök: *prof. Kendrey Gábor.*

Nagy Buza E. (Miskolc): Borsod-Abaúj-Zemplén megye fertőzőbeteg ellátása 10 éves betegforgalma.

Schaff Zs., Kolláth Z., Hollós I., Keresztury S., Hérics M. (Budapest,

Miskolc): Acut vírushepatitis ultrastruktúrája.

Kolláth Z., Schaff Zs., Hollós I., Lapis K., Keresztury S., Hérics M. (Miskolc, Budapest): Non A, non B vírushepatitis klinikailag, serológiailag, morfológiailag verificált esete.

László B., Hollós I., Keszei N., Sántha M., Szalka A., Tolnai A. (Budapest): Non A, non B hepatitis klinikuma.

Hollós I., Brojnás J., Pohl Ö., László B., Keszei N., Szalka A., Tolnai A., Sántha M., Schaff Zs. (Budapest): A non A, non B vírushepatitis diagnosztikájára vonatkozó ismereteink.

Dávid K., Stotz Gy., Kelemen J. T., Halmy L. (Budapest): A májszövet elektronmikroszkópos vizsgálata hepatitis A-vírusfertőzésen átesett (anti-HAA pozitív) non B krónikus aktív hepatitisben és májcirrroszisban.

Schaff Zs., Bencsáth M., Lapis K., Keresztury S., Kolláth Z., Hérics M., Hollós I. (Miskolc, Budapest): Hepatitis B-vírus fertőzött májsejtek citokémiai vizsgálata krónikus májbetegségekben.

Scholz, H. (Berlin-Buch): Az időült-persistáló hepatitis kórjósłata.

Hérics M., Keresztury S., Schaff Zs., Hollós I., Kolláth Z., Lapis K. (Miskolc, Budapest): Adatok a chronikus persistáló hepatitis prognózisához.

Méhesfalvi E., László B. (Budapest): HBsAg-pozitív krónikus aktív hepatitiszek kezelésének problémái.

Pár A., Bajtai G., Barna K., Hollós I., Ambrus M., Jávora T. (Pécs, Budapest): Celluláris immunválasz, keringő immunkomplexek és HBV-markerek krónikus májbetegségekben.

Lapis K., Schaff Zs., Kolláth Z., Keresztury S., Hollós I., Hérics M. (Miskolc, Budapest): Hepatitis B-vírus és hepatoma.

Bodor Gy., Spitzó K. (Budapest): Fulmináns hepatitis kezelése során szerzett tapasztalataink.

Nagy E., Tolnai A., Telegdy L. (Budapest): Hepatitis és HBsAg-pozitív krónikus uraemiás betegek művekezelése során szerzett tapasztalataink.

Káli G. (Budapest): Az EEG alakulása májcomában.

Péley I., Kádas I., Rajkai I., Varga L. (Pécs): Nem hepatitis vírus okozta gyermekkori hepatitiszek.

15.00 óra

Üléseelnök: *Budai József.*

Gláz E. (Budapest): Corticosteroidok hatásmechanizmusa és terápiás alkalmazása (referátum).

Ferencz A. (Budapest): Corticosteroidok alkalmazása fertőzőbetegségek folyamán felnőttkorban (referátum).

Barunyai E., Varsányi O. (Budapest): Corticosteroidok alkalmazása heveny fertőző betegségekben gyermekkorban (referátum).

Szalka A., Mikola I., Ferencz A. (Budapest): A corticosteroidok szükségessége mononucleosis infectiosában.

László B., Kéri J. (Budapest): Az akut vírushepatitis corticosteroid kezelésének kérdése.

Jákics J., Breiten V. (Dunaújváros): Az akut vírushepatitisek steroid-terápiájáról.

Tankó Z., Szerdahelyi F., Vermes R. (Eger): Megfigyeléseink időskori vírushepatitises betegek steroid kezelésével.

17.00 óra

„A” szekció

Üléselnök: László Barnabás.

Kolláth Z., Antal E., Losonczy L. (Miskolc): Indirekt bilirubinos icterusok megszaporodása hepatitis osztályunkon.

Oláh J., Kolláth Z., Karátson D. (Miskolc): Percutan transhepatikus cholangiographia (PTC) helye a hepatitis epidemica differenciáldiagnosztikájában.

Ibrányi E., Szabó J. (Budapest): Antipyrin felezési idő vizsgálata vírushepatitisben.

Topscher A., Pócsi Gy. (Miskolc): Terhességi cholestasis és hepatitis epidemica differenciáldiagnosztikai problémái.

Solt K., Göbl A. M., Hollós I. (Budapest): Az egészségügyi dolgozók vírushepatitis megbetegedései 1978–79 években.

Barabás É., Hargitai R. (Székesfehérvár): Egészségügyi dolgozók hepatitisz.

Liszonyi Á., Nagy R. (Kazincbarcika): Az 1977–78-as hepatitis infectiosa járvány tapasztalatai.

Kapczy J., Münnich D. (Debrecen): A serumhepatitisek alakulásának hygiénés-epidemiológiai vizsgálata kórházunkban.

Pócsi Gy., Szüle D. (Miskolc): HBsAg vizsgálatok szülészeti anyagunkban.

Szodoray S., Soltész P., Takács Z. (Sátoraljaújhely): HBsAg pozitív donorok utánvizsgálata.

Solt K., Nagy T., Csohán A., Csánádi M., Hollós I. (Budapest, Szolnok): Termálstrand medencéjének vize útján terjesztett hepatitis A járvány.

17.00 óra

„B” szekció

Üléselnök: Nagy Búza Erzsébet.

Barna M., Kovács M. (Budapest): Malabsorptiós kórképek a fertőző kórházi gyakorlatban.

Losonczy Gy., Frank K., Molnár E. (Budapest): Az anyatej kímélés és hatásos dezinfekciójának egy lehetséges módszere.

Szüle D., Mezei T. (Miskolc): Mastitis puerperalis prevenciója és terápiás kérdései napjainkban.

Hegedűs M., Fövényesi J. (Miskolc): Iatrogen infekciók jelentkezése és megelőzése a mai szülészkezdésben.

Szerdahelyi F., Vermes R., Kissik I., Tankó Sz. (Eger): Társfertőzések

jelentősége gyermekkori vírushepatitisben.

Munkácsy M., Nagy Búza E., Lengyel A. (Miskolc, Budapest): Borsod megyei trichinellosis járványok epidemiológiai, klinikai és parazitológiai jellemzői.

Mikler E., Nagy Búza E. (Miskolc): Yersinia enterocolitica eseteink klinikai értékelése.

Batka J., Turóczy I., Szekeres I. (Zalaegerszeg) Yersinia enterocolitica fertőzés okozta thrombocytopenia.

Csák L., Török K. (Miskolc): Botulismus eseteink ismertetése.

Vámos J., Szalados K., Bényei M., Pintér S. (Szolnok): Connatalis toxoplazmosis.

Karászi J., Nagy Búza E. (Miskolc): Parotitis epidemica szövődményei 5 éves beteganyagunkban.

1980. szeptember 20., 8.30 óra

„A” szekció

Üléselnök: Kolláth Zoltán.

Dudás B. (Szeged): Nehézségeink a fertőző betegségek egyetemi oktatásában.

Korányi Gy., Závodi E. (Budapest): Újszülöttkori Pseudomonas aeruginosa fertőzés.

Kisbán G., Korányi Gy., Pelsovíts M. (Budapest): Az újszülöttkori bakteriológiai és haematológiai vizsgálatának értéke az intrauterinn fertőzések megítélésében.

Gerő A., Széll A. (Budapest): Anaerob baktériumok által okozott kórképek a László Kórház beteganyagában.

Léderer L., Vincze J. (Miskolc): Infectio és invaginatio.

„B” szekció

Üléselnök: Szerdahelyi Ferenc.

Hunyadi K., Baranyi E., Kovács H., Sólyom E., Velkey L. (Miskolc): Infectiók szerepe malignus betegségben szenvedő gyermekeink sorának alakulásában.

Szklenarik Gy., Molnár L., Pintér Z. (Budapest): Immunológiai vizsgálatok hastífuszos betegeknél.

Vermes R., Tankó Sz., Szerdahelyi F. (Eger): Typhusbacillusgazdák eredményes komplex kezelése.

Princz Gy., Ferencz A. (Budapest): Salmonella paratyphi A fertőzés súlyos esetei.

Falvassy Gy., Barna R. (Kazincbarcika): Salmonella isangii által okozott fatális kimenetelű endomyocarditis.

Tuka P., Mikler L., Martics A., Lévay V. (Miskolc): 23 éves férfi halálos kimenetelű Salmonella C okozta sepsise.

Üléselnök: Binder László.

Budai J. (Budapest): Heveny vírusfertőzések klinikai diagnosisa (referátum).

Dömök I. (Budapest): A vírusbetegségek laboratóriumi diagnosztikája. A korai diagnosis lehetőségei (referátum).

Kendrey G. (Budapest): A pathologus részvétele a vírusbetegségek diagnosztikájában (referátum).

Menyhárt É., Deák J., Nagy É., Földes J., Dudás B. (Szeged): Vírus aetiológiájú gastroenteritisek korszerű gyorsdiagnosztikája.

Mészáros Zs., Nyerges G., Simon M. (Budapest): A varicella-zoster vírusserológiai vizsgálatok értéke a klinikai gyakorlatban.

Timár L., Budai J., Koller M. (Budapest): A gyermekkori mononucleosis infectiosa diagnosztikus problémái.

Barna K., Kádas I., Nemes Zs., Pár A., Kovács M. (Pécs): A vírushepatitis diagnosztikájának néhány kérdése.

Pédery Zs., Nagy Búza E. (Miskolc): 1978 nyarán észlelt Enterovírus 71 okozta meningitis-meningoencephalitis járvány klinikai tapasztalatai és kontroll vizsgálata.

Streitman K., Beregi E., Hollós I., Kávai M., Szegedi Gy., Nagy A. (Hódmezővásárhely): Herpes immuncomplex nephritis.

Pintér S., Besenyei M., Szücs S. (Szolnok): A herpesvírus lehetséges szerepe a csecsemőkori heveny veseelégtelenségben.

A Magyar Rehabilitációs Társaság 1980. szeptember 25–26–27-én Zalaegerszegen, a Megyei Ifjúsági és Úttörő Házban (Kisfaludy u. 5–7.) vándorgyűlést rendez.

1980. szeptember 25., 11.00 óra

Szilvás Rudolf dr. megyei főorvos: Elnöki megnyitó.

Koplár Lajos dr., Zala megyei Tanács V. B. elnökhelyettese: Üdvözlés.

Borsay János dr.: Szociális rehabilitáció.

S z ü n e t

14.00 óra

Üléselnök: Babiczky L. dr.

1. Tóth F. dr. (Zalaegerszeg): Rehabilitációs osztályunk szervezeti felépítése és működése.

2. Varga Margit, Goldfingerné Dézsi Márta, Bogáné Fatér Zsuzsa, Bocsák A. dr. (Zalaegerszeg): Rehabilitációs osztályunk működésének bemutatása (film).

3. Takács Sándorné (Zalaegerszeg): Külső telephely rehabilitációs részlegének bemutatása (film).

4. Tóth S. dr., Simon Éva dr. (Zalaegerszeg): Sportolók rehabilitációja Zala megyében.

5. Balogh I. dr., Ruttner P. dr., Czigány S., Barta S. (Nagykanizsa, Budapest): Telemetriás EKG vizsgálati lehetőségek a mozgásszervi betegek rehabilitálhatóságának megítélésében.

6. Mészáros L. dr. (Zalaegerszeg): Problémák és lehetőségek a pulmonológiai betegek rehabilitációjában.

7. Zörényi I. dr., Takács Pirokka dr., Csike Margit dr. (Zalaegerszeg): Eredményeink és nehézségeink a szívbeteg rehabilitációjában.

8. **Balogh I. dr., Bánáti Magdolna dr.** (Zalaegerszeg): Eredmények a mozgásszervi betegek rehabilitációjában 3 éves tapasztalataink alapján Nagykanizsán.

9. **Bánáti Magdolna dr.** (Nagykanizsa): Adatok a combnyaktörött betegek rehabilitációjához.

10. **Héder Istvánné** (Nagykanizsa): Szociális rehabilitációs munka jelentősége intézetünkben.

11. **Németh I. dr.** (Zalaegerszeg): A szociális otthonokban levő gondozottak rehabilitációja.

Szünet

Szociális rehabilitáció.

Üléselnök: **Borsay J. dr.**

12. **Csehák Judit dr.** (Budapest): Szakszervezet és rehabilitáció.

13. **Taródi Mária dr., Kovács I. dr.** (Budapest): A társadalombiztosítási juttatások szerepe a rehabilitációban.

14. **Völgyi L. dr.** (Budapest): A súlyos fogyatékosok szociális intézeti gondozásának néhány szakmai és szervezeti kérdése.

15. **Fehér M.** (Budapest): Lakóhelyi közösség és rehabilitáció.

16. **Illésfalvi B.** (Budapest): Rokkant szervezetek szerepe a társadalmi integrációban.

17. **Kézdy B. dr.** (Pécs): Közvélemény formálása.

18. **Jeney Sarolta** (Budapest): A szociális segélyrendszer alakulása és fejlődése.

19. **Stollár J. dr.** (Dunakeszi): Az értelmi fogyatékosok területi gondozásának helyzete és problémái.

20. **Kelemenné Szakonyi Júlia, Dénes J.** (Budapest): A fogyatékosok sportja hazánkban.

21. **Srdecny V. C. dr., Benczur Miklósné dr., Plesa I. dr.** (Csehszlovákia, Budapest): A szocialista országok rokkantsport szervezeteinek együttműködése, az INTERSPORT-INVALID 10 éves munkája.

Szeptember 26., 9 óra

Mozgássérültek és környezetük.

Üléselnök: **Kullmann L. dr.**

22. **Edit Burkhardt dr.** (NDK): Tapasztalatok a tolószékben élők speciális lakásainak tervezésével, kivitelezésével és kiutalásával kapcsolatban, és az ilyen lakások célszerű elhelyezése egy nagyváros új lakótelepén.

23. **Bollmann R.** (NDK): Az „Utak a testi fogyatékosok számára” irányelvei és ezek megvalósításának mai állása.

24. **Loeper H.** (NDK): Az idősebb polgárok és testi fogyatékosok számára készülő lakások és lakóházak tervezésének irányelvei és ezek megvalósítása a lakásépítés során.

25. **Neumann Ch.** (NDK): Testi fogyatékosok érdekét szolgáló építészeti rendszabályok tervezése és kivitelezése társasépületekben.

26. **Konkolyné Kiszola Judit** (Budapest): Az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet tervezett központi fizioterápiás épületének tanulmányterv ismertetése.

27. **Kapy J.** (Budapest): A mozgássérültek számára létesítendő szakmunkásképző intézet tervezésénél jelentkező problémák megoldása.

28. **Polinszky T.** (Budapest): Mozgásfogyatékosok és az építészek.

Felkért hozzászólók: **Halmágyi Ildikó, Hefkó M.**

13.30 óra

Szociális rehabilitáció.

Üléselnök: **Novoszel T. dr.**

29. **Csik J., Balázs I., Koller I.** (Budapest): A mozgásgátoltak szervezett sportja Magyarországon.

30. **Horváth E. dr.** (Doba): A „Pinel” Kupa sportversenyek tapasztalatairól.

31. **Fejes A. dr.** (Gyöngyös): A sport jelentősége a paraplegia rehabilitációjában.

32. **Mohr Gy.** (Putnok): Szabad idő tervezése és kihasználása a putnoki Állami Szociális Foglalkoztató Intézetben.

33. **Kovács Istvánné** (Budapest): Az Állami Szociális Intézetben gondozottak sportolási, üdülési és kulturális lehetősége.

34. **Erdélyi K.** (Budapest): Családban élő értelmi fogyatékosok üdültetése és kulturális tevékenységének szervezése.

35. **Gaál P.** (Pécs): Érdekvédelmi szervezetek.

36. **Dalos J., Csizmadia Zsuzsanna** (Szombathely): A mozgássérült egyesületek szerepe a tagok kulturális életében.

Szünet

Üléselnök: **Mosolygó D. dr.**

37. **Dereña M., Vitray T.** (Budapest): Tömegkommunikációs eszközök szerepe a szociális rehabilitációban.

38. **Pisztora F. dr.** (Miskolc): A paranoid betegek szociális rehabilitációjának főbb akadályai.

39. **Iván L. dr.** (Budapest): Előítélet-vizsgálatok az időskorú pszichiátriai betegek vonatkozásában a rehabilitáció aspektusából.

40. **Füzes J.** (Pécs): A kommunikáció mint a szociális rehabilitáció része.

41. **Wildmann Márta dr., Pistora F. dr.** (Miskolc): Munkahely és otthoni környezet szerepe a paranoid betegek szociális rehabilitációjában.

42. **Zakál J. dr.** (Szolnok): Tudat és viselkedés a rehabilitációban.

43. **Tamási M.** (Budapest): A közfelfogás alakítása osztályunk rehabilitációs munkája kapcsán.

Szünet

Üléselnök: **Csehák Judit dr.**

44. **Holmik Oszkárné, Szabó Ferencné** (Budapest): A szociális munkatárs szerepe és feladata az intézeti rehabilitációban.

45. **Benson Katalin dr.** (Budapest): A szociális munkatársak képzése, továbbképzése a szociális rehabilitáció hatékonyabbá tétele érdekében.

46. **Kelemenné, Czikan Cs. dr., Gaál P.** (Budapest): A mozgáskorlátozottak helyzete a mozgásszervi fogyatékosok adatlapjának feldolgozása alapján.

47. **Horváth E. dr.** (Doba): A védett munkahelyek jelentősége a pszichiátriai rehabilitációban.

48. **Horváth I. dr., Szőke Margit** (Mindszent): Az alapellátás feladata a szociális gondozás meghatározásában.

49. **Horváthné Búzás Anna** (Budapest): A diszfunkciók utógondozásának aktuális feladatai.

50. **Hegyi I. dr.** (Veszprém): A fogyatékosok helyzete Veszprém megyében.

51. **Koczkás O. dr.** (Budapest): Idős gondozás aktuális problémái.

52. **Entz A. dr.** (Budapest): Adatok az idült hörghurutos betegek szociális helyzetéhez Heves és Tolna megyében.

Szeptember 27., 9 óra

Üléselnök: **Plesa I. dr.**

53. **Borók L. dr., Kemenes Ildikó dr.** (Budapest): Állampolgári jogon járó gyógyászati segédeszköz ellátás néhány problémái, különös tekintettel az újonnan fellépett rehabilitációs igényekre.

54. **Rádai S.** (Budapest): A mozgássérültek közlekedése és közlekedésük biztonságának segítése az Országos Közlekedés-biztonsági Tanács VI. ötéves tervében.

55. **Plesa I. dr., Réti Szabó P.** (Budapest): A Gyógyászati Segédeszközök Gyára által gyártott rehabilitációs segédeszközök.

56. **Plesa I. dr., Nagyváti F.** (Budapest): A Gyógyászati Segédeszközök Gyára által gyártott betegkocsik.

57. **Takács Géza** (Budapest): Technikai eszközök a rehabilitációban, gépjármű segédberendezések mozgássérültek számára.

58. **Tomory I. dr.** (Budapest): Kisgyermekellátás scoliosis fűzővel.

59. **Maly E. dr.** (Budapest): Mozgássérült betegek közlekedése és gyógyászati segédeszközzel való ellátása.

60. **Szakácsné Kovács Judit, Őri Gizella** (Budapest): Műanyag felhasználása a hemiplegiai rehabilitációban.

61. **Mecseki L.** (Kaposvár): A kéz izolált mozgásainak automatizálása összerakható játékok segítségével.

62. **Kiss L.** (Mindszent): Miniatűr kisfrekvenciás elektroterápiás apparátus.

63. **Horváth W. I. dr., Kiss L., Winter M. dr.** (Mindszent): Enuresis jelzők alkalmazási lehetőségei az ápolásban és a terápiában.

Szünet

11 óra

A Magyar Rehabilitációs Társaság Szociális Rehabilitációs Szekció alakuló ülése.

Tájékoztató:



Vetítési lehetőség: 5×5-ös dia-
pozitív és S8-as mozgófilm.

Előadások időtartama max. 10
perc, hozzászólások időtartama 2
perc.

**A Magyar Ideg- és Elmeorvosok
Társasága** 1980. szeptember 25—
27-ig rendezi Budapesten, a Sem-
melweis Orvostudományi Egyetem
Elméleti Tömbjében (VIII., Nagy-
várad tér 4.) a 9. *Psychiatriai Du-
na szimpozion*t.

1980. szeptember 25., 9.00 óra

Megnyitó

10.00 óra

Plenáris ülés

1. Berner, P.: Nyitóreferátum.
2. Pichot, P.: Referátum.
3. Homskaya, E. D.: Organicus psychosyndromák neuro-psycho-
physiologiai problémái.
4. Tariska I.: A demenciák limbikus vonatkozásai.
5. Kühne G. E.: Struktúrdinami-
kai vizsgálatok organicus psycho-
syndromákban.

15.00 óra

A sectio

*Organicus psychosyndromák
általános kérdései*

6. Wesely P., Binder G.: Diffúz
és localis psychosyndromák.
7. Milew V., Maschewa, S.: Or-
ganicus psychosyndromák jellem-
zői
8. Kryspin-Exner, K.: Organi-
cus psychosyndromák lefolyásának
megítélése.

9. Wlaeff, S. T.: (Cím nem érke-
zett).

10. Moussong-Kovács E.: Rever-
sibilis psychoorganicus syndromák
katasztrófa elméleti modellje.

11. Pisztor A.: Organicus psy-
chosyndromák és endogen psy-
chosisok találkozásokkor fellépő tünet-
módosító hatások, s az ezekkel kap-
csolatos differenciáldiagnosztikai
kérdések.

12. Lipcsey A.: Organicus psy-
chosyndromákkal kapcsolatos tap-
asztalatok.

Vita — Szünet

13. Glatzel J.: Psychiatriai beteg-
ségfogalom.

14. Rennert H.: Psychoticus de-
fektusok problémája egyes
egységpsychoticus koncepció szem-
pontjából.

15. Poppe, W. és mtsai: Endogen
psychosisok osztályozása neuro-
physiologiai megjelenésük szerint.

16. Prazic, B. és mtsai: Acut agyi
syndroma klinikai kezelése.

17. Altomare, Gy., Abonyi E.:
„Borderline” a psychopathologiai
defectus szempontjából.

18. Koew, D.: (Cím nem érkezett).

19. Metschkow, K.: Axiatív sze-
mélyiségkárosodás.

15.00 óra

B sectio

Epilepsia

20. Juhász P.: Epilepsias folya-
matok psychopathológiája (referá-
tum).

21. Kiszely K., Baráth G.: Or-
ganicus psychosyndroma kialaku-
lásának egyes jellegzetességei epi-
lepsias gyermekeknél.

22. Huber B., Kiszely K.: Szemé-
lyiségzavarok pubertáskorú epi-
lepsias gyermekeknél.

23. Benkő K., Petróczy E.: Epilep-
siás gyermekek tanulmányi és ma-
gattartásbeli problémáinak néhány
kéréséről.

24. Lutzki P. és mtsai: Agyi telje-
sítőképeség-csökkenés jellegzetes-
ségei ambulánsan kezelt epilepsziá-
soknál.

25. Pollner Gy., Tariska P.: Az
epilepsias psychosisok kérdéséhez.

Vita — Szünet

Generatios psychosisok

26. Frater R.: Organicus ténye-
zők jelentősége a generatios psy-
chosisokban (referátum).

27. Pető Z.: Psychoticus tünetek
a generatios időszakban.

28. Trixler M. és mtsai: A lacta-
tios psychosisok geneticus szem-
pontjai.

29. Neumann J. és mtsai: Acut
halálos kimenetelű psychosisok
kérdéséhez.

30. Pető Z.: Gestatios psychosisok
terapiás problémájához.

Vita

15.00 óra

C sectio

Vascularis megbetegedések

31. Guensberger, E.: Egyes — fő-
leg vascularis eredetű tudatzava-
rok — psychologiai jellemzőiről.

32. Bertha G. és mtsai: A multi-
infarctus eredetű demenciák klini-
kuma és terapiája.

33. Mäthner, H.: Vérnyomásvi-
szonyok delirans syndromáknál.

34. Schöny, W. és mtsai: Organi-
cus psychosyndroma az arteria ca-
rotis arterektomiája előtt és után.

35. Illyés M., Leel-Össy L.: Occi-
pito-temporobasalis infarctusok
psychiatriai tünetei.

36. Bontschewa, I.: Agyi arterio-
sclerosis egyes kísérleti psycholo-
giai vizsgálatai.

37. Hodek-Demarin, V. és mtsai:
Doppler-sonographia az agyi erek
scleroticus elváltozásainak diagnó-
zisában.

Vita — Szünet

38. Tariska P. és mtsai: 100 ce-
rebrovascularis betegség miatt psy-
chiatriai osztályon kezelt beteg
körtörténeti adatainak elemzése.

39. Dénes L.: Lárvalt depressio —
cervicalis spondilosis — symptomás
depressio.

40. Környey E., Fráter R.: Vascu-
laris károsodás tünetmódosító ha-
tása schizophreniában.

41. Kappéter I. és mtsai: Cereb-
rovascularis károsodás psychés kö-

vetkezményei és a szociális fakto-
rok jelentősége.

Vita

Szeptember 26., 9.00 óra

A sectio

*Organicus psychosyndromák
a gyermekkorban*

42. Göllnitz G.: Gyermekkori or-
ganicus psychosyndromák somati-
cus és psychoreactiv komponensei.

43. Kovalév V.: A gyermekkori
residualis organicus neuropsychés
zavarok osztályozásának klinikai-
pathogenetikai megközelítése.

44. Christosow Ch.: Hyperkineti-
cus syndroma és személyiségváltó-
zás.

45. Bontschewa, I. és mtsai:
Egyes személyiség jellemzők viz-
sgálata gyermekeknél koponyatrau-
mák után.

46. Komender, J., Popielarska, A.:
Koponyatraumák után fellépő
gyermekkori psychoorganicus syn-
droma.

47. Tyszkiewicz, M.: A kifejezés
psychopathológiájának jellemzői
fiatalkorúak psychoorganicus syn-
dromájában.

48. Spiel, W.: Az ifjúság psycho-
hygienés problémái napjainkban
(referátum).

Vita — Szünet

49. Farkas G.: Atypusos kanyaró-
szövődmény tünetei és lefolyása 11
éves fiúnál.

50. Blasic-Cop, N. és mtsai: Leu-
koencephalitis és psychoorganicus
syndroma gyermekeknél.

51. Vetró A., Fodor J.: Gyermek-
korban jelentkező Huntington cho-
rea hypokineticus formája és dif-
ferentialdiagnosisa a gyermekkori
schizophreniától.

52. Charitonov, R. A.: Hyperki-
neticus syndroma klinikuma és
terapiája gyermekeknél.

53. Sykороva, M., Dudasova, M.:
Beszédfejlődési zavarok a korai
gyermekkorban.

Vita — Szünet

9.00 óra

B sectio

*Időskori organicus
psychosyndromák*

54. Hofmann G.: Téveseszmé-
képző psychosisok az időskorban.

55. Negovetic, R. és mtsai: Idős-
kori atrophias folyamatok diagnó-
zisa.

56. Jarema, M.: Korai kezdetű
dementiák néhány szempontjai.

57. Greger, J.: Korai teljesít-
ménycsökkenés és organicus psy-
chosyndromákhoz való viszonya.

58. Gaszner, P.: Pick-betegség
depressió tünetcsoportja.

Vita — Szünet

59. Majtényi K.: Klinikai tünetek
és neuropathologiai elváltozások
Jakob—Creutzfeldt-syndromában.

60. Mitrova, E., Myer, V.: Neu-
ropsychés zavarok sporadikusan

előforduló Jakob—Creutzfeldt betegek családjában.

61. *Szilágyi K., Tátraaljai A.*: Sakaguchi-pozitív anyagok serumban és liquorban.

62. *Donászy M.*: Az „involutiv depressio” értékelő állásfoglalásáról.

63. *Boer M., Szelezky M.*: Tipikus cyclothym depressióknál fellépő hallucinációk az involutióban.

64. *Iván L.*: Izolatio és időskori organicus psychosyndroma.

65. *Pető Z., Szász A.*: Időskori depressiók tünetei.

Vita — Szünet

9.00 óra

C sectio

Varia

66. *Lange E., Bräunig, R. P.*: Tuberculum sellae meningeoma specialis psychopathológiája.

67. *Steinhausl, H. és mtsai*: Organicus psychosyndroma sclerosis multiplexnél.

68. *Jádi. F. és mtsai*: Functionalis psychosisok sclerosis multiplexnél.

69. *Fornádi F. és mtsai*: Psychiatriai tünetek extrapyramidalis megbetegedéseknél.

70. *Fenyvessi T. és mtsai*: Mythenia gravisban szenvedő betegnél fellépő exogen schiziform psychoticus reactio thymektomia után.

71. *Strzyzewski, W., Rajewski, A.*: Gyermekkori és felnőttkori agyi fertőző megbetegedések psychopathologiai tünetei és lefolyása.

72. *Szabó M., Sónyi G.*: Három endogen psychosiként induló, feltehetően gyulladásszerű folyamat által okozott organicus psychosyndroma analysise.

Vita — Szünet

73. *Galabova, J.*: (cím nem érkezett).

74. *Haralampi, V.*: (cím nem érkezett).

75. *Bujdosó Gy. és mtsai*: Cranio-cerebralis traumák után kialakuló psychoorganicus syndromák kattanesticus vizsgálata.

76. *Kuncz E., Majtényi K.*: Posttraumás psychosisok klinikai és pathologiai elemzése.

77. *Kelemen A. és mtsai*: Organicus psychosyndroma gyakorisága, aetiológiája és jellegzetességei nem akut belgyógyászati beteganyagban.

78. *Barkaschky, A.*: Neurosisnak tűnő somatogen syndromák.

79. *Tringer L.*: Az aktivációs-motivációs rendszer neuroticus functiozavarai.

80. *Nesvada, I.*: Psychotherapia írásban?

Vita — Szünet

15.00 óra

A sectio

Toxicus elváltozások

81. *Hudolin, V. I.*: Alkoholisták psychoorganicus syndromája (referátum).

82. *Molcan, J. és mtsai*: Chronicus alkoholisták organicus agyi károsodásának diagnosisa.

83. *Hudolin, V. I. és mtsai*: Agyi komputer tomographia alkoholisták agyi atrophijájának diagnosisában.

84. *Thaller, V. és mtsai*: Echocentriculographiás mérések alkoholisták agyi atrophijájának diagnosisában.

85. *Kardos Gy.*: Alkoholos psychosyndroma előfordulásáról, struktúrájáról és terapiájáról.

86. *Dabic-Jeftic, M. és mtsai*: Alkoholizmus és tüdő-tbc kombinált eseteiben előforduló agyi atrophiak.

Vita — Szünet

87. *Arnold O. H.*: Stimulans abusus következtében kialakuló psychosyndromák schizophrenia-szerű tüneteinek pathogenesiséhez.

88. *Bánki M. Cs.*: Az agyi serotonin anyagcsere zavara delirium tremensben.

89. *Gaidarova, I. R., Nemova, D. P.*: A delirium tremens kérdéséhez.

90. *Jádi F., Trizler M.*: Az alkoholos hallucinosok psychopathologiai tartalma.

91. *Popov G. és mtsai*: Alkoholos psychosisok psychoorganicus syndromájának dinamikája.

92. *Szilágyi A. és mtsai*: Alkoholos psychiatriai kórképek Fejér megyében.

93. *Driga O.*: Organicus agyi syndroma alkoholizmusban.

Vita

15.00 óra

B sectio

Igazságügyi- elmekórtani kérdések fiatal- és felnőttkorban

94. *Huszár I.*: Psychoorganicus syndromák jelentősége az igazságügyi elmekórtanban (referátum).

95. *Szewczyk H.*: Psychés, szociális és biológiai faktorok dinamikája kriminalis magatartás alakulásában fiataloknál (referátum).

96. *Szilárd J.*: Fiatalok adaptációzavarainak multifaktoriális aetiológiájáról.

97. *Tzankov, J., Atanazov, M.*: Psychés betegségek jelentősége gyermekeknél és fiataloknál törvény- és társadalomellenes cselekvésekben.

98. *Dobrotka, H.*: Koponya-traumák igazságügyi relevans következményei gyermekkorban és ifjúkorban.

Vita — Szünet

99. *Göppinger, H.*: Endoreaktív kényszerállapotok bűncselekmények elkövetőinél.

100. *Rose H. K.*: Organicus psychosyndromák egyes büntető- és polgárjogi aspektusai.

101. *Ott J., Geyer M.*: Psychogen és idegrendszeri eredetű tudatzavarok differenciáldiagnosisához.

102. *Drietomszky, J.*: A haladott kor encephalopathiáinak igazságügyi elmekórtani szerepéről.

103. *Todorov, St. és mtsai*: Az arterioscleroticus dementia klinikai és törvényszéki-elmekórtani problémái.

104. *Irányi K. és mtsai*: Az epilepsziás karakterváltozás elmeorvosszakértői megítélése.

105. *Welinow, V.*: Kriminogenia schizophreneknél.

106. *Penewa, M.*: Olyan psychés betegek Pol szerinti összehasonlító analysise, akik Bulgáriában 2 év alatti időtartamban bűncselekményt követtek el.

Vita

15.00 óra

C sectio

Varia

107. *Sombor G., Szűcs A.*: Endogen psychosist utánzó organicus psychosyndroma.

108. *Maschewa, S., Milew, V.*: Psychoorganicus syndroma és depressiv psychosisok.

109. *Molnár G. és mtsai*: Organicus tényezők szerepe depressiókban.

110. *Simkó A. és mtsai*: A Medow depressio nozologiai értéke.

111. *Simkó A.*: A „rejectiv” önvádolás depressiók.

112. *Knezevic, A.*: Depressiv zavarok diabetesben.

113. *Faust V.*: A depressio tünetei az átlagnépességben.

114. *Csiszér N., Rihmer Z.*: Időélményzavarok vizsgálata psychosis maniaco-depressivában.

Vita — Szünet

115. *Szabados P., Szűcs R.*: Neurosis morbiditás egy magyar kisvárosban.

116. *Csiky K.*: Benignus schiziform psychosisok EEG diagnosisa és pathophysiológiája.

117. *Degrell I. és mtsai*: Visualis ébresztő potential psychopharmacologiai hatása.

118. *Solti Gy.*: Stupor állapotok és terapiájuk schizoaffektiv psychosisokban.

119. *Szabó E. és mtsai*: Tapasztalatok a depressiók terapiájában.

120. *Simkó A. és mtsai*: A Semap repressiv-psychotrop hatásának klinikai értékelése.

121. *Süle P.*: Symbolicus transformatio psychoticusok psychotherapiájában.

Vita

Szeptember 27., 9.00 óra

Plenáris ülés

Organicus psychosyndromák terapiás problémái

122. *Temkov, I.*: Organicus psychosyndromák terapiájának általános kérdései (referátum).

123. *Temkov, I. és mtsai*: Organicus psychosyndromák kezelése pyrazetammal.

124. *Koretic, D. és mtsai*: Agyi syndromák kezelése.

125. *Arató M. és mtsai*: Memóriazavarok vasopressin kezelése.

126. Mendlewicz, J.: A PMD geneticus szempontjai.

127. Rihmer Z., Csiszér N.: A Lithium profilaxis hatékonyságának előrejelzése.

128. Scháb R.: Lithium és neurohypophysifunctio.

129. Baraczka K., Fekete M.: Liquor elváltozások a circularis psychosisok lithium terápiájában.

130. Zaimow, K.: Az affectiv psychosisok lithium profilaxisa során előforduló psychoorganicus jelenségek.

131. Ernst, K.: Haemodialysis

schizophreniában (saját tapasztalatok).

Vita — Szünet

132. Ungvári G. és mtsai: Postconvulsiv, reversibilis organicus psychosyndromák psychometriás vizsgálata.

133. Antal J. és mtsai: DOPA therapia psychés mellékhatásai.

134. Molnár Gy. és mtsai: Chronicus 1-DOPA kezelés hatása a szellemi teljesítőképességre.

Szünet

Záróülés

135. Pataky L.: Organicus psychosyndromák therapiás irányzatai.

136. Juhász P.: A szimpozion egyes konklúziói.

Részvételi díj MOTESZ-tagoknak 700,— Ft, nem MOTESZ-tagoknak 800,— Ft, kísérőknek 500,— Ft.

Hivatalos nyelvek: magyar, angol, német, orosz tolmácsolás nélkül.

Felvilágosítást Fráter Rózsa dr. (Bpest., Pf. 1., 1281, tel.: 164-640) ad.

REASEC tabletta és cseppek

ÖSSZETÉTEL

Tablettánként, illetve 1 ml oldat 0,025 mg atropin. sulfuric.-ot és 2,5 mg diphenoxylatum hydrochloric.-ot tartalmaz (1 ml oldat = 35 csepp).

JAVALLATOK

Különbéféle eredetű acut és chronicus diarrhoeák, parenteralis dyspepsiák.

ELLENJAVALLAT

Obstrukció, illetve annak veszélye.

ADAGOLÁS

Az adag nagysága a beteg életkorától és az eset súlyosságától függ.

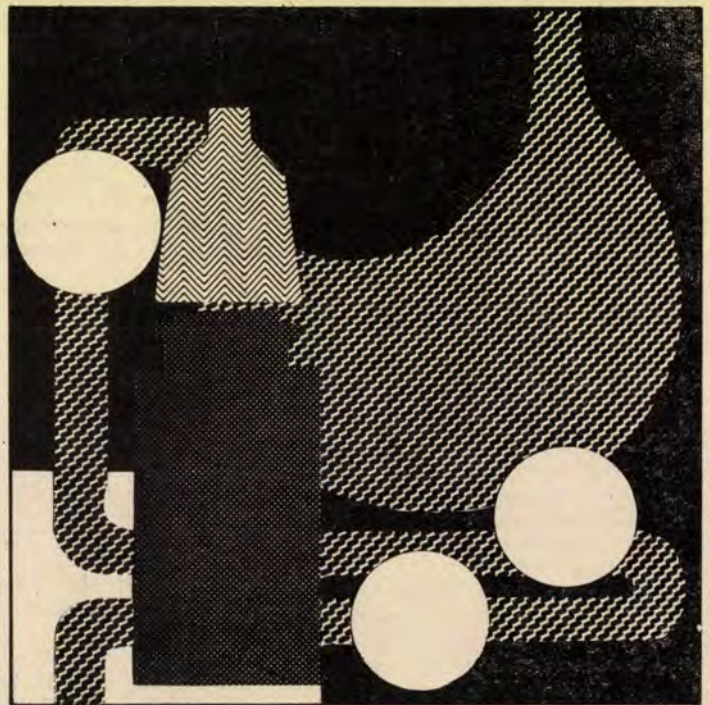
Felnőtteknek enyhe esetekben átlagosan napi 2×1 tabl. (2×35 csepp) étkezés előtt. Súlyosabb esetben a napi adag megkétszerezhető, esetleg néhány napig 3×2 tabl. (3×70 csepp) is adható.

Gyermekeknek átlagosan:

kor	tabletta	vagy	csepp/nap
0-3 hó	—		$3 \times 3-6$
4-6 hó	$2 \times \frac{1}{4}$		$3 \times 6-12$
7-12 hó	$2 \times \frac{1}{2}$		$3 \times 12-18$
1-6 év	2×1		$3 \times 18-25$
7-12 év	3×1		—

MELLÉKHATÁSOK

Émelygés, hányás, szédülés, aluszékonyság, esetleg urticaria vagy nyugtalanság nagyobb adagok esetén ritkán előfordulhat. Túladagolás miatt bekövetkezett Reasec mérgezés antidotuma a Nalorphin.



MEGJEGYZÉS

✱✱ Csak vényre adható ki, és az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtethető.

CSOMAGOLÁS

20 tabletta térítési díj: 2,— Ft
15 ml-es üveg térítési díj: 2,40 Ft

Az Egészségügyi Minisztérium tájékoztatója az 1980. június havi fertőző megbetegedésekről

A járványügyi helyzet általános jellemzése

Az enterális fertőző betegségek közül — térben elszórtan — több typhus abdominalis diagnosztizáltak, mint májusban. Ételfertőzések és közösségi halmozódások következtében mintegy 25%-kal megemelkedett a salmonellosis-megbetegedések száma. Több dyspepsia coli esetet jelentettek be. Kerek számban egyötödével kevesebb dysenteria és hepatitis infectiosa került nyilvántartásba, mint az előző hónapban.

A cseppfertőzéssel terjedő betegségek közül, a rájuk jellemző szezonális ingadozásnak megfelelően, csökkent a scarlatina, morbilli, rubeola és parotitis epidemica esetek száma.

Az ország északi és nyugati részén, fiatal felnőttek zárt közösségeiben típusos influenza-megbetegedések fordultak elő. Mindkét gócban H1N1 altípusba tartozó influenza A vírus fordul elő.

Az idegrendszeri fertőző betegségek közül nem változott lényegesen a meningitis epidemica és meningitis serosa esetek száma, de a betegségére jellemző szezonális ingadozásnak megfelelően megemelkedett az encephalitis infectiosa-megbetegedések száma. Az utóbbiaknak csaknem a fele a kullancs-encephalitis endémiás megyék területén fordult elő.

Kiemelésre érdemes járványügyi események

Salmonellosis. Június 13-tól kezdődően Zalaegerszegen, Gellénházán és Zala megye további 8 helységében lázas enteritises betegek, egyes esetekben egész családok fordultak orvoshoz. A KÖJÁL járványügyi vizsgálata megállapította, hogy a megbetegedettek a zalaegerszegi Állami Gazdaság húszüzemében június 5—6-án készített, és 16 zalaegerszegi és egy gellénházai üzletbe június 13-án és 17-én kiszállított „gyulai-páros főző” kolbászt fogyasztottak. A 300 kg kolbászt mintegy 500 személy vásárolhatta meg. 269 expozíciónak kitett egyént sikerült felkutatni, akik közül 111 fő megbetegedett, 16 tünetmentes üritővé vált (47,2%), 21 beteget kezeltek fertőző osztályon. 88 betegnek, 29 tünetmentes üritőnek (beleértve a kontakt úton fertőződöttöket is) a székletéből, valamint 10 beteg lakásán talált kolbász-mintákból *S. panama* tenyésztett ki. Az üzletekben és a húszüzemben a kolbászból mintát már nem találtak. A megbetegedések a kolbász elfogyasztását követő 8—24 óras lappangási idő után kezdődtek, ezért a két áru-

sítási napot követően a járványnak két csúcsa volt. A június 13—28. közötti elhúzódó jellegű járványgörbe a vizsgálatok szerint azzal magyarázható, hogy nem mindenütt fogyasztották el a vásárlás napján a kolbászt. A húszüzem „tisztasága” erősen kifogásolható volt. A szennyvízrendszer meghibásodása következtében nem volt kézmosáshoz és eszközmosáshoz folyóvíz, nem fertőtlenítették használat után az eszközöket. Az árut zsúfoltt és meleg raktárban tárolták. Megszegték a technológiai előírásokat, pl. azt, hogy az adott kolbászfélét április—október hónapokban a füstölés után főzni kell, mielőtt átadnák a kereskedelemnek. A késztermékeket kivonták a forgalomból, az üzem működését a hiányszágok kijavításáig felfüggesztették. A húszüzemben talált termékekből és a dolgozók székletéből kórokozót kitenyészteni nem sikerült.

Bejelentett fertőző megbetegedések Magyarországon 1980. június*

Betegség	1980.	Június 1979.	Medián 1974 — 8.	Január 1 —június 1980. 1979.	30.+ Medián 1974 — 8.	
Typhus abdominalis	5	—	5	9**	10	24
Paratyphus	—	—	—	—	1	5
Salmonellosis	947	1025	643	3 162	2 640	2 215
Dysenteria	345	427	41	2 261	2 240	3 039
Dyspepsia coli.	66	62	149	268	303	621
Hepatitis inf.	331	426	467	2 748	3 316	3 488
Poliomyelitis	—	—	—	—	—	2
Diphtheria	—	—	1	6	1	3
Scarlatina	958	611	649	10 722	7 314	5 547
Morbilli	17	11	19	138	293	167
Rubeola	670	8661	993	4 507	150 704	9 604
Parotitis epid.	4967	3392	3824	28 482	34 264	26 476
Pertussis	1	8	7	10	38	28
Meningitis epid.	8	5	7	66	39	37
Meningitis serosa	38	76	52	210	292	209
Encephalitis inf.	44	78	35	133	176	83
Mononucleosis inf.	56	50	52	292	299	282
Keratoconj. epid.	—	15	1	4	70	16
Malaria	1*	1*	—	3*	h 7*	—
Typhus exanth.	—	—	—	—	—	—
Staphylococcosis	16	16	37	115	128	187
Tetanus	7	7	7	20	23	27
Anthrax	—	—	—	—	—	—
Brucellosis	—	3	9	16	18	57
Leptospirosis	2	5	4	14	12	21
Tularemia	—	2	6	5	12	13
Ornithosis	4	3	4	5	3	17
O-láz	—	11	—	11	33	—
Lyssa	—	—	—	—	—	—
Taeniasis	6	4	8	28	31	35
Trichinellosis	—	—	—	66	—	—
Lyssa fertőzésre gyanús sérülés	157	173	145	801	1 024	975

* Előzetes, részben tisztított adatok.

* Importált esetek.

** Ebből 2 eset importált.

Felhívás

A Hírek rovatba közlésre szánt programokat

— jól olvasható (eredeti) példányban,

— kettős sortávolsággal, egyoldalasan gépelve küldjék meg a szerkesztőség címére, a kívánt aktuális szám megjelenése előtt 20 nappal, a nagyobb terjedelműeket 30 nappal.

Külföldi előadó előadásának címét magyarul kérjük megadni, zárójelben feltüntetve, hogy milyen nyelven hangzik el.

A szerkesztőség



GLUDESIN fertőtlenítőszer

Baktericid, virusoid, sporocid és fungicid hatású általános fertőtlenítőszer.

ALKALMAZHATÓ:

- gumi- és műanyag katéterek, intratracheális tubusok, drainek, egyéb gumi- és műanyag tárgyak,
- különféle endoszkópok (cystoscop, oesophangoscop, bronchoscop, gastroscop stb.),
- tonométerek és egyéb kényes szemészeti eszközök és műszerek,
- anaesthesiologiai gépi berendezések és ezek tartozékai,
- fogászati eszközök (öntvények, fúrók, tükrök stb.),
- audiológiai berendezések és ezek tartozékai, valamint inkubátorok mosható részeinek hatásos fertőtlenítésére.

Ára:

1 liter 58,- Ft
5 liter 264,- Ft

KÉRJE RÉSZLETES ISMERTETŐNKET

Gyártja:

Reanal

FINOMVEGYSZERGYÁR

1147 Budapest, Telepes u. 53.

Forgalmazza: REANAL Vegyszerbolt

1147 Budapest, Telepes u. 58-60.

(Lapzárta: a kívánt, aktuális szám megjelenése előtt 20 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

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 jelzőszámlára.

Szerkesztőség: 1363 Budapest V., Münnich Ferenc u. 32. I. Telefon: 325-109, ha nem felel: 327-530/135
Előfizetési díj egy évre 432,- Ft, negyedévre 108,- Ft, egyes szám ára 9,- Ft



80.2352 Tipografika 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.
FÜZI ISTVÁN DR.
HIRSCHLER IMRE DR.
LENART GYÖRGY DR.
OZSVÁTH KÁROLY DR.
PETRÁNYI GYULA DR.
PETRI GÁBOR DR.
RÁK KÁLMÁN 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.

*

121. ÉVFOLYAM

*

38. SZÁM

*

1980. SZEPTEMBER 21.

TARTALOMJEGYZÉK

*Pethő Bertalan dr., Gráf László dr.,
Karczag István dr., Borvendég János dr.,
Bitter István dr., Barna István,
Hermann Ilona, Tolna Judit dr.
és Baraczka Krisztina dr.:*

Endogén opioidok és a schizoprenia 2307

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

*Lampé László dr., Batár István dr.,
Szeverényi Mihály dr. és Csécsi Károly dr.:*

Összefüggések a szülőnő életkora,
a szülések száma és a perinatális
magzati halálozás között 2313

KLINIKAI TANULMÁNYOK

*Figus I. Albert dr., Simon László dr.,
Domján Lajos dr., Bánki Gyula dr.
és Detky Barna dr.:*

Percutan transhepatikus cholangiographia ... 2315

GENETIKAI TANULMÁNYOK

*Garam Tamás dr., Gyódi Éva,
Bakács Tibor dr., Svastits Egon dr.
és Petrányi Győző dr.:*

HLA antigének gyakorisága
és a lymphocyták citotoxikus kapacitása
emlődagaganatos betegeken 2323

INTENZÍV BETEGELLÁTÁS

Hencz Péter dr.:

Respirációs distress syndroma distendáló
kezelése által okozott paradox
PaO₂-esés és súlyosbodó hypoxaemia 2329

KAZUISZTIKA

*Schifter Péter dr., Szakáll Szabolcs dr.,
Várbíró Mária dr. és Pintér András dr.:*

Invaginációt okozó pseudopolyposis
lymphatica intestinalis 2331

HORUS

A vércsoportkutatás rövid története 2335

1925-ben alakult meg
a Párizsi Magyar Egyesület 2339

Folyóiratreferátumok 2341

Könyvismertetés 2357

Megjelent 2367

Hírek 2361

Pályázati hirdetések 2354

NORCOLUT®

tabletta

ÖSSZETÉTEL: 5 mg norethisteronum tablettánként.

JAVALLATOK: Premenstruációs szindróma, mastodynia, a szekréciós szak megrövidülésével járó cikluszavarok, diszfunkcionális méhvérvzés, hyperplasia glandularis cystica endometrii, endometriasis, adenomyosis. Laktáció-prevenció, ablaktáció. Klimaxos panaszok, különösen a klimaxos vérzészavarok.

ELLENJAVALLAT: Emlő-, genitális carcinoma. Külön elbírálást igényelnek, főleg tartós szedés esetén: trombózis-készség, hepatitis, májműködési zavarok.

ADAGOLÁS: Praemenstruatiós szindróma, mastodynia, valamint rendszertelen ciklusokban, a ciklus 16. napjától a 25. napig 1-2 tabl., esetleg ösztrogénnel együtt.

Diszfunkcionális méhvérvzés, hyperplasia glandularis cystica endometriiben (amennyiben a vérzés funkcionális jellegét 6 hónapon belül végzett hisztológiai vizsgálat igazolta): 6-12 napon át napi 1-2 tabl., a vérzés megszűntetésére a ciklus 16. napjától a 25. napig napi 1-2 tabl., általában ösztrogénnel együtt.

Endometriosis, adenomyosisban: a ciklus 5. napjától a 25. napig napi 1 tabl., 6 hónapon át, vagy folyamatosan szedve a ciklus 5. napján napi fél tablettával kezdve és az áttöréses vérzések elkerülésére 2-3 hetenként fél tablettával növelve, 4-6 hónapon át.

A laktáció megelőzése céljából:

	16-28. héten	28-36. héten
	megszakadt terhesség esetén	
1. nap	15 mg	15 mg
2-3. nap	10 mg	
4-7. nap	5 mg	10 mg

ABLAKTÁLÁS: az 1-3. napon 20-20 mg, a 4-7. napon 15-15 mg, a 8-10. napon 10-10 mg Norcolutot kell adagolni.

Klimaxos panaszokban: napi 5 mg (egy tabl.) adagolása javasolt. Kúraszerűen, hosszabb időn át. A kezelést sikertelenség esetén napi 25-50 mcg etinilösztadiollal (Mikrofolin tabl.) szükségessé kiegészíteni.

MELLÉKHATÁS: Ritkán előforduló és a későbbi ciklusokban megszűnő nausea, gastrointestinalis panaszok, áttöréses vérzés, esetleg ödéma, allergiás bőrreakció, paraesthesia, testsúlyváltozás, fáradékonyság.

FIGYELMEZTETÉS: Norcolut kezelés előtt a malignitás kizárandó. A kúra előtt onkológiai ellenőrzés szükséges.

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

CSOMAGOLÁS: 20 tabl. 5,20 Ft.



Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest

Endogén opioidok és a schizoprenia

Acut schizopren psychosis kezelése β -endorphinnal

Pethő Bertalan dr., Gráf László dr.,
Karczag István dr., Borvendég János dr.
Bitter István dr., Barna István,
Hermann Ilona, Tolna Judit dr.
és Baraczká Krisztina dr.

Az első opioid peptidok, a Met- és Leu-enkephalin sertés agyából történő izolálása és azonosítása (14) óta számos, enkephalinoktól eltérő kémiai és farmakológiai tulajdonságú természetes opioid anyag izolálásáról vagy kimutatásáról számoltak be. Egyre nyilvánvalóbbá válik ugyanakkor, hogy ezeknek az *in vitro* teszteken morphin-szerű aktivitást mutató endogén opioidoknak a biológiai funkciója sem azonos.

A napjainkig legtöbbet tanulmányozott három endogén opioid, a Met-, Leu-enkephalin (14) és β -endorphin (19, 10) (az aminosav-szekvenciákat illetően lásd az ábrát) különböző agyi eloszlása (24, 3, 18) önmagában véve is arra utal, hogy ezek a peptidok legalább két egymástól független központi idegrendszeri mechanizmus követítő anyagai. Immunohisztokémiai vizsgálatok szerint a β -endorphin tartalmú idegrostok a *nucleus arcuatus* sejtestjeiből indulnak ki és a preoptikus területen áthaladva a *thalamus* és *pons* periaquaeductalis régióig jutnak el (3). A lokalizációval összhangban az agytörzsi periaquaeductalis szürkeállomány elektromos ingerlésével kiváltható analgesia — mint *Hosobuchi és mtsai* (13) krónikus fájdalomban szenvedő betegeken megfigyelték — együtt jár a liquor β -endorphin tartalmának növekedésével.

Megválaszolatlan kérdés egyelőre, hogy a hypophysis elülső és középső lebenye által termelt β -endorphin szerepet játszik-e a fájdalomérzés, vagy valamilyen más központi idegrendszeri funkció szabályozásában. A β -endorphin fiziológiai körülmények között mérhető vérszintje (25) mindenestre 3–4 nagyságrenddel alacsonyabb annál a koncentrációnál, amelynek elérése — egészen végzett farmakológiai kísérletek tanúsága szerint (29) — szükséges az analgesia előidézéséhez. Ellentmondanak egymásnak az i. v. adott β -endorphin anal-

geticus hatására vonatkozó klinikai közlések is (6, 9). A hypophysis eredetű β -endorphin központi idegrendszeri funkciójára utalnak ugyanakkor azok a megfigyelések, melyek szerint a hypophysis-irtott kísérleti állaton a stressz nem indukál analgesiát (1) és az agyi β -endorphin tartalom fokozatosan csökkent a hypophysis eltávolítását követően (21). Az ellentmondás feloldható azzal a feltételezéssel, hogy a β -endorphin (más hypophysis peptidokkal együtt) közvetlenül transzportálódik a hypophysisből az agyba (17).

Különböző jellegű és egymással nehezen összeegyeztethető kísérleti eredmények és megfontolások támogatják azt a hypothesis-t, hogy az endogén opioidok valamilyen módon részt vesznek a psychés egyensúly fenntartásában. Az endogén opioidok kóros anyagcseréje és a különböző psychosok között lehetséges összefüggésre *Terenius és mtsai* (27, 28) hívták fel először a figyelmet. Vizsgálataink szerint a schizopren betegek liquorából részlegesen tisztított ún. *Frakció I* — egy, az ismert szerkezetűektől különböző, opioid peptid — radioreceptor teszttel mérhető koncentrációja szignifikánsan magasabb a kontroll értéknél. Ez a tendencia acut esetekben kifejezettebb volt, mint a chronicus schizoprenéknél, és a neurolepticus therapia a klinikai állapot javulásával párhuzamosan csökkentette a kezdetben kontroll érték feletti *Frakció I* szinteket (28). Ez a felismerés kézenfekvően felvetette a schizopren betegek opiat-antagonistákkal (pl. naloxonnal) való kezelésének lehetőségét (12), de a szerzők többsége a therapia sikertelenségéről számolt be (7). Az eredmények interpretálását nem kis mértékben nehezíti az a körülmény, hogy az opiát-antagonisták a *Frakció I*-én kívül az összes többi endogén opioid hatását is gátolják, köztük azokat is, melyeknek más szerzők a *Frakció I*-ével ellentétes psychopathológiai szerepet tulajdonítanak. Ez utóbbi felfogás lényegében két kísérleti megfigyelésen alapszik. *Jacquet és Marks* (15) hasonlóságot véltek felismerni a β -endorphin és a neurolepticumok bizonyos farmakológiai sajátosságai között, míg *deWied és mtsai* (32) a β -endorphinból fiziológiai körülmények között is felszabaduló (5) egyik fragmentum, a γ -endorphin (lásd az ábrát) neurolepticus aktivitását igazolták.

Verebey és mtsai (30) az alkaloid narcoticumok és az endogén opioidok sokrétű psychiatriai irodalmát áttekintve azt az elméletet részesítették előnyben, mely szerint az endogén opioidok anxiolyticus, tranquillizáló, antidepresszív, düh-, agressio- és téveszmecsökkentő, valamint insufficientia és suicid készletést csökkentő hatásuk révén járulnak hozzá a psychés egyensúly fenntartásához. Következésképpen az opioid szintek csökkenése a fenti kedvező hatásokkal ellentétes megnyilvánulásokat (szorongás, túlérzékenység átlagos stresszekre, csökkent önbecsülés stb.) eredményezne.

A humán β -endorphin kémiai szintézisének megoldásával (20) lehetőség nyílt a peptid klinikai tesztelésére. *Kline és Lehmann* (16) 15 psychiatriai betegnek 42 alkalommal adott β -endorphint 1,5–9,0 mg i. v. dózisokban. A hatások jellege, valamint a hatások kifejlődése és időtartama alapján négy

1. táblázat A betegek főbb adatai

Beteg sor- száma és nevének kezdő- betűi	Nem	Életkor években	Beteg- ség kez- det óta eltelt idő hónapok- ban	Kórfolyás típusa	Hánya- dik hos- pitali- záció	Jelenlegi syndroma	Diagnosis
1. M. N.	nő	31	22	Az első psychosis után teljes remissio; jelenleg 4 hónap után gyógyult	2.	Acut szorongás-psychosis, paranoid vonatkoztatásokkal	Cycloid psychosis
2. B. F.	férfi	19	1/4	6 napos prodromális időszak után hyperacut kezdet; 3 hónap alatt gyógyult	1.	Zavartság, religiosus és megalomaniás extaticus élményekkel	Cycloid psychosis
3. R. L.	nő	42	2	Első psychosis 3 hét alatt megszűnt; újabb psychosis acutan kezdődött; ismét remissio, két hónap múlva újabb relapsus	2.	Phonemicus, vizuális és olfactorius hallucinációk, szorongás, vonatkoztatások, primaer incohaerentia	Paraphrenia affectuosa
4. C. B.	férfi	25	110	Chronicus schizophtenia, tartósan autisticus és munkaképtelen. 2-3 évente rosszabbodások	5.	Szorong, tanácstalan; phonemicus hallucinációk; kataton mozgászavarok	Katonia parakinetica
5. K. B.	férfi	25	96	Chronicus schizophtenia; kórházi munkaterápián dolgozik 5 éve; kb. félévente rosszabbodások	10.	Somaesthesiás hallucinációk, phonemicus hallucinációk; szorongás, depersonalisatio; enyhe schizophtasia	Kataphasia
6. C. M.	nő	24	82	Chronicus schizophtenia; évek óta munkaképtelen, vagabund. Féligy évente rosszabbodások.	12.	Érzelmileg sekélyes; modoros; üres euphoria és irritabilitas; infantilis tréfálkozás; heteronóm kóros testérzések; primaer incohaerentia.	Hebephtenia simplex/inepta
Kontroll-betegek, akik csak i.v. NaCl inj.-t kaptak:							
7. J. I.	férfi	27	34	Az első psychosis óta munkaképtelen; családjával él. Chron. schizophtenia	4.	Modoros, inaktív, meglassúbbodott, közömbös, katonia tétova, kislókban szorong.	Modoros katonia
8. T. M.	nő	35	170	Chron. schizophtenia; szüleivel él, csökkent munka- és adaptatióképesség. Érzelmi elsivárosodás.	11.	Phonemicus hallucinációk, vonatkoztatások, kislókú szorongás és incohaerentia.	Hebephtenia autistica
9. E. L.	férfi	22	2	Subacut betegségkezdet	1.	Gátolt, enyhén feszült, inaktív, tanácstalan, halvány vonatkoztatások.	Cycloid psychosis

hatástani fázist különböztettek meg a szerzők: I. Autonóm (30—120 mp), II. Antidysphoriás (1—6 óra), III. Inhibiciós (2—3 óra), IV. Therapiás (1—10 nap). Az I. fázisban vegetatív reakciók jelentkeztek, a II—IV. fázisban kedvező therapiás hatások (a hangulat javulása, szorongások oldódása stb.) voltak észlelhetők (16). Ezeknek, valamint *Angst és mtsai* (2) vizsgálatainak hibalehetőséget adó főbb technikai fogyatékoságai a következők voltak: (a) A vizsgálatok nem kettős vak módszerrel kerültek kivitelezésre; (b) A szerzők nem használtak strukturált értékelést (31); (c) A kezeléssel egyidejűleg adott gyógyszerelés, vagy ennek megszakítása befolyásolhatta a β -endorphin hatását.

Anyag és módszer

A human β -endorphin szilárd fázisú peptidszintézissel (20) készült C. H. Li professzor (University of California, San Francisco) laboratóriumában, akinek az értékes anyagért ezúton is köszönetet mondunk. A β -endorphin preparátum kémiai homogenitását végcsoport- és aminosav-analízis, valamint papír- és gélelektroforézis segítségével ellenőriztük (a módszereket illetően lásd 11). Az *intracerebroventricularis* (i. c. v.) adás után patkány „tail-flick” teszten meghatározott analgeticus hatás hibahatáron belül megegyezett a természetes forrásból izolált sertés β -endorphinéval (26).

A szintetikus human β -endorphint fiziológias NaCl-oldatban oldottuk, HA 0,22 μ -os Millipore-szűrőn szűrtük és steril körülmények között ampulláztuk. Egy

ampulla 4,0 mg β -endorphint tartalmazott 10 ml physiologiás NaCl-oldatban. Az ampullákat -20°C -on tároltuk.

Mivel nyílt psychosisban szenvedő betegeknek ez idáig még nem adtak β -endorphint, ilyen betegeket választottunk ki vizsgálatainkhoz (1. táblázat). 6 beteg kapott egy-egy alkalommal 4–4 mg, 20–20 ml physiologiás NaCl-ben oldott β -endorphint i. v. injekció formájában, három beteg pedig azonos térfogatú physiologiás NaCl-oldatot. A befecskendezés minden esetben 5 percig tartott.

A Kline és Lehmann (16), valamint Angst és mtsai (2) tanulmányai kapcsán említett hibaforrások kiküszöbölése érdekében saját vizsgálatainkat kettős vak módszerrel, a psychopathológiai vizsgálat FCRS — Factor Construct Rating Scale (22) szerinti rögzítésével, előzetesen legalább tíz napig nem gyógyszerelt és párhuzamosan semmilyen más medicációban nem részesült betegeken végeztük. Az injekció beadása délelőtt 10 órakor történt. A psychopathológiai és fájdalomérzésvizsgálatokat a következő időpontokban végeztük: (1) A kezelés napján $\frac{1}{2}$ 9 órakor; (2) Közvetlenül a kezelés utáni negyedórán; (3) A kezelés napján minden órában délután 5 óráig; (4) A kezelés utáni napokon reggel 9 és délután 1 órakor, egy héten át, ha csak korábban nem vált szükségessé egyéb gyógyszeres (neurolepticus, anxiolyticus) kezelés.

A β -endorphin injekció beadása előtt egy órával és a harmadik napon ugyanebben az időpontban 9–10 ml liquorot vettünk üllő testhelyzetben történő lumbal-punctio útján. A liquorot a levétel után azonnal lefagyasztottuk és -20°C -on tároltuk, majd liofilizálás és 0,9–1,0 ml desztillált vízben történő újrakészítés útján töményítettük a β -endorphin tartalom „radioimmunoassay”-vel (RIA) való meghatározása céljából. A β -endorphin RIA methodikai részleteit illetően Borvendég és mtsai (4) leírására hivatkozunk. A nyúlban termelt sertés β -endorphin ellenanyagot 1:30 000 hígításban használtuk, az érzékenység alsó határa 20 pg β -endorphin 100%₀-os keresztreakciót adott a referens humán β -endorphinnal.

Eredmények

Két betegnél (3. és 6. sz.) kifejezett és tartós somnolentia alakult ki β -endorphin injekció beadásának napján. Enyhébb fokú somnolentia a másik négy betegnél is megfigyelhető volt. A bőr túvel történő szűrésével fájdalomérzés-csökkenést egyetlen betegnél sem észleltünk. A psychés jelenségek az 1., 2. és 3. sz. betegnél már fél és egy óra alatt is változtak, különösen az első napon. A β -endorphin beadása után felvett FCRS értékeit ezért a naponkénti jellemző értékek szerint adjuk meg (2. táblázat). A formális és tartalmi kognitív zavarok csupán a 6. sz. betegnél mutattak minimális javulást, ennél a betegnél is csak a β -endorphin beadása utáni 6. és 7. napon. A 4. sz. beteg kivételével a psychomotoros aktivitás a kiegyenlítődés és a viszonylagos megnyugodottság jeleit mutatta az első napokban. Ha a β -endorphin beadása előtt a gátoltság volt a kifejezett, akkor ez csökkent, ha pedig az izgatottság és nyugtalanság volt kifejezett, akkor ez. A β -endorphin beadása előtti kiindulási érték viszonylatában hasonló reciprokváltozást mutatott a hangulati élet a 3. sz. betegnél. Átmeneti euphorizálódás két másik betegnél (1. és 5. sz.) is bekövetkezett. A 2. és 6. sz. betegek olyan mértékben voltak tartósan ephoriásak a β -endorphin beadása előtt, hogy esetleges további euphorizálódás nehezen volt megállapítható. Négy (1., 3., 4. és 5. sz.) beteg szorongása határozottan csökkent, később azonban — a 2. sz. beteg esetében is — éppen a szorongás

nagymértékű fokozódása volt az egyik fő oka a neurolepticus-anxiolyticus kezelés (4 esetben korai) elkezdésének. Figyelemreméltó, hogy az 5. sz. beteg szorongása a 6. és 7. napon oldódott értékelhetően. Az FCRS többi tételében nem mutatkozott jelentős változás. A psychosis FCRS összpontszámában tükröződő intenzitása négy esetben először csökkent, majd fokozódott, egy esetben (2. sz.) közvetlenül és gyorsan fokozódott, egy esetben (6. sz.) pedig nem változott.

A három kontroll beteg közül (akiknek FCRS értékeit helykímélés céljából mellőzzük) a 7. sz. hirtelen és nagymértékben javult a physiologiás NaCl-injekció beadása után. Három napig derűs, aktív, társaságkereső volt, bár módorossága változatlan maradt. A vak vizsgáló egyedül az ő esetében érezte biztosnak a 9 eset közül, hogy nem placebo-t, hanem β -endorphint kapott. Három nap után tünetei visszatértek és heves szorongása miatt kellett anxiolyticumokat adni. A 8. sz. kontrollbeteg psychosisa folyamatosan és egyenletesen súlyosbodott, mígnem a 4. napon neurolepticumot állítottunk be. A 9. sz. kontrollbeteg viselkedése kis fokban oldottabb lett, a 3. napon azonban szintén neurolepticus gyógyszerelésre szorult.

A betegek liquorából a kezelés előtt mért β -endorphin immunoaktivitás az irodalmi adatokkal (8) összehangban 12–50 pg β -endorphin/ml között változó értéknek adódott. A β -endorphinnal kezelt 4., 5. és 6. sz. beteg és a két vizsgált kontrollbeteg (7. és 8. sz.) 3 nap elteltével meghatározott liquor β -endorphin szintjei megegyeztek a kiindulási értékekkel, míg három beteg esetében (1., 2. és 3. sz.) szignifikáns szintnövekedést figyeltünk meg (3. táblázat).

Megbeszélés

Hat β -endorphin kezelésben részesült betegünk mindegyike mutatott bizonyos javulást rövidebb vagy hosszabb ideig. Ez a javulás a kedélyélet és az aktivitás területére korlátozódott. A javulás természete a kiindulási tünetektől függött; minden esetben a homeostasis helyreállításának tendenciáját jelezte. Ellentétben az irodalmi adatokkal (2, 16) a formális és kognitív zavarok nem csökkentek. Ezért legalábbis a heveny psychosisok vonatkozásában — a β -endorphin kezelés valószínűleg csak *temperamentum-therápiát* jelent. A téveszmék, hallucinációk nem csökkentek, legfeljebb ez utóbbiaknak az élményekre és a viselkedésre gyakorolt hatása csökkent a kedélyi áthangolódás következtében.

Úgy tűnik, hogy minél intenzívebb a psychosis, annál kevésbé jelentkezik a β -endorphin homeostaticus hatása. Az általunk vizsgált hat esetben kérdéses, hogy van-e egyáltalán a β -endorphinnak psychosist mérséklő hatása. Valószínűnek tartjuk, hogy átmeneti javulást jelentő temperamentum-therápiaként a β -endorphin ún. „saját hatását” értékeljük, vagyis azt a hatást, amit obligát módon egészséges személyeknél is kivált, *valódi antipsychoticus hatása* pedig nincs. A psychopathológiai tünetektől mentes személyeknek adott β -endorphin által keltett psychés zavarok (meglassúbbodottság, confusio, tanácstalanság; 16, 23) azt jelezhetik, hogy

2. táblázat A β END-nal kezelt betegek psychopathológiai tüneteinek alakulása FCRS-sel mérve

Betegek sorszáma	Időpont FCRS	β END beadása előtt	után	2.	3.	4.	napok száma		7.	8.
							5.	6.		
1. M. N.	M	46	(-)	(-)			(+)	+		
	1+2	9								
	5	5	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)		
	6	1			(+)	(+)	(+)	+		Neuroleptis
	9	6								
	10	1	(+)							
2. B. F.	M	48	(+)	++	(+)	(+)	+	++		
	1+2	11								
	5	1	+							
	6	5	(-)	++		Neuroleptis				
	9	1								
	10	6								
3. R. L.	M	37	-	(-)			+	++		
	1+2	7							(+)	
	5	1	++	(+)	(+)	(+)	+			Neuroleptis
	6	3	---	---	---	(-)	---	(+)	+	
	9	4	---	---	---	---	---	---	+	
	10	1	+	++		(+)	++			
4. C. B.	M	48	---	---	(-)			+	++	
	1+2	8			++					
	5	5								
	6	1				Neurolepticum				
	9	3								
	10	1								
5. K. B.	M	41	(-)			++				
	1+2	6						(-)	(-)	Neurolepticum 20 nap múlva
	5	3	-	(+)	(+)		(-)	-	-	
	6	3								
	9	3								
	10	1	(+)							
6. C. M.	M	60								
	1+2	11								
	5	1	+	(+)						Neurolepticum 10 nap múlva
	6	1	-	(-)	(-)					
	9	1								
	10	5								

Magyarázat: E = FCRS összpontszám

1+2 = Formai és tartalmi kognitív zavarok

5 = Psychomotoros meglassúbbodás

6 = Agitáció — izgatottság

9 = Depresszív hangulat

10 = Emelkedett hangulat

10 = Szorongás — feszültség

(-), (+) = Pontszám változás $\pm 1/E$ esetében összpontszám 5%-nál kevesebb)

-, + = Pontszám változás $\pm 2/E$ esetében az összpontszám 6—15%-a)

---, ++ = Pontszám változás ± 3 vagy ennél több (E esetében az összpontszám 16%-ánál több)

Met-enkephalin: Tyr-Gly-Gly-Phe-Met

Leu-enkephalin: Tyr-Gly-Gly-Phe-Leu

γ -endorphin: Tyr-Gly-Gly-Phe-Met-Thr-Ser-Glu-Lys-Ser-Gln-Thr-Pro-Leu-Val-Thr-Leu

β -endorphin: Tyr-Gly-Gly-Phe-Met-Thr-Ser-Glu-Lys-Ser-Gln-Thr-Pro-Leu-Val-Thr-Leu-Phe-Lys-Asn-30
-Ala-Ile-Ile-Lys-Asn-Ala-Tyr-Lys-Lys-Gly-Glu

a β -endorphin „saját hatása” a psychés egyensúly megbontására is irányul. A homeostasis szempontjából *bipoláris* „saját hatás” eredménye minden biztonnal nagymértékben függ a szervezet — saját eseteikben súlyosan alterált — kiindulási állapotától. Ezeknek a megfontolásoknak az alapján értelmezhetőnek tartjuk a „therápiás fázis” betegenként

erősen változó időtartamát: a „therápiás fázis” csupán annyi időre terjed, amennyi ideig a kiindulási állapottól függően érvényesülő „saját hatást” el nem törli a psychosis (a 2. betegnél pl. nem egészen egy nap).

A liquorban mért β -endorphin szintváltozást illetően (3. táblázat) feltűnő, hogy kifejezett szint-

3. táblázat **A β -endorphinnal kezelt (1–6. sz.) és kontrollbetegek (7–9. sz.) liquorából meghatározott β -endorphin immunaktivitás (pg β -endorphin pro ml) közvetlenül a kezelés előtt és a kezelés utáni 3. napon**

Beteg sorszám	β -endorphin immunoaktivitás a kezelés	
	előtt	után
1.	12±1,4*	24±5,3
2.	17±1,5	64±12,2
3.	24±8,4	85±2,8
4.	13±0,1	17±1,6
5.	21±0,2	23±0,5
6.	15±3,9	22±1,8
7.	50±0,8	48±1,8
8.	27±4,5	32±5,3
9.	17±0,5	—**

* 4 paralel mérés átlaga ±standard deviáció

** Meghatározást nem végeztünk

emelkedést csak az erős affectív tünetekkel járó három (1–3. sz.) schizophrén syndromában („schizo-affectív” psychosis) észleltünk. Mivel *Foley és mtsai* (9) szerint az embernek i. v. és i. c. v. adott human β -endorphin fél életideje 37, illetve 93 perc, valószínűtlen, hogy a beadást követő 3. napon mért β -endorphin immunoaktivitás exogen anyagtól származzék. Izgalmas lehetőségként vetődik fel ugyanakkor, hogy a kívülről bevitt β -endorphin valamilyen ez idáig ismeretlen mechanizmus útján az agyi (vagy hypophysis?) β -endorphin bioszintézisét, vagy „release”-ét senkenetheti. Megerősítés esetén ez a megfigyelés új szempontot adhat a schizo-affectív psychosisok pathogenezisének vizsgálatához.

Következtetéseink levonásakor a kis esetszám mellett a kontroll betegekkel szerzett tapasztalat is fokozott óvatosságra int. Mint a 7. sz. beteg példája mutatja, az i. v. placebo injekció és a beteggel való átmeneti remissiót eredményezhet, ami megtévesztően hasonlít a β -endorphintól elvárható „temperamentum-therápiára”.

Összefoglalás: A szerzők nyílt schizophrén psychosis humán β -endorphinnal végzett, kettős vak módszerű kezeléséről számolnak be hat (plusz há-

rom kontroll) eset kapcsán. A psychopathológiai tünetek rendszeres felmérésére a Factor Construct Rating Scale-t (FCRS) használták. A még kisszámú irodalmi adatoktól eltérően valódi antipsychoticus hatás nélküli temperamentum-therápiaként értékelik a β -endorphin hatását. Tapasztalataik szerint a β -endorphin therápiás fázisa csupán annyi időre terjed, amennyi ideig a psychosis nem törli el a β -endorphin kiindulási állapottól függően érvényesülő saját hatását. Úgy tűnik, hogy a temperamentum-therápia a schizo-affectív psychosisokban jelentős és ezekben az esetekben a lumbalis liquorban mért β -endorphin szint növekedésével jár együtt.

IRODALOM: 1. *Amir, S., Amit, Z.*: Life Sci. 1979, 24, 439. — 2. *Angst, J. és mtsai*: Endorphins in Mental Health Research. The MacMillan Press Ltd., London, 1979, 518. old. — 3. *Bloom, F. és mtsai*: Proc. Natl. Acad. Sci. USA 1978, 75, 1591. — 4. *Borvendég, J. és mtsai*: Endorphins '78, Akadémiai Kiadó, Budapest, 1978, 177. old. — 5. *Burbach, J. P. H. és mtsai*: Nature 1980, 283, 96. — 6. *Catlin, D. H. és mtsai*: Commun. Psychopharmacol. 1977, 1, 493. — 7. *Davis, G. C. és mtsai*: Schizophrenia Bull. 1979, 5, 244. — 8. *Emrich, H. M. és mtsai*: Pharmakopsychiat. 1979, 12, 269. — 9. *Foley, K. M. és mtsai*: Proc. Natl. Acad. Sci. USA 1979, 76, 5377. — 10. *Gráf, L. és mtsai*: Nature 1976, 263, 240. — 11. *Gráf, L. és mtsai*: Arch. Biochem. Biophys. 1979, 193, 101. — 12. *Gunne, L. M. és mtsai*: Neural. Transm. 1977, 40, 13. — 13. *Hosobuchi, Y. és mtsai*: Science 1979, 203, 279. — 14. *Hughes, J. és mtsai*: Nature 1975, 258, 577. — 15. *Jacquet, Y. F., Marks, N.*: Science 1976, 194, 632. — 16. *Kline, N. S., Lehmann, H. E.*: Endorphins in Mental Health Research. The MacMillan Press Ltd., London, 1979, 500. old. — 17. *Krieger, D. T., Liotta, A. S.*: Science 1979, 205, 366. — 18. *Larsson, L.—I. és mtsai*: Nature 1979, 282, 407. — 19. *Li, C. H., Chung, D.*: Proc. Natl. Acad. Sci. USA 1976, 73, 1145. — 20. *Li, C. H. és mtsai*: J. Med. Chem. 1977, 20, 325. — 21. *Ogawa, N. és mtsai*: Life Sci. 1979, 25, 317. — 22. *Overall, J. E. és mtsai*: Triangle: Sandoz J. med. Sci. 1968, 8, 178. — 23. *Oyama, T. és mtsai*: The Lancet, 1980. jan. 19., 122. — 24. *Rossier, J. és mtsai*: Proc. Natl. Acad. Sci. 1977, 74, 5162. — 25. *Rossier, J. és mtsai*: Nature 1977, 270, 618. — 26. *Székely, J. I. és mtsai*: Eur. J. Pharm. 1977, 43, 293. — 27. *Terenius, L. és mtsai*: Neurosci. Lett. 1976, 3, 157. — 28. *Terenius, L. és mtsai*: Endorphins in Mental Health Research, The MacMillan Press Ltd., London, 1979, 553. old. — 29. *Tseng, L.—F., és mtsai*: Nature 1976, 263, 239. — 30. *Verebey, K. és mtsai*: Arch. Gen. Psychiat. 1978, 35, 877. — 31. *Watson, S. J. és mtsai*: Archs Gen. Psychiat. 1979, 36, 35. — 32. *deWied, D. és mtsai*: Eur. J. Pharm. 1978, 49, 427.

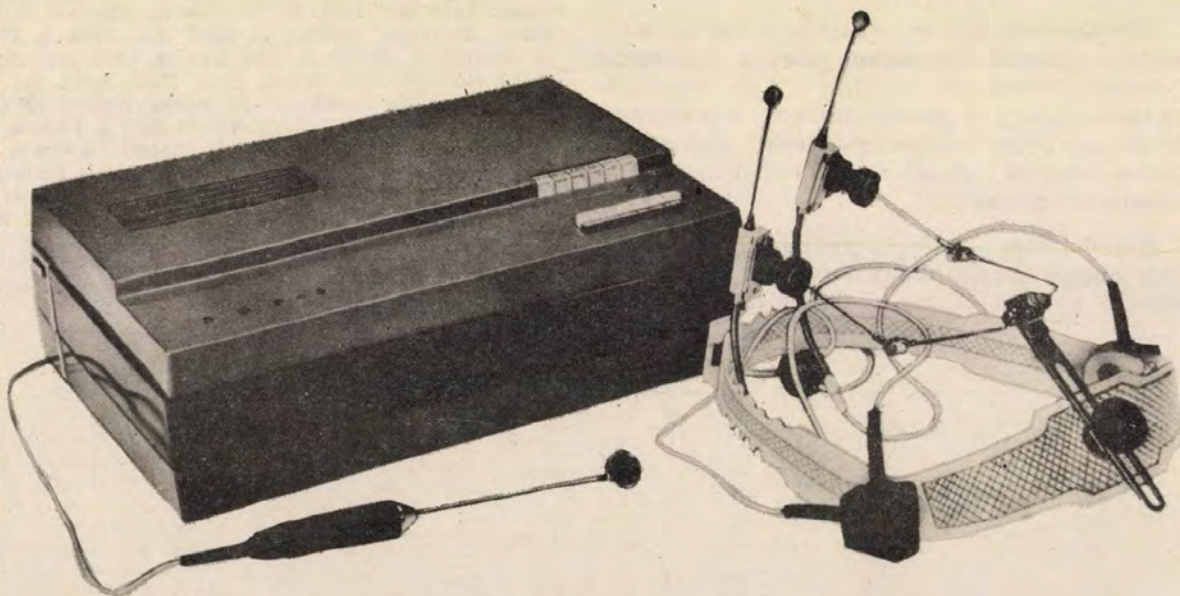
A LOR ultrahang gyógyítja

**a krónikus tonsillitiseket,
aranyeres csomókat,
ormelléküreg gyulladásokat**

A LOR-3 megfelelő kezelést biztosít,
ha 10 alkalommal 6 percig használjuk.

A LOR-3 folyamatosan és szakaszosan is üzemeltethető,
ami lehetővé teszi, hogy minden betegnek
a leghatásosabb kezelést válasszák.

A klinikai gyakorlat azt mutatja, hogy a LOR-3
a betegek 75%-ánál eredményesen alkalmazható.



MEDEXPORT

Szovjetunió, 113461, Moszkva, Kahovka ul., 31. korp. 2.
Telefon: 121-01-54. Telex: 411247 Medex Su., 411951 Medex Su.

Debreceni Orvostudományi Egyetem
Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika
(igazgató: Lampé László dr.)

Összefüggések a szülő nő életkora, a szülések száma és a perinatális magzati halálozás között

Lampé László dr., Batár István dr.,
Szeverényi Mihály dr.
és Csécsesi Károly dr.

Napjainkban a korszerű szülészeti ellátás fő jellemzője a szövődmények megelőzésére való törekvés és a gondozás. Ez azonban csak akkor lehet eredményes, ha ismerjük az életkorral, a terhességek számával, a szociális körülményekkel és sok más tényezővel összefüggő kockázatokat, amelyek az anya és/vagy a magzat életét, egészségét veszélyeztetik (2, 3, 6, 7).

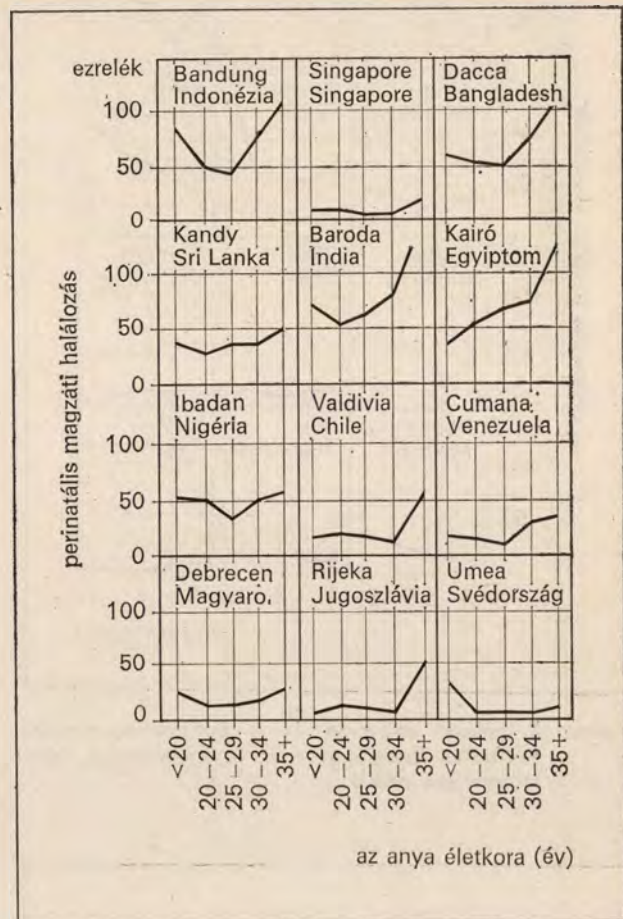
A FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) és az IFRP (International Fertility Research Program) javaslatára 1976-ban sok ország kapcsolódott be abba a szülészeti adatgyűjtésbe, aminek legfőbb célja a következő volt:

a) az egyes földrészek, régiók, országok szülészeti ellátása színvonalának megismerése azonos szempontok alapján gyűjtött adatok összehasonlításával;

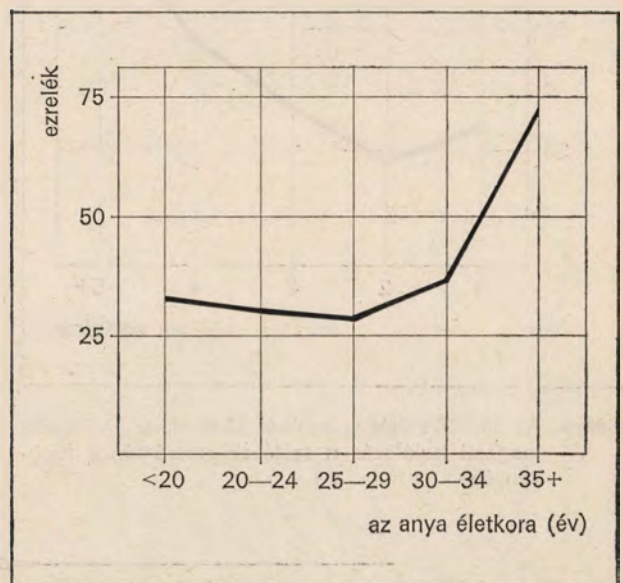
b) ennek érdekében egységes adatgyűjtőlap kialakítása, ami pár perc alatt kitölthető, könnyen kezelhető, gépi feldolgozásra alkalmas és tartalmaz minden fontos adatot, ami a szülészeti ellátásnak nemcsak a jelenlegi helyzetét tárja fel, hanem a családtervezéshez, a gondozáshoz is hasznos információkat nyújt.

A próbafelmérés még csak 20 egyetemi klinikán történt (5) 1976 nyarán, majd ezt követően 35 ország több mint 100 szülészeti klinikáján csaknem 260 000 szülés adatait rögzítették az adatgyűjtő lapokon és küldték be a feldolgozó központba (1). — Legutóbb 12 centrum 55 729 szülésének az adatait összesítették (ikerszülések nélkül) annak vizsgálatára, hogy a szülő nő életkora, s a szülések szá-

ma milyen összefüggésben van a perinatális halálozással (1. ábra). Két centrum (Kairó, Rijeka) kivételével közel „J” alakú görbét kapunk, ami kifejezi, hogy a 20 év alatti szülő nők magzatainak születés

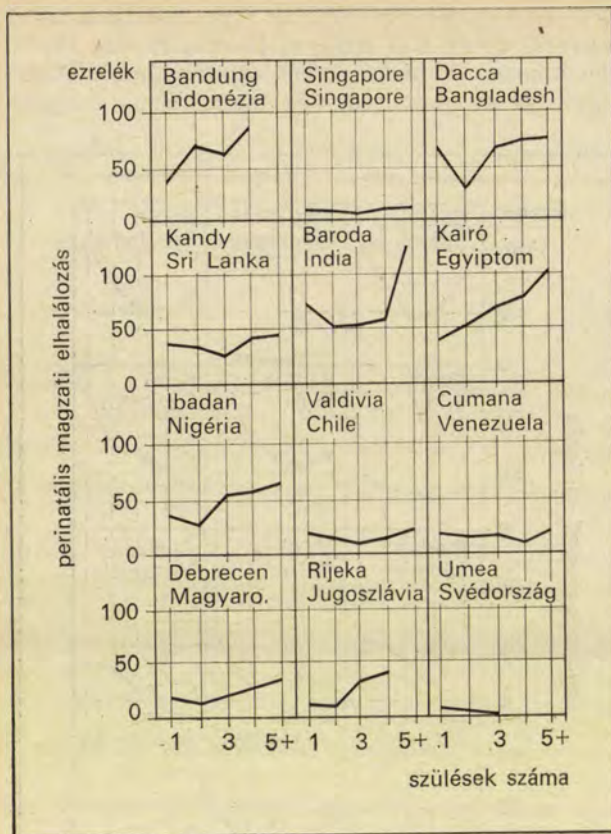


1. ábra: Perinatális magzati halálozás (az ikermagzatok kihagyása után) a szülő nő életkorának függvényében, a 12 centrumban

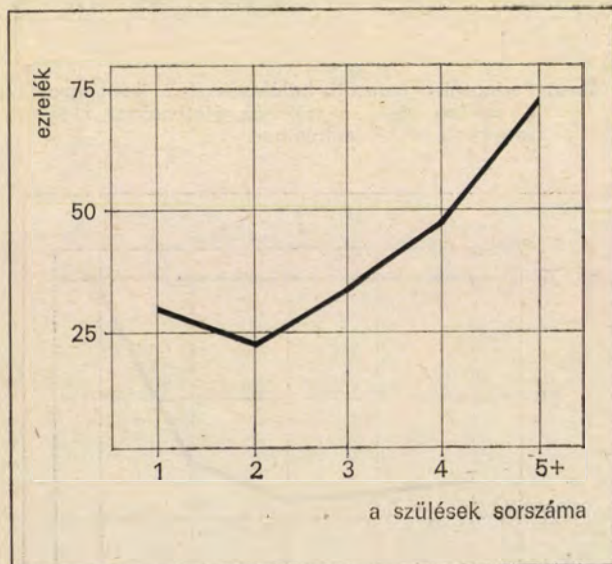


2. ábra: A 12 szülészeti klinika perinatális magzati halálozásának összesített adatai a szülő nő életkorának függvényében

Az Egészségügyi Minisztérium 2—27—0503—01—1/L számú főirányához kiemelt szintre elfogadott kutatómunka alapján.



3. ábra: A szülések sorszáma és a perinatális magzati mortalitás összefüggése a 12 centrumban, ikerterhességek nélkül



4. ábra: Az 55 729 szülés adataiból kiszámított perinatális magzati halálozás a szülések sorszámanak függvényében

Összefüggés a szülő nő életkora, születeinek száma és a perinatális magzati halálozás között 55 729 szülés adatai alapján

Szülések száma	Életkor (év)		
	20	21-34	35+
1	1,33	1,08	1,76
2-3	1,25	1,00	1,63
4-	3,76	2,18	3,70

körül halálozása magasabb, mint a 20—24 és a 25—29 év közötti szülő nőké, s a 30, különösen a 35 év-nél idősebbek magzatainak halálozási aránya a korral együtt emelkedik. Noha az egyes centrumokból feldolgozott szülések száma statisztikai elemzésre külön-külön is alkalmas (a minimális szám 2841, a legnagyobb szülésszám 8870), mégis tisztább képet kapunk az adatok összesítésével, s az összesítés után készített ábrából (2. ábra).

Hasonló összefüggést kapunk a szülések száma és a perinatális halálozás mértéke között. Legalacsonyabb a 2. és 3. szüléssel kapcsolatos halálozás és legmagasabb az 5. vagy nagyobb számú szülés esetén (3. ábra). A 12 centrum összesített adatai szintén nyilvánvalóvá teszik az összefüggéseket (4. ábra).

A családtervezés szempontjából még értékesebb információkat kapunk, ha a szülő nő életkorát, születeinek számát és az ezektől függő perinatális magzati mortalitást elemezzük (táblázat).

Az eredmények felhasználhatók a leendő anyák nevelésében, a családi életre való felkészítésben, családtervezési felvilágosításban: az első szülést a 20 év feletti korra kell tervezni és a 2. és 3. szülés is legelőnyösebb a 35 év alatti korban. Hasonló következtetésre jutottunk a kérdés más irányú tanulmányozásával (4).

Összefoglalás: A szerzők 1976 óta részt vesznek a Nemzetközi Nőorvos Társaság által szervezett szülészeti adatgyűjtésben. Ezúttal 12 centrum 55729 szülésének eseményeit elemezve keresnek összefüggéseket az anya életkora, a szülések száma és a perinatális magzati halálozás között. Megállapítják, hogy a legkisebb a magzati veszteség a 20—34 közötti életkorban világhozott második-harmadik magzatok csoportjában és csaknem ugyanilyen kedvező az első magzatok sorsa is. A 20 év alatti és különösen a 34 év feletti szülő nők magzatainak perinatális halálozása lényegesen magasabb.

IRODALOM: 1. *Bernard, R. P.:* Előadás. Nemzetközi Nőorvos Társaság IX. kongresszusa. Tokio, 1979. okt. 26. — 2. *Eastman, N.:* Amer. J. Obst. Gyn. 1944, 47, 445. — 3. *Jovanovic, D.:* J. Repr. Med. 1972, 9, 61. — 4. *Lampé L.:* Orv. Hetil. 1978, 119, 1331. — 5. *Lampé, L. és mtsai:* Zbl. Gynäk. 1979, 101, 1097. — 6. *Nortman, D.:* Reports on Population, Family Planning. 1974, 16, 52. — 7. *Wallace, H. M.:* Amer. J. Obst. Gyn. 1965, 92, 1125.

Városi Kórház, Jászberény
Gastroenterológia
(főorvos: Figus I. Albert dr.)
Sebészeti Osztály
(főorvos: Detky Barna dr.)
Megyei Kórház–Rendelőintézet, Kecskemét
Endoscopos Osztály
(főorvos: Domján Lajos dr.)

Percutan transhepatikus cholangiographia

Figus I. Albert dr., Simon László dr.,
Domján Lajos dr., Bánki Gyula dr.,
és Detky Barna dr.

Az utóbbi években az intra- és extrahepatikus cholestasisok kórismézésének „invazív” és „non-invazív” módszereiben egyaránt jelentős fejlődésnek vagyunk részesei. A hazai orvosi törekvések, így az Orvosi Hetilap törekvései közé elsősorban a „non-invazív” eljárások propagálása tartozik, ez azonban sajnos nem mindig találkozik gazdasági lehetőségeinkkel. Bármennyire is tudjuk, hogy az ultrahang vizsgálat vagy a 99 m Tc. HIDA bilialis scintigraphia (66), esetleg a komputer tomographia első vizsgálatként, ellenjavallat nélkül végezhető el az intra- és extrahepatikus cholestasisokban, anyagi okoknál fogva ezek rutinszerű elvégzése ma irreálisnak tűnik és semmiképp sem tartozhatnak a mindennapi orvosi vizsgáló eljárások közé. Hazánkban is elterjedt azonban az endoscopos retrograd cholangiopancreatographia (52, 60) és első alkalmazása óta gyorsan terjed a percutan transhepatikus cholangiographia is (PTC) (74–79). Hazai tudományos értekezleteken, az OTKI továbbképző tanfolyamain már többször ismertettük ezt az eljárást, de nagyobb anyag feldolgozására csak most nyílt lehetőség két munkacsoport eredményének ismertetése alapján.

PTC végzése régi törekvés a gastroenterológiai gyakorlatban. 1921-ben írták le először (11) a transcutan epehólyag punctiót, percutan transhepatikus epeút-feltöltést pedig 1937-ben végzett először Huard és Doxuan-Hop (32).

Személyes közlés alapján (Imre) hazánkban is tudunk ilyen kísérletről, azonban rendkívüli veszélyei (májsérülés, epés hashártyagyulladás, sepsis, azonnali műtét szükségessége) miatt nem nyert szélesebb területen polgárjogot ez az eljárás. 1968-ban

1. táblázat A PTC beszúrási helyének lokalisatiója

A processus xyphoideus és a rtg. asztal közötti távolság	a beszúrási helyének távolsága a rtg. asztaltól
18 cm-nél kevesebb	10,5 cm
18–20 cm	11,0 cm
20–23 cm	12,0 cm
több mint 23 cm	13,0 cm

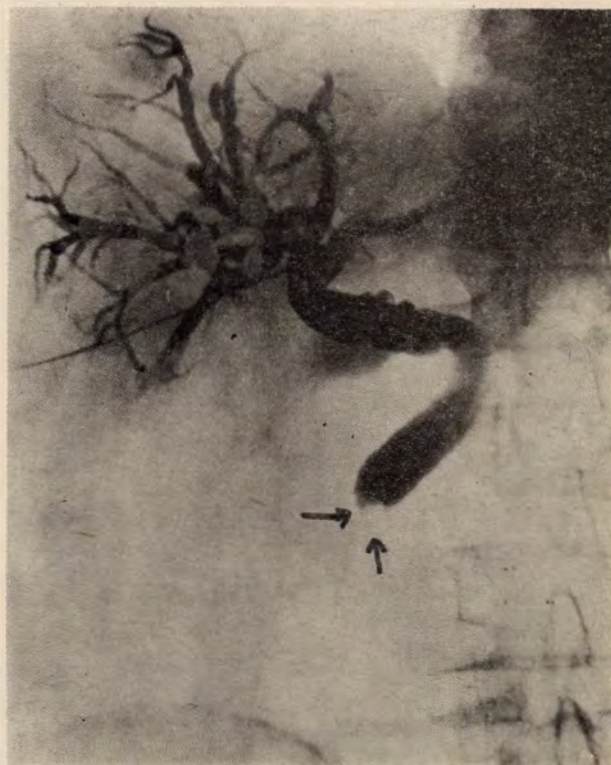
2. táblázat Diagnosis

choledocholithiasis	40
choledochus tumor	14
porta tumor	19
pancreas tumor	24
Vater papilla tumor	1
egyéb	7
sikertelen	29

Összesen: 134

3. táblázat PTC után észlelt szövődmények

Subfebrilitás	a vizsgálat napján	21
Subfebrilitás	a második napon	4
Subfebrilitás	a harmadik napon	1
Fájdalom a feltöltés után		12
Kifejezett görcs		6
Panaszmentes		90



1. ábra: Egy hónapja sárga betegünk PTC-s képe: A Vater-papilla magasságában egyenetlen szélű árnyékkiesés (nyíl), amelyet a papilla tumoros beszűrődése okozott, s melyet később endoscopia és biopsia is igazolt; bár a PTC biztos diagnoszt eredményezett, úgy gondoljuk, ilyen esetekben nem a PTC az első vizsgálat

a tokiói Chiba egyetemen *Okuda és mtsai* (49) fejlesztették ki az ultravékony teljesen veszélytelen punctióós tűt, amelynek alkalmazásával az eljárás rendkívül gyorsan terjed világszerte. Hazánkban 1978 januárjától alkalmazzuk rutinszerűen a PTC-t.



2. ábra: 1 éve cholecystectomizált sárga beteg PTC-s képe: a ductus choledochus és az intrahepatikus ágak tágabbak. A tág choledochusban nagybányi kőárnyék



3. ábra: A tágult choledochus proximalis részén nagybányi kő. Az epehólyag zsúfolva borsónyi-babnyi kövekkel (rövid nyilak)



4. ábra: Műtétel igazolt primaer choledochus tumor képe: A choledochus lényegesen nem tágabb, középső szakaszán aszimmetrikus szűkület látható. Mindkét, különösen a bal oldali ductus hepaticus lényegesen tágabb. A cysticusba, annak beszűrődése miatt nem jutott kontrasztanyag



5. ábra: Primaer choledochus PTC-s képe: jól látható a ductus choledochus egyenetlen szélű asszimmetrikus szűkülete, s az intrahepatikus ágak praestenotikus tágulata

STUGERON

tabletta

ÖSSZETÉTEL

Tablettánként 25 mg cinnarizinumot tartalmaz.

HATÁS

A Stugeron kifejezetten gátolja a különböző vasoaktív anyagok (adrenalin, noradrenalin, dopamin, angiotensin, vasopressin, histamin, serotonin, bradykinin, nicotin) hatását. Ezen anyagok ismétlődő érszűkítő aktivitásának fontos szerepet tulajdonítanak az atherosclerosis kialakulásában. A Stugeron ezen felül fokozza az erekben átáramló vér mennyiségét, javítja a szövetek vérellátását, spasmolytikus hatást fejt ki az érfal simaizomzatára. A vérnyomást gyakorlatilag nem befolyásolja. Csökkenti a labirintus ingerlékenységét.

JAVALLATOK

A cerebrális keringés zavarai: arteriosclerosis cerebri, apoplexia és cerebro-cranialis sérülések utókezelésében, egyensúlyzavarok, migraine. A perifériás erek megbetegedéseiben (Buerger-kór, Raynaud-syndroma, angiopathia diabetica, acrocyanosis) claudicatio intermittens, paraesthesia, trophicus zavarok kezelésére.

ADAGOLÁS

Naponta 3×1 vagy 3×2 tablettá hónapokon keresztül, rendszeresen. Érzékeny betegeknél ajánlatos a kúrát napi 3×1 tablettával kezdeni és fokozatosan emelni az adagot.

MELLÉKHATÁS

Az átlagosnál nagyobb adagok alkalmazásakor előfordulhatnak: enyhe somnolentia vagy gastrointestinalis zavarok, amelyek az adag csökkentésére néhány nap múlva spontán megszűnnek.

MEGJEGYZÉS ✕

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

CSOMAGOLÁS

50 tablettá térítési díj: 2,30 — Ft



KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST

ÖSSZETÉTEL

1 tabletta 0,25 g metronidazolomot tartalmaz.

JAVALLAT

Férfi és női húgyivarszervi *Trichomonas-infestatio*. *Giardia lamblia* fertőzések. *Stomatitis ulcerosa*. Amoebás dysenteria és a symptomás amoebiasis egyéb formái, amoebiasis, amoebás májtályog. Tünetmentes *Entamoeba histolytica-cystát* ürítők esetében.

ADAGOLÁS

A trichomoniasisban szenvedő beteg házastársa, ill. szexuális partnere is fertőzöttnek tekintendő. Tartós gyógyulás csak mindkét fél egyidejű kezelésétől várható. A Klion adagja férfinél és nőnél egyaránt reggel-este 1—1 tablettát (250 mg) szájon át, 10 napon keresztül. A tablettát ajánlatos étkezés közben vagy étkezés után, szétrágás nélkül lenyelni. Indokolt esetben a kúra megismételhető, a napi adag 3—4 tablettára is emelhető. Kúra alatt a beteg alkoholt ne fogyasszon, nemi életet ne éljen. *Giardia lamblia* fertőzésben felnőtteknek 5 napon át naponként 2 tablettát, 2 részre osztva.



Gyermekeknek

0—1 éves korig naponta 1/2 tablettát, 2—4 éves korig naponta 1 tablettát, 5—8 éves korig naponta 1 1/2 tablettát, 8 év felett naponta 2 tablettát 5 napon át étkezés után, 2 részre osztva.

STOMATITIS ULCEROSÁBAN felnőtteknek naponta 2×1 tablettát, 3—5 napon át.

Amoebiasisban

Felnőtteknek

- symptomamentes cysta-ürítők esetében 5—7 napon át 2—3×2 tablettát
- krónikus amoebiasisban (hepatosis esetén is) 5—10 napon át 3×2 tablettát
- invazív formában, akut amoebás dysenteriában, tünetmentességig 3×3 tablettát
- amoebás májtályog esetén a szokásos (és egyben megengedhető napi maximális) adag 2500 mg (azaz 10 tablettát) egyszerre vagy 2—3 részletben, 3—5 napon át, az egyéb terápiás lehetőségek alkalmazása (leszívás, antibiotikumok — elsősorban oxytetracyclinek — adása stb.) mellett.

Gyermekeknek

7—10 éves korig a felnőttek adagjának fele

3—7 éves korig a felnőttek adagjának egyharmada

1—3 éves korig a felnőttek adagjának negyedrésze.

Csecsemőknek ajánlatos arányosan kisebb adagot alkalmazni.



MELLÉKHATÁSOK

Ritkán fejfájás, keserű szájíz, bevont nyelv, enyhe hányinger, olykor hasmenés mutatkozhat. Ezek a tünetek a kúra befejezése után maguktól megszűnnek.

A Klion — mint nitroderivatum — enyhe leukopeniát is okozhat, ezért főként a 10 napos kúra esetén ajánlatos a vérkép ellenőrzése.

Klion-kezelés ideje alatt az alkohol fogyasztása tilos.

A Klionnal egyidejűleg adott antihipertenzív szerek adagját célszerű csökkenteni.

A terhesség első 3 hónapjában ne adjuk!

MEGJEGYZÉS ✕

Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

CSOMAGOLÁS 20 tablettát 6,60 Ft

Közleményünk megírásával hármias feladatot kívánunk teljesíteni:

1. Az eljárás technikai kivitelét ismertetjük.
2. Néhány képpel igyekszünk bizonyítani diagnosztikai értékét.
3. Az eljárás kockázatára hívjuk fel a figyelmet.

Közleményünk bevezetője az epeúti diagnosztikával és therápiával foglalkozó további dolgozatainkkal szerves összefüggésben van, ezért a közös irodalomjegyzék a másik dolgozat végén található.

Beteganyag és módszer

A vizsgálatokat osztályainkon fekvő 68 nő és 66 férfi betegen végeztük, akiknek életkora 35—98 év volt. 93 beteg obstructiós icterus miatt került felvételre, míg 41 beteg nem volt icterusos. A vizsgálat előtt gyomorröntgennel kizártuk a gyomor és a duodenum anatómiai abnormalitásait. 24 órával a vizsgálat megkezdése előtt Gentamycin és K-vitamin kezelést kezdtünk, majd fél órával a vizsgálat megkezdése előtt praemedicációként Dolargan/vagy Seduxen + Atropint adtunk.

A vizsgálatot csak képerősítővel ellátott röntgenkészülék segítségével lehet végezni. A beteget a vízszintesen fekvő röntgenasztalon hátára fektetjük és steril kautélák mellett meghatározzuk és helyileg érzéstelelünk a beszúrás helyét. A punctió rendszerint a VII—VIII—IX. bordaközben történik a középső-elülső axillaris vonalban, de függ a tű behatolási helye a máj nagyságától, illetve a mellkas sagitális átmérőjétől is. Egyes szerzők (12, 15, 29, 30, 33, 44, 64, 65) két ólomjel alkalmaznak a beszúrás pontjának és irányának meghatározásához. Saját gyakorlatunkban inkább az Ariyama és mtsai (2) által kidolgozott és mások által is alkalmazott (2, 10, 17, 63), a mellkas sagitális átmérőjétől függő sémát használjuk a punctió hely kijelölésére (táblázat).

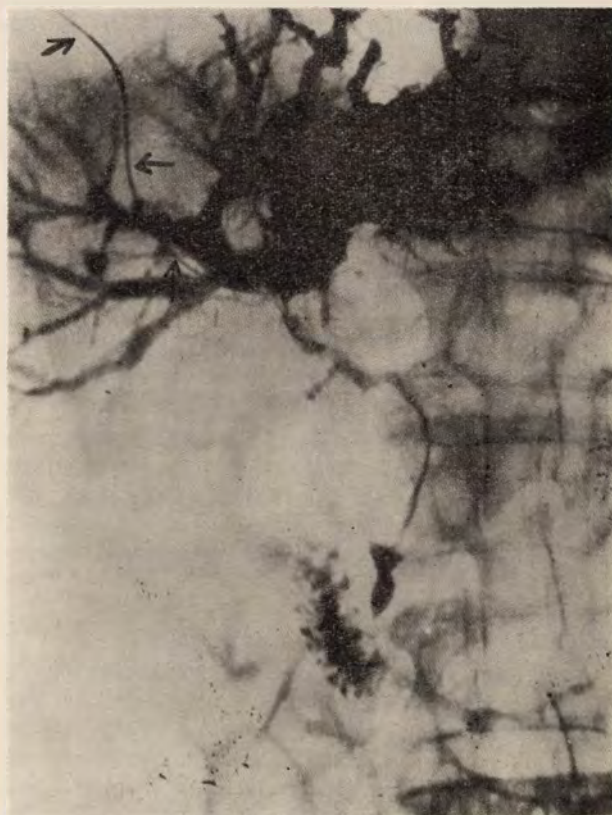
A sikeres vizsgálat feltétele a biliaris rendszer anatómiájának pontos ismerete (31).

Az intrahepatikus epeutak megpungálásához és kontrasztanyag befecskendezéséhez japán gyártmányú — jelenleg a Medicor által gyártott és a japán eredetivel egyenértékű — 16 cm hosszú, 0,7 mm külső és 0,5 mm belső átmérőjű mandrinnal ellátott acéltűt használunk, amelyet az irodalomban Chiba-tűnek, Okuda-tűnek, vagy ultravékony japán tűnek neveznek. A tűt légzésszünetben kb. 14,0 cm mélyen, a rtg-asztallal párhuzamos síkban, kissé cranial felé tartva állandó képerősítő ellenőrzés mellett vezetjük be a májba, úgy, hogy a tű hegye kb. 1—2 cm-re közelítse meg a gerincoszlop jobb szélét. Ezzel a technikával rendszerint a bal ductus hepaticusba jutunk, amely ventrálisabban helyezkedik el, mint a jobb. Obstructiós icterusos betegen a tű mandrinját eltávolítva esetenként epe jelenik meg a conusnál és a kontraszt-feltöltés azonnal elvégezhető. Egyéb esetekben a tűt lassan, óvatosan visszahúzva, kis mennyiségű kontrasztanyag folyamatos befecskendezése mellett a képernyőn figyeljük, mikor jut a tű hegye az epeútba. A máj parenchymájába jutott kontrasztanyag tócsa formájában rajzolódik ki, nyirokérbe kerülve cérnaszerű rajzolatot kapunk, míg az érbe fecskendezett kontrasztanyag igen gyorsan eltűnik. A feltöltést 60%-os Uromiróval végezzük a kívánt képet biztosító mennyiségben. Szükséges számú célzott felvételt készítve, illetve film- vagy képrögzőt berendezést alkalmazva dokumentáljuk a vizsgálat eredményét. A bal lebeny telődése érdekében hasfekvésben, majd a beteget hátára fektetve, illetve sagi-

Lábjegyzet: Az irodalomjegyzék Domján L. és mtsai: Endoscopus retrograd cholangiopancreatographia (ERCP) és percutan transhepatikus cholangiographia (PTC) helye és szerepe az obstructiós icterusok differenciál diagnosztikájában c. dolgozat végén található. (Szerk. megj.: megjelenik a 41. számban)



6. ábra: A ductus choledochus egyenetlen széllel beszűkült. Az obstructió ok műtéttel igazolt pancreasfejtumor volt.



7. ábra: Előrehaladott pancreas tumor által okozott elzáródás: A ductus choledochus egész lefutásában károsodott széllel beszűkült. Az intrahepatikus epeutak kifejezetten tágak. A képen jól látható az extrahepatikus drainage kanülje (→)



8. ábra: Az intrahepatikus epeutak extrem tágulatát a hepaticus elágazásban ülő, choledochust elzáró tumor okozza. A kórismét műtét igazolta.

tális irányból is kell felvételeket készíteni; obstructió esetén felállítás után is, s végül késleltetett felvétel készíthető fél órával a vizsgálat befejezése után.

A PTC diagnosztikus-információs értékét néhány esetünk jellegzetes röntgenképének bemutatásával illusztráljuk:

Az elvégzett 134 vizsgálat eredményét 2. táblázatunkban tüntetjük fel.

Megbeszélés

Az elzáródott epeutak vizsgálatának jelenleg két effektív módszere ismeretes: az endoscopos retrograd cholangiographia és a percutan transhepatikus cholangiographia. A két vizsgáló módszer lényegében kiegészíti egymást. Összehasonlításukkal a következő közleményünkben foglalkozunk.

A PTC a betegnek nem jelent különösebb megterhelést. A vizsgálat technikája könnyen elsajátítható. A tág epeutakat úgyszólván lehetetlen elhibáztatni, extrahepatikus elzáródásban a vizsgálat 100%-ban sikeres. Nem sárga betegekben szerzők eltérő adatokat közölnek. Általában 50–60%-os eredményt adnak meg (27, 34, 56), mások 80–90%-ot (20, 43, 50, 64), sőt 95%-ot is elérnek (54).

Okuda és mtsai anyagában (1293 beteg) az epeutak tágasságától függetlenül a diagnosztikus értékű vizsgálatok aránya összességében 94,3%. A vizsgálat sikere függ a punctiók számától is. Mintzer és Neimann (42) hat szúrást engednek meg, magunk részéről 3 sikertelen kísérlet után a vizsgálatot befejezzük. Mások nem korlátozzák a punctiók számát. Ismételt punctió során természetesen a tű nem húzandó vissza teljes hosszában, hogy a máj capsuláján lehetőleg csak egy sebet ejtsünk. Ezért a tű

irányát és nem a beszúrás helyét kell változtatni.

Kellő óvatosság mellett a PTC veszélytelen eljárás, nagy anyagok is (2, 7, 12, 49, 50, 54, 55) igen alacsony szövődmény-előfordulásról számolnak be. Gyűjtött adatok alapján 1,39%-ban kell súlyosabb szövődménnyel számolni, *lethialis szövődmény legfeljebb 0,3%-ban fordul elő*. Figyelemre érdemes Mori és Mukawa (43) tanulmánya, akik 10 sectió adatait dolgozták fel. A betegek PTC után 0–56. nap között haltak meg, nem a PTC szövődményében. Különös gondossággal dolgozták fel pathológiailag és histológiailag a máj állományát, a biliaris rendszert. PTC után 0–7. nap között meghaltak minden esetben találtak véres ascitissel társuló haematomát a punctió körül. A haemoperitoneum mennyisége elérte a 800–1500 ml-t, de ez nem okozott manifeszt tüneteket, a leggondosabb klinikai észlelés sem vetette fel hasüri vérzés lehetőségét. A PTC után 13–16. napok között boncoltakban extrahepatikus vérzés nyomát nem találták, s a capsulán, a punctió helyén csupán fehéres-fibrines felrakódást láttak, a máj parenchymájában demarkálódott haematomát. A májsejteken azonban már nem lehetett felismerni a sérülés nyomát, azok visszanyerték erre az időre eredeti struktúrájukat. A 41–56 nappal a PTC után meghaltakban kóros eltérést már nem lehetett megfigyelni.



9. ábra: Endoscopos vizsgálatlal igazolt Vater-papilla tumor PTC vizsgálatára az icterus decompressiója (drainage) miatt került sor. Az extrem módon tágult közös epevezetékben detritus által előidézett félárnyékos telődés látható, a máj középső részén epeutak hiányoznak, s megfigyelhető néhány harmadrendű epeút amputációja (nyilakkal jelölve) is. A kép az intrahepatikus metastasisokra jellemző, melyek fennállítását sectió igazolta.

A legveszélyesebb szövődmény az epeperitonitis szerencsére ritka. PTC-t követő korai műtétek során nem ritkán észlelik kis mennyiségű epecsorgás jeleit, ezek azonban tüneteket nem okoznak (10, 27, 49). Septicaemia azokban az esetekben fenyeget, amelyekben az epe már eleve fertőzött volt. Elsősorban choledocholithiasisban, elzáródó sárgaságban kell cholangitissel számolni (23), ezért hangsúlyozzák Gentamycin adásának szükségességét a vizsgálat előtt 24, utána 48 óráig. Az irodalomban közölt cholangitisek döntő többségében nem került sor antibiotikus védelemre.

Gyakori a PTC-t követő korai, 2 órán belül felépő lázas állapot, amelyért feltehetőleg a beszűrés helyén, a szűrcsatronában keletkezett bilio-venosus fistula felelős, lehetőséget teremtve bacteriumok, vagy endotoxin keringésbe kerülésére.

Nem ritka vizsgálat alatt a tensió csökkenése, valószínűleg intraductalis nyomásfokozódás, vagy splanchnikus izgalom következményeként (17).

Számos beteg jelez fájdalmat vizsgálat alatt akkor, ha a kontrasztanyag subcapsularis régióba kerül, vagy a tág epeutak feszesre telődnek (4, 10, 16, 57). A fájdalom rendszerint spontán oldódik, ritkán kell analgeticumokat adni. Néhány óra után is fennálló fájdalom esetén kell epecsorgásra gondolni. Néhány esetben ptx-t is leírnak.

Saját eseteinkben észlelt szövődményeket a 3. táblázatunkban foglaljuk össze. A PTC javallatát

az elzáródásos sárgaság és tisztázatlan eredetű cholestasisok képezik és az a néhány eset, amelyekben az ERCP eredménytelen, vagy az ERCP-vel igazolt obstrukció proximalis kiterjedését is meg kell határozni. Igen lényeges alkalmazási területe a PTC-nek az epeutak műtéti beavatkozása utáni állapot. Ugyancsak sokkal könnyebben alkalmazható az eljárás a gyomorcsomkoló műtéten átesett betegekben, akikben az ERCP legtöbbször technikailag kivihetetlen.

A PTC ellenjavallatai között az alvadási zavarokat, ascitist, kontrasztanyag allergiát és a florid cholangitist lehet megemlíteni. Egyes szerzők szerint relatív ellenjavallatot képezhet a rossz általános állapot, s ha a vizsgálatnak nincs therapiás konzekvenciája, az életkor nem contraindicatio.

A PTC külön előnye, hogy elzáródások esetén lehetővé teszi a nagy nyomású, tágult epeútsziszter decompressióját is percutan transhepatikus epeút drainage segítségével (73). Saját gyakorlatunkban 12 esetben végeztünk percutan transhepatikus epeút drainage-t, amelynek eredményeiről a következőkben fogunk beszámolni.

Összefoglalás: A szerzők 134 eset kapcsán foglalkoznak a PTC vizsgálat jelentőségével. Ismertetik a vizsgálat kivitelét, bemutatják rtg. képeken a vizsgálatról várható információkat, foglalkoznak az eljárás veszélyeivel. A PTC-t a gyakorlatban jól felhasználható diagnosztikus eljárásnak tartják.

Tekintse meg az  Bemutatótermében

(Budapest VI., Népköztársaság útja 36.)

Újdonságaink az orvostechnikában

kiállítást

1980. szeptember
17-26-ig

Nyitva: naponta
9-16 óráig

Szombat-vasárnap
zárva

Minden érdeklődőt szeretettel várunk!

FOMAREX

spray

dimethylpolysiloxan külsőleges használatra

A szilikon film befedi és védi a bőrt, a víz, a különböző testnedvek és anyagcseretermékek (veríték, genny, vizelet, széklet), valamint a külvilág szilárd és cseppfolyós halmazállapotú anyagainak kontakt-irritatív és sensibilizáló hatásától. A szilikon film lég- és vízpára-áteresztő, így alatta sem nedvesség pangás, sem a bőr kiszáradása nem következik be. Enyhén lúgos oldatokkal szemben kisebb elhárító hatású; ásványolaj-tartalmú anyagokkal és savas oldatokkal szemben azonban védelmet nem nyújt. Fertőzést gátló hatása nincs, s nem gátolja a baktériumok szaporodását.

JAVALLATOK

- decubitus prevenciója és kiegészítő kezelése;
- nedvező, gennyező terület környezetének védelme;

- irritatív, kontakt-dermatitis és ekzema profilaxisa;
- a gipszminta vételének megkönnyítése a fogorvosi gyakorlatban;
- csonkellátásban a gipszpólya alá fújva, meggátolja a dermatitis kialakulását, csökkenti a viszketést, megkönnyíti a gipszlevételt;
- gyermekgyógyászatban az ún. „pelenka-dermatitis” kezelése, illetve rendszeres használatával

ennek megelőzése. Alkalmazása esetén, olaj, kenőcs, hintőpor használata általában felesleges.

ELLENJAVALLAT

Nyílt seb befúvása.

ADAGOLÁS

A palackot ajánlatos függőleges helyzetben, a befúvandó felülettől 15–20 cm távolságban tartani. Az expositio időtartama általában 2–4 másodperc legyen, és a kezelés általában napi 1–2 alkalommal történjék.

A film a bőrről géz vagy vászon segítségével könnyen letörülhető.

MEGJEGYZÉS

A steril aerosol véletlen belégzése nem ártalmas.

Vigyázni kell arra, hogy a permet szembe ne kerüljön!

A Fomarex spray nem tartalmaz chemotherapeuticumot, antibioticumot, desinficienszt, ezért befúvás előtt – szükség esetén – gondoskodni kell az aseptikus és antiseptikus ellátásról.

FIGYELMEZTETÉS

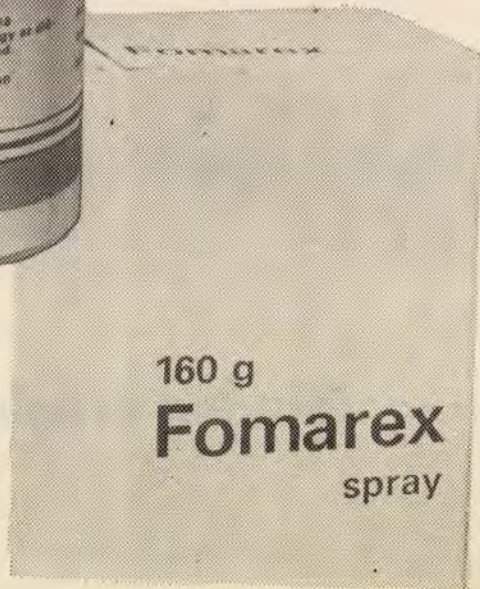
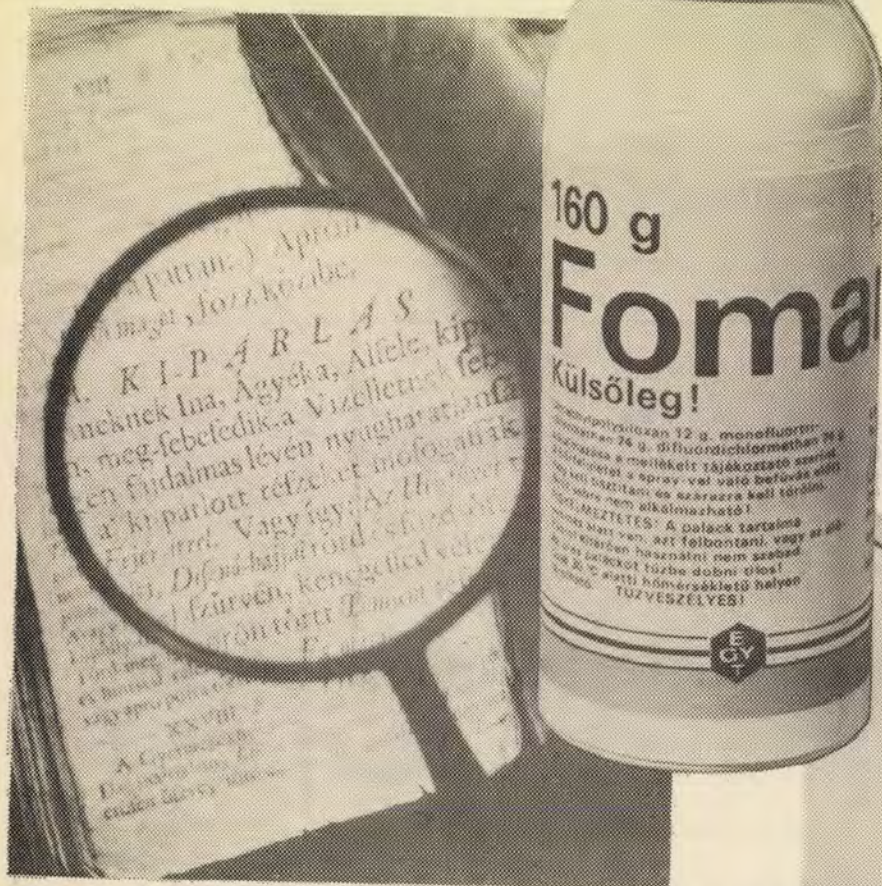
Az üres palackot tűzbe dobni, felnyitni nem szabad!

A palack legfeljebb 30 °C hőmérsékletű helyen tárolható!

Az állami egészségügyi ellátás keretében állampolgári jog alapján kizárólag gyógyítás céljából szabadon rendelhető.

Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

Térítési díj: fémpalack (160 g) 9,- forint.



Egyt

GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST

Országos Haematológiai és Vértranszfúziós Intézet
(igazgató: Hollán Zsuzsa dr.) és
Országos Onkológiai Intézet
(igazgató: Eckhardt Sándor dr.)

HLA antigének gyakorisága és a lymphocyták citotoxikus kapacitása emlődaganatos betegeken

Garam Tamás dr., Gyódi Éva,
Bakács Tibor dr., Svastits Egon dr.
és Petrányi Győző dr.

Thomas és Burnet immunosurveillance hypothesis (5, 35), amely a daganatellenes védekezésben az immun T sejteknek tulajdonít elsődleges szerepet, az utóbbi időben revízióra szorult. Kimutatták, hogy a T sejthiányos állapotokban a daganat-előfordulás nem fokozódik, és a transzplantált daganatok sem tapadnak meg könnyebben (34). Bizonyos állatkísérletek alapján úgy látszik, hogy a daganatellenes védekezésben a lymphocyták „null”* populációjához tartozó sejtek aspecifikus daganat pusztító hatása jelentős (1, 10, 12, 13, 18, 19, 20, 21, 22, 28, 31, 33).

Az állatkísérletek eredményeire támaszkodva emberen is megindultak a vizsgálatok a „null” sejtek daganatellenes védekezésben betöltött szerepének tisztázására. Ezeknek a vizsgálatoknak a száma még kevés, és az eredmények sem egyértelműek (3, 15, 23, 24, 30).

Mivel a „null” sejt aktivitást elsősorban a faji tulajdonságok és nem exogén tényezők határozzák meg, már az első vizsgálatok feltételezték, hogy a lymphocyt-funkció genetikailag meghatározott

* *Magyarázat:* A „null” sejtek a perifériás lymphocyták olyan subpopulációja, melyek sem T, sem B sejtekre jellemző receptorokkal és markerekkel nem rendelkeznek. Ezek a sejtek a felelősek az ún. aspecifikus celluláris immunreakciókért. Az aspecifikus celluláris immunreakcióknak mai tudásunk szerint két formája van. Az egyik a természetes sejt közvetített citotoxicitás (NMC), ahol az effektor sejtek minden előzetes immunizálás nélkül, valószínűleg természetes ellenanyagok segítségével pusztítják el a célsejteket. A másik az ellanyag közvetített sejt citotoxicitás (ADCC), ahol az effektor sejtek minden előzetes immunizálás nélkül, de specifikus ellenanyagok segítségével pusztítják el a célsejteket.

(12, 17, 20). A visszakeresztetett populációk genetikai vizsgálatával felismerték, hogy egérben a Moloney-vírus specifikus YAC target sejttel szemben megnyilvánuló természetes killer aktivitás polygenetikus kontroll alatt áll, melyben elsősorban autosomalis, domináns faktorok játszanak szerepet (28, 29). Az egyik legerősebb meghatározó gént a H—2 (histocompatibilitási) lokuszhoz kötötten ismerték fel, de feltételezhető volt, hogy egyéb H—2 lokuszon kívüli gének is meghatározó szerepet játszanak (29). Harmon és mtsai a legutóbbi időben tisztázták recombináns egértörzseken végzett vizsgálataikban, hogy a H—2 lokuszon belül elhelyezkedő faktor a H—2D—Hh—1 régióhoz kapcsolódó gén (11).

Eberekben is sikerült kimutatni, hogy a „null” sejt aktivitás genetikailag ellenőrzött lymphocyt-funkció. Erre legjobban ikervizsgálatok utalnak, melyek szerint az egypetéjű ikrek lymphocytái azonos, míg a kétpetéjű ikrek és testvérek lymphocytái különböző erősségű citotoxikus aktivitást fejtenek ki (39). Sikerült a továbbiakban kimutatni, hogy az NMC* aktivitást a HLA komplexhez kötött génelléljei határozzák meg (27). Alacsony lymphocyt-aktivitást a HLA A3—B7, a magasat pedig a HLA A2—B12 haplotípusokhoz kapcsoltnak találtak (37). A lymphocyt-aktivitás a HLA B lokusz allotípusaival erősebb kapcsolatot mutatott. E megfigyeléseket Santoli és mtsai megerősítették, kimutatva azt is, hogy a genetikai kontroll az NMC az ADCC* reakcióra egyaránt vonatkozik (32). Megállapították továbbá, hogy ez a kapcsolat csak férfiakon mutatható ki. A legutóbbi vizsgálatokban nőknél az alacsony citotoxicitás és egy új HLA D determináns (Ivád 3) (26) összefüggését mutatták ki. Az Ia (HLA—DRw) típusok és a természetes killer sejt működés között csak gyengébb összefüggést találtak (38). Fenti vizsgálatok alapján feltételezhető, hogy a természetes killer aktivitást meghatározó gén a HLA B és a D lokusz közötti kromoszómaterületen helyezkedik el.

Jelen munkánknak két tényező ad új jelentőséget. A vizsgálatokat csak nőknél (emlődaganatos nők) végeztük, és a citotoxikus aktivitás eddig nem alkalmazott módon az általunk kifejlesztett citotoxikus kapacitás tesztben határoztuk meg. Az új módszer egységnyi lymphocyt maximális célsejtölő képességét méri. Ezt az értéket citotoxikus kapacitásnak, az új tesztet citotoxikus kapacitás tesztnek nevezzük (8, 9). A citotoxikus kapacitás teszt kifejlesztésére az a felismerés teremtett lehetőséget, hogy Thorn, Zeijlemaker, Callewaert és saját munkánk alapján bizonyítást nyert, hogy a lymphocyták citotoxikus aktivitásukat enzimszerűen fejtik ki, ami azt jelenti, hogy egységnyi lymphocyt citotoxikus aktivitása a célsejtek számának emelésével egy pontig növelhető (2, 6, 8, 9, 36, 41). Ebben a dolgozatban 2×10^6 /ml lymphocyt citotoxikus kapacitását adjuk meg.

Eddigi munkánk alapján úgy tűnik, hogy a citotoxikus kapacitás teszt a citotoxikus aktivitás érzékenyebb, és az in vivo viszonyoknak talán jobban megfelelő mérését teszi lehetővé, mint a konvencionálisan használt citotoxicitási % (index) teszt (2). Emiatt nagyon fontos, hogy megvizsgáljuk,

van-e kapcsolat a citotoxikus kapacitás tesztben mért citotoxikus aktivitási értékek és HLA antigének előfordulási gyakorisága között, mivel az eddig megismert kapcsolatok a citotoxikus 90 -tesztrel mért citotoxikus aktivitásra vonatkoznak.

Természetesen beteganyagon történő vizsgálatakból az egészségeseken található viszonyokra nem lehet következtetni, de a betegekben talált értékek talán fontosak lehetnek a betegség kezelését, prognózisát illetően. A betegekben talált értékek azért is fontosak, mert a betegség lefolyásával rövid időn belül összehasonlíthatók és így rövid távon a betegek eredményesebb kezeléséhez adatokat szolgáltathatnak. Az egészségeseken talált értékeknek távlati jelentőségük lehet a daganatos betegségek keletkezését illetően. Emiatt ilyen felmérések folyamatban vannak.

Beteganyag

Vizsgálatainkat 78 emlődaganatos betegen végeztük el. A betegek átlagos életkora 55 év volt. A legfiatalabb 33, a legidősebb 80 éves. A daganatok szövettanilag igazolt, túlnyomórészt magas malignitású vegyes szövettani szerkezetű (solid, simplex, scirrhusom, adenomatousum, anaplasticus) malignomák voltak. A vizsgálatok közvetlenül a diagnosis felállítása után, műtét előtt történtek. A betegek a műtét előtt semmiféle daganatellenes kezelésben nem részesültek. A betegek részletes klinikai és szövettani csoportosításáról eltekintünk, mivel jelen munkánkban kizárólag a HLA antigének gyakorisága, valamint citotoxicitási paraméterek közt keressük összefüggéseket. Ebben a megvilágításban a klinikai és a szövettani állapot közömbös.

Lymphocyták szeparálása: 25 ml heparinos vérből a mononuclearis sejteket Ficoll-Uromiro gradiens centrifugálással izoláltuk (4). A macrophagokat *Jondál* és mtsai szerint vasvármánes kezeléssel távolítottuk el (16). Az így nyert lymphocytákat 2×10^6 /ml sejtszámra állítottuk be.

Természetes sejt közvetített citotoxikus kapacitás teszt K-562 célsejtek ellen; (NCMCC)

K-562 sejt vonalat, amely erythroid leukaemiában szenvedő betegből származik, mint szuszpenziós kultúrát 10^6 /ml FCS-RPMI 1640 tápfolyadékban tartottuk fenn.

A lymphocyták citotoxikus kapacitásának vizsgálatát az általunk kidolgozott technikával végeztük. 1×10^6 /ml koncentrációjú Cr^{51} -gyel jelölt (Amersham) K-562 célsejt felező hígításából 50–50 μ l-t adtunk a mikrotálca egy-egy vályújába. A lymphocytákat általában 2×10^6 /ml koncentrációban adtunk minden célsejt hígításához 50–50 μ l-nyi mennyiségben. Az összterefogatot további 100 μ l médiummal 200 μ l-re állítottuk be.

Ellenanyag közvetített citotoxikus kapacitás teszt K-562 célsejtek ellen; (ADCC)

A tesztet a fent leírtaknak megfelelően, de 100 μ l médium helyett 50 μ l 1:250 hígítású K-562 ellenes nyúlban termelt hiperimmun antiszérumot adtak minden kultúrához, és az ösztérfogatot további 50 μ l médiummal 200 μ l végtérfogatra egészítettük ki.

Mind a NCMC, mind az ADCC reakciónál a kultúrákat 4 óra időtartamra ASSAB inkubátorban ($37^\circ C$ $5\% CO_2$) tartottuk.

Ellenanyag közvetített citotoxikus kapacitás teszt human vörös vérszövetek ellen; (ADCC).

A tesztet *Urbaniak* és mtsai (40) szerint végeztük el. Rhesus antitestek olyan terhes szérumból származtak, amely az elővizsgálatokban magas titerű anti-D agglutinin tartalmú volt. Ezeket $6000 \times$ véghígításban alkalmaztuk. Célsejtnek friss, ismert fenotípusú humán Rh (D) pozitív vörös vérszövetet használtunk. A sejteket 10^6 -os papainnal kezeltük szobahőn 10 percig, majd ^{51}Cr -mal jelöltük (Amersham, 150 μ Ci, 60 min. $37^\circ C$) és 1×10^7 /ml koncentrációra állítottuk be.

A tesztben ennek felező hígításából 50–50 μ l-t használtunk. 2×10^6 /ml koncentrációjú lymphocytákból 50 μ l-t vittünk be minden kultúrába, majd 50 μ l fenti véghígítású anti-D szérumot adtunk a kultúrákhoz és a végtérfogatot 50 μ l médiummal 200 μ l-re egészítettük ki. A tesztet 18 óráig $37^\circ C$ -on inkubáltuk $5\% CO_2$ légterű termosztátban.

A citotoxikus kapacitás számítása:

A citotoxikus kapacitás úgy számítható ki, hogy a telítő célsejtszámmal számítjuk ki az elpusztult sejtek mennyiségét.

Citotoxikus kapacitás: telítő célsejtszám x ehhez tartozó specifikus release $\%$

100

A specifikus release pedig a következő képlet alapján:

Specifikus release: $\%$ felülülő aktivitása — spontán release
 $\frac{\text{beépült teljes aktivitás}}{\text{spontán release}} \times 100$

A telítő célsejtszám az a legkisebb célsejtszám, ami a lymphocyták maximális aktivitásának a kialakulását lehetővé teszi. Minden lymphocytá és célsejt kombinációban 3 párhuzamos mintát használtunk és ezek átlagával dolgoztunk.

HLA antigének meghatározása:

HLA tipizálására a NIH által egységesített lymphocytá citotoxicitási mikromódszert alkalmaztuk 40, különböző specifikus HLA antiserumot használva az egyes HLA antigének meghatározására (25).

A statisztikai számítást a χ^2 próba alapján végeztük el. A szignifikáns eltérések nagyságát a négyezős kontingencia táblázat alapján, a Yate's korrekció alkalmazásával határoztuk meg (25).

Eredmények

78 emlődaganatos beteg HLA antigén frekvenciáját 352 egészséges HLA frekvenciájával hasonlítottuk össze. Az AW31, B12 antigének szignifikánsan magasabb számban AW32, B14, BW16, BW21, CW4 szignifikánsan alacsonyabb gyakorisággal fordulnak elő a betegekben, mint az egészségesekben (1. táblázat).

1. táblázat. **Szignifikáns különbségek emlődaganatos betegek és a kontroll csoport HLA antigénjeinek gyakorisága között**

HLA antigének	Kontroll csoport N:	Fr. % ¹	Szignifikancia	Betegek N:	Fr. % ¹
AW31	11/352	3,1	p < 5%	7/78	9,0
AW32	24/352	6,8	p < 5%	1/78	1,3
B12	57/352	16,2	p < 1%	22/78	28,2
B14	36/352	10,2	p < 1%	1/78	1,3
BW16	35/352	9,9	p < 1%	0/78	0,0
BW21	28/352	7,9	p < 1%	0/78	0,0
CW4	46/142	32,3	p < 1%	13/78	16,6

1. Antigen frekvencia %

A betegek citotoxikus kapacitását a megoszlási görbék alapján magas és alacsony kategóriákra osztottuk. Ennek alapján az NCMC kapacitás 50 000 felett magas, alatta alacsony; az ADCC kapacitás K-562 célsejtek ellen 175 000 felett magas, alatta alacsony; az ADCC kapacitás human vvt. célsejtek ellen 700 000 felett magas, alatta alacsony csoportba soroltuk. Az adatok jobb elkülönítése érdekében a határértékhez közel eső citotoxikus kapacitású betegeket az értékelésből kihagytuk. A magas és ala-

cseny citotoxikus kapacitású betegek között szignifikáns szinten különböző HLA antigének gyakoriságát a 2, 3, és 4. táblázat tartalmazza. A részletes adatokból kitűnt, hogy a citotoxikus aktivitással az eddigi irodalmi adatok alapján kapcsolatot mutató HLA antigének közül az A2 antigén mindhárom citotoxikus reakcióban a magas kapacitásúaknál nagyobb gyakorisággal fordul elő. Ez legkifejezettebb az NCMCC esetében, amikor a kis kapacitásúakkal összehasonlítva az A2 gyakoriság igen erősen szignifikánsan magasabb volt. A B12 antigén csak a ADCCC human vvt. elleni reakcióban fordul elő a magas kapacitásúaknál szignifikánsan nagy gyakorisággal.

Az A3 antigén csak az ADCCC K-562 célsejtek elleni reakcióban az alacsony kapacitásúak közt fordul elő gyakrabban. A B7-es antigénre lényeges eltérést egyik rendszerben sem találtunk.

Megbeszélés

Vizsgálataink szerint a betegek HLA antigén frekvenciája nem tér el lényegbevágóan az egészségesektől. Az eltérések több antigénre vonatkoznak, és a szignifikáns különbségek általában az egészségeseknél is alacsony gyakorisággal előforduló antigéneknél jelentkeznek. Ez alól a B12 és a CW4 antigének a kivételek. A kapacitások vizsgálatánál a legfontosabb adat az A2 antigén magas gyakorisága a magas kapacitású betegeknél. Ez megerősíti a korábbi megfigyeléseket (27), és minden bizonnyal felhívja a figyelmet az A2 antigént örökítő génhez kapcsolt, fokozott „null” sejt aktivitást örökítő faktor létezésére. Kapcsolatba hozható ez az eredmény Dausset hypothesisével, mely szerint a HLA A2 antigén és a leukémiával szembeni rezisztencia genetikusan kapcsolatban áll (7). A többi antigén vonatkozásában ennyire meggyőző összefüggéseket nem találtunk. Ezen eltérésnek az lehet az oka, hogy a kapacitás nem párhuzamos érték a citotoxikus $0/0$ -kal, és ezért az összehasonlítások sem vezethetnek azonos eredményre. Másik ok az lehet, hogy a vizsgálatainkat nő betegeken végeztük el, valamint elképzelhető, hogy a betegség a citotoxikus aktivitást megváltoztatta, és így az egészségeseken kapott összefüggések a betegeken nem kaphatók meg. Lehetséges, hogy a betegség a citotoxikus aktivitást a HLA antigének által befolyásoltan változtatja meg, és emiatt a HLA antigének gyakorisága és a citotoxikus aktivitás lényegbeli összefüggései csak a megbetegedés után észlelhetők. Ez azt jelentené, hogy bizonyos HLA antigének hordozóinak citotoxikus aktivitása a daganatos betegség hatására nem csökken, és ezért a gyógyítási lehetőségek talán jobbakká, míg más HLA antigének hordozása olyan gén szerepét jelenti, melynek hatására a daganatos betegnél a lymphocyták aktivitásának a csökkenése alakul ki, ami esetleg a betegség rossz prognózisát jelenti. Természetesen a kérdés nem eldönthető, hosszú megfigyelésre, a kísérletek kibővítésére van szükség, hogy a kérdéshez közelebb jussunk.

Összefoglalás. A szerzők 78 emlődaganatos beteg HLA tipizálását végezték el. A betegeknél talált HLA antigén gyakoriság néhány antigénnél szigni-

2. táblázat. **Szignifikáns különbségek a magas és alacsony NCMC kapacitású emlődaganatos betegek HLA antigénjeinek gyakorisága között**

HLA antigének	Magas kapacitású betegek, N:15	Szignifikancia	Alacsony kapacitású betegek N:23
A2	13/15	86,6 ¹ p < 1%	10/23 43,4 ¹
AW31	4/15	26,6 ¹ p < 5%	2/23 8,6 ¹
B14	1/15	6,6 ¹ p < 5%	0/23 0,0 ¹
BW17	1/15	6,6 ¹ p < 5%	0/23 0,0 ¹

1. Antigen frekvencia %

3. táblázat. **Szignifikáns különbségek a magas és alacsony K-562 célsejtek ellenes ADCC kapacitású emlődaganatos betegek HLA antigénjeinek gyakorisága között**

HLA antigének	Magas kapacitású betegek, N:16	Szignifikancia	Alacsony kapacitású betegek, N:19
B14	1/16	6,3 ¹ p < 5%	0/19 0,0 ¹
B18	3/16	18,9 ¹ p < 1%	0/19 0,0 ¹
BW22	2/16	12,6 ¹ p < 5%	0/19 0,0 ¹

1. Antigen frekvencia %

4. táblázat. **Szignifikáns különbségek a magas és alacsony humán vörösvérsejtek ellenes ADCC kapacitású emlődaganatos betegek HLA antigénjeinek gyakorisága között**

HLA antigének	Magas kapacitású betegek n:28	Szignifikancia	Alacsony kapacitású betegek, N:45
A28	5/28	17,9 ¹ p < 5%	2/45 4,4 ¹
B12	12/28	42,9 ¹ p < 5%	10/45 22,0 ¹

1. Antigen frekvencia %

fikánsan különbözött az egészséges kontrolloktól. Vizsgálták továbbá a betegek különböző tesztrendszerben mért citotoxikus kapacitása és a HLA antigénjeik közti összefüggéseket. A legszorosabb összefüggést a HLA A2 antigén vonatkozásában találták, minthogy mindhárom tesztrendszerben mért magas citotoxikus kapacitású betegek között gyakrabban fordul elő, mint az alacsony kapacitású betegek csoportjában. A természetes sejt közvetített citotoxikus kapacitás tesztben ez a különbség már igen erősen szignifikánsnak bizonyult. Ezek az adatok alátámasztani látszanak egy a HLA A2 antigént örökítő génhez kapcsolt magas aspecifikus („null” sejtekhez kötött) citotoxikus aktivitást örökítő faktor létezésének lehetőségét.

IRODALOM: 1. Bakács, T. és mtsai: Z. Immun.-Forsch. 1978, 154, 121. — 2. Bakács, T., Garam, T.: Int. J. Cancer, közlésre benyújtva. — 3. Benczur, M. és mtsai: Oncology, közlésre elfogadva. — 4. Böyum, A.: Scand. J. Clin. Lab. Invest 1968, 21, 77. — 5. Burnet, E. M.: Brit. Med. J. 1957, 1, 779. — 6. Callewaert, D. és mtsai: J. Immunol. 1978, 121, 710. — 7. Dausset, J., Hors. J.: Transpl. Rev. 1975, 22, 44. — 8. Garam, T., és mtsai: Kísérletes Orvostudomány 1979, 31, 534. — 9. Garam, T. és mtsai: Orvosi Hetilap 1980, 121, 1705. — 10. Haller, O., és mtsai: J. Exp. Med. 1977, 145, 1411. — 11. Harmon, R. C., és mtsai: Immunogenetics 1977, 4, 601. — 12. Herberman, R. B., és mtsai: Int. J. Cancer

1975, 16, 216. — 13. Herberman, R. B., Holden, H. T.: Adv. Cancer Res. 1978, 27, 305. — 14. Herberman, R. B. és mtsai: Nature 1979, 277, 221. — 15. Hersey, P. és mtsai: Br. J. Cancer 1979, 40, 113. — 16. Jondal, M.: Scand. J. Immunol. 1974, 3, 739. — 17. Jondal, M., Pross, H.: Int. J. Cancer 1975, 15, 596. — 18. Kiessling, R. és mtsai: Eur. J. Immunol. 1975, 5, 117. — 19. Kiessling, R., és mtsai: Eur. J. Immunol. 1975, 5, 112. — 20. Kiessling, R., és mtsai: Int. J. Cancer 1975, 15, 933. — 21. Kiessling, R. és mtsai: Int. J. Cancer. 1976, 17, 275. — 22. Kiessling, R., és mtsai: Eur. J. Immunol. 1977, 7, 655. — 23. Klein, E.: Function and Structure of the immune System Stockholm 1979. — 24. Láng, I.: Kandidátusi disszertáció 1977. — 25. Lada, Gy., és mtsai: Acta Med. Acad. Sci. Hung. 1977, 34, 213. — 26. Onody, K. és mtsai: Tissue Antigens 1978, 12, 323. — 27. Petrányi, G. Gy., és mtsai: Lancet 1974, 1, 736. — 28. Petrányi, G. Gy., és mtsai: Immunogenetics 1975, 2, 53. —

29. Petrányi, G. Gy., és mtsai: Immunogenetics 1976, 3, 13. — 30. Pulay, T.: Kandidátusi disszertáció 1978. — 31. Riccardi, C., és mtsai: J. Natl. Cancer. Inst. 1978, 60, 1083. — 32. Santoli, D., és mtsai: J. Immunol. 1976, 117, 765. — 33. Sando, F., és mtsai: J. Natl. Cancer. Inst. 1975, 55, 603. — 34. Stutman, O.: Adv. Cancer. Res. 1975, 22, 261. — 35. Thomas, L.: Cellular and Humoral. Aspects of the Hypersensitive State New York: Harper, 1959, 529. — 36. Thorn, R. M., Henney, C. S.: J. Immunol. 1977, 119, 1973. — 37. Varga, M. és mtsai: Histocompatibility Testing, 1975. Kopenhagen. — 38. Varga, M. és mtsai: Histocompatibility Testing, 1977, Kopenhagen. — 39. Varga, K., és mtsai: Medical Genetics, Excerpta Med. Amsterdam, 1977. — 40. Urbaniak, S. I.: Brit J. Haematol. 1976, 33, 409. — 41. Zeitlemaker, W. P. és mtsai: J. Immunol., 1977, 119, 1507.

IGMÁNDI keserűvíz

Megbízható, kiváló és ártalmatlan hashajtó

JAVALLATOK:

- egyszeri erélyes hashajtás
- székrekedési hajlam,
- emésztési szervek pangása,
- aranyér bántalmak
- bélhurutok esetén
- elhízás ellen

ADAGOLÁS:

Egyszeri hashajtásra:
2 — 3 dl hidegen

IVÓKÚRÁNÁL:

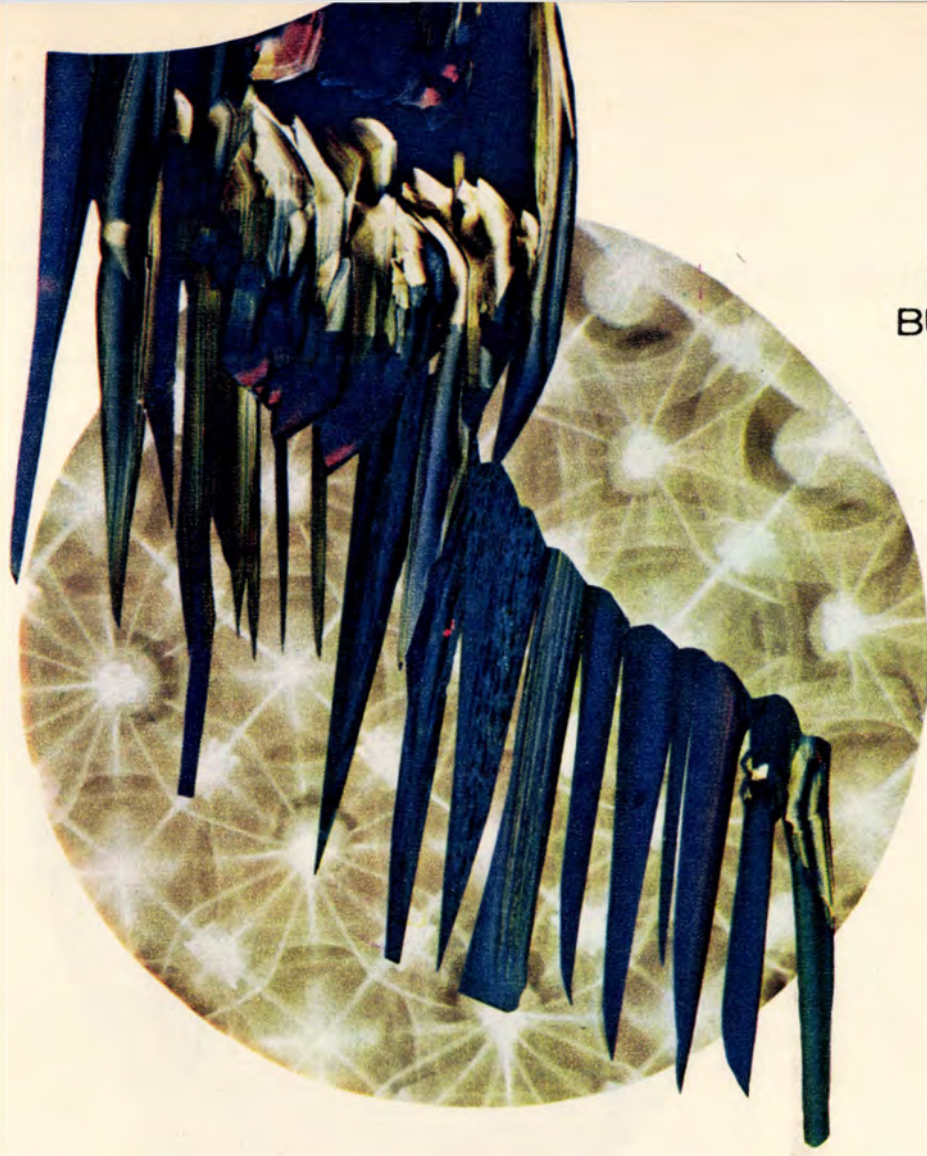
- kezdő adag napi fél borospohárral hidegen vagy langyosan
- bélhurutok kezelésére napi 1 — 2 dl melegen.

FOGYÓKÚRÁNÁL:

1/2 — 1 dl hidegen vagy langyosan az előírt diéta betartása mellett.

Az adag egyénileg változtatható.





CHINOI
BUDAPEST

PROBON[®]

draszé

ANALGETICUM

A Probon új típusú fájdalomcsillapító.

Gátolja a kábító hatású fájdalomcsillapítók légzéscsökkentő hatását is, ugyanakkor azok fájdalomcsillapító hatását fokozza. Terápiás adagban nem toxikus, megszokást nem okoz, jól tűrhető, ezért hosszabb ideig tartó adagolásra is alkalmas.

ÖSSZETÉTEL

Draszéenként 300 mg rimazolium methylsulfuricum (1,6-dimethyl-3-carbaethoxy-4-oxo-6, 7, 8, 9-tetrahydro-homopyrimidazolium methylsulfuricum) hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK

Krónikus mozgásszervi fájdalmak megszüntetése.
Egyéb fájdalmakban: a szokásos fájdalomcsillapítókkal nem szüntethető igen heves fájdalmak csillapítására görcsoldókkal és kábító hatású fájdalomcsillapítókkal előnyösen kombinálható. A légzésre gyakorolt hatása miatt különösen javallt idős betegek fájdalmainak csillapítására.
Fejfájás csillapítására nem alkalmas.

ADAGOLÁS

Felnőttek egyszeri adagja fájdalom esetén 1 draszé, napi adagja szükség szerint 3, fekvő beteg részére 4 draszéig emelhető.

MELLÉKHATÁSOK

Ritkábban enyhe hányinger, szédülés, kábultság és a terápiás adagot meghaladó dózis esetén fejfájás előfordulhat.

FIGYELMEZTETÉS

A Probon fokozza mind a centrális depressziós szerek, mind a kábító hatású fájdalomcsillapítók hatását, ezek egyidejű alkalmazásakor – egyéni megítélés alapján az adagok csökkentése ajánlatos.

MEGJEGYZÉS

✘ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

CSOMAGOLÁS

10 db draszé

Térités: 3,90 Ft



CHINOI BUDAPEST

SENSIT[®]
draszé

CORONARIA DILATATOR



A Sensit új típusú koszorúsér-tágító. Kalcium-antagonista és foszfodiészteráz-aktivitást gátló hatása miatt növeli a szív anoxia-toleranciáját, csökkenti a szívizom oxigénfelhasználását, tágítja a koszorúereket, fokozza a koronáriaáramlás mértékét, növeli a szívizom oxigénellátását. Kardioprotektív hatása stressz-situációkban is érvényre jut, amennyiben kivédi a katekolaminok kardiostimulatorikus hatását. Adagolását az első stenocardias panaszoknál előnyös elkezdni. Huzamosabb használata mellett csökken a nitroglicerín-igény.

ÖSSZETÉTEL

Draszéként 50 mg fendilinum hydrochloricum hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK

Koronária-elégtelenség, angina pectoris, coronaria-sclerosis, a szívinfarktus megelőzése és utókezelése.

ELLENJAVALLAT

A szívinfarktus akut fázisa. Terhességben csak vitalis indikáció esetén alkalmazható.

ADAGOLÁS

Átlagos adagja felnőtteknek naponta 3×1 draszé.

MELLÉKHATÁSOK

Gyomorpanaszok, fejfájás, nyugtalanság, kábultság vagy allergiás jelenségek szórványosan előfordulhatnak, melyek a dózis átmeneti csökkentésére többnyire megszűnnek.

FIGYELMEZTETÉS

Májbetegség huzamosabb kezelése során ajánlatos az időszakos laboratóriumi ellenőrzés.

Vérnyomáscsökkentők és bétareceptor-blokkolók hatását erősítheti, illetve kiegészítheti, ezért együttes adásuk esetén fokozott óvatosság ajánlatos.

MEGJEGYZÉS

✱ Az a szakrendelés (gondozó) szakorvosa rendelheti, aki a gyógyszer javallatai szerinti betegség esetén a beteg gyógykezelésére területileg és szakmailag illetékes.

Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtető.

CSOMAGOLÁS

50 db draszé

Térités: 2,70 Ft

Szegedi Orvostudományi Egyetem
Gyermekklinika
(igazgató: Boda Domokos dr.)

Respirációs distress syndroma distendáló kezelése által okozott paradox PaO_2 és és súlyosbodó hypoxaemia

Hencz Péter dr.

Az újszülöttek respirációs distress syndromájában (RDS) a Gregory által 1971-ben bevezetett distendáló kezelés (CPAP = folyamatosan pozitív kilégzésvégi nyomású lélegeztetés) lényeges előrehaladást hozott (6). Ez a kezelés itthon is elterjedt (Büky, Boda és Murányi, Rubecz és Horváth stb.) és hatásossága az újszülöttkori mortalitás javulásában is lemérhető (3, 4, 7, 10).

Betegeink fontosabb klinikai és laboratóriumi adatai

Sorszám	Születési súly	Gestatio idő/hét/óra/	Életkor /óra/	Respirációs kezelés	FiO_2	Kezdeti PEEP /vizcm/	PaO_2 Hgmm	Magasabb PaO_2 PEEP	Alacsonyabb PaO_2 PEEP		
1	2550	36	8	Respirátor	0,7	+7	60	+10	26	+5	88
2	3660	37	8	Respirátor	0,8	+4	41	+10	25	+3	54
3	1880	32	20	CPAP	0,6	+6	66	+7	60	+5	80
4	2100	32	51	CPAP	0,6	+5	39	+3	92	0	110
5	1650	29	2	Respirátor	0,6	0	72	+5	50	+3	70
6	1600	31	2	Respirátor	0,8	+4	40	+7	18	+2	62

A kezelés nem veszélytelen. A pneumothorax, pneumomediastinum, interstitialis emphysema, pneumopericardium a kezelés jó ismert szövődménye. 1977-ben Nelson és munkatársai Floridából feltűnést kelső közleményben számoltak be olyan esetekről, amikor distendáló kezelés hatására PaO_2 csökkenést észlelték, míg a kilégzési pozitív nyomás megszüntetésére a PaO_2 emelkedett (9). Hasonló megfigyeléseink készítették közleményünk megírására.

Módszer és beteganyag

A Szegedi Gyermekklinika Intenzív Therapiás Központjában és Perinatalis Intenzív Centrumában az

Orvosi Hetilap 1980. 121. évfolyam, 38. szám

RDS diagnózisát a klinikai tünetek, valamint a radiológiai és vérgáz vizsgálatok alapján állítjuk fel. A kezelési alapját a Boda és munkatársai által kidolgozott peritoneális dialízis képezi, melynek hatásosságát az összehasonlító vizsgálatok a CPAP-pel egyenértékűnek találták lényegesen kevesebb szövődmény mellett (2, 3).

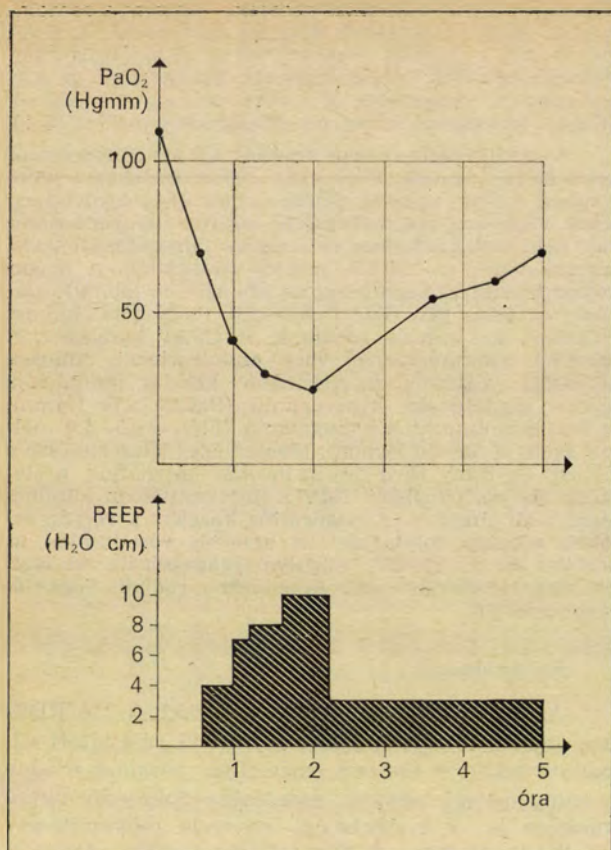
A peritoneális dialízis mellett CPAP és respirátor kezelést is végzünk, elsősorban olyan esetekben, amelyekben a már meglévő, előrehaladott állapot következtében vagy a gyors progresszió miatt a dialízis hatását már nem tudja kifejteni és a légzés támogatása is szükségessé válik. A CPAP kezelés indikációja a magas koncentrációjú oxigénbelégzés ellenére is fennálló alacsony artériás pO_2 ($\text{FiO}_2 > 0,6-0,8$, $\text{PaO}_2 < 50$ Hgmm), valamint az apnoés rohamok. A CPAP kezelést orrkannülön, zsákmódszerrel vagy endotrachealis tubuson keresztül végezzük. A respirátor kezelés indikációja légzési képtelenség, hypercapnia ($\text{PaCO}_2 > 70$ Hgmm) és befolyásolhatatlan hypoxaemia ($\text{FiO}_2 = 0,9-1,0$ mellett $\text{PaO}_2 < 30-50$ Hgmm). Mesterséges lélegeztetésre a Bourns és Baby Bird respirátorokat használjuk, a „leosztogatási periódusban” IMV-t (intermittálisan kötelező légzés) alkalmazva. A respirációs kezelést a vérgáz értékek alapján folytatjuk; az artériás vérmintákat az aortába az L II-IV. csigolya magasságáig vezetett köldökkatéteren keresztül és a jobb a. radialis punkciójával nyerjük.

Eredmények

Az 1975-1978-ig terjedő időszakban 214 RDS-ben szenvedő, distendáló kezelésben részesített újszülött közül 6 esetben észleltünk paradox módon a kilégzésvégi nyomás emelésére fokozódó hypoxaemiát és a kilégzésvégi nyomás csökkentésére emelkedő PaO_2 -t. A betegek fontosabb adatait a táblázat tartalmazza. Pneumothoraxot a sorozatosan végzett transilluminescentiás és röntgenvizsgálatokkal biztosan ki tudtuk zárni, és veleszületett szívhibát sem lehetett bizonyítani. A 3. és 6. számú beteget elveszítettük; a kórboncolás a tüdőkben hyalin-membránt mutatott.

Esetismertetés

Egy 3360 g-os, 37. gestatiós hétre született fiú újszülöttet vettünk fel intenzív osztályunkra hatórás életkorban. Zavartalan terhesség után született; az 1 és 5 perces Apgar értékeket 8-nak adták meg. Felvételkor oxigénbelégzés ellenére is súlyos cyanosis, kilégzési nyögdecseles, csökkent légzési hangok és RDS egyéb tipikus tüneteit észleltük. A diagnózist a mellkas röntgenvizsgálat is alátámasztotta. Hétórás életkorban peritoneális dialízist kezdtünk, majd apnoés rohamok miatt respirátor kezelést orotrachealis tubuson át a következő értékekkel: $\text{FiO}_2 = 0,8$, nyomás 37 vízcmm, kilégzésvégi nyomás +4 vízcmm, lélegeztetési frekvencia 36/perc. Ezen értékek mellett a PaO_2 41 Hgmm, ezért a kilégzésvégi nyomást fokozatosan 10 vízcmm-re emeljük, a többi lélegeztetési paramétert változtatlanul hagyva. Az ellenőrző artériás pO_2 : 25 Hgmm. A kilégzési nyomást 3 vízcmm-re csökkentve a PaO_2 54 Hgmm-re növe-



A 2. beteg artériás oxigén tenziójának összefüggése az alkalmazott PEEP értékével

kedett (ábra). A gépi lélegeztetés és peritoneális dialízis mellett a beteg állapota fokozatosan javult és háromhetes korában gyógyultan távozott.

Megbeszélés

Mind a hat, súlyos RDS-ben szenvedő újszülötünk esetében paradox módon a kilégzésvégi nyomás emelésére az artériás vér oxigén tenziójának csökkenését a kilégzésvégi nyomás csökkentésével az artériás vér oxigén tenziójának növekedését lehetett elérni.

Nelson hasonló tapasztalatokról számol be (9). A PaO₂ hasonló elváltozását lehet észlelni feszülő pneumothorax esetén: a kilégzésvégi pozitív nyomás az intrathoracalis levegőgyülem további növekedését okozhatja, ami a hypoxaemiát még inkább fokozza. Eseteinkben a pneumothoraxot biztosan kizártuk. Az is ismert, hogy congenitalis vitiumok bizonyos fajtáiban, amelyek intracardialis bal-jobb irányú shunt-tel járnak, a pozitív kilégzésvégi nyomás hatására a shunt megfordulhat, mely a hypoxaemiát fokozhatja. Betegeinknek veleszületett szívhibája nem volt.

Folyamatosan pozitív légúti nyomás hatására a pulmonalis resistencia növekszik. A jelenség oka az, hogy a megfeszült alveolusok a tüdőkapillárisokat összenyomják (1, 12). A hyperextendált, légző, de nem kielégítően perfundált alveolusok felől a véráram egy része a megnövekedett kapillaris resistencia következtében áttérrelődhet a nem-légző alveolusok felé, melynek következménye az intrapulmonalis shunt-keringés további fokozódása és a

PaO₂ esése. A fokozott pulmonalis vascularis resistencia a bal-jobb irányú shunt megfordulását okozhatja a ductus Botallin és a foramen ovalen keresztül. Ezt támasztja alá az a kísérleti tény, hogy újszülött állatokat lélegeztetve a kilégzésvégi pozitív nyomás emelésével a ductus Botalli bal-jobb irányú áramlását meg lehet fordítani (5). Elméletileg a PEEP hatására bekövetkező perctérfogat csökkenés sem zárható ki, melyre feltehetően számos adat van és nem minden tekintetben tisztázott a pathomechanizmusa (csökkent vénás telődés, humoralis „cardiodepressív” anyagok felszabadulása a tüdőben? stb.) (8, 11). A csökkentő perctérfogat az arterio-venosus O₂ differencia kiszélesedéséhez és az oxigén saturatio csökkenéséhez vezet.

Bármilyen legyen is az oka a distendáló kezelés fokozására bekövetkezett hypoxaemiának, eseteink figyelmeztetnek arra, hogy bár ritkán, az esetek elenyésző hányadában, a kezelés ilyen paradox hatásával is kell számolni. Természetesen a distendáló kezelésnek változatlanul fontos helye van; ezt saját beteganyagunk eredményei is megerősítik. Az irodalmi tapasztalatok és eseteink tanulsága szerint súlyos, distendáló kezelésre nem javuló, sőt a végnyomás emelésére csökkenő artériás oxigén tenziót mutató esetekben — ha pneumothorax és congenitalis vitium kizárható — indokolt lehet a végnyomást folyamatos artériás vérgáz ellenőrzés mellett csökkenteni. A további teendőket a PaO₂ változásának iránya szabja meg. Eseteink egyben arra is figyelmeztetnek, hogy distendáló kezelést csak megfelelő laboratóriumi vérgáz-ellenőrzés mellett lehet biztonságosan végezni.

Összefoglalás: A szerző 6 súlyos respirációs distress szindrómában szenvedő újszülöttről számol be, akikben a distendáló kezelés során a kilégzésvégi pozitív nyomás növelésére a hypoxia súlyosbodását, csökkentésére az oxigenizáció javulását tapasztalta. Tárgyalva az észlelt jelenség okait a pathomechanizmusban a megnövekedett pulmonalis vascularis resistenciának tulajdonít elsődleges szerepet. Hangsúlyozza, hogy az RDS respirációs kezelésében a distendáló kezelésnek változatlanul fontos szerepe van, de ritkán hasonló, distendáló kezelésre nem javuló, sőt rosszabbodó esetekkel is lehet számolni.

IRODALOM: 1. Bancalari, E. és mtsai: Pediatrics, 1973, 51, 485. — 2. Boda, D. és mtsai: Acta Paed. Acad. Sci. Hung, 1970, 11, 231. — 3. Boda, D. és Murányi, L.: Gyermekgyógyászat, 1978, 29, 439. — 4. Büky, B.: Kandidátusi értekezés, Budapest, 1977. — 5. Egan, E. A. és Hessler, J. R.: Pediatr. Res. 1976, 10, 932. — 6. Gregory, G. A. és mtsai: New Engl. J. Med. 1971, 284, 1333. — 7. Kerpel-Fronius, E. Véghelyi, P. V. és Rosta, J.: Perinatal Medicine I–II., Akadémiai Kiadó, Budapest, 1978. — 8. Manny, J.: Ann. Surg. 1978, 187, 151. — 9. Nelson, R. M. és mtsai: J. Pediatr. 1977, 91, 87. — 10. Rubecz, I. és Horváth, M.: Orv. Hetil. 1975, 116, 629. — 11. Suter, T. M. és mtsai: New Engl. J. Med. 1975, 292, 284. — 12. Thomas, L. és mtsai: J. Appl. Physiol. 1961, 16, 451.

Városi Tanács VB Egészségügyi Osztály, Pécs
(osztályvezető: Szilasi Anna dr.)
Megyei Kórház, Debrecen
Kórbontani Osztály
(osztályvezető: Szakáll Szabolcs dr.)
Pécsi Orvostudományi Egyetem
Kórbontani Intézet
(igazgató: Kelényi Gábor dr.)
és Gyermekklinika
(igazgató: Mestyán Gyula dr.)

Invaginációt okozó pseudopolyposis lymphatica intestinalis

Schifter Péter dr., Szakáll Szabolcs dr.
Várbíró Mária dr. és Pintér András dr.

A béltraktus pseudopolyposus lymphoid hyperplasiája ritka megbetegedés. A kórkép differenciál-diagnosztikája és terápiája, elsősorban a gyermeksebészeti gyakorlatban, jelentős problémákat vehet fel. A betegség leggyakrabban csecsemő- és fiatal gyermekkorban fordul elő. Így elkülönítése — az ugyanebben a korban viszonylag gyakori béltraktusi malignus lymphomáktól — különösen hasi sebészeti beavatkozást igénylő esetek kapcsán igen komoly nehézséget jelenthet.

Közleményünkben három, csecsemőkorban akut hasi tüneteket okozó ileo-coecalis pseudopolyposis lymphatica intestinalis esetről számolunk be, melyekben a műtéti makroszkópos lelet malignus lymphoma gyanúját vetette fel, a szövettani vizsgálat azonban benignus, reaktív elváltozást igazolt.

Esetismertetés

1. beteg: A. B. 6 hónapos csecsemőnél fertőző osztályon dysenteria gyanúja merült fel, és a beteget két-napos kórházi ápolás után helyezik gyermeksebészeti osztályra. A csecsemőnél közvetlenül áthelyezése előtt készített irrigoszkópia során invaginációt észleltek. A puffadt hasú, véres-nyákos székletet ürítő betegen a hasfalon keresztül és rectalis vizsgálat során a has jobb oldalán invaginációs tumort lehetett tapintani. Műtét során ileo-coecalis invaginatio igazolódott (1a. ábra). Könnyű desinvaginatio, bélelhalásra utaló jelek nem látszóttak. A caecum tenia liberáján kraterszerű, de sima felszínű kiemelkedés által határolt, mintegy 7–8 mm átmérőjű, erősen konkáv, serosa nélküli behúzódnak látszott (1b. ábra). A belel áttapintva a fenti elváltozásnak megfelelően a caecum lumenében 2 cm átmérőjű, csak kis fokban mobilis terime (tumor) volt

észlelhető. Megtekintés és tapintás malignus elváltozás alapos gyanúját keltette. Radikális eltávolítás látszott indokoltnak. Rezekcióra került az ileum terminális 10 cm-e, a caecum és a colon ascendens. A tápcsatorna folytonosságát vég a véghez anastomosis biztosította. Eltávolításra kerültek a rezeált bélszakasz mesenteriumában és mesocolonjában levő megnagyobbodott nyirokcsomók is. A felvágott bélben a Bauhin-billentyűnek megfelelően egy kb. diónyi, livid színű, puha tapintatú terime helyezkedett el, melynek környezetében a nyálkahártya erősen vizenyős, vérbő volt (1c. ábra). Az eltávolított „tumor” metszlapja erősen vérbőnek tűnt, a felszínén ép nyálkahártyával.

Szövettan: A preparátumból számos kimetszés történt, atypusos szövetburjánzás azonban egyikben sem volt. A histológiai képet a nyálkahártyára és a submucosára kiterjedő kifejezett hyperplasia jellemezte, kifejezett centrum germinativummal rendelkező tüszőkkel. Az eltávolításra került megnagyobbodott ileo-coecalis nyirokcsomókban is follicularis hyperplasia volt megfigyelhető (2a. és b. ábra).

Szövettani diagnózis: *pseudopolyposis lymphatica intestinalis*.

A már gyógyult betegnél további vizsgálatok történtek annak eldöntésére, hogy coecumtájra lokalizált, makroszkópos megjelenésében malignus folyamatnak imponáló elváltozás körülhatárolt jellegű-e, vagy egy általános, az egész szervezetet érintő lymphoid hyperplasia részjelensége. A vékonybél és rectum biopsziás anyag vizsgálata, a sternumpunkció az elváltozás körülhatárolt jellegét igazolták, csupán a perifériás vérben mutatkozott granulocytosis. A beteg két évvel a műtét után egészséges, jól fejlődik.

2. beteg. B. E. 7 hónapos csecsemő hányás, véres székürítés miatt nyert felvételt. Felvételtkor erősen exsiccált, hasa nyomásérzékeny, rectalis vizsgálat során friss vért ürített. Irrigoszkópia az ileo-coecalis határon elzáródást mutatott, a vékonybélkacsokban folyadéknívók voltak megfigyelhetők. Műtét során ileo-coecalis invaginatio volt észlelhető. Az elhalt 8 cm hosszú vékonybél, a caecum és 10 cm-es ascendens szakasz került rezekcióra. A passage folytonosságát vég az oldalhoz anastomosis állította helyre. A beteg 3 hetes ápolás után gyógyultán távozott. A 8 hónappal később végzett kontroll alkalmával a csecsemő egészséges, jól fejlődik.

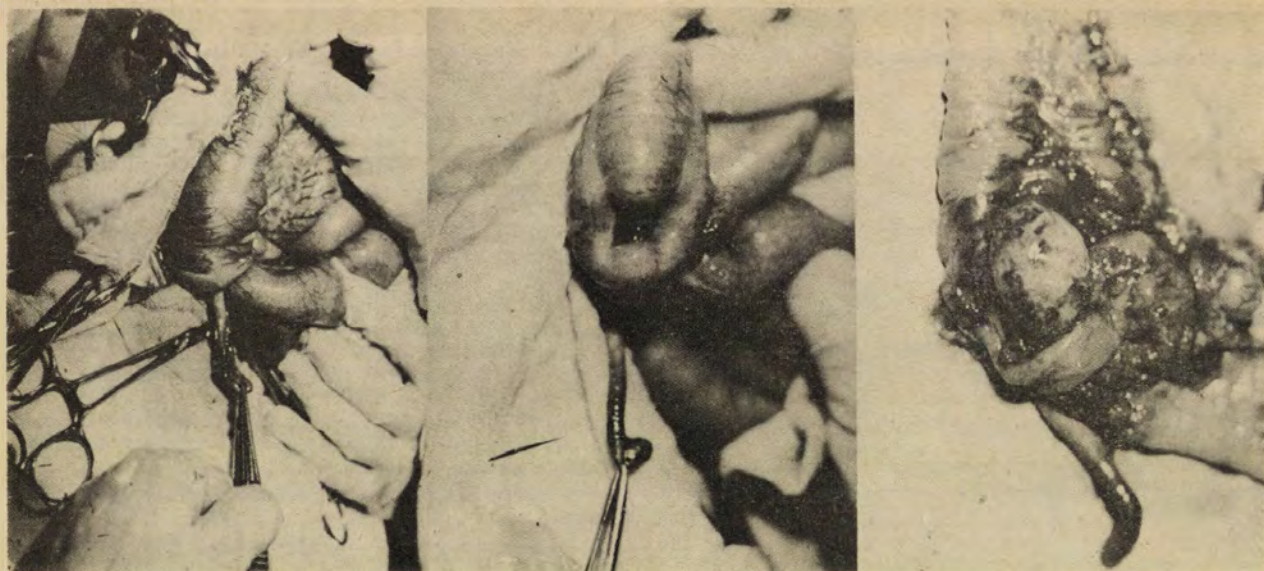
Szövettan: A bélnyálkahártya mucosájára és a submucosára terjedő extrém fokú follicularis hyperplasia figyelhető meg, közepes mértékű plasmasejtes differenciálódás jeleivel. **Szövettani diagnózis:** *pseudopolyposis lymphatica intestinalis*. — A műtét után 8 hónappal készült kontroll vérkenetekben mérsékelt lymphoid túlsúly észlelhető, a közepnagy lymphocyták száma jelentősen emelkedett.

3. beteg. S. L. 7 hónapos csecsemő akut hasi tüneteivel került felvételre. Az ileo-coecalis régióban tumorszerű képletet lehetett tapintani. Az irrigoszkópia az ileo-coecalis területen elzáródást mutatott, a vékonybélkacsokban folyadéknívók voltak láthatók. Műtét során a terminális ileumkacs coecumba történő invaginációja volt észlelhető. Desinvaginációt követően a coecumban zölddiónyi tumor tapintható, emiatt jobb-oldali hemicolecotomia történt. A beteg zavartalan postoperatív szak után gyógyultán távozott. Három hónap múltán a kontroll vizsgálatkor a csecsemő zavartalanul fejlődik.

Szövettan: A mucosára és a submucosára terjedő extrém fokú follicularis hyperplasia. Szembetűnő, hogy kifejezettebb plasmasejtes átalakulás jelei nem láthatók. A perifériás vérképben a 3 hónap utáni kontroll vizsgálatkor lymphoid túlsúly észlelhető, feltűnően sok, e korban szokatlan számú plasmocytoid elemmel.

Mint hogy mindhárom esetben a nyirokszövet extrém fokú hyperplasiája tapasztalható, így indokoltnak tűnt a folyamat kiterjedtségének vizsgálata. Az elvégzett vizsgálatok (gyomor-bél passage, irrigoszkópia, az első esetben vékony- és vastagbélbiopszia) alapján izolált ileo-coecalis lymphoid hyperplasia volt igazolható.

A laboratóriumi és immunológiai vizsgálatok mindhárom betegben csaknem azonos, a normálhoz vi-



1. ábra: a) ileo-coecalis invaginatio b) desinvaginatio után a coecum tenia liberáján krátterszerű behúzóadás látható c) a felvágott bélben a Bauhin-bilentyűnek megfelelően egy kb. diónyi, livid színű, puha tapintatú terime

szonyítva emelkedett értékeket mutattak, bár a két utóbbi esetben csak 8, ill. 3 hónappal a műtét után került sor az immunglobulinok meghatározására. Ez a lelet tartós immunstimulus fennállására utalhat. Ugyanakkor felvetődhet a nyirokszövet funkcionális, esetleg fejlődési zavarának lehetősége is. A perifériás vérkép, ill. a szérum immunglobulin-szint meghatározások eredményét táblázatban tüntetjük fel.

Megbeszélés

A pseudopolyposissal járó intestinalis lymphoid hyperplasia feltehetően nem-specifikus reaktív elváltozás, mely a tápcsatorna bármely szakaszán előfordulhat. Leggyakrabban az ileum terminalis szakaszára, a coecumra, az appendixre, vagy az anustájékra lokalizálódik (3, 4). Etiológiai tényezők nem ismertek. Az sem eldöntött, hogy a kórkép kifejlődése során gyakran észlelt felső légúti infekció, vagy adenovírus-fertőzöttség és a lymphoid hyperplasia között van-e oki összefüggés (1, 3, 7, 8). Egyes szerzők az akut hasi tüneteket okozó esetek nagy százalékában adenovírus-fertőzöttséget tudtak kimutatni (6). A viszonylag ritka kórképpel elsősorban gyermekkorban találkozunk.

A klinikai tünetek általában súlyosak (hasmenés, hasi fájdalom, obstipáció, esetleg hányás, akut appendicitisre hasonlító klinikai kép, intestinalis vérzés, invaginatio stb.). A mucosa és a submucosa



2. ábra.

kifejezett pseudopolyposisa invaginatio vezetőpontjaként bélelzáródás klinikai képét eredményezheti.

A kórkép kezelése során alkalmazott terápiás elvek nem egységesek. Enyhébb esetekben elegendő az intestinalisan adott antibiotikum, spasmus-csökkentés, diéta (1, 4, 5). Súlyosabb, de invaginatio nélküli betegekben megkísérrelhető a steroid kezelés (2). Kifejezett abdominalis tünetek miatt gyakran elkerülhetetlen a laparotomia. Ezen esetekben általában csak a féregnyúlvány eltávolítására kerül

A fehérvérsejtszám, ezen belül a lymphocyta-arány és az immunglobulin-koncentráció alakulása

	1. beteg	2. beteg	3. beteg
Fvs: felvétel	9400	18 000	27 000
távozás	9400	12 000	8 800
Perif. lymphocyta	30%	60%	60%
IgG	1850 mg%—↑↑↑	1 120 mg%—↑↑↑	520 mg%—norm.
IgA	140 mg%—↑↑	*88 mg%—↑	**44,mg%—norm.
IgM	145 mg%—↑↑	*96 mg%—↑	**80 mg%—↑

sor. Ilyenkor szövettani vizsgálat dönthet a beteg további kezelése felől. Ha a panaszok visszatérők, és a kórképet a korábban végzett laparotomia alkalmával nyert anyag szövettani vizsgálatával (vékonybél, coecum, appendix) sikerült igazolni, akkor később sor kerülhet a terminalis ileum, vagy ileum + coecum eltávolítására. A radikálisabb sebészi beavatkozás hívei ezzel a klinikai tünetek megszűnését óhajtják elérni (3, 5, 8).

Korántsem ilyen egyszerű a helyzet, ha a lymphoid elemek hyperplasiája akut hasi katasztrófa képében — pl. invaginatio — jelentkezik. A bélbetüremkedés vezetőpontjaként szereplő pseudopolypus sokszor megtekintésre nem különíthető el a gyermekkori invaginatio viszonylag gyakoribb, igen rossz kórjólátú, szintén a coecumtájra lokalizálódó, malignus, non-Hodgkin-típusú lymphomájától.

A folyamat benignitásának vagy malignitásának megítélése, dönten a műtőasztalnál, hogy szükséges és indokolt-e a radikális műtét (histológiai és egyéb vizsgálatok hiányában), igen felelősségteljes feladat. A szerzők egy része ezen esetekben kiterjedten eltávolítja a rosszindulatúnak imponáló elváltozást (3, 4, 5, 7, 8), míg mások csak a szövettani vizsgálathoz szükséges anyag vételére szorítkoznak,

és ennek eredményétől teszik függővé a radikális műtétet (2). Jelen esetekben a műtét során a makroszkópos lelet alapján malignus lymphoma gyanúja merült fel, ezért két esetben (1. és 3. beteg) radikális műtét, hemicolectomia történt, míg egyben (2. beteg) a bélhalál tette szükségessé a rezekciót.

Összefoglalás: A szerzők az invaginatio képében manifesztálódó gyermekkori benignus intestinalis lymphoid hyperplasia három esetének bemutatása, gyermeksebészeti és patomorfológiai szempontokból történő elemzése kapcsán rámutatnak a kórkép akut sebészi ellátása során felmerülő diagnosztikai és terápiás nehézségekre. Hangsúlyozzák a műtétet végző sebész és a histológiai véleményt adó patológus felelősségét.

IRODALOM: 1. *Capitano, M. A., Kirkpatrick, J. A.*: Radiology, 1970, 94, 323. — 2. *Cornes, J. S., Dawson, I. M. P.*: Arch. Dis. Child. 1963, 38, 89. — 3. *Danis, R. K.*: Amer. J. Dis. Child. 1974, 127, 656. — 4. *Giltman, L., Cohn, B., Minkowitz, S.*: J. Pediat. Surg. 1976, 11, 565. — 5. *Jona, J. Z., Belin, R. P., Burke, J. A.*: J. Pediat. Surg. 1976, 11, 997. — 6. *Ross, J. G., Potter, C. W., Zachary, R. B.*: Lancet, 1962, II, 221. — 7. *O'Sullivan, W. D., Child, Ch. G.*: J. Pediat. 1951, 38, 320. — 8. *Wayne, E. R. és mtsai*: J. Pediat. Surg. 1976, 11, 997.

FENISTIL

gél

G 100

Antiallergica topica

**KÜLSÓLEGES
HASZNÁLATRA**



ÖSSZETÉTEL:

1 tubus (30 g): 30 mg dimetindenium maleicum hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK:

Bőrbetegségeket kísérő viszketés; urticaria; rovarcsípés; napégés; enyhe fokú égési sérülések.

ELLENJAVALLATOK:

Jelenleg nem ismeretesek.

ALKALMAZÁS:

Naponta 2–4 alkalommal a beteg bőrfelületet bekenjük. Igen erős pruritus v. nagyobb bőrlésiók esetében ajánlatos a Fenistil gél hatását per os kezeléssel kiegészíteni.

FIGYELMEZTETÉS:

A kezelt bőrfelületet nem szabad hosszabb ideig napfény hatásának kitenni. Nem alkalmazható egyszerre nagyobb — főleg gyulladásozó — testfelületre. Ez különösen érvényes csecsemőkre és kisgyermekre.

MEGJEGYZÉS: ✖

Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtethető.

CSOMAGOLÁS:

30 g-os tubus, térítési díja: 8,50 Ft.

Előállító: BIOGÁL Gyógyszergyár, Debrecen, ZYMA AG licencia alapján.



2333

NAPROSYN

tabletta

mV 200 Antirheumatica

ÖSSZETÉTEL:

1 tabl. 250 mg naproxent tartalmaz.

HATÁS:

A Naprosyn tablettá gyulladásgátló, láz- és fájdalomcsillapító hatása, nem steroid jellegű készítmény. Gyulladásgátló hatása adrenalectomizált állatokon is jelentkezik, ami azt jelzi, hogy nem a hypophysis – mellékvese humoralis regulációs rendszeren keresztül, hanem közvetlenül hat. Gyulladásgátló hatásának pontos mechanizmusa – hasonlóan más gyulladásgátlókéhoz nem ismert, de feltételezhető, hogy a prosztaglandin-szintetáz gátlásának nagy szerepe van a gyulladáscsökkentő hatás kialakulásában. A többi nem steroid gyulladásgátlóhoz viszonyítva kevésbé bizonyult ulcerogén hatásúnak. A cardiovascularis, valamint a központi és vegetatív idegrendszert nem, vagy csak minimális mértékben befolyásolja.

JAVALLATOK:

Rheumatoid arthritis, egyéb krónikus ízületi gyulladások, spondylitis ankylopoetica (m. Bechterew), arthrosis különféle formái, syndylosis, spondylarthrosis, extraarticularis rheumatismus különböző formái (lumbago, egyéb myalgák, fibrositisek, neuralgiák, bursitisek, periarthritis humeroscapularis, epicondylitis humeri stb.)

ELLENJAVALLATOK:

Gyomor- és nyombélfekély, továbbá kifejezett máj- és vesekárosodás esetén csak állandó orvosi ellenőrzés mellett adható.

Terhesség alatt nem rendelhető. 16 évesnél fiatalabb betegek ne szedjék a gyógyszert, mivel jelen pillanatig fiatalokorúakon és gyermekeken még nincs elég tapasztalat.

ADAGOLÁS:

Kezdő és szokásos fenntartó adagja napi 2×250 mg (reggel és este étkezés után). Szükség esetén napi 3 tablettá is adható (750 mg összadózis) a fájdalmak napszakos jellege szerint: 2 tablettá reggel, 1 tablettá este, illetve 1 tablettá reggel és 2 tablettá este. Hosszan tartó kezelés alatt az adagolás napi 375–750 mg-os határokon belül változtatható, a megfelelő adagokat ugyancsak naponta kétszer kell beadni.



MELLEKHATÁSOK:

Ritkán gyomorégés, gyomorfájás, telítettség érzés, enyhe szédülés vagy rosszullet, fejfájás, a gyomorbéltraktusban átmeneti jellegű vérzés. Igen ritkán bőrkütiés, thrombocytopenia.

GYÓGYSZER-KÖLCSÖNHATÁSOK:

Kerülendő az együttadás

– magnéziumoxid és alumíniumhidroxid tartalmú antacidumokkal gátolják a Naprosyn felszívódását;

Csak óvatosan adagolható:

- orális anticoagulansokkal (anticoagulans hatás fokozódik);
- szulfanilurea típusú antidiabetikumokkal (hypoglykaemia veszélye);
- difenilhidantionnal (ennek szérumszintjét toxikusig emelheti);
- szulfonamidokkal (ezek toxicitását fokozhatja);

FIGYELMEZTETÉS:

Szalicilérzékeny egyénekben urtikáriát, asztmás rohamot válthat ki.

Tartósabb alkalmazásakor a vérzési idő meghosszabbodását okozhatja. Gyomor- vagy nyombélfekély esetén, vagy ha a beteg gyulladásgátló gyógyszerek szedése kapcsán már fellépett gyomor- vagy bélvérzés, alkalmazása állandó orvosi ellenőrzést igényel. Orális anticoagulánsokkal együtt adva a prothrombin időt ellenőrizni kell!

Szulfanilurea típusú antidiabetikumokkal együtt adva az antidiabetikum adagját újra be kell állítani!

MEGJEGYZÉS:

✱ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtető.

CSOMAGOLÁS:

30 db tablettá 22,- Ft.

Forgalomba hozza: ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR, Tiszavasvári,

Syntex licencia alapján

A vércsoportkutatás rövid története

A cseh—német ágostonrendi barát, *Mendel János* (szerzetesnevén Gergely) növényeken végzett kísérletei nyomán 1865-ben Brnóban felfedezte azokat az öröklési törvényeket, amelyek az egész élő természetre érvényesek, megcáfolatlanok maradtak, és amelyeknek alkalmazási területét éppen a vércsoportok dokumentálják klasszikus módon. Bizonyára igazuk van azoknak a genetikusoknak, akik szerint, ha a vércsoportok abban az időben már ismertek lettek volna, *Mendel*nek nem lett volna szüksége arra, hogy borsókat természetesen öröklési törvényeinek bizonyítására.

Landsteiner Bécsben 1900—1901-ben fedezte fel az első (A, B és 0) vércsoportokat. Ugyanezen évben *Mendel* időközben feledésbe ment öröklési törvényeit egyszerre hárman is „újra” felfedezik: *de Vries* francia és német, *Corens* és *Tschermak* német, *Bateson* pedig angol nyelven számoltak be felfedezésükről, amely így Európa-szerte ismertté vált. *v. Decastello* és *Sturli* 1902-ben felfedezték a 4. (AB) vércsoportot. 1904-ben *Landsteiner*, *Donath*-tal közösen felfedezte az autoantitesteket. *Moreschi* 1908-ban leírta a ma „Coombs-test”-ként ismert reakcióelvet és annak részleteit. Ez a felfedezés is — *Mendel*éhez hasonlóan — 37 évig maradt elfeledve. *v. Dungern*, a heidelbergi rákkutató intézet vezetője és fiatal lengyel munkatársa, *L. Hirschfeld* (nevét később, a II. világháború után lengyelesen *Hirszfeld*nek írta) 1910-ben felfedezték az A_1/A_2 alcsoportokat. (Az A_3 alcsoportot sokkal később — 1936-ban — *Friedenreich* fedezte fel.) Ugyanők 1911-ben felfedezték, hogy a *Mendel*-féle elvek alkalmazhatók a *Landsteiner* által felfedezett normális emberi szerológiai jellegekre, a vércsoportokra is. Nem az ő hibájuk, hogy az általuk felállított öröklési elmélet később hibásnak bizonyult. Ennek oka az volt, hogy az általuk vizsgált családban illegitim származású gyermek fordult elő. Mérföldkövet jelentett a vércsoportkutatásban, amidőn a *Hirszfeld* házaspár az I. világháború végén a Szalonikiben állomásozó szövetséges Balkán-hadsereg katonáin végzett vizsgálataikkal megállapították, hogy a 4 vércsoport megoszlása nem azonos a különböző etnikai csoportokban. (Érdekes, hogy az erről a megállapításról szóló első dolgozat kéziratát egy tekintélyes angol folyóirat szerkesztőse nem fogadta el közlésre, azzal az indokolással, hogy az nem tarthat számot érdeklődésre.) *Hirszfeld*ék vizsgálataik eredményeiről legelőször

1919-ben számoltak be az angol *Lancet* és a francia *L'Anthropologie* című folyóiratban.

Nem kevésbé fontos felismerésről számoltak be a magyar *Verzár* és *Weszeckey* 1920—21-ben. Magyarországon — legjobb tudomásunk szerint — ők voltak az elsők, akik vércsoportvizsgálatokat végeztek. *Verzár*ék teljesen önállóan jutottak arra a gondolatra, hogy vércsoportvizsgálatokat végezzenek különböző (magyar, német, cigány) nemzeti-ségű embereken, azzal a feltételezéssel, hogy ezeknél a vércsoportok megoszlása nem lesz azonos. Nem volt — és a világháborús állapotok miatt nem is lehetett — tudomásuk arról, hogy *Hirszfeld*ék 1—2 évvel előbb hasonló célból vizsgálatokat végeztek Szalonikiben egy ellenséges hadsereg katonáin. *Verzár*ék vizsgálataikról első ízben 1920-ban számoltak be a „Biochemische Zeitschrift”-ben. Ugyanezen folyóiratban 1921-ben közölték újabb vizsgálataik eredményeit, amelyek világszerte nagy feltűnést keltettek. Az eredmények egyrészt megerősítették *Hirszfeld*ék azon megállapítását, hogy a vércsoportok megoszlása az egymással rokonságban nem álló népeknél különböző és reájuk jellegzetes, de ugyanakkor megcáfolták *Hirszfeld*ék azon következtetését, hogy a vércsoportok megoszlását a különböző földrajzi elhelyezkedésükre lehet visszavezetni. *Verzár*ék szerint ugyanis a vércsoportok különböző megoszlása olyan fajtajelleg, amely lehetővé teszi, hogy egyes népcsoportokat évszázadokkal a törzsből való kiválásuk után, lakóhelyüktől függetlenül fel lehessen ismerni. (Megállapításait azóta a tudomány részben túlhaladta.)

Verzár többek között elsőként javasolta, hogy a vércsoportok konfúzióhoz vezető, különböző római számokkal történő jelölését (*Jansky*, *Moss*) el kell vetni és helyette az eredeti betűszimbólumokat kell alkalmazni.

1924-ben a göttingeni matematikus, *Bernstein*, a 14 év alatt felgyülemlett családvizsgálati eredmények birtokában kidolgozta az AB0 vércsoportok öröklésének 3-génes elméletét, amely még ma is érvényben van.

1925-ben *Hirszfeld* rámutatott az anya és gyermeke közötti szerológiai konfliktus lehetőségére az AB0 rendszerbeli foetomaternalis összeférhetetlenség eseteiben. 1928-ban a magyar *Lenart György* az icterus neonatorum patogenezisének tanulmányozása során ugyanerre a következtetésre jutott, de egy lépéssel továbbment, amikor kijelentette, hogy az AB0 rendszeren kívül, ill. másfajta foetomaternalis szerológiai összeférhetetlenség is oka lehet a nem fiziológiás icterus keletkezésének. Ezek a megfigyelések irányították a figyelmet először a magzat anya általi károsodásának lehetőségére az intrauterin életben.

Az AB0 vércsoportok felfedezését követő öt év-tized csaknem kizárólag a szöveti sejtek (köztük első-sorban a vörösvérsejtek) csoport tulajdonságai kutatásának jegyében zajlott le. Ennek első eredménye a *P* és az *MN* vércsoportrendszerek felfedezése *Landsteiner* és *Levine* által 1927—28-ban. Ezek voltak az első vércsoportok, amiket mesterséges immunizálással nyert állati eredetű immun-antitestekkel fedeztek fel. A következő — időrendi sorrendben — felfedezett fontosabb vércsoportrendszerek a következők: *Rh(D)* (*Landsteiner* és *Wiener*, 1940); *Lutheran* (*Calender* és

mtsai, 1945); Kell, K—k (Coombs és mtsai, 1946); Lewis (Mourant 1946, Andersen 1948); S—s (Walsh és Montgomery, ill. Race és Sanger 1947); Kidd (Jk^a—Jk^b) (Allen és mtsai 1951, ill. Plaut és mtsai 1953); Duffy (Cutbush és mtsai 1950); U (Wiener és mtsai 1953); I—i (Wiener és mtsai 1956); Kp^a—Kp^b (Allen és mtsai 1956—57). 1962-ben felfedezték a nemhez (az X nemi kromoszómához) kötött első vércsoport jelleget, az Xg(a)-t, amelynek a kromoszomális genetikai kutatásban később (és jelenleg is) igen nagy jelentősége lett.

Az Rh rendszer felfedezése a vércsoportkutatás egyik legnagyobb eseményének tekinthető és elsősorban a felfedezők zsenialitásának köszönhető. Landsteiner és Wiener 1939-ben egy addig nem alkalmazott, indirekt módszerrel próbált újabb alloantigént találni. Állati vörösvérsejtekkel immunizáltak másfajta állatokat és az utóbbiakban termelődött antiszérummal emberi vörösvérsejteket vizsgáltak. Az immunizáláshoz *Macacus rhesus* majom vörösvérsejtjeit használták, recipiens állatokként pedig nyulat és tengerimalacot. Ez utóbbiak széruma nemcsak a majom vörösvérsejtjeit agglutinálta, hanem az emberek kb. 85%-ának vörösvérsejtjeit is. A későbbi vizsgálatok azt is kiderítették, hogy itt egy többaléles rendszerről van szó, valamint azt is, hogy az erythroblastosis foetalis oka az esetek túlnyomó többségében az anya és magzata közötti Rh inkompatibilitás.

Meg kell itt jegyeznünk, hogy az egyes vércsoportrendszerek fontossága nagyrészt a polimorfizmust szabályozó allélek frekvenciáitól függ. Az ún. „privat” és „public” antigéneknek gyakorlati jelentősége nincsen. (Az előbbi esetben a rendkívül ritka, az utóbbiban pedig a rendkívül gyakran — gyakorlatilag mindenkiben — előforduló antigénekről van szó.)

A felsorolt vércsoportrendszereken kívül még több mint egy tucat kevésbé fontos rendszer és sok rendszer nem alkotó alloantigén is ismeretes, amiknek felsorolását feleslegesnek tartjuk.

1945-ben az angolok (Coombs, Mourant, Race) bevezetik a gyakorlatban a Coombs-tesztként ismert antiglobulin tesztet. Ez az egyszerű vizsgálat forradalmi változást eredményezett az immunológiában és a vércsoportkutatás területén. Ennek segítségével ugyanis az addig használt módszerekkel ki nem mutatható antigéneket és antitesteket sikerült felismerni. (Pl. ezzel néhány percen belül ki lehet mutatni anyai ellenanyagokat az újszülött vörösvérsejtjein a morbus haemolyticus neonatorum esetén, és így megfelelő megelőző, ill. terápiás rendszabályokat vezethetünk be.)

Nem szabad említés nélkül hagynunk az ún. phytoagglutininek felfedezését, ill. a vércsoportkutatásban való alkalmazásának bevezetését. A phytoagglutininek növényi eredetű kivonatok, anyagukat tekintve a globulinokhoz hasonlóak, amik a különböző fajok vörösvérsejtjeit agglutinálják. Az agglutináció sok esetben csoportspecifikus. 1948-ban Renkonennek sikerült először több növényfajtából az emberi vörösvérsejteket AB0 csoportspecifikusan agglutináló kivonatot nyerni. Ma már gyakorlatilag is jól használható phytoagglutinin reagensek állnak rendelkezésre nemcsak az AB0, hanem az MN vizsgálatok céljaira is.

A vércsoportkutatás szempontjából nem kevésbé fontosnak bizonyult az ún. protectinek (*Helix agglutininek*) felfedezése 1965-ben (Prokop és mtsai). Ezek

alatt csigák (*Helix hortensis*, nemoralis, pomatia) fehérje mirigyében és halak ikrájában előforduló, antitestjellegű vegyületek újabban felfedezett osztályát értjük. Ezekkel általában biológiai makromolekulák egyes terminálisan elhelyezkedő cukorstruktúráinak jelenléte mutatható ki. Hatásukat rendszerint agglutinációs vizsgálattal (amikor is az agglutinációhoz normális vagy enzimatisztált vörösvérsejteket vagy baktériumokat használunk) vagy precipitációval (agargéldiffúziós vizsgálattal) lehet megfigyelni. A protectin elnevezés Prokoptól származik. Ebben kifejezésre kívánt juttatni bizonyos védőfunkciót is, amit ezek az egyszerű immunoglobulinokhoz közelálló vegyületek ellátnak (protegere = óvni, védelmezni).

Az 50-es években az egyedi biokémiai differenciálás további lehetőségeinek kutatása kiterjedt a fehérjék területére is. Elsősorban a szérumfehérjék kerültek a tervszerű kutatás középpontjába. A plasma-fehérjék durva és részben empirikus felosztása már régóta ismeretes volt. Ismerték az albumint, globulint, fibrinogént. Frakcionált kisozás, elektroforézis és ultracentrifugálás segítségével sikerült az addig egységesnek tekintett plasma-fehérjék további szétválasztása is. Az elektroforézis nyújtotta különböző lehetőségek (a horizontális és vertikális irányú vizsgálat, szűrők közbeiktatása gélek alakjában stb.) igen lényeges módszerbeli segítséget jelentettek a kutatásban. Ehhez csatlakozott később a többdimenziós elektroforézis, és végül a technikai felkészültséget szinte tökéletes tette az immunoelektroforézis. Ma már több mint 30 szérumfehérje komponens tudunk kimutatni és izolálni. Mindazonáltal ezek közül ma még csak néhánynak ismerjük eléggé jelentőségét, funkcióját, biokémiáját és öröklődését.

Az emberi szérumfehérjék öröklésesen meghatározott szerkezeti különbözőségének biztos jelenlétéről 1955-től rendelkezünk adatokkal, mégpedig elsőként a kanadai Smithies-től. Smithies megfigyeléseinek ismertté válása után mind nagyobb körben indult meg a kutatás ebben az irányban is. Bár az összes érdekeltek közül (szserológusok, klinikusok, fiziológusok, biokémikusok, antropológusok, genetikusok) szaktudományuknak megfelelően, elsősorban a szerológusok között kellett a legnagyobb figyelmet és érdeklődést Smithies felfedezése, mégis ők voltak legkevésbé képesek ebben a kutatásban részt venni. Ugyanis az e területen szükséges munkamódszerek elsősorban a biokémikusok fegyvertárába tartoznak. A vércsoport-szerológia klasszikus munkamódszerei (agglutináció, precipitáció) ugyanis — eltekintve a Gc- és Gm szérumszerektől — a fehérje polimorfizmusok kutatására csaknem teljesen alkalmatlanok.

Hogy az emberi szérumfehérjék komplikált szerkezetébe az utóbbi évek folyamán sikerült némi betekintést nyernünk, azt nagymértékben az elektroforézis módszereinek a fejlődése tette lehetővé. Legnagyobb jelentőségűnek bizonyult a szemisolid közegben (gélekben) végzett elektroforézis módszereinek bevezetése. Ezek között az agar-agar mellett igen nagy jelentőségűvé vált a keményítőgél, majd legújabbban a poliakrilamid-gél (PAA). Elsőként 1953-ban Kunkel és Slater számoltak be a burgonyakeményítő-gél előnyeiről fehérje keverékeknek egyes alkotórészekre való kutatásában. A keményítőgélnek más elektroforetikus hordozóanyagokkal szemben több előnye is van. Így pl. a rendkívül csekély elektrooszmózis és adszorpció.

A fehérjék elektroforetikus motilitás szerinti szétválasztása mellett lehetővé teszi a fehérje komplexumok molekuláris dimenzió szerinti feloldását is.

Újabban a keményítőgél mellett (és helyett) kezdik alkalmazni a fehérjefrakciók elfo-vizsgálatok a poliakrilamid-gélt is. Ezt legelőször *Raymond* és *Weintraub*, valamint *Raymond* és *Yi-Ju-Wang* ajánlották hordozóanyagként a folyamatos horizontális elfo-vizsgálathoz. Előzőleg már alkalmazták a PAA-gélt a korong-elfóhoz is (*Ornstein, Davis*). A PAA-gél előnyei a hidrolizált keményítőgélből vagy agar-agarból készített organikus gélekkel szemben kézenfekvő. Mint szintetikus polimerizációs termék, a PAA-gél kémiailag stabil és közömbös. A pH változásokkal szembeni stabilitás és a zavaró és ellenőrizhetetlen adszorpciók és elektroosztatikus folyamatok hiánya kiváló reprodukálhatóságot biztosít az eljárásnak.

Az utóbbi években tért hódít a *cellulóz-acetát-fóliás* elektroforézis módszere a fehérjék, ill. enzimek polimorfizmusainak vizsgálatában. (A módszert *Grunbaum* és *mtsai* dolgozták ki 1963-ban.)

Az elektroforézis módszereinek gyors fejlődését tekintetbe véve egyáltalán nem látszott merésznek az a feltevés, hogy belátható időn belül további olyan fehérjék válnak majd ismeretessé, amelyek szintén örökletes struktúrákülönbséggel rendelkeznek. Ugyanis mind nyilvánvalóbbá lett, hogy az előrehaladás ezen a téren elsősorban metodikai kérdés.

A vörösvérsejtek örökklődő csoportspecifikus anyagainak kimutatása csak megfelelő ellenanyagok segítségével lehetséges. Ennél a csoportanyag maga láthatatlan marad, és jelenlétére csak hatásától, az antigén-antitest reakcióban lehet következtetni. Ezzel szemben egyes fehérjékhez kötött örökletes jellegek diagnózisa közvetlen, vizuális tájékozódás által lehetséges. Kimutatásukhoz a szérummintát keményítőgélben elektroforetikus frakcionáljuk és az egyes komponenseket, megfelelő festés vagy színreakció által láthatóvá tesszük. Az eredmény leolvasásakor a különböző frakciók elhelyezkedését, egymáshoz való helyzetét és festődési intenzitását figyeljük meg.

Smithies-nek 1955-ben keményítőgél-elfóval sikerült kimutatni az α_2 -globulin frakcióban az első örökletes szérumvariánsokat. Megállapította, hogy az általa felfedezett variánsok egy kétalléles rendszert alkotnak. A rendszert *haptoglobinnak* nevezték el, az alléleket pedig Hp^1 és Hp^2 -nek. Ezek 3 fenotípust határoznak meg. *Conell* és *mtsai*nak 1963-ban sikerült kimutatni, hogy a Hp^1 allélnak 2 suballélje van, a $Hp1F$ és $Hp1S$. A felismerés következtében a kétalléles Hp -rendszer háromallélessé lépett elő, fenotípusainak száma pedig 3-ról 6-ra változott. 1962-ben *Smithies* és *mtsai* ugyanazt állapították meg a Hp^2 alléllal kapcsolatban is. Így azután a Hp szérumcsoport hatalléles rendszerre bővült, és ennek következtében a lehetséges fenotípusok száma 15-re emelkedett.

Smithies és *mtsai* felfedezései után megindult a kutatás a szérumfehérjék örökletes tulajdonságainak irányában is.

1959-ben *J. Hirschfeld*nek immun-agargél-elfo segítségével egy további kétalléles, 3 fenotípusú rendszert sikerült felfedezni az α_2 -globulin frakcióban, amit „group-specific-substance”-nek, vagy röviden Gc -nek nevezték el.

A β -lipoprotein frakcióban *Allison* és *Blumberg* 1961-ben felfedezte az Ag -rendszert, ill. annak első ellenanyagát, amely agargélben egyes emberi szérumokat precipitálni volt képes. A későbbi vizsgálatok alapján kiderült, hogy kétalléles, 3 fenotípusos rendszerről van szó (Ag^x és Ag^y) (*Hirschfeld* és *mtsai*, 1968).

1963-ban *Berg* felfedezte, hogy emberi β -lipoproteinnel immunizált nyúl széruma (emberi szérummal való abszorpció után) egyes emberi szérumokat agargélben precipitálni képes. A későbbi vizsgálatok kiderítették, hogy a precipitált emberi vérsavókban (közelebről azok β -lipoprotein frakciójában) egy olyan antigén van jelen, amely auto-szomalisan, kodominánsan öröklődik. Ezt $Lp(a)$ -nak nevezték el. Később felfedezték a rendszer másik, antitetikus antigénjét is, amit $Lp(x)$ -nek neveztek el. Az örökklődési vizsgálatok kimutatták, hogy itt ugyancsak kétalléles (Lp^a és Lp^x) rendszerről van szó, 3 fenotípussal.

1956-ban a svéd *Grubb* és *mtsai* egy további örökletes rendszert mutattak ki, mégpedig a klaszikus *Landsteiner-féle* ellenanyag-eltérítési kísérlettel. Az *immunglobulin frakció* örökletes variánsairól (az ún. allotípiás variánsokról) van itt szó. Ezzel sikerült az egyik legfontosabb fehérjefrakcióban, az *immunglobulinban*, amely mint védőanyag-hordozó, domináló szerepet játszik az emberi szervezetben, genetikailag szabályozott variánsok egész sorát kimutatni. E nélkül a zseniális felfedezés nélkül az ellenanyag molekuláris biológiai szerkezetének felderítése sem lett volna lehetséges. A humán *immunglobulinok*knak jelenleg közel 30 allotípusát ismerjük [$G1m$, $G2m$...; $A2m$; $Km(1)$, (2), (3)].

A β -globulin frakcióban található *transferrin* (amelynek vitális funkciója a vas transzportja a plasmából a csontvelő és a szövetek sejtjeihez) örökletes variánsait keményítőgél-elfo vizsgálattal *Smithies* és *mtsai* fedezték fel 1955-ben, ill. 1957-ben. Három fő variánst sikerült izolálni. Ezeket B , C és D betűvel jelölték. Az emberi *transferrin* (Tf) variánsok a keményítőgél-elfóban való viselkedésük alapján 2 csoportba oszthatók: a C -nél gyorsabban és lassabban vándorlók csoportjába. Eddig kb. 20 különböző Tf variánst figyeltek meg az emberi vérsavóban. A variánsok előfordulása rendkívül ritka (1% alatti).

A genetikai szerkezeti variációval bíró plazmafehérje komponensek sora még ma is növekszik. A legtöbb esetben azonban a variánsok frekvenciája rendkívül alacsony. Más rendszerek esetében az a baj, hogy a fenotípusok megkülönböztetése nagyon bizonytalan, vagy a kimutatáshoz szükséges reagensek beszerzése gyakorlatilag lehetetlen. Mindezek miatt ezeknek mint genetikai markereknek kevés hasznuk van. Ennek ellenére néhányat felsorolunk közülük: *bisalbuminaemia* (alloalbuminaemia); *Pi-rendszer* (α_1 -antitripszin); *coeruloplasmin*. Az Xm rendszernek nagy potenciális jelentősége van (*Berg* és *Bearn*, 1966). A rendszernek egyelőre csak egy allélje (Xm^a) és egy antigénje [$Xm(a)$] ismert. Az antigént emberi szérummal immunizált nyúl savójával immundiffúziós vizsgálattal sikerült kimutatni. Jellemző, hogy az Xm allél

locusa (hasonlóan az Xg -hoz) az X nemi kromoszómában helyezkedik el, a korrespondens antigén pedig az α_2 -makroglobulinban található.

1966-ban sikerült többé-kevésbé tisztázni az ABH csoportanyagok kémiai természetét (Watkins, Lloyd és mtsai). Kiderült, hogy ezek glukoproteinek, és hogy specificitásuk hordozói különböző szerkezetű cukormolekulák (D-galaktóz, N-acetilgalactosamin stb.).

1965-ben igen nagy jelentőségű felfedezésnek lehettünk tanúi. Dausset és mtsai megállapították, hogy az addig felfedezett közös fehérvérsejt (leukocita, limfocita) antigének nagy része egyetlen komplex immungenetikai rendszerbe tartozik, amit HL—A-nak neveztek el. A szövetspecifikus (hisztokompatibilitási) alloantigéneknek azóta egész sorát fedezték fel. A felfedezésnek nemcsak genetikai jelentősége nagy, hanem új megállapításokhoz vezetett az orvostudomány több területén is.

A 60-as években indult meg a kutatás a különböző izoenzimek genetikailag determinált polimorfizmusai irányában. A vonatkozó első megfigyelések még az 50-es évekből származnak, mégpedig a szérum-kolinésztrázzal kapcsolatban (Kalow és Davies). Módszerként itt is a horizontális keményítőgél-elfo vált be leginkább. A kutatás már a 60-as évek elején egy sor genetikailag determinált enzim variáns felfedezéséhez vezetett az emberi vérben. Ezáltal nemcsak fontos klinikai, farmakológiai és toxikológiai kérdésekre sikerült választ kapni, hanem több, újabb, biokémiai módszerekkel pontosan meghatározható jellegrendszerrel bővült az egyedi differenciálhatóság köre. Az intenzív kutatás eredményeképpen ma már több tucat izoenzimben (transzferázokban, oxidoreduktázokban, hidrolázokban, eszterázokban) fedeztek fel variánsokat, ill. polimorfizmusokat. Ennek következtében a humán-genetika újabb vizsgáló módszerek birtokába jutott.

Legnagyobb eredményre a vörösvérsejtekben található izoenzimek vizsgálata vezetett. Közülük nem egynek nemcsak humán-genetikai, hanem klinikai jelentősége is van. Közülük csupán a legfontosabbakat soroljuk fel.

Vörösvérsejt savanyú foszfatáz (VSP). (Hopkinson és mtsai, 1963). Foszfoglukomutáz (PGM₁) (Spencer és mtsai, 1964). Később a PGM₂ és PGM₃ locusain is felfedeztek polimorfizmust. Adenylatkináz (AK) (Fildes és Harris, 1966). Adenozindezamináz (ADA) (Spencer és mtsai, 1968). 6-foszfoglukonatdehidrogenáz (6-PGD) (Fildes és Parr, 1963). Glutamatpiruvattranszamináz (GPT) (Chen és Giblett, 1971). Esteráz D (EsD) (Hopkinson és mtsai, 1973). Glyoxaláz I. (Kömpf és Bisschort, 1975).

Ismeretesekké váltak olyan vörösvérsejt enzim-polimorfizmusok is, amelyek kapcsolatban vannak bizonyos betegségekkel. Érdekes eredményekre vezettek azok a vizsgálatok, amiket a hemolitikus anémiák okainak felderítésére végeztek. A genetikailag determinált hemolitikus anémiák között ismerünk olyanokat is, amiknek etiológiájában a vörösvérsejt enzimdefektusai szerepelnek. Egyre nyilvánvalóbbá vált, hogy a hemolitikus betegségek számos alakját a vörösvérsejt anyagcseréjében közreműködő enzimek örökléses hiánya hozza létre.

Ezek között legnagyobb jelentőséggel a glukóz-6-foszfátdehidrogenáz (G-6-PD) hiánya bír (Boyer és mtsai, 1962; Kirkman és Hendrickson, 1963). Kifejezett hemolitikus anémiát okoznak ezenkívül a glutathionreduktáz (GR) (Carson és mtsai, 1961); a piruvátkináz (PK) (Valentine és mtsai, 1961); a 6-foszfoglukonatdehidrogenáz (6-PGD); glukózfoszfátizomeráz (GPI) (Baughan és mtsai, 1968) és még néhány más enzim hiányvariáns.

A vérsavóban található enzimek közül a pszeudokolinészteráz (Kalow és Staron, 1958) és az alkálikus foszfatáz (Arfors, Beckman, Lundin, 1963) polimorfizmusoknak van leginkább jelentősége, elsősorban klinikai vonatkozásban. Ezeknél a genetikai helyzet sokkal komplikáltabb, mint az előbb ismertetetteknél.

Tekintettel az eddig ismert enzimek hosszú sorára, csak metodika és idő kérdése, hogy további jelentős enzim polimorfizmusok váljanak ismertté, amik a genetikai kutatás lehetőségeinek bővülésén kívül kóreltani jelentőségük is lehetnek. Ugyanekkor ezzel lehetővé fog válni az emberi fajon belül a Landsteiner által már 80 évvel ezelőtt „megjósolt” teljes egyedi differenciáltság is.

Rex-Kiss Béla dr.

Időrendi táblázat

- 1865 Mendel felfedezi a róla elnevezett öröklési törvényeket.
- 1900 Landsteiner felfedezi az A, B és 0 vércsoportokat. A Mendel-törvények „újrafelfedezése” (Corens, de Vries, Tschermak).
- 1902 Az AB vércsoport felfedezése (Decastello, Sturli).
- 1904 Az autoagressziós betegségek felfedezése (Donath és Landsteiner).
- 1908 Az antihumanglobulin-reakció elvének felfedezése (Moreschi).
- 1910 A Mendel-féle öröklési törvények érvényességének felfedezése a vércsoportokra (v. Dungern és Hirschfeld).
A vércsoportok filogenetikai és antropológiai jelentőségének felismerése (v. Dungern és Hirschfeld).
- 1911 Az A₁ és A₂ alcsoportok felismerése (v. Dungern és Hirschfeld).
- 1918 A vércsoportok antropológiai és populációgenetikai jelentőségének felismerése és bizonyítása (L. és H. Hirschfeld).
- 1921 A vércsoportmegoszlás jellegzetességének fennmaradása zárt populációkban (Verzár és Wesszczky).
- 1924 Bernstein vércsoportöröklési elméletének publikálása.
- 1926 Az első vércsoportkutató tudományos társaságok megalakulása (Szojvetunió, Charkov és Németország, Berlin).
- 1927 A Szovjetunióban megjelenik az első vércsoportkutatással foglalkozó folyóirat (Ukrainische Zentralblatt f. Blutgruppenforschung).
- 1927 A P— és az MN vércsoportrendszer felfedezése (Landsteiner és Levine).
- 1928 Németországban megjelenik egy vércsoportkutatással foglalkozó folyóirat (Zschr f. Rassenphysiologie).
- 1930 Landsteiner megkapja a Nobel-díjat a vércsoportok felfedezéséért.
- 1932 A secretor-nonsecretor rendszer felfedezése (Schiff).
A H-antigén felfedezése (Schiff).
- 1932 A secretor-nonsecretor rendszer és a H-antigén felfedezése (Schiff).
- 1935 A gyenge N-jelleg (N₂) felfedezése (Crome).
- 1936 Az A₃ alcsoport felfedezése (Friedenreich).
- 1940 Az Rh(D) felfedezése (Landsteiner és Wiener).

- 1941 A C- (Wiener, Landsteiner) és c-faktorok (Levine, Burnham, Katzin) felfedezése.
- 1943 Az E-faktor felfedezése (Race, Taylor, Boorman, Dodd).
- 1945 Az e-faktor felfedezése (Mourant).
A Coombs-féle antihumanglobulin teszt alkalmazásának bevezetése (Coombs, Mourant, Race).
- 1946 A D^u (Stratton) és a C^w faktor (Callender, Race) felfedezése.
A Kell-faktor felfedezése (Coombs, Mourant, Race).
Az Lu(a) faktor felfedezése (Callender, Race).
Az Le(a) faktor felfedezése (Mourant).
- 1947 Az S-faktor felfedezése (Sanger, Race, Walsh, Montgomery).
- 1948 A phytoagglutininnek felfedezése (Renkonen).
Az Le(b) faktor felfedezése (Andresen).
- 1949 A k-faktor felfedezése (Levine, Wigod, Backer, Ponder).
- 1950 A Duffy(a) faktor felfedezése (Catbush, Mollison, Parkin).
- 1951 A Duffy(b) faktor felfedezése (Ikin, Mourant, Pettenkofer, Blumenthal).
A Jk(a) faktor felfedezése (Allen, Niedziela).
Az s-faktor felfedezése (Levine, Kuhmichel, Wigod, Koch).
- 1953 A Jk(b) faktor felfedezése (Plaut, Ikin, Mourant, Sanger, Race).
- 1954 A Diego-rendszer felfedezése (Levine, Koch, McGee, Hill).
- 1955 A haptoglobulin-rendszer felfedezése (Smithies).
- 1956 A kolineszteráz típusok felfedezése (Kalow, Genest, Staron).
- 1957 A transferrin típusok felfedezése (Smithies, Horsfall).
Az immunglobulin polimorfizmusok felfedezése (Grubb, Laurell).
- 1959 A Gc szérumfehérje rendszer felfedezése (J. Hirschfeld).
- 1961 Az Ag-rendszer felfedezése (Allison és Blumberg).
- 1962 Az Xg(a) felfedezése (Cahan, Gelb, Fisher, Hamper, Tippett, Sanger, Race).
- 1962 A glukóz-6-foszfodehidrogenáz polimorfizmus felfedezése (Boyer és mtsai, Kirkman, Hendrickson).
- 1963 Az Lp-rendszer felfedezése (Mohr és Berg).
A vörösvérsejt savanyú foszfatáz rendszer felfedezése (Hopkinson, Spencer, Harris).
A szérum alkálifoszfatáz rendszer felfedezése (Arfors, Beckman, Lundin).
A 6-foszfoglukonatehidrogenáz (6-PGD) felfedezése (Fildes és Parr).
- 1964 A foszfoglukomutáz rendszer felismerése (PGM) (Spencer, Hopkinson, Harris).
- 1965 A Helix-agglutininnek felfedezése (Prokop és mtsai).
- 1966 Az adenylatkináz rendszer felfedezése (AK) (Fildes, Harris).
- 1966 Az Xm(a) felfedezése (Berg és Bearn).
- 1968 Az adenoindozamináz rendszer (ADA) felfedezése (Spencer, Hopkinson).
- 1971 A glutamatpyruváttranszamináz rendszer (GPT) felfedezése (Chen és Giblett).
- 1973 Az esteráz D polimorfizmus felfedezése (Hopkinson és mtsai).
- 1975 A glyoxaláz I. polimorfizmus felfedezése (Kömpf és Bisshort).

IRODALOM: 1. Giblett, Eloise, R.: Genetic markers in human blood. Blackwell Sci. Publ., Oxford—Edinburgh 1969. — 2. Rex-Kiss B., Szabó S.: A magyar vércsoport-szerológia 50 esztendeje. Orvostört. Közl. 1971, 62—63, 159. — 3. Rex-Kiss B., Szabó S.: 50 years of the Hungarian blood group serology. Ann. Immunol. Hung. 1971, 15, 137. — 4. Rex-Kiss B.: Karl Landsteiner. Orv. Hetil. 1969, 110, 1567. — 5. Rex-Kiss B.: A vitás származás vércsoportvizsgálatokkal való tisztázásának története hazánkban. Orvostört. Közl. (Megjelenés alatt). — 6. Steffan, P.: Handbuch der Blutgruppenkunde. Lehmann's Verlag, München, 1932. — 7. Rex-Kiss B.: In memoriam A. S. Wiener. Orv. Hetil. 1978, 119, 1734.

1925-ben alakult meg a Párizsi Magyar Egyesület

Bár az 55. esztendő nem a leghasználatosabb ünneplési évforduló, fontossága azzá teheti. A Párizsi Magyar Egyesület (Société Hongroise de Paris) paradox történelmi helyzet képződménye. Trianon után a zsugorodott ország hangoskodó hivatalosai gyűlölettel nézték a fény városát, mindent a franciák hagyományos földrajzi és történelmi tájékoztatlanóságára háritva, amiben persze sok igazság volt, csak azt felejtették el, hogy egy családi mítoszon alapuló birodalom oldalán háborúba keveredni nemcsak tájékoztatlanság, hanem bűnös felelőtlenység és keserű következményeit mindig a vesztes viseli. Továbbá (bizarr módon pont Bécsen át) a magyar progresszió képviselőit Párizs azért mégis befogadta, nem először a történelemben.



Illyés Gyula önéletrajzi regényéből tudjuk, hogy Petőfi születésének centenáriuma a Sorbonne dísztermet bocsátott az ünnepség méltó megrendezésére, amelyen Aulard rektor elnökölt, s a Marseillaise mellett a magyar Himnusz és a Rákóczi-induló is elhangzott. Méltó nyitánya volt ez a megbékélésnek, a párizsi magyar kolónia megelégedésére. Még a hivatalosan kiküldött Pekár Gyulát is hajlandók voltak meghallgatni.

A Szajna partján 48-as emigránsok 1864-ben alapították meg a Kölcsönösen Segélyező Magyar Egyletet, amelynek többek között Zichy, Munkácsy és Návai Aladár voltak az elnökei, s aki Paál Lászlótól Korányi Frigyesig Párizsban megfordult, ennek a szervezetnek a segítségére mindig számíthatott. Párhuzamosan működött vele az Osztrák—Magyar Segélyegylet és az Osztrák—Magyar Kórházegylet, ez utóbbi évkönyveket is adott ki. Az I. világháború a párizsi magyarok számára A fekete kolostor évei voltak, a szép hagyományú egyesületek működését a francia hatóságok beszüntették, vagyonukat zárlat alá helyezték, különben is új helyzet teremődött Közép-Kelet-Európában. Az osztrák—magyar közösködés elveszítette értelmét, így a zárolással az osztozkodásnak is elejét vették. Egy időre, legalábbis. A párizsi magyar kolónia adataink szerint a veszített világ-

háború következtében 50 ezer fővel gyarapodott, egy Kecskemét szerű nagy magyar mezőváros teljes lakosságával. Az akkori jelentések szerint „körrükben a kommunista tanok nagy tért hódítottak”, pont ezért szó sem lehetett már újraszervezni a régi magyar együletet.

Akarva-akaratlan volt abban valami jelképes, hogy „szalonképes” személyt bíztak meg 1925 nyarán a Párizsi Magyar Egyesület megszervezésével. A fő irányító báró Korányi Frigyes rendkívüli követ és meghatalmazott miniszter volt, a nagy belgyógyász dinasztia kiváló közgazdász tagja.

Számunkra azért (is) érdekes, mert a gyorssegélyezés után első dolga volt az ingyenes orvosi rendelő (25, Rue Bobillot), az ingyenes fogorvosi rendelő (29, Bd. St.-Martin) és az ingyenes étkezde (15, boulevard St.-Germain) felállítására. Nem érdektelen az ingyenes orvosi rendelő személyzetének összetétele sem. Közöttük találjuk Mezei Kornél ny. közkórházi ig. főorvost, Papp Karolát, a szegedi egyetem tanársegédét, Went István tanársegédét, a későbbi híres debreceni fiziológus professzort, aki ekkor ösztöndíjasként tartózkodott Párizsban. E sorok írója, akinek szerencséje volt még hallgatni az ő nagy formátumú előadásait, sohase hallott gyakorló orvosi múltjáról. Különösen azok után meglepetés, mert amikor egy medika szigorlat közben kollabált, tanársegédjét „orvosért” küldte el, jelezvén, hogy a kutató nem diagnosztizálta. „Beszervezték” a francia orvosokat is. Marcel Galland a tbc-seket volt hivatva ellátni, segített még Révész Tibor dr., Besnyő Ilona orvos-gyakornok, Béres István szigorló. Az ápolónői személyzetben jobb volt a franciák aránya. Így Mme Lallemand, Mme Verrie és Apor Margit, azaz hárman látták el a legfőbb teendőket. A fogorvosi rendelőt Markovics Károly stomatológus és Forka Károly asszisztens vezették. A helyiségeket a városi hatóság nevében Mr. Chatelain osztályvezető adta át. Végeztek himlőoltásokat, Wassermann-vizsgálatokat, kisebb műtéteket (a nagyobbakat kórházba utalták, szintén ingyenes alapon), a kiadott receptekre térítésmentesen kapták a gyógyszert, a fekvő betegeket rendszeresen látogatták, naponta átlag 90 reászoruló résztettek orvosi ellátásban. Külön probléma volt a venereás és tuberkulotikus betegek kezelése. Igaz, a versailles-i szerződés értelmében a franciák megkapták a Salvarsan gyártásának szabadalmát, ám ez a terapia korántsem volt veszélytelen. A Pas-de Calais közelében levő Berck-sur-Mer helységben a franciák régóta építettek egy szanatóriumot a skrofulás gyermekek részére, Galland dr. jó-

voltából a magyar gyermekek részére ugyanitt biztosítottak ideális gyógyulási lehetőséget. Probléma természetesen a francia kórházak túlszűfolttsága és a magyarok hiányos nyelvi ismerete. Ez utóbbin könnyebb volt segíteni, ingyenes nyelvtanfolyamok szervezésével.

Természetesen akadtak illegális gyakorlatot folytatók is. Idézzünk megint Illyés könyvéből. „Lugosi orvosnővendék volt, s titokban máris rendelt. Ő szedte ki — néha szantimokért — a hontalanoktól a szuvas fogat és a gonococust” (Hunok Párizsban, Bp. 1970).

A franciák eddigi segítsége félig-meddig karitativ jellegű volt, minden ceremonális körítés nélkül. 1913. november 15-én azonban a *La France Illustrée* c. tekintélyes napilap kiküldi tudósítóját a városházára, hogy szemtanúja legyen az ünnepélynek. Amint a tudósításból kitűnik, az egyesületet Edouard Horn segítségével alapították 1864-ben. Tragikus egybeesés, hogy amikor 1914-ben a félszázados jubileumot kellett volna megünnepelni, helyette hadüzenet történt az összes bennünket sújtó következményeivel. Érdekes véletlen viszont, hogy 1931-ben az alapító fia, Emile Horn elnök fogadta a magyar kolónia küldöttségét. Beszédében emlékeztetett rá, hogy 1848-ban kb. 400 magyar a két nép zászlaját lengetve vonult ugyancsak a városházára, ahol akkor nem kisebb ember mint Lamartine fogadta őket, aki emlékezett még magyarországi útjára („J'ai traversé vôtre patrie, j'ai témoin des vertus pastorales...”) és tolmácsolta a franciák rokonszenvét a magyarok iránt. Felavatták a francia—magyar kölcsönös szimpátia szimbólumot, egy szép kétnyelvű zászlót, Monsieur Horn szerint „cette fraternité n'est pas que sur ce drapeau, ellen est dans la tradition historique...”, azaz ez a barátság nemcsak zászlón létezik, történelmi hagyományai vannak stb., a magyarok részéről Szakos János, a társaság alelnöke mondott pátoszos köszönetet, ami ilyenkor egyáltalán nem fülsértő.

A múlt század Párizsa Gruby Dávidot, Mandl Lajost mondhatta magáénak, ám akkor más volt a politikai konstelláció, a Habsburg-gyűlöleten felétlen egyetértettünk, s ha a franciák fővárosában megmozdult valami, Pest-Budán is nyugtalankodtak. Mind a rebellesek, mind a kopók. Az I. világháború úgy látszott, mindent elrontott. A húszas évek közepén mégis feléledt valami a múltból, amire jó érzés visszaemlékezni.

Szállási Árpád dr.



Psychiatria

Tabletták vagy beszélgetés: egy hamis kontraszt a pszichiátriában. H. M. Praag (Dept. Psychiatry, State Univ. of Utrecht, The Netherlands): Comprehensive Psychiat. 1979, 20, 502.

A modern pszichiátria alapvetően kétféle kezelésmód között választhat: „tablettákat” (azaz pszichotrop gyógyszerelést), vagy „beszélgetést” (azaz pszichoterápiát) alkalmazhat. A kettőt gyakran szembeállítják azzal, hogy a gyógyszerek csupán „tüneti” szerek, nem szüntetik meg a pszichés betegségek „okát”, sőt egyfajta amesztézia előidézésével a valódi oki kezelést inkább hátráltatják. Ez az állítás két előfeltételezésen nyugszik: egyfelől, hogy a pszichés betegségeket döntően pszichoszociális faktorok okozzák, másfelől hogy ebben az esetben az organikus (agyi) tényezők érdektelenekek és a gyógyszeres kezelésnek sem lehet terápiás értéke.

Mi a valóság e két állításban? Pszichoszociális tényezők gyakran játszanak szerepet pszichés betegségek keletkezésében, ezt számos szisztematikus és objektív eszközökkel dolgozó vizsgálat bizonyította (pl. Paykel vagy Holmes kutatásai); ám e pszichés „traumák” sohasem specifikusak, és úgy tűnik, inkább mennyiségük, mint minőségük döntő. Azt sem helyes figyelmen kívül hagyni, hogy az ugyanilyen „traumákat” átélő emberek óriási többsége nem betegszik meg; ezért inkább a „sérülékenység”-ként megjelölhető tényezőre kell nagyobb figyelmet fordítani.

De ha elfogadjuk a pszichoszociális tényezők kórokozó szerepét, azt jelenti-e ez, hogy akkor az agyi folyamatokat figyelmen kívül hagyhatjuk? Az emberi magatartás nem változhat az agy állapotváltozása nélkül; a pszichés és szociális hatások nem valamiféle vákuumon át, hanem az agy állapotának megváltoztatásán keresztül hatnak a viselkedésre. Az agy funkciói pedig élettani és biokémiai fogalmakban leírhatók; vagyis a pszichoszociális eredetű betegségeknek is van neurokémiai szubszt-rátuma.

Az „ok” pszichés betegségekben összetett: jelenti egyfelől azt az agyi funkciózavart, amely közvetlenül előidézi a rendellenes tüneteket; és jelenti mindazokat a tényezőket, melyek ezt az agyi működészavart kiváltották. Ez utóbbiak egyaránt lehetnek „organikus” és „pszichoszociális” tényezők; amíg a kutatások széles skálán

vizsgálják ez utóbbiakat, kevés figyelmet fordítottak eddig az előbbi láncszemre, amely pedig az élmények magatartássá vagy testi működésváltozásokká alakulásának folyamatát rejti magában. Az agy neurokémiai funkciója és a magatartás közötti kapcsolat kétoldalú: mindkettő hat a másikra, befolyásolja a másikat, maguk az élmények is előidézhetnek neurokémiai változásokat, melyek azután meghatározzák a további magatartást és így tovább.

Ebből következik, hogy a gyógyszerek és a pszichoterápia egyazon cél elérésének két egymást kiegészítő eszköze. A gyógyszer önmagában, a beteget érő kóros külső és belső hatások kikapcsolása nélkül csupán átmeneti eredményt hoz, gyakori visszaeséssel. Vajon az ellenkezője igaz volna? A pszichoterápia elégséges lehet önmagában? Ritkán, stabil személyiségű beteg akut „trauma” okozta tüneteiben talán igen — ez viszont a pszichiátriai betegségek elenyésző hányada. Többségükben számos különböző, hosszú ideje ható ártalom együttese idézi elő a betegséget, melynek már nincs is direkt kapcsolata az előidéző tényezővel; a magatartás fokozatosan válik kórossá, és olyan állapot jön létre, melyben jelentéktelen behatások is provokálják a tüneteket, sőt azok gyakran spontán jelennek meg. Ilyenkor illúzió azt hinni, hogy a beteg személyiségének és környezetének korrekciója megoldhatja a helyzetet; hiszen ezen túl a kialakult kóros folyamatokat, kóros reakcióformákat is meg kell szüntetni. Ez a dekonkondicionálás elvben gyógyszeresen is lehetséges, ám ilyen szerek ma még nem állnak rendelkezésre — ezért marad a neurozisos kezelésében egyelőre csaknem kizárólag alkalmazott eljárás a pszichoterápia.

Az affektív pszichózisokban és a szkizofréniaikban viszont a pszichoterápia önmagában nem tekinthető adekvát kezelésnek. E folyamatok elindulásuk után a környezeti hatásoktól nagyrészt függetlenül zajlanak le, olykor spontán is zajlanak, ám lefolyásuk igen hosszú. Itt a gyógyszerek hatékonysága kétségtelen: megrövidítik a lefolyást, kedvezőbbé teszik a prognózist, nem csupán a tüneteket enyhítik.

A pszichoterápia voltaképpen azt célozza, hogy csökkentse az egyén „sérülékenységét” az élet terheléseivel szemben. Ugyanezt teszi a gyógyszeres kezelés a biológiai vulnerabilitás csökkentésével: a lítium és a depó-neuroleptikumok alkalmazásának tapasztalatai ezt kétségen felül bizonyítják.

Kitűnt, hogy a fenntartó gyógyszeres kezelés hatása javítható megfelelő pszichoterápiás kiegészítéssel; ez a lítiumkezelés kapcsán is igazolódott. Az viszont nem bizonyult igaznak, hogy a gyógyszeres kezelés hátrányosan befolyásolná a pszichoterápia sikerét.

Ezért az a nézet, mely szerint a gyógyszeres kezelés a pszichés betegségekben ártalmas, vagy jobb esetben haszontalan volna, téves és káros. Miután a pszichogén betegségek is neurokémiai folyamatok útján jönnek létre, ezek befolyásolása, korrekciója gyógyszerekkel nem csupán elméletileg indokolt és helyes, hanem empirikusan is igazolható módon csak a két kezelés kombinációja tekinthető észszerű és hatékony gyógyító eljárásnak.

[Ref.: a hosszúra nyúlt referátum végére csak egy mondat: a „hamis kontraszt” nem egyes új eljárások bevezetését, hanem a többi eljárás kritikáját jelenti. Sajátos jelenség — megjegyezték a hazai könyvpiacra is —, hogy míg a pszichiátria némely irányzata (kelő alap nélkül) éppen e kritikát hangsúlyozza a gyógyító gyakorlat bevált eljárásaival szemben, önnön nézeteinek kritikájára rendkívül érzékenyen reagál. Pedig a „biológiai” pszichiátria soha nem a pszichoterápiát, soha nem a szocioterápiát, hanem csupán annak feltételek kizárólagosságát kérdőjelezte meg.]

Bánki M. Csaba dr.

A szerkesztőség megjegyzése: Az ismertetett cikknek alapjában igaz van, azonban az a beállítás, hogy a biológiai pszichiátria elnyomott irányzat lenne, és hogy a pszichiáterek között sokan lennének, akik a gyógyszereket nem használják vagy károsnak tartják, félrevezető. A biológiai pszichiátria korunkban a legtekintélyesebb, a legelfogadottabb, a gyógyszerek nemcsak a pszichiátriában használatosak, gyakorlatilag az egész medicina használja a pszichotrop szereket. Elenyésző és befolyás nélküli a biológiai pszichiátria elleni kritika, abban is inkább szemléleti és nem gyakorlati kérdésekről van szó. A referátum mutatja az egyik vitás pontot: a biológiai pszichiátria az okság problémáját bizonyos mértékig ki akarja sajátítani és elsősorban a biokémiai elváltozásokon alapuló agyi funkciózavart tekinti elsődleges oknak. Emellett, akár ezzel egyidejűleg azonban lehet ok a személyiség és környezet viszonyának zavara, a személyiség környezeti hatásokra történő káros, hibás fejlődése is. Nyilvánvaló, hogy a szemlélet könnyen polarizálódik, nehéz egyenrangúnak tekinteni az „organikus” és „pszichoszociális” oki tényezőket, és miközben a referensnek és a bemutatott tanulmánynak igaza van, hogy nem kellene a két szemlélet-pólus között szükségképpen ellentétnek lennie, a referálás is mutatja, hogy van, — biológiai oldalról is.

Sajátélmény, önismereti élmény szerzésére alakult csoportokban fellépő pszichózis. Sale, I. és mtsai (Lindsay Miller Clinic, Mulgrave Street, Launceston, Tasmania, 7250): Medical Journal of Australia, 1980. 67/1, 157.

A szerzők három nőbeteg esetét ismertetik, akiknek heveny pszichózisra vagy pszichotikus reakciója önismereti, önfeljesztő csoportokban való részvétel (ún. encounter group) után robbant ki. Az ilyen csoportokban nagyon intenzív kommunikáció folyik, a csoporttagok kapcsolata egymással élénk, és a személyiséget a csoportélmény gyakran megterheli, mert egyszerűen nagyon sok negatív visszajelélést kap önmagáról. Mindhárom esetben a csoportfolyamat nagyon mélyreható volt, a csoportok csaknem teljes izolációban zajlottak, a résztvevőknek le kellett adniuk az óráikat is, és mindenben alá kellett vetniük magukat a csoportvezető akaratának. A csoportvezetők agresszív, konfrontatív, a résztvevők személyiségébe erősen belemélyülő emberek voltak, ugyanakkor „charizmatikus” tekintélyük is volt. Mindhárom esetben a pszichózis fellépése előtt a későbbi páciens a csoport akcióinak célpontja volt, és nagyon sok negatív minősítést kapott.

Az önismereti csoportokban fellépő pszichózisokról számottevő irodalom van, a vélemények többsége az, hogy a túlzottan konfrontatív vezetői stílus és a túl intenzív, belterjes csoportatmoszféra vezet a sérülékeny csoporttagok dekompenzációjához. A szerzők szerint az önismereti csoportokat divatterüen propagálják, ezek messianisztikus mozgalmat jelentenek, a csoportvezetők anyagi érdeke azt kívánja, hogy minden jelentkezőt válogatás nélkül felvegyenek, holott a messianisztikus légkör vonzza az instabil embereket. A három beteg esetében sem volt előzetes szűrés, ha lett volna, kiderülhetett volna a három ember veszélyeztetettsége. A szerzők az encounter-csoportok előszűrését tartják kívánatosnak.

[Ref.: Az intenzív önismereti csoportok veszélyeit e csoportmódszerek ellenzői gyakran emlegetik. Ha a módszerek hatásosak, akkor szinte szükségszerű, hogy legyenek ilyenfajta mellékhatásai is — ez általában tisztázódott a pszichoterápiával kapcsolatosan (az ún. deteriorációs effektus kérdése ez), tehát valószínű, hogy ilyen esetek előfordulnak és ezek elkerülésére óvintézkedéseket célszerű tenni. Am nem szabad elhallgatni, hogy az ok és az okozat viszonya nehezen megállapítható, nagyon kísért a post hoc ergo propter hoc logikai hibalehetősége. Nagyon lehetséges ugyanis, hogy vagy egy már megindult dekompenzációs folyamat kulminál egy csoportélmény után (a véletlen egybeesésnek is van statisztikai valószínűsége), vagy pedig a csoportélmény mint nem spe-

cifikus interperszonális megterhelés borítja fel a személyiség egyensúlyát, amelyet ugyanúgy felboríthatott volna valamilyen természetes trauma vagy intenzív emberi hatás. Összesítve azt lehet mondani, hogy az önismereti csoportok veszélyessége nem nagy, éppen azonban az „ellentábor” hibázatos reakciójára számítva helyes a súlyosabb mértékben károsodott, feszült embereket kihagyni a nagyon intenzív csoporteljárásokból, pl. az ún. marathons csoportoknál vagy a több napos „klauzúrával” járó csoportokból, és helyettük inkább folyamatos, rendszeres csoportmunkába irányítani őket.]

Buda Béla dr.

A szociális környezet és a visszaesés a schizophréniában. Szerkesztőségi közlemény: British Medical Journal, 1980, 281, 173.

A szociális tényezők szerepe a schizophréniában állandó kutatás tárgya. A brit Medical Research Council Social Psychiatry Unit elnevezésű kutatócsoportja évtizedek óta végez kutatásokat e téren. Wing és Brown immár klasszikussá vált felmérése például kimutatta, hogy a krónikus schizophrének pszichológiai leromlása szoros kapcsolatban áll az ápolószemélyzet korlátozó attitűdjével és az értelmes foglalkoztatás hiányával.

Hasonló szabályszerűség áll fenn a kórházból való kibocsátás után a leromlás és a visszaesés terén. Ez attól függ, milyen körülmények között él a beteg. Ha a családi környezet ellenséges, domináns és érzelmileg túlereagáló volt, a visszaesés valószínűsége nagyobb. A visszaesés kockázatát csökkenti, ha a beteg viszonylag keveset érintkezik a kedvezőtlen reakciókat mutató családdal. A vizsgálatokból a visszaesés pszichológiai mechanizmusa is kiderül: a beteg és a család interakciója olyan circulus vitiosus indít be, ami a betegből kiáltja a tünetek fokozódását. A fenntartókkal történő kezelés képes csökkenteni ennek a kóros körnek a hatását, Leff és Wing vizsgálata szerint a gyógyszereszedők egyharmada mégis visszaesik.

Vaughn és Liff most megismételte a korábbi vizsgálatokat, intenzív érzelme kifejezésre, érzelmi reakcióra hajló családi környezeteket hasonlított össze normálisnak vehető családokkal, a visszakerülő schizophrén relapszusát illetően. Ismét azt találták, hogy a beteg viselkedésére érzelmi reakciókat adó családokban a visszaesés nagyobb. Véd a megfelelő fenntartó gyógyszerelés, és ha a beteg keveset érintkezik a számára legfontosabb családtaggal. Ha ez a két védő körülmény együtt van, akkor a visszaesés ugyanaz a kb. 15%, ami a normálisnak vehető családokban is előfordul.

Újabb olyan vizsgálatok is vannak, amelyek kimutatják, hogy

a beteg pszichobiológiai válasza is más arra a hozzátartozójára, akinek érzelmi reakcióit tart. Pulzusszáma megnő és izzadságmirigyei erősebben működnek. Ezek a megfigyelések a fokozott kérgi ingerületi állapot (cortical arousal) koncepcióját támasztják alá, amelynek segítségével korábban magyarázták, hogy miért esik vissza a beteg a környezet hatására. Ebben az irányban érdekes lenne tovább kutatni és szükség volna az eddigi vizsgálatok replikációjára is.

A beteget megterhelő életesemények is lehetnek relapszust kiváltó hatások, erre vonatkozóan is sok adat van, ezekkel a brit vizsgálatok szerint épp oly szoros a visszaesés korrelációjára, mint a családi környezet érzelmi reakcióival, kritikáival.

A Social Psychiatry Unit kutatási eredményei tehát folyamatosan is egybehangzóak és gyakorlatban használható támpontokat adnak a krónikus schizophrén betegek kezeléséhez és rehabilitációjához.

Buda Béla dr.

Anygcserebetegségek

A kóros elhízás meghatározása és egészségügyi következményei. Drenick, E. J. (Center for Health Sciences, Univ. of California, Los Angeles, Calif., USA): Surg. Clin. N. Amer., 1979. 59, 963.

A Surg. Clin. N. Amer. c. folyóirat 1979. decemberi száma a kóros elhízással foglalkozik. Buchwald minneapolis professzor szervezett symposiumot a kóros elhízásról, s a kötet ezt a témát tárgyalja, elsősorban az elhízás miatt végzett műtétek szemszögéből. Az első közlemény szerzője, Drenick professzor, az elhízás következményeivel foglalkozik bőséges amerikai statisztikai adatokra támaszkodva.

Az USA-ban a 21–74 évesek közötti férfiak 4,9%-a, ugyanebben a korosztályban a nők 7,2%-a elhízott, ez kb. 7,3 millió jelentékenyen elhízott egyént jelent, 200 elhízott férfi mortalitását összehasonlítva az USA normális súlyú lakosságával, a 25–34 évesek mortalitása 12-szerese, a 35–44 éves elhízottak mortalitása 6-szorosa a normális súlyúaknak. A kiválasztott 200 elhízott férfi nyomonkövetéses vizsgálata szerint 7,6 év múlva már 50%-uk nincs életben.

Az elhízás rizikófaktor szerepe ugyancsak jelentős, számos betegség kövéréssel társulva lényegesen gyakrabban fordul elő, mint a nem elhízottakon. Így pl. epeköveség elhízott 45–55 éves nők között 35–100%-os gyakoriságú, de ugyanígy súlyosbítja az elhízás a 40 év alattiakat angina pectoris, myocardialis infarctus, hirtelen halál vonatkozásában is. A hypertonia elhízott férfiakon kétszer gyakrabban fordul elő, mint nőknél. Az

USA-ban jól ismert VA (Veterans Administration) tanulmány szerint a 25 éve elhízott és átlagosan 42 éves férfiaknak már 59%-a diabeteses vagy azzá válik. A kóros elhízással arányosan növekszik a műtéti rizikó is. 120 kg feletti nők uterus exstirpációjának mortalitása 20%, ez alatt csak 2%. De nem jobb a helyzet a terhességgel kapcsolatban sem: elhízottak 21%-a szül 4 kg-on felüli magzatokat, normális súlyúak csak 6%-ban.

A kóros testsúlynövekedés csökkentése tehát igen fontos törekvés, de a veszélyekkel is számolni kell. A 0 kalóriás vagy az igen jelentősen kalóriaszegény étrendek nagy körülményekkel alkalmazandók, mert a túlzottan gyors súlyvesztésre való törekedés halálhoz is vezethet. 39 fiatal elhízott nő és 19 férfi halt meg hirtelen úgy, hogy közülük 16-nak egyébként semmi baja sem volt. Az étrend folyékony fehérje diétából állott, 300 kalóriát tartalmazott. 10 páciensen alakult ki befolyásolhatatlan fibrillatio.

Iványi János dr.

A kóros elhízás terápiájának átfogó szemlélete. Bernstein, R. S., Th. B. Van Itallie (411 West 114 th Str., New York, New York 10025), Surg. Clin. N. Amer., 1979, 59, 985.

Számos betegség társul az elhízáshoz, ezek közül a coronaria betegséggel kapcsolatos adatok a legismertebbek. Coronaria betegségben az elhízás a legfőbb rizikó tényezője, de az elhízás kihat egyéb betegségekre is (diabetes, hypertonia stb.). Életet veszélyeztető szituációk jöhetnek így létre, s ezért nagyon is érthető a törekvés az elhízás csökkentésére.

Korábban a hagyományos terápiaként emlegetett éhezést (koplalás) és az alacsony kalóriájú étrend szerepelt csak az elhízás elleni küzdelemben, ezt később gyógyszerekkel (elsősorban diureticumokkal) egészítették ki, újabban a különböző sebészi módszerek kezdenek terjedni. Érdekes, hogy a közleményben nem esik szó az anorexigen szerekről, s ez egyben jelzi is a szerzők véleményét a terápiának erről a néhány évtizeddel ezelőtti „divatjáról”.

A teljes koplaltatást célszerű intézetben végezteni, mert vannak szövődményei: posturalis hypotensio, hyperuricaemia, acidosis, átmeneti máj- és vesefunctio romlás, elektrolytvesztés. Az USA-ban ismeretes az alacsony fehérjeteralomú (collagen hydrolysatum) folyékony kalóriaszegény étrend tryptophannal kiegészítve. Erre az étrendre gyors testsúlycsökkenés következik be, de már közel 60 egyénen hirtelen halál következett be erre a diétára (többségükön szívhalál).

A sebészi beavatkozások közül az intestinalis bypass műtétek terjedtek el legjobban, ezek lényeges közös alapja a malabsorptio meg-

teremtése. Sajnos, számos és egyre több mellékhatással is számolni kell e műtétek után: cirrhosis, arthritus, calcium oxalat vesekő, bélbaktériumok elszaporodása, cholelithiasis, elektrolytvesztések, proctitis, késői szövődményként osteomalacia. Jobbnak tartják a gyomron végzett műtéteket (bypass és plasztika), ezek a műtétek csökkent táplálékfelvétellel járnak, ha a beteg többet eszik, hány vagy oesophagus reflux jön létre, az intestinalis bypass műtétek során észlelt mellékhatások azonban nem fordulnak elő. A helyes sorrend mindenképpen az étrendi, a műtéti beavatkozások csak a konzervatív terápia hatástalansága után jöhetnek szóba.

Iványi János dr.

Energiaszabályozás kóros elhízásban multidiscplináris terápia segítségével. Bothe, A. jr. és mtsai (New Engl. Deaconess Hosp., 194 Pilgrim Road, Boston, Mass. 02215, USA (Surg. Clin. N. Amer., 1979, 59, 1017).

Az elhízottak számának növekedése az USA-ban komoly orvosi és kormányzati problémát jelent, mert egy szenátusi jelentés szerint mintegy 30–40 millió amerikai elhízott, közülük 7,5 millió súlyosan. Számos olyan betegség van, melyhez az elhízás rizikó tényezőként társul, így a keringési rendszer betegségein kívül a restrictív tüdőbetegségek, a Picwick syndroma, a degeneratív arthritisek, epehólyagbetegségek, a diabetes mellitus, az infertilitás, a hyperlipoproteinaemiák, a psychosocialis incapacitás stb.

Mivel a konzervatív kezelés eredményei nem egyértelműen jók, s egy felmérés szerint a betegeknek csak 1/3-a tartotta 4 éven át az átlagos 18 kg-os testsúlycsökkenését, a konzervatív terápia mellett előtérbe kerültek a sebészi beavatkozások. Ezek kritériumai a következők: 200%-kal magasabb testsúly a megfelelő standard testsúlynál, ismételt visszaesés diétás kezelés ellenére, stabil felnőttkori életvezetés, 18–50 év közötti életkor, súlyos szív- és bélbetegség hiánya, megfelelő máj- és vesefunctiók. A műtét csak kiegészítő jellegű, a sokarcú meglévő problémák megoldása nélkül (stabil étrend biztosítása, viselkedés-pszichológiai tényezők stb.) rosszak a hosszú távú eredmények.

A műtét előtti félig koplalásos étrend hatása figyelemmel kísérendő, ennek tartama tetszés szerinti. Műtét előtt igen részletes anamnesis szükséges, endokrinzavar kizárása feltétlen indokolt. Az anamnesis mellett részletes kivizsgálás elengedhetetlen, ebbe beletartozik a légzésfunktions próbák mellett a phlebographia is. A műtét kis dosisu heparinvédelemben történjék, subclavia vagy jugularis interna-

katéteren isotoniás sóoldattal és preventive 1 g cephalosporin iv.

A műtétek közül csak a gyomor-bypass részletes leírása szerepel a cikkben, amelynek az a lényege, hogy kb. 60 ml-es kisgyomrot készítenek, s ezzel korlátozzák a táplálékfelvétel mennyiségét. A postoperatív teendők sokrétűek éppúgy, mint gyomorresectio végzése után. Nausea és hányás a betegek 2/3-ában így is zavaró momentum lehet. 34 betegből az első 6 hónapban csökkent legtöbbnek a súlya. 2 beteg halt meg anastomosis szívgárgás, ill. tüdőembolia következtében. 50%-ban anastomosis revisio vált szükségessé.

Iványi János dr.

Sebészi megközelítések a hibás jejunoilealis bypass és a hibás gastrikus bypass miatt. Buchwald, H. (Dept. of Surg., Univ. of Minnesota Med. Center, Mayo Memorial Building, Minneapolis, Minn. 55455, USA): Surg. Clin. N. Amer., 1979, 59, 1121.

A kóros elhízással foglalkozó symposium szervezője mintegy összefoglalja a sebészi lehetőségeket azokban az esetekben, amikor sem a jejunoilealis bypass, sem a gastrikus bypass nem válik be. Kritikusan elismeri, hogy jejunoilealis bypass műtét után közvetlenül minden betegnek van panasa, ez a hasmenés, amelyik csak kb. 1 év múlva rendeződik napi 3–4 székürítéssel. Az elektrolytzavarok is csökkennek gyógyszeres kezelésre és a hasmenés ritkulásával, de mégis mintegy 80%-ban műtéti revízió szükséges. Előbb a bypass méretein lehet változtatni, s ha ezek nem hoznák meg a kívánt hatást, gastrikus bypasst lehet végezni.

Sajnos, az elsődlegesen végzett gastrikus bypassnak vagy gastroplasztikának is lehetnek szövődményei, ha kisebb mértékben is, mint a jejunoilealis műtéteknek. A szövődmények kb. 50%-ban fordulnak elő, leggyakoribb a postprandiális hányás és gyomor feszülés, esetleg dumping syndroma is. Ha ezek a zömmel postoperative jelentkező panaszok megmaradnak, s afferens kacs syndroma is kialakul, s ráadásul a kívánt súlycsökkenés sem következik be, műtéti revízió szükséges. Előbb természetesen tájékozódni kell a hibáról (meg kell győződni röntgennel, mekkora gyomortasak, milyen az ürülés), s ha ezek konzervatív úton nem oldhatók meg, a gastricus bypass helyett jejunoilealis bypass műtét végezhető. [Ref.: Több alkalommal referáltam már a kóros elhízás sebészi kezeléséről, s utóbb hazai közleményeket is olvashattunk. Ez a symposium a Payne és DeWind által bevezetett, majd módosított jejunoilealis bypass műtétek mellett már részletesebben foglalkozott a gastrikus bypass és gastroplasztika műtétekkel is, sőt a truncalis

vagotomiát is csatasorba állították (egy Kral nevű svéd sebész) a kóros elhízás befolyásolásra. Az dicsérendő, hogy a műtöket végzők leírják a szövödményeket is, sőt írják az 1,6–2,2%-os halálozási arányról is, de azt nem hangsúlyozza minden közlemény, hogy ezek a beavatkozások útkeresés jellemezők, s helyüket véglegesen csak akkor lehet majd kijelölni a terápiában, ha nem olvasunk újabb és újabb, a műtöket terhére írható szövödményekről.]

Iványi János dr.

A táplálékbevitel kontrollja: diétázás és az intestinalis bypass hatása. Bray, G. A. és mtsai (Dept. of Med., Harbor-UCLA Med. Center, 1000 West Carson Str., Torrance, Calif., 90509, USA): Surg. Clin. N. Amer., 1979, 59, 1043.

A szerzők műtött beteganyagában a műtét előtti napi kalória-felvétel átlagban 6700 kalória volt, ez a műtét utáni első 6 hónapban napi 2000 kalóriára csökkent. 21 beteg jól jellemzett összefüggést találtak a csökkentebb kalória-felvétel és a súlyvesztés között.

Tapasztalatuk szerint az ízérzés cukorra megváltozik a bypass műtét után, de más faktorok is befolyásolják műtét után a redukált táplálékfelvételt. Az orális okok között a megváltozott ízérzés és néha a szagérzés befolyásolja a bőségesebb táplálékfelvételt, a gastrointestinalis tényezők is többfélék: mechanikus feszülés, maguk a táplálékok, az indirekt úton ható bélhormonok, míg a táplálékfelvétel utáni tényezők között a felszívódásban észlelt zavarok, másrészt különböző hormonok játszanak szerepet. A pontosabb analízis azt mutatja, hogy bypass műtét után az insulin csökken táplálékfelvételre, a glukagon nem változik, az enteroglukagon, a pankreas polypeptidok emelkednek, a gastrin igen jelentősen emelkedik, a glukóz, réz és cink csökken.

Ezek a változások csupán diéta hatására nem következnek be, a műtét tehát sokkal jelentősebben nyúl bele a táplálékfelvétellel kapcsolatos anyagcsere folyamatokba, s nem csupán arról van szó, hogy a műtéten átesetteknek egyszerűen csak csökken a táplálékfelvételük mennyisége. A gyomor kiürülése lassabb bypass műtét után, de nem szignifikáns műtetre nem került normális súlyú egyén gyomorürüléséhez viszonyítva.

Iványi János dr.

Jejuniolealis bypass kóros elhízás kezelésére. Quade, Fl. (Dept. of Med., Hvidovre Hosp., 2650 Hvidovre, Copenhagen, Denmark): Surg. Clin. N. Amer., 1979, 59, 1055.

A dán endokrinológus professzor irodalmi adatok és randomizált klinikai tapasztalatok alapján

foglal állást a jejuniolealis bypass műtét helyét illetően a kóros elhízás terápiájában. 1963–1977 között munkatársaival 341 idevágó irodalmi adatot nézett át, ezekből értékelhetően csak a fele, 171 dolgozat foglalkozott 6319 beteggel (ebből az USA-ra esik 76%, az európai országokban a legmagasabb arány 6%, tehát a műtét Európában még csak most van elterjedőben). 1973–75 között Dániában 12 kórház anyagában 196 betegből nagyon gondos válogatással 3:1-es jejuniolealis bypass műtétet végeztek 64 esetben, 1:1-es jejuniolealis műtétet 66 esetben és konzervatív terápiában részesült 66 beteg. Az irodalmi adatok a sebészi beavatkozás előtti körülmények kiválasztására (10-en felüli szempont alapján) és a döntés meghozatalára kevés esetben megfelelőek. Legtöbbször a túlsúly mértékét és a konzervatív terápia eredménytelenségét említik (81, ill. 64%). Jellemző, hogy 171 ilyen módon készült publikációból 48% sebészi intézetből való, 13 belgyógyászati és 20% közös. A postoperatív súlycsökkenés folyamatos nyomon követése csak 45 közleményben szerepel (1711 beteg), 5 éves követés csak 5 közleményben (436 eset). A somatikus tünetek összehasonlítása csak 110 operált és 52 konzervatív módon kezelt beteg között történt meg: cardialis panaszok csökkentek, hasi diszkomfort érzés fokozódott az operáltak között, a pszichés tünetek a gyógyszeres csoportban voltak jelentősebbek, míg a szociális faktorok (napi tevékenység sport, normális szexuális aktivitás, régi ruhák viselése) mind szignifikánsak voltak a műtét csoportban. A halálozás 2,8%, az összesen 179 halálozástól 21% az első postoperatív hónapra esett. Műtét szövődmény az elektrolyt-zavarokon kívül számos volt (vesekő, májkárosodás, elégtelen súlycsökkenés), reoperációt 136 esetben kellett végezni. 171 közlemény szerzője közül csak 4 (2%) hangsúlyozza a műtét végzését, 36 (21%) csak fenntartásokkal.

A szerző végső konklúziója is az, hogy a jejuniolealis műtétnek kevésbé kockázatos alternatívák (gastroplasztika, vagotomia, módosított böjtkúrák) lesznek a jövőben a kóros elhízás terápiás lehetőségei.

Iványi János dr.

Oxalát vesekő jejuniolealis bypass után. Clayman, R. R. D. Williams (Dept. of Urol. Surg, Univ. of Minnesota Hospitals, Box 428 Mayo, Minneapolis, Minn. 55455, USA): Surg. Clin. N. Amer., 1979, 59, 1071.

A jejuniolealis bypass műtét után fellépő szövödmények egyik leggyakoribbja a vesekő, közelebbről az oxalátkő. Mivel a műtét után a statisztikai adatok szerint férfiakban 20%-ban, nőkben 7%-ban jelentkezik oxalát vesekő,

az anamnesisben szereplő vesekövesség a műtét egyik ellenjavallatát képezi. A legtöbb kő 2 éven belül jelentkezik a műtét után, 2153 betegből 11%-ban találtak oxalátkövet.

Az oxálsav részben a máj glicin metabolizmusa révén, részben az oxalátot tartalmazó tápanyagok (rebarbara, kakó, leveles zöldségek) enterális absorpciójából származik. Normális körülmények között a máj 90%-ban felelős az oxalát vizeletben történő kiválasztásáért. A jejuniolealis bypass műtét után az oxalát passzív abszorbeálódik a colonban, s a máj megváltozott működése (legtöbbször májkárosodás is fellép a műtét után) hyperoxaluriához vezet. Rectálisan adva a vizeletben megnövekedik az oxalát kiválasztás, oxalátmentes diétán bypass műtéten átesettekben a vizeletben csökken a kiválasztás. Bőséges vizeletkiválasztás esetén kevesebb az oxalátkő, a vizeletben levő oxalát koncentrációjának csökkentését cholestyraminnal és calcium carbonáttal is el lehet érni, de használnak erre a célra magnesiumoxydot, pyrophosphatot és methylenkékét is. Természetesen a már említett diéta betartása is fontos mindezek mellett.

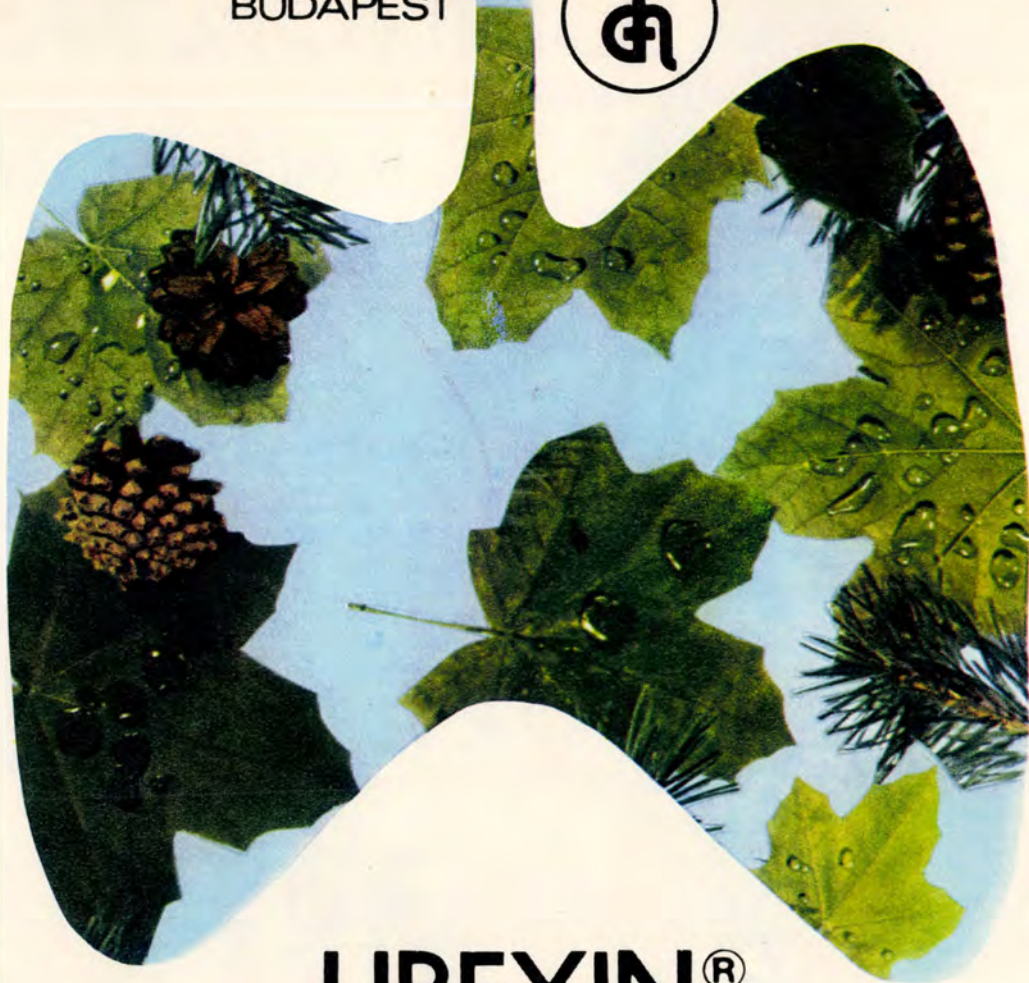
Iványi János dr.

A máj kóros elhízásban és elhízás miatt végzett bypass műtétet követően. Marubio, A. Th. és mtsai (Dept. of Gastroenterol., Fargo Clinic, Fargo, N. Dakota, USA): Surg. Clin. N. Amer., 1979, 59, 1079.

Műtét előtt elhízottakon különböző mértékben találtak a májfunctió próbákat pozitívnak, így kb. 200 betegben a SGOT 7,5, az alkalikus foszfatase 8,4, a bilirubin 3,9 és a serum albumin 15,1%-ban volt kóros. Ezért a bypass műtétre kerülők májműködésének gondos vizsgálata feltétlenül indokolt, s erre a célra értékes adatok nyerhetők májbiopsziával. Az elhízottak májbiopsziás anyagában műtét előtt 3 fő eltérés észlelhető: zsíros infiltratio (ez műtét után fokozódik), portalis fibrosis és a portalis infiltratio műtét előtt 9–15%, 4 évvel a műtét után 30–47%-ra növekszik. Az elhízottak diétás kezelése során a kóros májfunctió próbák javuló tendenciát mutatnak.

A bypass műtétet követően a jejunocolikus shunt után a halálozás májelégtelenség miatt 62 betegből 5 volt 8 év alatt, jejuniolealis műtét után 12 év alatt 604 betegből 10, az összes halálozás ugyanebből az anyagból 31 volt, tehát 1/3-a májelégtelenségben halt meg. 300 beteg vizsgálva 1 évvel a műtét után az alkalikus foszfatase, a SGOT és a bilirubin jó 25%-kal emelkedett, a cholesterin és a triglyceridszint szignifikánsan csökkent.

CHINOIN
BUDAPEST



LIBEXIN[®] COMBINATUM

tabletta

ANTITUSSIVUM

ÖSSZETÉTEL

Tablettánként 200 mg 3-(β,β -Diphenylaethyl)-5-(β -piperidinoethyl)-1, 2, 4-oxadiazolum hydrochloricum és 1 mg Emetinum hydrochloricum hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK

Grippe, bronchitis spastica, bronchitis acuta és chronica, laryngitis, asthma bronchiale, emphysema, pleuritis, pleuropneumonia, tüdő-tbc.

ELLENJAVALLATOK

Nagy váladékozással járó kórképekben és különösen postoperatív állapotokban (inhalációs narkózis után) ellenjavallt.

ADAGOLÁS

Átlagos adagja felnőtteknek naponta 3-4-szer 1 tabletta, étkezés után.

MELLÉKHATÁSOK

Émelygés, esetleg hányinger szörványosan előfordulhat, ami a gyógyszer szedésének abbahagyása után megszűnik.

FIGYELMEZTETÉS

A tablettát egészben nyeljük le, mivel szétrágása a száj nyálkahártyáján múló zsibbadást válthat ki. A gyógyszert a gyermekpraxisban ne alkalmazzuk. Gyermekek elől elzárva tartandó.

CSOMAGOLÁS

20 db tabletta

Térités: 3,90 Ft

MEGJEGYZÉS

✘ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtető.



CHINOIN
BUDAPEST

CHINOFUNGIN[®]

spray

FUNGICIDA TOPICA



A tolnaftat fungicid és fungisztikus hatású vegyület. Hatásos számos dermatophytia lokális kezelésében, elsősorban Trichophyton mentagrophytes, Trichophyton rubrum, Microsporon canis, Epidermophyton floccosum, továbbá Malassezia furfur okozta fertőzések esetén.

Alkalmazható grizeofulvinnal kezelt krónikus dermatophytiák kiegészítő antimycotikus local-therapeuticumaként.

ÖSSZETÉTEL

- 1 g tolnaftatum hatóanyagot tartalmaz 125 g-os palackonként, olajszerű folyadékban.

JAVALLATOK

Dermatophyton okozta superficialis mycosisok gyógyítására: elsősorban erosio interdigitalis mycotica, továbbá tinea versicolor, trichophytia superficialis, epidermophytia inguinale, ekzema mycoticum, rubrophytia, intertrigo mycogenes. Onychomycosisban adjuváns kezelésre.

ELLENJAVALLAT

Nyílt seb befűvése ellenjavalt.

MELLÉKHATÁS

Bőrirritáló, illetve szenzibilizáló hatása elhanyagolható.

ALKALMAZÁS

Szappanos, melegvízes lemosás után naponta 2-szer permetezzük a gondosan leszáritott bőrfelületre, 15–20 cm távolságról, a függőlegesen tartott palackból.

FIGYELMEZTETÉS

Az üres palackot tűzbe dobni, felnyitni nem szabad. A palack legfeljebb 30°C hőmérsékletű helyen tárolható. Az aerosol véletlen belégzése nem ártalmas, legfeljebb enyhén irritáló (köhögtető) lehet. Vigyázni kell arra, hogy a permet a szembe ne kerüljön!

MEGJEGYZÉS

✘ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtető.

CSOMAGOLÁS

125 g fémpalackban

Térités: 8,60 Ft

A gyomor bypass műtét utáni eredmények (56 eset) lényegesen jobbák, a májfunkciós próbák 1 évvel a műtét után nem mutatnak szignifikáns változást.

A májelégtelenséghez vezető okokat fehérjehiánnyal, endotoxint produkáló bélbaktériumok túlzott növekedésével, a máj prolin collagenase stimulációjával magyarázzák. A májelégtelenség 3–12 hónappal szokott a műtét után fellépni. Mivel a jejuniolealis bypass műtét revíziójával előre nem lehet megmondani, hogy javulni fognak-e a kórossá vált májfunkciók (ilyen irányú vizsgálatok azt mutatták, hogy csak az esetek felében), érdemesebb gastrikus bypass műtétet végezni, s műtét előtt mindenképpen indokolt a májfunkciós próbák vizsgálata mellett májbiopsia végzése is.

Iványi János dr.

Epekövek, elhízás és jejunioleostomia Ayub, A., W. W. Faloon (Highland Hospital of Rochester, South Ave. and Bellevue Drive, Rochester, New York 14620, USA): Surg. Clin. N. Amer., 1979, 59, 1095.

Az elhízás önmagában is rizikó-tényező cholelithiasis kifejlődésére. Azok a betegek, akik kóros elhízás miatt jejuniolealis bypass műtétre kerülnek, a műtét után még fokozottabban ki vannak téve epekőképződésnek. A két rochesteri szerző erre keres magyarázatot irodalmi adatok alapján.

Mint ahogyan bypass műtét után zömmel oxalát típusú veseköves fordulnak elő, úgy az epekőképződés is egyfajta köre, a cholesterinkőre vonatkozik. Egyik oka a cholesterinkövek képződésének az, hogy a cholesterint metabolizáló enzim, a HMG CO-A reductase nem tudja normális működését kifejteni, s felszaporodik a májban. Bypass műtét után limitált az epesavak szintézise, megváltozik az epesavak bakteriális összetétele, a gyors fogyás ugyan csak egyik tényező.

A jejuniolealis bypass műtét után epekőképződés 13–30%-ban fordul elő, kétszer annyi, mint műtét nélküli elhízottakon, ezért egyesek felvetik, hogy a bypass műtét elvégzése alkalmával preventív cholecystectomiát is kellene végezni.

A cholesterinkövek oldására, az epesavak saturációjának megszüntetésére újabban chenodeoxycholsavat alkalmaznak, s az esetek egy részében a kövek tényleg feloldódnak. Bypass műtét után a chenodeoxycholsav hatása nem ennyire kifejezett, mert a felszívódási viszonyok megváltozásával és a szernek hasmenést fokozó hatásával az epesavak saturációja nem csökkenthető olyan mértékben, mint műtét nélküli elhízott cholesterin epéköveseken. Az ursodeoxycholsav ígéretesebb szernek tűnik, mert kevésbé okoz maga is hasmenést.

Bár a gyomor bypass és plasztika után kevesebb a lehetőség epekőképződésre, mégis azt kell figyelembe venni, hogy a tápcsatornán végzett műtétek elhízottak kőképződésére rizikót jelentenek, s preventív antibioticumot kell adni az említett kőoldó szerek mellett.

Iványi János dr.

Gastrikus bypass kóros elhízásban. Griffen, W. O. jr. (Dept. of Surg., Albert B. Chandler Med. Center, Lexington, Kentucky 40536, USA): Surg. Clin. N. Amer., 1979, 59, 1103.

Az Iowa állambeli Mason végzett először gastrikus bypass műtétet kórosan elhízottakon 1966-ban. A műtéttel elérte, hogy a páciensek kevesebb táplálékot tudtak magukhoz venni, fogytak anélkül, hogy a bél absorptiós kapacitása változott volna. Így ez a procedura lényegesen kevésbé megterhelőnek tűnt, mint a jejunioleostomia. Előnye az is, hogy esetleges társbetegségek, mint pl. hypertonia, diabetes, narcolepsia nem ellenjavallatai a műtétnek, sőt a fogyás jó hatással lehet rájuk is.

A kb. 50 ml kapacitású kisgyomor distalis részét nem resecálják, így szükség esetén az eredeti gyomornagyság visszaállítható. Fontos, hogy az anastomosis a gyomor és a jejunum között 12 mm-nél ne legyen nagyobb.

Az irodalomban 1585 betegről szóló adatok vannak, 1 év alatt átlagban 47,6 kg-os súlycsökkenést értek el. A postoperatív mortalitás 1,6%. Korai szövődmény 22%-ban fordul elő [anaszomosis elégtelenség (szívárgás), tüdőembólia, sebinfekciók és húgyúti infekciók a leggyakoribbak]. A késői szövődmények 8%-ban elégtelen súlyvesztésben, továbbá ventrális herniában, persistáló hányásban, hajkihullásban, marginális fekélyben nyilvánulnak meg, összesen 17%-ban. Ötéves utóvizsgálatok során a betegeknek kevesebb mint 5%-a számolt be súlygyarapodásról.

Oxalát vesekő csak 10%-ban fordult elő, májkárosodást nem írtak le. Ellenjavallata a műtétnek a duodenalis ulcus és a hiatus hernia, utóbbi esetében azonban Roux-féle Y anastomosis végezhető. Még egy előnye van a gyomor bypass műtétnek, mégpedig az, hogy jejuniolealis bypass eredménytelensége esetén annak helyreállítása után gastricus bypass elvégezhető.

Iványi János dr.

Gastroplasztika kóros elhízásban. Gomez, C. A. (Suite 117 E. 777 S. New Ballas, St. Louis, Miss. 63141, USA): Surg. Clin. N. Amer., 1979, 59, 1113.

A szerző 330 főből álló anyagát 3 csoportba osztotta aszerint, milyen módon készítette el a 60 ml-

es fundus reservoirt és a gyomor nagyörbületén egy 12 mm-es csatornát. Az első csoportban csak a fundus tasakot képezte ki, a másodikban a csatornát kívülről szorította le (ennek következtében szűkület alakult ki), a harmadik csoportban a csatornát seromuscularis varratú gyűrűvel készítette el. Ez utóbbi megoldás vált be legjobban, s a közleményben ezzel a műtéti formával szerzett tapasztalatairól számolt be. 200 betegből a nők domináltak (154), az átlagos életkor 34,2 év volt, az átlagos túlsúly 67,4 kg. A műtét gondos kiválogatás után történt, előtte a beteggel részletesen ismertették a műtét lényegét, írásos tájékoztatót is kapott a műtét előtt álló beteg a műtét műbenlétéről, s a diétás nővér igen részletesen elmagyarázta a műtét utáni diéta lényegét is, s még a táplálék aprólékos megrágására és a lassú evésre is kioktatták őket.

A műtét kisdosisu heparin védelemben történt, a műteti időtartam szokásosan 60 percet jelentett. A kezdeti napi kalóriabevétel 350–500 kalória között mozgott, ez 12 hét alatt kétszeresére növekedhetett. Az átlagos súlycsökkenés 12 hónap múlva 40 kg volt, ez a műtét előtti súly 34,1%-át jelenti (47 beteg). A műtéttel kapcsolatos szövődmény 37 betegen fordult elő: sebsepsis, dehiscencia, a tasak heveny perforációja, subphrenikus tályog, pneumonia, atelektasia, húgyúti infektio. 1 beteg kamra-fibrillációban meghalt. Késői szövődményeként 32 beteg fordul elő hányás, revíziót a betegek 4,5%-ban kellett végezni.

A szerző maga is megállapítja, hogy az új típusú műtét megítélésére az idő még rövid, a szövődmények még meglehetősen nagy számban fordulnak elő.

Iványi János dr.

Sebészti tapasztalatok jejuniolealis bypass-szal kóros elhízásban. Scott, H. W. jr. (Dept. Surg., Sect. of Surg. Sciences, Vanderbilt Univ. Med. Center, Nashville, Tenn. Med. USA (Surg. Clin. N. Amer., 1979, 59, 1033).

12 év tapasztalatairól szól a beszámoló. Az első 11 műtétet end-to-side shunt-tel végezte a szerző, de mivel a súlycsökkenés mértékével nem volt elégedett, a többi műtétet end-to-end módon végezte.

135 nő és 90 férfi képezte a 12 év anyagát, az átlagos életkor 36 év volt (16–63 év közöttiek), a nők átlagos súlya 137, a férfiaké 174 kg volt. Műtét előtt 50%-ban volt IV-es típusú hyperlipoproteinaemia, 27%-ban epekő, 22%-ban diabetes, 14%-ban hypertónia. Endokrinopathias beteg nem szerepelt a halálos kerülek között. A műtéti halálozás 2,2% volt (tüdőembólia 3. thrombophlebitis, sepsis és haemorrhagiás pneumonia 1, ileum infarctus carcinoid resectio

után ugyancsak 1 esetben). 8—10 nappal a műtét után történt a kórházi elbocsátás. 4, különböző hosszúságú bélkacsot képzett, csoportban egységeseen jelentős súlycsökkenést ért el a műtétet utáni 36 hónapban. Több mint 70%-os súlycsökkenés (a műtét előtti súlyhoz viszonyítva) volt abban a csoportban, amelyekben a legrövidebb volt a vékonybél incontinuitása (45 cm).

Az utóvizsgálat során 11 halál esetből 5 nem a műtétre visszavezethetően következett be, 5-ben fatális májelégtelenség, 1-ben veseelégtelenség és stressz-ulcusból származó volt a halál oka. A négy, különböző hosszúságú bélkacs képzésével végzett műtét csoportban a legjobb eredmények a már említett 3 csoportban voltak (a jejuniolealis bypass mértéke 30 és 15 cm volt), a legtöbb műtét (156 eset) során 30 és 20 cm-es, illetve 25 és 20 cm-es kezdeti és végszakaszok között történt a kiiktatás, ezek többségben is jók voltak az utóvizsgálatkor az eredmények. A két utóbbi csoport jó eredményre 75%-os volt.

A műtét utáni *metabolikus szövődmények* közül 15%-ban fordult elő ún. bypass enteritis, illetve enterohepatikus syndroma, továbbá hyperoxaluria és oxalát vese-kő.

Bár a műtét eredmények az említett 3 csoportban igen jók voltak, a 2,2%-os halálozás mégis óvatosságra int a műtét indikációt illetően.

Iványi János dr.

A jejuniolealis bypass értékelése szemben a belgyógyászati kezeléssel kóros kövérségben. *Lancet*, 1979, 2, 1255.

A közlemény 14 dániai intézet munkájának eredményeit foglalja össze. A felmérés, a „Danish Obesity Project” a kóros elhízás sebészi és belgyógyászati kezelésének összehasonlításával foglalkozik. A kóros kövérség sebészi kezelése tipikus példája annak az eljárásnak, amelyet még ma sem értékelnek helyesen. 1976 végéig már 226 közlemény jelent meg Angliában, amelyekben 6186 betegről számolnak be, akiknél a kóros elhízás kezelésére intestinalis bypass készítették. Ezen közlemények között azonban nem található egyetlen olyan randomizált felmérés sem, amely összehasonlította volna a sebészi beavatkozás és a belgyógyászati kezelés eredményeit. Jelen közleményben a szerzők randomizált felmérésről számolnak be: összehasonlítják az end-to-side jejuniolealis shunt eredményeit a belgyógyászati kezelés hatásával a kóros elhízás kezelésében. Vizsgálják a mortalitást, morbiditást, a testsúly csökkenését és az elhízottak mindennapi élete minőségi mutatóinak változásait.

14 intézetben 1973 és 1976 szeptember között kerültek kiválasztás-

ra azok a kórosan elhízott betegek, akik nem javultak a szokásos kezelésre (diéta, gyakorlatok, étvágycsökkentést előidéző gyógyszerek stb.). A betegek többnyire a televízióból értesültek a sebészi kezelés lehetőségeiről. Kiválasztásuk főbb szempontjai a következők voltak: 80%-os súlytöbblet évek óta, 18 és 50 év közötti kor, beleegyezés a sebészi beavatkozásba, a szükséges vizsgálatokba és az évekig tartó ellenőrzésbe. További feltételek voltak a negatív kórelőzményi adatok máj-, szív-, tüdő-, elme-, vesemegbetegedést és alkoholizmust illetően. Nem kerültek be a felmérésbe azok sem, akiknél korábban gyomor- vagy bélresectio történt.

A randomizációt úgy végezték, hogy a belgyógyászati kezelésre jutó betegekkel nem közölték azt, hogy a randomizálás érdekében kerülnek ebbe a csoportba, hanem azt adták tudtukra, hogy a májbiopsia eredménye miatt kell használni a műtétet.

130 beteg jejuniolealis bypass készítették. Az anastomosis end-to-side típusú volt, 3:1 vagy 1:3 arányú bélfolytonossággal, 50 és 47,5 cm shunt hosszal. A betegeket 3 évig sűrűn ellenőrizték. Belgyógyászati kezelésben 66 beteg részesült. 1979 júliusáig a műtött csoportban nem volt haláleset. Nem észleltek sem varratelégtelenséget, sem pulmonalis embóliát. A betegek 3%-ának viszont egyéb tüdőszövődménye keletkezett, 6%-a sebe pedig elgennyedt vagy szétvált.

A műtött betegek átlagos súlyvesztése 42,9 kg volt 24 hónap alatt 25%-o kevesebbet veszített, mint 31,5 kg. A belgyógyászati kezelésben részesültek átlagosan csak 5,9 kg-ot veszítettek súlyukból.

A vizsgálat lezárásakor a műtött betegek többsége még kövér volt ugyan, de 11%-o súlya normálisra csökkent és 54%-uknak kevesebb mint 30%-os volt a túlsúlya. Kérdőívekre adott válaszukban 83%-o elégedett volt a műtét eredményével, és 78%-o azt nyilatkozta, hogy szükség esetén újra alávetné magát a műtét beavatkozásnak. A műtétet illetően csak annyi fenntartás nyilvánult meg, hogy esetenként kevesnek találták a testsúly csökkenését. A válaszok alapján megállapítható, hogy a műtött betegek munkaképessége, társadalmi kapcsolatai, önbecsülése jelentősen javultak.

A jejunioleostomia legáldásosabb hatása a 35—50 kg-os súlyvesztés. Összehasonlítva egyéb testsúlycsökkenést előidéző beavatkozásokkal, a leghatásosabbnak tűnik a kóros elhízás kezelésében. Annak ellenére, hogy a jelen felmérés a műtét áldásos hatását bizonyítja, a szerzők óvatosságot mutatnak fejezik ki. Félnék értékelésük elfogult egyoldalúságától, ugyanis a kontrollcsoport betegei is a bypass műtét után vágyakoztak, To-

vábbá a betegek önként választották a felmérést és a műtétet, és ezzel kóros elhízásuk, amely eddig enyhe jellemgyengeség következményének tűnt, most sebészi beavatkozást igénylő súlyos betegséggé vált. Megállapítják azt is, hogy számos korai és késői szövődmény várható a beavatkozástól, továbbá kevés adat ismeretes a műtét késői prognózisáról.

Jakab Ferenc dr.

Shuntolt elhízás. Szerkesztőségi közlemény. *Lancet*, 1979, 2, 1275.

A szerkesztőségi közlemény a lap első oldalain szereplő, a kóros elhízás kezelésével foglalkozó dániai felmérésre reflektál. (*Lancet* 1979, 2, 1255.) Megállapítja, hogy a legelső sebészi beavatkozás a jejunocolicus bypass volt. Ez a műtét mellékhatásai miatt hamarosan mellőzötté vált. A jejuniolealis bypass örvend a leghosszabb életnek. A legtöbb helyen end-to-side anastomosis készülnek a jejunum és az ileum között, a vak jejunum véget pedig bevezetik a vastagbélbe. A műtét legkritikusabb része a vékonybél hosszának a megválasztása: ha túl sok marad, akkor kielégítő a súlycsökkenés, míg ha túl rövid lesz, akkor a hasmenés és a súlycsökkenés elviselhetetlen. Az ideális hossz 45 és 50 cm között van. A jejuniolealis bypassnak számos előnyös hatása van még a súlycsökkenés mellett: csökken a vérnyomás, javulnak a légzési funkciók, a glukóz tolerancia, csökkenés észlelhető a szérum lipid szintben stb. Mindezek alapján merül fel a kérdés, hogy valóban előnyösebbek-e ezek a műtétek a betegek számára, mint a hagyományos, belgyógyászati kezelés.

A dániai kutatócsoport is ezt a kérdést közelíti meg igen óvatosan. Jogos-e ennek a műtétnek az elvégzése — kérdezik — anélkül, hogy igen komolyan értékeljék a műtét előnyeit és veszélyeit.

A szerkesztőségi közlemény néhány kritikai megjegyzést is tesz. Kifogásolja, hogy a betegek önszántukból kerültek be a felmérésbe. Hogyan tekinthetők az önként kiválasztott betegek kontrollként? Nem tartja etikusnak a betegek félreinformálását a randomizáció érdekében: ui. a belgyógyászati kezelésre kerülőnek azt mondták, hogy azért kapják ezt a kezelést, mert a májbiopsia eredménye miatt egyelőre nem műthetők. A *Lancet* úgy látja, hogy a cél nem szentesíti az eszközt és ezért a felmérést etikailag szokatlanul minősíti.

A dániai rövid időtartamú vizsgálat megállapítja, hogy a műtött betegek súlycsökkenése szignifikánsan nagyobb volt és életük minőségi mutatói jelentősen javultak. Ugyanakkor — jegyzi meg a szerkesztőségi közlemény — a bypass műtétnek számos súlyos, olykor hosszú

időre kiható szövődménye is van. Korai szövődmények a sebinszekció, a mélyvénás thrombosis, a tüdőembólia. A műtét után mindig hasmenés alakul ki, bár idővel várható javulás. Gyakran előfordulnak elektrolit-zavarok: hypokaliaemia, hypocalcaemia, hypomagnesiaemia. A késői szövődmények is nagyszámúak: osteomalacia, epekövesség, oxalát vesekövek, pseudo-obstruktív syndroma. Az életet leginkább veszélyeztető szövődmények a májelváltozások tarthatók. Műtét után a szérum aminotranszferáz enzim szintje emelkedik a legtöbb betegen. Néhány betegen súlyos májkárosodás halálhoz vezet. A szövettani képben keveredik a zsíros degeneráció, a nekrozis és az alkoholos hepatitisre jellemző gyulladás. Még aggasztóbb a portális fibrózis képe, amely mikronoduláris cirrhosishoz vezet. Ezek a szövődmények az esetek 5–15%-ában arra készítik a sebészt, hogy visszaállítsa a bél folytonosságát.

Milyen egyéb lehetőségek vannak a jejuniolealis bypasson kívül a kóros, belgyógyászati kezeléssel dacoló elhízás gyógyítására? A fogazat összedrótózása csak átmeneti eredményt hoz, mert a drótelvtávolítás után a beteg visszatér étkezési szokásaihoz. A gyomor bypass műtét módosítása, a 150 ml kapacitású fundus kisgyomor kialakítása, amelyet 1,2 cm átmérőjű szájadék drainál. Túlfogyasztás esetén azonnal hányinger jelentkezik és ezért a testsúlyvesztéségek kb. azonos, mint jejuniolealis bypass esetén. Kétségtelen, hogy ennek a műtétnek is van mortalitása varrat-elégtelenség és peritonitis következtében. A szájadék fekélye 1–2%-ban alakul ki. A legnagyobb hátrány a 30%-os valószínűségi dumping syndroma kialakulása.

Új sebészi lehetőség még a gyomor megosztás automatikus varrógéppel és truncalis vagotomiával kiegészítve, továbbá a bilioopancreaticus bypass. Jelen pillanatban a gastrikus bypass műtét tűnik a legáltalányabb szövődményű műtétnek. Akármelyik műtétre is kerüljön azonban sor — hangsúlyozza a szerkesztőségi közlemény — azoknak speciális sebészeti egy-egy-egyében kell történniük, amelyekben nemcsak nagy tapasztalattal elvégzik a műtétet, hanem a szövődményt is időben felismerik és késedelem nélkül megoldják.

Jakab Ferenc dr.

Máj- és epeútbetegségek

A transvenosus cholangiographia és a finom tűvel végzett percutan transhepatikus cholangiographia. Günther, R. és mtsai (Institut für Klinische Strahlenkunde der Universität Mainz): Deutsche Medizinische Wochenschrift 1980, 105, 255.

Az epeutak vizsgálatára a percutan-transhepatikus punctio veszé-

lyeinek elkerülésére vezették be annak idején a transvenosus behatolást. A percutan punctio céljaira újabban alkalmazott finom tűk, melyek némileg alkalmazkodnak a légző mozgásokhoz, változtatták a helyzetet. A szerzők 82 esetben végeztek a jobb vena subclavia felől behatolva transvenosus cholangiographiát és 84 esetben finom tűvel percutan transhepatikus cholangiographiát. A két eljárás eredményeit és veszélyeit hasonlítják össze.

A transvenosus módszer tág epeutak esetén 65%, nem tágult epeutak esetében csak 10%-ban adott diagnosztikus eredményt, összesen mintegy 57%-ban. Három súlyos szövődmény fordult elő, egy beteg meghalt septicaemiában. A percutan transhepatikus módszer tág epeutaknál csaknem 88, nem tágult epeutaknál 72%-ban volt eredményes, összegezve 84,5%-ban. Két súlyos szövődmény volt e csoportban epe és vér folyt a hasüregbe punctio nyomán.

Állatkísérletekben kimutatták, hogy még a finom tű is legtöbb esetben a májtok beszakadását okozza a légzőmozgások során. 15 kutya finom tűvel végzett májpunctiója után csak négynek máján találtak pontszerű behatolási helyet, a többinek 0,3–0,5, sőt egy esetben 1,5 cm hosszú májtokszakadása volt.

Nem szabad tehát a finom tűvel végzett percutan transhepatikus cholangiographiát sem veszélytelen vizsgálataknak tekinteni. Csak akkor indokolt elvégzése, ha sonographiával vagy computer tomographiával nem sikerül az epeútzáródás helyét és okát tisztázni. A transvenosus eljárás túlhaladott.

Laczay András dr.

Szerk. megjegyzés: A cikk állatkísérleti adatai természetesen nem alkalmazhatók korrekció nélkül az emberre, mert a kutya nehezebben irányítható a punctio vizsgálati feltételeinek megtartásában.

Traumatológia

A rekesz sérülései. Loth, R. (Chirurgische Universitätsklinik, Mainz): Praxis und Klinik der Pneumologie, 1979, 33, 462.

A rekesz sérülés sebészetében különbséget kell tenni a heveny baleset utáni állapot és annak a kései szövődményei között. 18 betegükben heveny, 9 betegükben pedig kései szövődményről volt szó. A rekesz sérülés légzési és keringési, valamint hasi tüneteket okoz. Ezek nem kórjelzők: nyomásérzés a has felső részén, bőfőgés, hányás, rekeszideg érzékenység. A rekesz sérüléshez légmell és mellúri vérömleny is társulhat. Hasi szervek: a gyomor, a lép és a belek a rekesz

sérülésén át a mellkasba kerülhetnek. Rekesz sérülés jöhet létre hasi és mellkasi baleset kapcsán. A rekesz sérülések 95%-a baloldali és a máj védő hatása miatt csak 5%-ban jobb oldali. Kisebb rekesz sérülés spontán is meggyógyulhat. Enterothorax esetén azonnali műtétet kell végezni. A rekeszhiánynak lyophilizált durával való pótlására csak 2 esetben került sor. A rekesz sérüléshez a tüdő és a hasi szervek sérülése is társulhat. Ilyen esetben alaparotomiát is kell végezni és a mellkasba került szerveket vissza kell helyezni a hasüregbe, a rekesz sérülését pedig el kell varrni. A primer rekesz sérülés műtétei után a halálozás a kísérő sérülések miatt 22%-ig volt. 4 betegük halt meg tüdő-embóliában, elvérzésben, ill. koponya-agy sérülés következtében. Szövődménymentes esetekben a műtét 95%-ban eredményes volt. A kései szövődmények műtéti halálozása 25%-ig volt.

Pongor Ferenc dr.

A tompa rekesz sérülések kóris-mézése és kezelése. Hartung, H. (Chirurgische Universitätsklinik Freiburg): Praxis und Klinik der Pneumologie, 1979, 33, 466.

A rekesz sérülés lehet direkt és indirekt, azaz tompa. Így beszélhetünk percutan és subcutan sérülésekről. A tompa rekesz sérülés ritka. Helytelenül „traumás rekesz sérülések” is nevezik. A rekesz sérülés főleg a tolató és a földmunkásokon, magasból való leesés és közlekedési baleset kapcsán gyakori. Tompa hasi sérüléskor a rekeszizom közepe és az izom-in átmenete szakad le. A kétoldali vagy az egyik rekesz ketős szakadása ritka. A rekeszsel együtt ritkán reped meg a tüdő és a nyelőcső. Gyakoribb a hasüregben a parenchymás szervek sérülése. 1968 óta a rekesz sérüléshez társultan 6 esetben máj-, 3 esetben léprepedést észleltek. A kisebb rekesz sérülés spontán is meggyógyulhat. Rekesz sérüléskor fontos a baleset körülményeinek a részletes felkutatása. Rekesz sérülés után a tüdő hallgatóságával és kopogtatásával a légmell, a vérömleny, az esetleges bélzörejek könnyen felismerhetők. Röntgenvizsgálattal a bal oldali rekesz sérülés kontrasztanyag nyeltesével vagy beöntéssel, a jobb oldali pedig coelicographiával vagy scintigraphiával kórismézhető. Rekesz sérüléskor levegő kerülhet a hasüregbe is. A traumás sokk lezajlása és hasi szervek visszahelyezése után a rekesz sérülését el kell varrni, nehogy kizáródás keletkezzen. A szerzők ezt a műtétet általában mellkasi behatolásban végzik. Ha a friss rekesz sérüléskor hasi tünetek vannak előtérben, természetesen laparotomiát kell végezni.

Pongor Ferenc dr.



A traumás rekeszszakadás. Zeidler, D. és mtsa (Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg): Praxis und Klinik der Pneumologie, 1979, 33, 469.

A rekeszsérülés a baleset heveny szakában csupán minden második beteg körismézhető. Rekeszsérüléskor autóbaleset kapcsán egy sérült sem viselt biztonsági övet. Rekonstrukciós vizsgálattal megállapították, hogy 4–8,5 méter magasból való leeséskor a sérülte 5–11 tonna, autóbalesetkor pedig 13–38 tonnányi erő hat. 1950-től 1976-ig 74 beteget ápoltak rekesz-sérüléssel, amihez 33%-ban sokk, 25,5%-ban borda-, 66%-ban egyéb törés, 24%-ban léprepedés, 26,5%-ban koponya-agy sérülés, 10,5%-ban máj-repedés, 6%-ban bél-, 1,5%-ban gyomorszakadás, 1,5%-ban vesesérülés, 13,5%-ban légmell és vérömleny, 1,5%-ban pedig hörgőszakadás társult. 14 beteg halt meg. Egy betegben későn ismerték fel a kizáródat, a többi beteg a társsérülés következtében halt meg. 33 beteget évvel a rekeszsérülés után újból megvizsgáltak. A betegek negyedrésze terheléskor nehézlégzésről, fele pedig mellkasi fájdalomról panaszkodott. A betegek 50%-ában mellhártyakéreg alakult ki. A csökkent rekeszmozgás restrictív, obstructív légzészavart okozott.

Pongor Ferenc dr.

A későn felismert traumás rekeszsérülések diagnosztikai problematikája. Spelsberg, F. és mtsai (Chirurgische Klinik der Universität München): Praxis und Klinik der Pneumologie, 1979, 33, 473.

Megkülönböztetünk nyílt direkt és tompa indirekt, valamint korán és későn felfedezett rekeszsérülést. 1961 és 1978 között 1107 mellkas- és 592 hassérülés kapcsán 49 beteget ápoltak rekeszsérüléssel. Ebből 15 direkt és 34 indirekt sérülés volt. Később felismert volt egy direkt és 19 indirekt rekeszsérülés. A baleset és a helyes körisme megállapítása között a 20 beteg felében több mint egy év, egy-egy beteg esetében pedig 19, 20, ill. 23 év telt el. A késői diagnózisnak az volt az oka, hogy a rekeszsérülés tünetmentes volt, a máj tamponálta a repedést, a sokk, a has és a mellkasi tünetek elfedték a rekeszsérülés tüneteit, laparotomia közben elmulasztották a rekeszt megnézni vagy megtapintani, a rekeszrepedés aránylag kis trauma következménye volt, vagy a trauma már olyan régen történt, hogy a körelőzményben megfeleltek róla. A fel nem ismert rekeszsérülés tünetei aztán téves diagnózishoz vezettek. Így pl. rekesz-relaxatióra, szív-aneurysmára, vesekölikára, neurózisra, rekeszdaganatra, gyomorsav túltengésre, angina pectorisra gondoltak. A betegek kétharmadában a röntgenvizsgálat derítette fel a helyes körismét. Mindebből következik, hogy

minden baleset kapcsán gondolni kell a rekesz sérülésére, testüreg sérüléskor a rekeszek árnyékát alaposan meg kell vizsgálni és bizonytalan mellkasi és hasi panaszok esetén érdeklődni kell az évekkor korábban lezajlott traumáról is.

Pongor Ferenc dr.

A rekesz sérülései. Kolarov, St. (Lungenklinik der Städt. Krankenanstalten Köln—Merheim): Praxis und Klinik der Pneumologie, 1979, 33, 476.

A rekeszsérülés lehet direkt: szúrásos, lövéses, gránátszilánk okozta; indirekt: bordatöréshez, kompresszióhoz és késői szövödményhez társuló; végül iatrogen: mellkasi, hasi műtét vagy drenálás okozta kimaradás kapcsán. A tüneteket és a körismézést a társsérülés szabja meg. 1970 és 1978 között friss baleset kapcsán 6, késői szövödmény után 6 és iatrogen ártalom után 4 rekeszsérült beteget ápoltak. Valamennyi friss rekeszsérülés bal oldali volt és közülük 5 autóbaleset után keletkezett. Késői szövödmény esetében 3 egyoldali, a kétoldali bordatöréssel járt, egy esetben lép-, 5 esetben tüdőszívvel, légmell és vérömlennyel, lapocka, koponya és combtöréssel kombináltan. Egy eset bordatörés nélküli volt. 3 jobb, 3 bal oldali sérülés volt. A 6 eset közül 4 itt is baleseti sérülés következtében keletkezett. A legutóbbi 3 évben 40 mellkassérültet operáltak. 12 betegnek frissen vagy későn felfedezett rekeszsérülése volt. Iatrogen rekeszsérülés egy betegben tüdődaganat műtétkor, 2 betegben a gennymell kiürítések, egy betegben pedig a lépcsapolásakor keletkezett. Valamennyi műtétet mellkasi behatolásban végeztek. Szövödményük alig volt.

Pongor Ferenc dr.

A heveny mellkasi ér- és szív-sérülések felismerése és kezelése. Stelter, W. J. és mtsa (Chirurgische Klinik der Universität München): Praxis und Klinik der Pneumologie, 1979, 33, 479.

A mellkassérülések kapcsán 2–13%-ban szív-sérülés is előfordul. Ezek 70%-ában a kamra elülső része, 10%-ban a pitvar, a továbbiakban pedig a szívburok, a koszorús erek, az aorta és a vena cava sérülnek meg. Heveny szív-sérüléskor a vérvesztés miatt azonnali műtét szükséges. A szívfal sérülései minden további nélkül elvarrhatók. A szívburok kisebb sérülésekor 80%-ban szív-tamponád alakul ki, amikor is a pericardiumot és a vérnyomás lecsökken. Az áthatoló artéria-sérülés a nagyfokú vérvesztés miatt nyomban thoracotomiával körismézhető. Az aorta-ív vagy az agyhoz vezető erek sérüléskor rövid időre leszoríthatók és ha külső vagy belső shunt nem végezhető, azonnal 30

mg/kg thiopentalt kell adni, intravénásan. A szívburok rendszerint bal oldalon hátul szakad be, de csak ritkán jár vérzéssel. A szívüregecsérültek már nem kerülnek élve kórházba. 10–20%-ban szív-izom-roncsolódásról lehet szó, ami EKG-val és enzimvizsgálattal kimutatható ki. Boncoláskor a mellkasi aortának a felhágó szárán és ivén, vagy a bal oldali arteria subclavia elágazásánál található repedés. A mellkas röntgenfelvételei minden szív-sérült betegre a mediastinum kiszélesedése látható. 10 betegben bordatöréshez és rekeszszakadáshoz mellúri vérömleny társult. 6 betegben vérnyomásbeli különbség volt a felső és az alsó testfélen. Ha nem nagyon súlyos a vérzés, angiographia is végezhető. Aorta-repedés után a betegek 90%-a egy órán belül, további 18% pedig 18 órán belül meghal. A sérültek 5%-ában alakulhat ki idült aneurysma spurium, de pár éven belül ezek a betegek is meghalnak. Ezért mielőbb helyreállító műtétet kell végezni. Sürgős esetben az aorta-műtét előtt is előbb az erősen vérző hasi szerveket, az agy sérülését, a feszülő légmellel és a szív-tamponádot kell ellátni. 14 betegük közül 7 halt meg, és pedig 4 a beszállítás után vagy a műtét megkezdésekor, 3 beteg pedig a kísérő csont, máj- és tüdővérzésben. A szív-sérültet ellátása speciális sebészeti osztály feladata.

Pongor Ferenc dr.

A mellkasi aorta baleset utáni sérülései. Nier, H. és mtsai (Chirurgische Universitätsklinik Düsseldorf): Praxis und Klinik der Pneumologie, 1979, 33, 488.

Tompa mellkassérülés után a betegek 20%-a mellkasi aortasérüléssel élve kerül a kórházba. A sérültek 5%-án a túlélési idő folyamán ún. idült, trauma utáni aneurysma keletkezik a aorta isthmusán. A szerzők 1959 és 1977 között 29 betegben végeztek tompa mellkassérülés után keletkezett ál-aneurysma miatt műtétet. A betegek a sérülés után 24 órától 2 hétig terjedő idő múlva kerültek műtétre. A műtétet balszív bypass útján végezték és az érhiányt decron-protézissel pótolták. 2 beteg a műtét után meghalt. 24 beteg közül 16 betegben a műtét felületen hypothermiában aorta-le-szorítással bypass nélkül végezték. E műtét után egy beteg halt meg. A többi 8 betegben atrio-iliacalis balszív bypass-t alkalmaztak oxigénáttal. Közülük egy beteg a műtét után 16 nap múlva agyvérzésben meghalt. A 26 életben levő beteg közül 21 beteget utólag megvizsgáltak. 4 beteg levélben válaszolt. 1 betegben nervus recurrens bénulás alakult ki. 5 betegben angiographiával az anastomosis közelében szűkület volt kimutatható. Egy betegben a protézis mellett aneurysma képződött és a beteg elvérzett.

Pongor Ferenc dr.

Baleset utáni mellkasi aorta-aneurysmák. Schlosser, V. (Abteilung für Herz- und Gefäßchirurgie am Zentrum Chirurgie des Univ.-Klinikums Freiburg im Breisgau): Praxis und Klinik der Pneumologie, 1979, 33, 482.

Súlyos tompa mellkassérülés után néha az aortánál-aneurysma képződhetik az aorta ísthuzán a bal oldali arteria subclavia elágazása közelében. A sérülés kórjólata függ a mielőbbi kórismézéstől, a műtét beavatkozástól és a későbbi károsodástól. Az ál-aneurysma angiographiával mutatható ki. A műtétet időleges balszív bypass útján kell elvégezni. A beavatkozás halálózása általában 5%. A szerzők 1970 és 1977 között 10 betegen végeztek aorta aneurysma műtétet. Egy beteg nem egyezett bele a műtétbe és meghalt. A többi beteg a műtétet sikeresen volt. Az aneurysma eltávolítása után a hiányt dacron-protézissel pótolták. Valamennyi operált beteg munkaképes lett.

Pongor Ferenc dr.

A mediastinum szerveinek a sérülései a mellkastrauma kapcsán. Muhr, K. H. és mtsai (Zentrum für Chirurgie der Universität Gießen): Praxis und Klinik der Pneumologie, 1979, 33, 490.

A balesetek 8–15%-ában a mellkas és szervei sérülnek meg. 1961 és 1977 között 263 mellkassérülés kapcsán 26 betegen észlelték a mediastinum szerveinek a sérülését, 20 betegen tompa, 6 betegen pedig lövés, ill. szúrás sérülés után. A mediastinum szervei tehát 10%-ban sérültek meg. Tompa mellkassérüléskor a jobb és a bal főhörgő 40%-ban, a légszű pedig 9%-ban szakadt be. A hörgősérülés a legbiztosabban bronchoscopiával kórismézhető. Friss hörgősérülés esetén azonnal egyesíteni kell a törvégeket. A hörgőfában 7 betegen észlelték a sérülést: 2 betegen késsel hasították ketté a légszövet, 5 légszűsérülés pedig tompa behatás után keletkezett. 3 esetben láttak szívburokrepedést, amit műtéttel egyesítettek. A tompa mellkassérülés a szíven commotio és contusio cordis okozhat. A teljes szívfalrepedés csaknem mindig halálos. Inkomplét sérüléskor 10–20 nap múlva szívfal-aneurysma alakulhat ki. 8 szívfal-aneurysmát sérült betegünk volt. 4 betegen a szúrásos, ill. lövéses szívsérülést azonnal elvárták. 2 betegen tompa sérülés után szívfal-aneurysma keletkezett, a műtétet extracorporalis keringésben végezték. Traumás aorta-billantryú elégtelenség két betegen volt és azt műbillentyűvel sikeresen oldották meg. A teljes aorta-repedés azonnal halált okoz, a részleges aortasérülés halálózása is 50–80%. 3 betegen végeztek fedett aortasérülés miatt dacron-protézissel műtétet. 2 beteg életben maradt.

Chylothorax esetén a ductus thoracicus le kell kötni. A mediastinum szerveinek a műtetei után a betegek 35%-a halt meg.

Pongor Ferenc dr.

A mellkassérültek intenzív kezelése. Kopp, K. H. és mtsai (Institut für Anästhesiologie der Klinik der Universität Freiburg i. Br.): Praxis und Klinik der Pneumologie, 1979, 33, 493.

1975-ben és 1976-ban a klinika intenzív részlegén a betegek 40, ill. 39%-ának volt többes mellkassérülése, ami 61, ill. 57%-ban okozott légzési elégtelenséget és 71, ill. 61%-ban gépi lélegeztetést tett szükségessé. A halálózás 35, ill. 29% volt. Szövődménymentes bordatörés esetén a köhögés és a váladékürítés könnyítése céljából a fájdalomt csillapítani kell. A súlyos mellkassérülés alveoláris hypoventilációt, artériás hypoxaemiát, a funkcionális holtter növekedését, a vitálkapacitás és a szívtérfogat csökkenését okozhatja. Az intenzív osztályon a mellkassérülteket könnyű és súlyos csoportba sorolják. Előbbieket gépi lélegeztetés nélkül kezelik, az utóbbiakat géppel lélegeztetik. Naponta röntgenfelvételt, vérgáz és légzésfunkciós vizsgálatot végeznek. Gondoskodnak a légmell és a mellúri vérömleny felszámolásáról. Infúziós kezelés és a centrális vénás nyomás mérése céljából vénás katétert vezetnek be. A mellkasfájdalmat bordaközi blokáddal csökkentik. Gondoskodnak a paradox légzés megszüntetéséről. A mesterséges lélegeztetést Bird-respirátorral végzik. Súlyos sérüléskor a hypoxaemia megszüntetése az előleges feladat. A betegeket vénás katéteren át magas kalóriájú folyadékkal táplálják. Interstitialis tüdő-oedema esetén húgyhajtókat adnak. A roncsolás okozta tüdőgyulladást az antibiogramnak megfelelően kezelik. Váladékpangás esetén bronchoscopus lesvárást végeznek.

Pongor Ferenc dr.

Szélszervi szempontok a mellkassérülés intenzív kezelése kapcsán. Berndt, V. és mtsai (Chirurgische Klinik der Städtischen Kliniken Osnabrück): Praxis und Klinik der Pneumologie, 1979, 33, 502.

A súlyos mellkassérülés kezelése interdiszciplináris feladat: a sebésznek és az érzéstelenítő orvosnak kezelési tervet kell készíteni. Az életet nem veszélyeztető mellúri vérömleny és chylothorax esetén nem szükséges azonnali műtétet végezni. Koordinálni kell a has, a fej és a végtagok sérüléseit is. Fel kell ismerni a sérülés szövődményeit: a kétoldali szerv, a rekeszizom és a retroperitonealis szervek sérülését. Azonnal kezelni kell a sérüléssel kapcsolatos fertő-

zést pl. gáz-gangraena esetén. A töréseket vissza és nyugalomba kell helyezni. Gépi lélegeztetésre valamennyi sérült 7,3%-a szorult. Ezek 83%-ának többes sérülése volt. A mellkassérüléshez a betegek felében koponya agy, egyötödében tompa hasi és egyharmadában a törzs, felében pedig végtagsérülés társult. 196 súlyos mellkassérült közül 52 halt meg. Egyedül mellkassérülése 17%-nak volt, ezek mind életben maradtak. Ezek a számok mutatják a sok jelentőségét. Mellkassérüléskor nem szabad olyan műtétet végezni, ami további vérvesztéssel jár, kivéve az élet szempontjából szükséges beavatkozásokat. 4 szervnél több szerv sérülése után a betegek 52%-a halt meg. Különösen nagy gondot okoznak a többes sérült betegek. Még a baleset napján thoracotomiát végeztek a 21 thoracotomia közül 14 betegen, 7 koponyasérülés után koponyalékelést 5 betegen és 20 laparotomia közül 15 betegen. A műtét mellkasfal stabilizálás helyett inkább a belső, tartós gépi lélegeztetéssel való stabilizálást alkalmazták. Azonnali műtét mellkas stabilizálás szükséges sorozatos bordatörés esetén idős embereken és mellcsonttörés után. 5 betegen végeztek műtétet mellkasfal stabilizálást. Ezt a műtétet akkor ajánlatos elvégezni, amikor a baleset után pár nap múlva a beteg légzése rendeződött és a sok megszűnt. A bőr alatti emphysemát okozó tüdő- vagy mediastinalis sérülést azonnal el kell varrni. Ha a chylothorax csapolással nem szüntethető meg, a ductus thoracicus le kell kötni. A rekesz-sérülés ellátásával is lehet várni, ha nem gátolja a légzést, 2–3 héten belül azonban a kizáródás veszélye fenyeget. A veseállomány sérülését is jobb később, a vérzés megszűnté után ellátni. Végtagsérülést a betegek 47%-án láttak. Ha ez nem jár ideg- vagy érsérüléssel, a spontán légzés helyreállításig ezek ellátásával is várni lehet. A ficamot azonnal helyre kell tenni. Más szerv életveszélyes sérülésekor természetesen ezzel is lehet várni. A nyílt töréseket is előbb konzervatív eljárással kell megoldani. Azonnali műtétet igényel a medencecsonttörés, főleg ha a húgyhólyag és a húgyutak is megsérültek. A mellkassérüléshez társuló szövődményeket tehát a szükségleteknek megfelelő sorrendben kell megoldani.

Pongor Ferenc dr.

A mellkassérülés: hibák az első ellátáskor, annak következményei és a javítás lehetőségei. Windheim, K. (Krankenhaus der LVA Freie und Hansestadt Hamburg, Grosshansdorf): Praxis und Klinik der Pneumologie, 1979, 33, 515.

Az utóbbi években 60 olyan mellkassérült beteget ápoltak, akik az első ellátáskor történt hibák miatt később javításra szoruló

következmények keletkeztek. Ennek oka volt pl. az, hogy a hörgőfa sérülését első ellátáskor nem körismézték. Egy 68 éves nő betegen gépi lélegeztetés közben bőr alatti emphysema keletkezett. Csak egy hét múlva végeztek bronchoscopiát, amikor is egy 5 cm hosszú repedést találtak a légcsövön. A sébzést aztán elváratták. Egy 30 éves nő betegen 6 hónappal a sérülés után bizonytalan eredetű láz keletkezett. Bronchoscopiával légcsősűkületet és az ennek megfelelő helyen mediastinális tályogot találtak, amit kitararítottak. Nem minden árnyék vérömleny a mellkasban. Egy 20 éves többes sérült férfi beteget vérömleny gyanújával már 3 hete mellkas-drenázzsal kezelték, amikor scintigraphiás vizsgálattal kiderült, hogy nem vérömlenyről, hanem a rekeszsérülésen át a mellkasba került májról volt szó. Ezt aztán visszahelyezték és a rekeszszakadást elváratták. Egy 26 éves férfibeteget hasonlóan heteken át mellkas-drenázzsal kezelték. Röntgen-rétegfelvétellel kiderült, hogy a szétzúzott bal tüdő alsó lebenyről volt szó, amit eltávolítottak. A mellkassérülés után keletkezett vérömlenyt nem távolítják el mindig gondosan. Emiatt 2 betegen is gennymell keletkezett, amit kitararítottak. A 60 betegnél egy halt meg aortarepedésben, a többi meggyógyult. Mindebből következik, hogy minden mellkassérült betegen bronchoscopiát kell végezni. Ha a mellkas röntgenképen vérömlenynek tűnő elváltozás konzervatív kezelésre nem javul, az esetleges rekesz- vagy tüdősérülést műtéttel kell megoldani. A mellúri vérömlenyt mindig gondosan el kell távolítani. Végül: a mellkassérült betegeket állandó ellenőrzés alatt kell tartani.

Pongor Ferenc dr.

Mellhártyakéreg és mellkas-deformálódások. Kaiser, D. és mtsai (Abteilung Lungenchirurgie im Zentrum Chirurgie der Universität Freiburg): Praxis und Klinik der Pneumologie, 1979, 33, 507.

Mellkassérülés után a bordatörés mellkas-deformálódás és mellhártyakéreg kialakulásához vezethet, ami kiterjedésének megfelelően restrictív légúti zavart és részleges légúti elégtelenséget okozhat. Korai decorticatióval a légzésfunkciót és a perfusiót lényegesen javítani lehet. 37 olyan beteg közül, akiknek legalább 4 bordája törött el, a decorticatio után csak 4 betegen észleltek restrictív légzésvizet. 11 beteg hypoxiás volt ugyan, ami azonban csak 4 betegen volt kapcsolatba hozható a baleset következményével. Az elváltozás kiterjedésének és a decorticatio javallatának a megállapítására tüdő perfusios scintigrammot kell készíteni, mert ezzel kimutatható a kóros elváltozás akkor is, ha a gázcsere és a tüdőfunkció normális. Nincs szo-

ros kapcsolat a röntgenvizsgálattal kimutatott mellhártyakéreg és a mellkas-deformálódás nagysága, valamint a tüdőfunkció és a vér-gázelemzés adatai között.

Pongor Ferenc dr.

Késői károsodások sorozatos bordatörés után. Schroeder, L. és mtsai (Abteilung Allgemeine Chirurgie im Zentrum Operative Medizin I der Universität Kiel, Chirurgische Abteilung des Albert-Schweitzer-Krankenhauses Northheim): Praxis und Klinik der Pneumologie, 1979, 33, 511.

1965 és 1977 között 472 beteget kezeltek sorozatos bordatöréssel. A sérülés 70%-ban közlekedési, 15%-ban munkahelyi, 11%-ban hasi baleset, 4% pedig verekedés és sportolás közben keletkezett. A sérültek 73%-a férfi, 23% nő volt. A relative magas 29%-os halálozás a társérülésekkel magyarázható. A betegek 66%-ának többes sérülése volt. A bordatörőtteket 3 csoportba sorolták. Az első csoportban a betegnek 2-3, a másodikban 4-5, a harmadikban 5 bordánál több tört el. A baloldali bordatörés valamivel gyakoribb volt. A leggyakrabban a 4-8. borda tört el. Kétoldali bordatörése 52 betegnek volt. 2-7 évvel a baleset után 40 férfibeteget újból megvizsgáltak. A bordasérülés szerint 12 beteg az első, 19 a második és 9 beteg a harmadik csoportba tartozott. A scintigraphia 23 betegen a sérülés területén kóros aktivitás-csökkenést mutatott. Röntgenvizsgálattal 16 betegen mellhártyakéreg, 3 betegen a rekeszmozgás teljes hiányát látták. Vér-gázelemzéssel 16 betegen csökkent értékeket találtak. 18 beteg mellkasfájdalomról, légszomjóról panaszkodott. A harmadik csoportbelieken a spirometriás értékek csökkentek voltak.

Pongor Ferenc dr.

Funkcionális késői károsodások és azok szakvéleményadása tompa mellkassérülés után. Sommerwerck, D. (Krankenhaus Grosshansdorf der Landesversicherungsanstalt Freie und Hansestadt Hamburg): Praxis und Klinik der Pneumologie, 1979, 33, 523.

Tompa mellkassérülés után funkcionális károsodást okozhat a me-rev mellkasfal egy vagy kétoldali mellhártyakéreggel, gennymellel, borda-deformitással, a rekeszbéna-lás a phrenicus ideg sérülése és rekeszszakadás után, végül a hörgő-sűkület. 41 betegről adtak szakvéleményt mellkassérülés után. A betegek 90%-ának mellhártyakéreg volt. A scintigramm 94%-ban utalt kóros elváltozásra. A vitálkapacitás csak 59%-ban, a belégzéses másod-perckapacitás pedig 41%-ban volt kóros. A compliance vizsgálat alig

volt kórjelző. Mellkassérülés után a szakvélemény adásakor mindig röntgenvizsgálatot, spirometriát és tüdő-scintigraphiát kell csinálni. Spiro-ergometriával és vér-gázelemzéssel is értékes adatokat kapunk a keresőképtelenség megállapításakor. Különös gondot jelentenek a traumás szív-sérülések. Ilyen esetben sorozatos EKG-vizsgálatot kell végezni. Mivel a légzés és a keringésfunkció az idő múltával javulhat, végleges véleményt leg-alább egy évvel a baleset után ajánlatos adni. Maga a thoracotomia is olyan károsodást okozhat, ami csak 12-18 hónap múlva javul. A szakvélemény adásakor pontosan elemezni kell a baleset körülményeit, a körültekintő vizsgálatot pedig nem szabad túl korán végezni.

Pongor Ferenc dr.

Computer tomographia

Az idiopathiás hypertrophiás sub-valvularis aortaszűkület (IHSS) computer tomographiája — adalék a nem invazív diagnosztikához. R. Janson és mtsai (Radiologische und Medizinische Klinik der Universität Bonn): Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen und der Nuklearmedizin 1979, 130, 536.

Az IHSS kimutatásában eddig alkalmazott diagnosztikus módszerek — angiocardiographia nyomásméréssel, sonographia, carotis pulzusz-görbe, natív röntgenfelvételek — teljesítőképességének és korlátainak rövid áttekintése után a szerzők beszámolnak 7 IHSS betegről. Nagyobb részük kórisméjét már a CT vizsgálat előtt más módszerrel felállították, kisérszben csak ezt követően erősítették meg. A CT vizsgálatot Siemens/Somatom készülékkel végezték 5 sec képkalkulációs idővel visszatartott belégzésben, EKG vezérlés nélkül, 2-2,5 ml/testsúlykg kontrasztanyag befecskendezéssel. A képkalkulációs ideje alatt átlag 5-8 szívrevolúció zajlott le, ennek ellenére a felvételeken jól értékelhetően láthatók a szív üregei, septuma és izmos falai. Ily módon közvetlenül ábrázolható a kamraközti sövény körülírt megvastagodása és a szűkületet ellensúlyozó bal kamra fali izomhypertrophia. A szűkület fokára közvetlen felvilágosítást a scan nem ad, a működési viszonyokra csak következtetni lehet. Egyidejűleg értékelhető a szívüregek másodlagos elváltozása, így a bal pitvar tágulata a másodlagos mitralis elégtelenség következtében. Elkülönítő kórisme szempontjából gondot okozhat az aszimmetriás septum hypertrophia hasonló CT képe, ezen azonban segít, hogy ilyenkor hiányzik a bal kamra izomfalának megvastagodása és a mitralis elégtelenség jelei.

Laczay András dr.

Az arteria poplitea becsípődés computer tomographiás kimutatása. W. Adler, H. Zwicker (Universitätsklinik Zürich): Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen und der Nuklearmedizin 1979, 130, 543.

A claudicatio intermittenst okozó alsó végtag vérellátási elégtelenség ritka formája az arteria poplitea becsípődése a m. gastrocnemius eredő része és a femur condylusa közé. Az irodalomban mintegy 55 ilyen eset ismeretes. A szerzők 39 éves nőbetegéről számolnak be, ki claudicatio mintermittens miatt került vizsgálatra. Angiographia az a. poplitea 5 cm hosszúságú szakaszának elzáródását mutatta jól működő kikerülő keringéssel. A szűkülettől proximálisan és distálisan egyaránt hiányoztak arteriosclerosisra utaló elváltozások. Aneurysma és becsípődés gondolata merült fel, elkülönítésre computer tomographiát végeztek. A két végtagról készített összehasonlító scaneken jól láthatók jobb oldalon a normális viszonyok. Bol oldalon a rendellenes lateralis helyzetű medialis gastrocnemius-fej szorította le az a. popliteát. A leletet az elvégzett műtét igazolta.

Lacay András dr.

Computer tomographia a nephrectomián átesett betegek vizsgálatában. M. E. Bernardino és mtsai (M. D. Anderson Hospital and Tumor Institute, University of Texas System Cancer Center, Houston): Radiology 1979, 130, 183.

A vesecarcinoma vagy retroperitonealis rosszindulatú tumor miatt veseeeltávolításon átesett betegek recidívainak korai kimutatása a kórjellet szempontjából fontos feladat. Mikor ugyanis a recidiva klinikai tüneteket okoz, a kórlefolyamat már többnyire nagy kiterjedésű, chemoterapiás vagy sugaras kezelésének kilátásai szerényebbek, mint korai szakban lehetnének. A szóban forgó vizsgálati eljárások közül legpontosabb az angiographia, ez azonban invazív módszer, költséges, és a beteg kórházi felvételét teszi szükségessé. Másik kínálkozó lehetőség a sonographia, ez azonban nem ritkán csődöt mond a beteg adipositása vagy főként bal oldalon a bélgázok zavaró hatása következtében. Megbízhatóbb a computer tomographia, mely nemcsak a veségy állapotának megítélésével, hanem a retroperitonealis nagy erek és a psoas árnyék vizsgálatával is segíti a recidiva korai felfedezését. 19 beteg 21 CT vizsgálatán során a szerzők 10 recidívát találtak, ezek jellegzetes képeit mutatják be. Angiographiát csak akkor tartanak szükségesnek, ha a CT lelet nem egyértelmű, kis kiterjedésű recidiva nem zárható ki biztonsággal.

Lacay András dr.

A heveny hasnyálmirigylob computer tomographiája. M. Haertel és mtsai (Inselspital der Universität Bern): Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen und der Nuklearmedizin 1979, 130, 525.

A heveny hasnyálmirigylob kórisméjét klinikailag kell felállítani, kiterjedése és minősége azonban a hagyományos vizsgálóeljárásokkal megbízhatóan nem állapítható meg. A szerzők 33 heveny pancreatitist vizsgáltak Somatom/Siemens CT készülékkel, ezen belül 13 vizenyős, 8 vérzéses-elhalásos és 12 gennyes-tályogképződéses forma volt. A heveny vizenyő hasnyálmirigylob CT-képén a mirigy megnagyobbodását nem kíséri szerkezetének inhomogén válása, legfeljebb a környezető zsírszövet vizenyős beszűrődése miatt némi kontrastelmasodás. Ezek az esetek gyógyszeres kezelésre rendeződtek, műtéti beavatkozás nem volt szükséges. A vérzéses-elhalásos és gennyes-tályogos formában kimutatható a hasnyálmirigy megnagyobbodott árnyékán belül a kórleletnek megfelelő inhomogenitás, üreges felritkulások, a környezetben kialakuló gyulladáshoz gyűlemek, hasúri folyadék. A két utóbbi kórforma denzitáserkékek alapján nem mindig különíthető el egymástól. Ennek azonban különös jelentősége nincs, hiszen mind a gennyes, mind az elhalásos-vérzéses hasnyálmirigylob sebészi beavatkozást igényel. A szerzők szerint ez a computer tomographia jelentősége a heveny pancreatitis diagnosztikájában: elkülöníteni a konzervatív kezelésre alkalmas eseteket a műtéti beavatkozásra szorulóktól. Ily módon a heveny hasnyálmirigylob gyógykihatásai lényegesen javíthatók.

Lacay András dr.

A pancreasban CT-vel kimutatott gáz jelentősége: 9 eset áttekintése. G. Mendez, M. B. Isikoff (University of Miami School of Medicine, Miami, Florida): American Journal of Roentgenology 1979, 132, 59-62.

A hasnyálmirigylob nagyon magas, 50-70% halálozási aránya miatt életfontosságú korai felismerése és kezelésbevétele. A szerzők 9 esetben mutattak ki computer tomographiával gázt a hasnyálmirigyben. Két betegük konzervatív kezelésre meggyógyult, hatot megoperáltak. A műtét során igazolták a hasnyálmirigylob kórismét. Egyik betegükben a pancreasban kimutatott gáz ellenére nem állottak fenn hasnyálmirigylob vagy -tályog klinikai tünetei, ez esetben pancreas pseudocysta duodenumba való spontán áttörését állapították meg. Hat esetet részletesen ismertettek a CTscanek bemutatásával. A CT jelentősége nemcsak a hasnyálmirigyben levő gáz kimutatására szorítkozik, hanem a tályog terjedési irányának tisztázásával segít a műtéti tervezésben, és alkalmas a beteg műtét utáni szükség szerinti ellenőrzésére.

Lacay András dr.

Mesenterium tumorok computer tomographiás kórisméje. M. E. Bernardino és mtsai (M. D. Anderson Hospital and Tumor Institute, University of Texas System Cancer Center, Houston): American Journal of Roentgenology 1979, 132, 33.

30 beteg mesenterium tumorát vizsgáltak EMI egésztest-scannerrel. A beleket per os vízzel töltötték fel, így azok a scanen a mesenteriumtól biztosan elkülöníthetők, az jól körülrájolják. A vesék ábrázolását kontrasztanyag iv. infúziójával fokozták. A mesenterium tumorai elsősorban nem Hodgkin-típusú lymphomák és malignus tumorok áttétei. Ezt tükrözi a szerzők anyaga is: 23 nem Hodgkin-típusú lymphoma, 6 metastasis és 1 mesenterialis cysta. A lymphomák a CT scanen szabálytalan alakú, homogen sugárelnyelésű tömegként ábrázolódtak a mesenterium területén. Kimutatásukban és főként kiterjedésük elbírálásában előnyösen észlelhető egymást a lymphographia és a computer tomographia. A lymphographiás kép az aorta körüli régióban csak 2 esetben volt normális. A mesenterialis metastasisok CT scanen ugyancsak szabálytalan alakot mutattak. Négy esetben a tumoron belül excentrikusan elhelyezkedő csökkent denzitású területek látszóttak, melyek elhalásnak felelhetnek meg. A mesenterialis cysta a CT képen éles kontúrú, szabályos, kerek keresztmetszetként ábrázolódtak centrálisan egyenletesen csökkent denzitással.

Lacay András dr.

A törzs keresztmetszeti rétegekből összeállított computer tomographiás hosszmetsetei. L. Strauss, G. van Kaick (Institut für Nuklearmedizin des Deutschen Krebsforschungszentrums Heidelberg): Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen und der Nuklearmedizin 1979, 130, 486.

A felvételi idő megrövidülése és a kép kiértékelése terén történt haladás lehetővé tette a sorozatos axiális rétegekből koronális és nyírlirányú rétegek megszerkesztését a törzs területén is. A szerzők a Siemens „Somatom” készülékkel szerzett tapasztalatokról számolnak be. A 8 mm vastag réteget átfogó scanek adataiból tetszés szerint tudnak megszerkeszteni a hosszanti síkokban értékelhető képeket. 10 egymást követő rétegből álló sorozat mintegy 2,5 rad sugárterhelést jelent, és a hosszanti rétegek megszerkesztésével természetesen nem növekszik. Technikailag megoldható lenne 4 mm vastag rétegek felvé-

tele és így pontosabb képszerkesztés, ez azonban jelentősen növelné a sugárterhelést és a vizsgálat időtartamát is. A több síkú képalkotás jelentős diagnosztikus többletet jelent a haránt axialis scanekkel összehasonlítva. Ezt hörgőrák, mellékvesetumor, veserák, vesecysta, vesekőrüli zsírfelzaporodás és retroperitonealis liposarcoma képeivel érzékeltetik.

A több irányú rétegeképalkotással kapcsolatos korábbi kételyek az eredmények birtokában már nem tekinthetők indokoltnak. Az eljárás gyakorlati értéke nem vitatható. A vizsgálati idő csak 10 perccel nő meg, ennyi szükséges a képszerkesztéséhez. Eddig a több síkú képalkotást a sonographia előnyeként emlegették, de ezt a CT ezen formában több vonatkozásban felülmúlja.

Lacza András dr.

A máj vastartalom és a computer tomographiás értékek összehasonlítása vas túlterheléssel járó thalassaemia majorban. M. T. W. Houang és mtsai (University College Hospital Medical School, London): Lancet 1979, I, 1322.

A vas fokozott felhalmozódása a májban diffúz rendellenesség, mely a lerakódott vas mennyiséggel arányos mértékű májsejt károsodással jár. A nagy mennyiségű szabad vagy fehérjéhez kötött vas végső soron fibrosist okoz. A vasfelesleg eltávolítása desferrioxamin adagolásával lehetséges, ennek infúziójával nagy mennyiségű vér transfúziója esetén is negatív vaseszélyt lehet fenntartani. A májban levő vas mennyiségének meghatá-

rozása és a kezelés eredményességének ellenőrzése eddig csak májbiopsiával volt megbízható. A szerzők hat thalassaemia majorban szenvedő betegen összehasonlították a máj computer tomographia denzitásértékeinek alakulását a biopsia eredményével. EMI érzéskésztest-scanerrel a normál máj denzitásátlaga 25 körüli. A betegek vassal túlterhelt májában 37—54 közötti denzitásértékeket észleltek. Ugyanezen esetekben a májbiopsiával végzett vastartalom meghatározások 18,4—135,2 µg/ml eredményt mutattak, jó egyezésben a CT értékekkel. Ezért úgy vélik, hogy a máj vastartalom vizsgálatában a CT klinikailag használható eljárás.

Lacza András dr.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

(527/c)

A Főv. XXI. ker. Tanács V. B. Egyesített Gyógyító-Megelőző Intézmény (Bp. XXI., Déli u. 11. 1751) főigazgató főorvosa pályázatot hirdet ideggyógyászati szakrendelést vezető főorvosi állásra.

Az állás elnyeréséhez ideggyógyász szakorvosi képesítés szükséges.

Pályázatot hirdet továbbá egy fő körzeti orvosi állásra.

Az illetmény megállapítása a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM—MÜM sz. együttes rendelet alapján történik.

Mittler István dr.
főigazgató főorvos

(573/a)

A Budapest Főváros XXI. ker. Tanács V. B. Egészségügyi Osztály vezetője pályázatot hirdet a Közegészségügyi-Járványügyi Szolgálat területén áthelyezés folytán megüresedett higiénikus orvosi állás betöltésére.

Pályázatot az Egészségügyi Osztály vezetőjének Budapest XXI. ker. Tanács-ház tér 10. alatt kell benyújtani.

Holba Magdolna dr.
osztályvezető

(579/a)

A sárvári városi Tanács V. B. Kórház-Rendelőintézet igazgató főorvosa (Sárvár, Rákóczi u. 30.) 9601 pályázatot hirdet elhalálozás folytán megüresedett rendelőintézeti belgyógyász csoportvezető főorvosi állásra.

Illetmény szolgálati időtől függően. Lakás megbeszélés tárgyát képezi. Az állás azonnal elfoglalható.

Atanaszov György dr.
igazgató főorvos

(585)

A Sárvári városi Tanács V. B. Kórház-Rendelőintézet igazgató főorvosa (Sárvár, Rákóczi u. 30. 9601) pályázatot hirdet 1 főfoglalkozású üzemorvosi állásra Sárvári Baromfifeldolgozó Vállalathoz.

Bér: 3/1977. EÜM—MÜM sz. együttes rendelet alapján.

Lakás megbeszélés tárgyát képezi.

Atanaszov György dr.
igazgató főorvos

(586)

A XVI. ker. Tanács V. B. Szakorvosi Rendelőintézet igazgató főorvosa (XVI. Sz., Jókai u. 3.) pályázatot hirdet az alábbi állásokra:

egy ortopéd szakfőorvosi,
egy urológus szakfőorvosi,
egy fül-orr-gége szakorvosi,
egy nőgyógyász szakorvosi,
egy laboratóriumi szakorvosi.

Illetmény a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM—MÜM sz. együttes rendeletben foglaltak szerint.

Friedmann Edit dr.
igazgató főorvos

(587)

A Kiskunhalasi városi Tanács V. B. Egészségügyi Osztályának vezetője pályázatot hirdet a Kiskunhalasi városi Tanács Semmelweis Kórház-Rendelőintézet pszichiátriai osztályán osztályvezető főorvosi állásra.

Illetmény a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM—MÜM sz. együttes rendeletben foglaltak szerint.

A pályázatot a megjelenéstől számított 6 héten belül a városi Tanács Egészségügyi Osztály vezetőjének kell benyújtani.

Jeszenszky Andor dr.
városi-járásai főorvos

(588)

A Békés megyei Tanács Kórház-Rendelőintézetének főigazgató főorvosa pályázatot hirdet a rendelőintézeti egységénél újonnan szervezett csoportvezető fogász főorvosi állásra a járási és városi feladatok ellátására.

A meghirdetett álláshoz lakást nem tud biztosítani az intézet.

Sarnyai Ferenc dr.
főigazgató főorvos

(589)

A XV. ker. Tanács V. B. Egészségügyi Osztály vezetője (Budapest XV. ker., Hubay J. tér 1.) pályázatot hirdet az alábbi állások betöltésére:

2 fő körzeti gyermekorvosi,
1 fő ifjúsági orvosi állás.

Az állások azonnal elfoglalhatók. Illetmény a kulcsszámnak megfelelően, szolgálati idő figyelembevételével.

Zeizler Ágnes dr.
eü. oszt. vez. főorvos

(590)

Fővárosi Tanács V. B. Dél-pesti Kórház-Rendelőintézet (Budapest, Köves út 2—4. 1204) pályázatot hirdet 3 gyógyszerész állásra.

A meghirdetett állások azonnal elfoglalhatók.

Radinszky József dr.
főigazgató főorvos

(591)

A Fővárosi Tanács Weil Emil Kórház-Rendelőintézet főigazgató főorvosaa (Budapest, Uzsoki u. 29.) pályázatot hirdet: egy fő tüdőgyógyász szakorvosi állásra.

Vidosfalvy Magda dr.
főigazgató főorvos

(592)

A Hajdúnánási városi Rendelőintézet igazgató főorvosa pályázatot hirdet:

1 fő belgyógyász csoportvezető főorvosi,

1 fő főfoglalkozású üzemorvosi,
1 fő közegészségügyi-járványügyi felügyelői állásra.

Az állásokhoz a városi tanács 2 szobás összkomfortos lakást biztosít.

Fizetés besorolás szerint. Az állásokhoz mellékálás vállalási lehetőség van.

Az állások azonnal betölthetők.

Nagy József dr.
igazgató főorvos

PHENYLBUTAZON

kenőcs

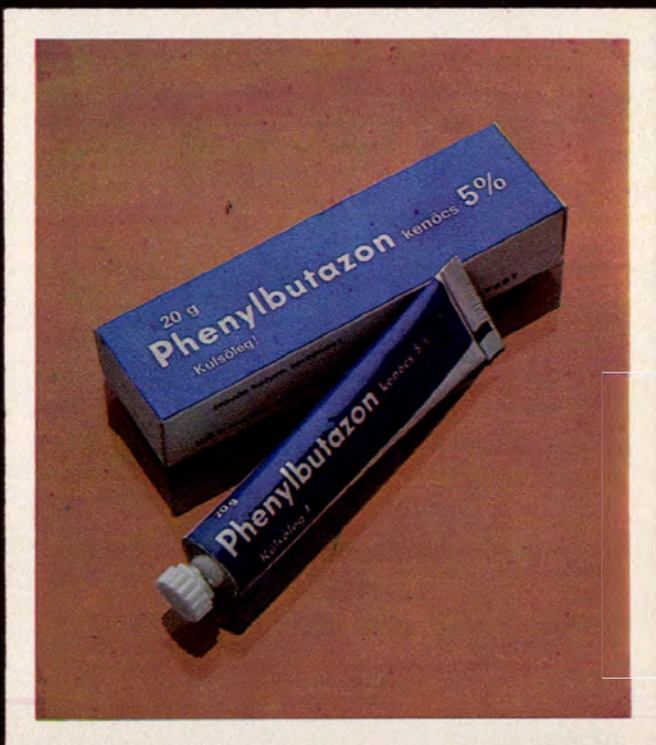
ÖSSZETÉTEL

1 tubus 1 g phenylbutazonumot tartalmaz 20 g lemosható kenőcsben.

JAVALLATOK

Különböző mechanikus és kémiai behatások okozta bőrgyulladások. Kis kiterjedésű I. és II. fokú égési sebek, napégés. Intravénás és intramuscularis injekciók beszűrési helyén keletkező bőrgyulladások, rovarcsípés. Inflammált nodus haemorrhoidalis. Felületes thrombophlebitis helyi kezelésében, ezen indikációs területen a készítmény nem az anti-coagulans-kezelés helyettesítésére, hanem kiegészítésére szolgál. Traumás lágyrész sérülések, duzzanatok, haematomák, izom- és ínhúzódás, amputációs csontfájdalom. Rheumatoid arthritis és arthrosis, synovitis, tendinitis, tendovaginitis adjuváns kezelése.

A mély vénák thrombophlebitisének kezelésére a készítmény nem alkalmas.



ADAGOLÁS

Naponta 2—3-szor az érintett bőrfelületet, dörzsölés nélkül, vékonyan bekenjük.

MEGJEGYZÉS ✕

Vény nélkül egy alkalommal legfeljebb a legkisebb gyári csomagolás vagy annak megfelelő mennyiség adható ki.

CSOMAGOLÁS

1 tubus (20 g) 2,— Ft



KÖBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST

MYCOSOLON®

kenőcs

ÖSSZETÉTEL

A készítmény 2% miconazolomot és 0,25% mazipredonumot tartalmaz.

HATÁS

A Mycosolon kenőcs egyesíti magában a miconazol antimycotikus és antibacterialis aktivitását, valamint a depersolon glucocorticoid gyulladáscsökkentő, antiallergiás, viszketéscsillapító hatását.

JAVALLATOK

Dermatophyták vagy más, gombák által kiváltott, kifejezett gyulladással, ill. irritációval kísért bőr- és körömfertőzések: ekzémák, intertrigo, interdigitalis mycosisok, köröm mycosisok, gyulladós ekzémák és mycosisok, hallójárat mycosisok.

ADAGOLÁS ÉS ALKALMAZÁS

Bőrinfekciók esetében: naponta 1–2 alkalommal kenjük be a kezelendő bőrfelületet Mycosolon kenőccsel.

Köröm-infekciók esetében: a megbetegedett körömrészek eltávolítása után occlusiv kötés formájában alkalmazzuk a készítményt. A kezelést megszakítás nélkül folytatjuk a köröm teljes regenerálódásáig. Fülinfekció esetén: naponta kétszer vezessünk fel a külső hallójáratba a készítménnyel átitatott gaze-síkot a teljes gyógyulásig.

MELLÉKHATÁSOK

Ez ideig nem ismeretesek.

ELLENJAVALLATOK

Bőr-tuberculosis, herpes-simplex, himlő, bárányhimlő.

MEGJEGYZÉS ✕

A Mycosolon kenőcs localis tűrhetősége igen jó. A készítmény nem hagy foltot a bőrön, a ruhaneműkből pedig kimosható.

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

CSOMAGOLÁS

15 g -os tubusokban
Térítési díj: 3,90 Ft



KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST



KÖNYVISMERTETÉS

Selektive proximale Vagotomie.

Aktuelle Probleme. Gastroenterologisches Symposium Köln, 1978. Szerk.: H. Pichlmaier, Th. Junginger. George Thieme Verlag, Stuttgart, 1979. 56 kép, 85 táblázat. Ára: 49,— DM.

A szerkesztők előszava szerint az 1978-ban Kölnben megtartott symposion célja nem a kérdés definitív megválaszolása volt, hanem az adott helyzet tisztázása és megvitatása. A selektív proximális vagotomia (SPV; synonymák: parietal cell vagotomy, highly selective vagotomy, superselective Vagotomie) gondjait és eddigi eredményeit az összejevetel és az erről kiadott guszthusos könyvecske négy kérdéscsoportban tárgyalja: I. A nyombélfekély miatt végzett SPV utáni fekélykiújulás; II. Az SPV a gyomorfekély kezelésében; III. A vágus-átmetszés intra- és postoperatív ellenőrzése; IV. Az SPV a fekélyszövődmények kezelésében. A zömmel német nyelven megtartott előadásokat minden rész végén értékes megbeszélés foglalja össze.

A fekélykiújulással foglalkozó cikkek közül kiemeljük a dán Amdrup előadását, amelyben a szerző megjegyzi, hogy az SPV-t általában kissé magasabb kiújulási ráta követi, mint egyéb vagotomiás eljárásokat. Saját anyagában közel 300 beteg ellenőrzésével ez 7⁰/₀-nak bizonyult, míg a szelektív és drainage-műtéttel kiegészített vagotomia után (380 eset) 6,6⁰/₀-ban észlelték kiújult fekélyt. Érdekes és ismert tény, hogy SPV után az első két évben az insulinnal stimulált savelválasztás — egyelőre ismeretlen okból (a Murray-féle „bimbózó” reinnerválódás? ref.) — ismét jelentősen megnő. Így, míg a gyomor ürülésére vonatkozó vizsgálatok az SPV mellett szólnak, az aciditási viszonyok ellenőrzésének eredményei nem kifejezetten támogatják ezt a műtétet. Érdekes az is, hogy a dán szerző betegek között SPV után a nöbetegeknél jelentősen magasabb, 13⁰/₀-os fekélykiújulási arányt találtak. E felmérés adatai sem támogatják a praepyloricus fekélyek SPV-val történő műtéti kezelését (közel 20⁰/₀-os kiújulás!). Abban több előadás szerzői is megegyeznek, hogy a kiújulás oka szinte kivétel nélkül az inkomplet vagotomia, és hogy az újabb műtétnél az idegtörzsek teljes átmetésését helyes végezni, amivel ismét el lehet kerülni a gyomor csonkolását.

Az SPV-nek a gyomorfekély kezelésében történő alkalmazásától — az előadások címeit olvasván — még annak is elmehet a kedve, aki még nem győződött meg az ulcuscarcinoma kérdés ezer buktatójáról: „Gyomorfekély és rákkocká-

zat” „Az endoscopia találati biztonsága gyomorráknál” stb. A gyomorfekélyek szélében egyre nagyobb számban megbújó — helyesebben felfedezett — korai rákok, az ilyenkor akár ismételten negatív eredményű biopsziák, az egyre gyakrabban vérzéssel jelentkező kis gyomorelváltozások malignitása arról győznek meg (immár saját tapasztalatok alapján is; rec.), hogy még sürgős és szándékosan konzervatív műtét esetén is helyes legalább kímészeni az elváltozást, drainage-műtét nélküli SPV (JOHNSTON; HEDENSTEDT), vagy truncalis vagotomia és pylorus-plastica (pyloromyotomia) védelmében. Az ant-rumban, főleg praepyloricusan elhelyezkedő fekélyek műtétekor a helyes megoldás a gyomor csonkolása, illetve antrectomia SPV-val kiegészítve; de nem javasolt a konzervatív SPV a gyomor testének fekélyeinél sem.

A könyvecske 3. része a vagotomia teljességének műtét alatti és utáni ellenőrzésének lehetőségeivel foglalkozik. Az ismert intraoperatív próbak (elektromos stimuláció, leucomethylenkék, mucosa pH-mérés, kongó-vörös, 2-deoxy-D-glucose neutrális vörössel) egyike sem terjedt el, és ez jelzi kérdéses megbízhatóságukat. A korai műtét utáni insulin-teszt (Hollander-próba) eléggé megbízható és jellemző rá, hogy SPV után az insulinra adott savválasz fordítva arányos a sebész növekvő gyakorlatával és a sebész technika adott esetben e próba kedvezőtlen eredményei alapján változtatandó! Sajnos, szívbetegség, arhythmia és magasabb kor esetén a teszt az átmeneti hypoglycaemia miatt nem végezhető; az ilyen helyzetben ajánlott Tolbutamid használhatósága még nem bizonyított. Míg a BAO (basal acid output) a vagotomia kompletegére nem ad felvilágosítást, a histaminnal vagy pentagastrinnal kiváltott MAO (maximal acid output), illetve PAO (peak — csúcs — acid output) jól értékelhető ilyen szempontból. Újabban e célra ál-táplálkozási próbát ajánlottak, amely állítólag sokkal érzékenyebben jelzi a teljes vágus-átmetszést, mint a PAO csökkenése (RICHARDSON, FELDMAN, 1978). Az egyik müncheni előadó (W. LONDONG) vagotomia-kontrollként a basalis és étkezés utáni gastrin-szintet határozza meg. Recenzens számára érthetetlen és sajnálatos, hogy még mindig hangsúlyozni kell a gyomor secretió vizsgálatának fontosságát, aminek szükségességét egyesek — olykor még a beteg kivizsgálásánál is — még ma sem ismerik el!

Az utolsó rész az SPV-nak a fekélybetegség szövődményeinek ke-

zelésében való alkalmazásával foglalkozik. Ezen előadások rövid összefoglalása különösen nehéz a hazai gyakorlat számára, amely zömmel még ma is a gyomor csonkolását jelenti a szövődmények egy részét reprezentáló fekélyvérzés esetén. Az előadók jelentős saját tapasztalatok alapján a vérzés helyi ellátása mellett végzett SPV előnyeiket igazolják, szokatlanul alacsony halálozással. H. ROHDE és mtsai didaktikus cikkét (alcímek: műtéti technika; mennyire lehet az SPV standard-beavatkozás vérzéskor?; gondok az operatőr; gondok a beteg; gondok a betegség részéről stb.) minden sebésznek el kellene olvasnia. A műtét rutinszerű végzése fekélyátfúródással viszont túlzásnak tűnik. E rész és egyben a kiadvány befejező előadása a SPV javallataival és ellenjavallataival foglalkozik. Eddig a javallatokról volt szó; a relatív ellenjavallatok közül kiemeljük az akut anaemiát, a súlyos hypertóniát, a magas életkort, és a splenektomia utáni állapotot.

Kívánatos lenne, ha egyre több hazai sebészeten beillesztenék a drainage-műtét nélküli SPV-t a fekélysebészet továbbra sem felesleges egyéb eljárásai közé. Recenzens osztályán ezt már sikerült megvalósítani és kezdték tapasztalataink megfelelnek az ismertetett kiadványban is közzölt jó eredményeknek. Angolul olvasók számára e tárgykörben a könyvecske angol előadásai mellett ajánlom az Acta Chir. Scand. 1979-es 491. számú supplementumát.

Gergely Mihály dr.

Sleep apnea syndromes. Kroc Foundation, Vol. 11. — Ch. Guilleminault, W. C. Dement. (Alan R. Liss, Inc. New York, 1978, 390 p. Ára: U. S. \$ 34).

A könyv a kaliforniai egyetem Stanford Sleep Disorders Clinic-en 1978-ban tartott workshop anyagát dolgozza fel. G. Guilleminault és J. Hoed 6 év alatt vizsgált 150 betegük alapján a syndroma klinikai jellemzőit tárgyalja. Diagnosztikus kritériumnak azt tekintették, ha a legalább 7 órás éjszakai alvás alatt legkevesebb 30 apnoés epizódot észleltek REM és NREM alvásfázisok alatt. Centrális apnoéknál a légzőmozgások és a légáramlás zavarát, obstruktív apnoéknál a légzőutak akadályát, míg a kevert típusú apnoében mindkét ok szövődményét látták. Mindhárom esetben az ún. apnoe index, azaz az apnoe szám és az alvásórák hányadosa abnormisan emelkedett volt. Betegeik több mint 23⁰/₀-ában már 10 év óta voltak excessív napközi álmosággal járó tünetek. Csaknem valamennyi betegük esetében az éjszakai horkolás megállapítható volt, amelyeket légzésszünetek szakítottak meg. Az apnoés fázisok alatt nagyon gyakran extrém fokú motoros nyugtalanságot figyeltek

meg. Szervi idegrendszeri eltérés egy betegük esetében sem volt. Az apnoés fázisok leginkább az alvás REM 1—2 szakaszában fordultak elő. Ezzel szemben a mély alvás-fázisok alatt apnoés epizód igen ritkán volt. Minden esetben az alvás latenciái csökkentek, és a betegek 3 percen belül már elaludtak. Néhány esetben főként nőkben, a centrális típusú apnoe szövőődött a narcolepsiával.

E. Lugaresi és mtsai hosszan tárgyalják a szindróma egyik fő tüneteinek, a horkolásnak jellemzőit. Horkolásnál csökken az alveolaris ventiláció, és növekszik a szisztémás artériás, és a pulmonális nyomás.

W. C. Dement és mtsai az excessiv napközi álmoság gyakoriságát, jellemzőit ismertetik. Leggyakrabban obstruktív apnoékban észlelték ezt. Gyakorinak tartják a napközi ún. mikroalvásokat, amelyek furcsa magatartásokkal, és eselésekkel járnak. Elkülönítő kórismézés szempontjából ez azért fontos, mert a betegek temporalis epilepsia kórjelzéssel állhatnak kezelés alatt. Kidolgozták az ún. sleep latency test-et, amely az alváskezdést pontos megállapításához szükséges.

D. Kurtz, J. Krieger az apnoés epizódok részleteit elemzik. Megállapították, hogy az első postapnoés jel az inspiráció, függetlenül attól, hogy az apnoe be- vagy kilégzés után indult-e. Részletesen beszámolnak betegek polygraphiás regisztrációjáról. Az esetek 75%-ában az apnoe egybeesett az alfa aktivitás megszűnésével, és a téta aktivitás fokozatos kialakulásával. Az EEG elváltozások, jellemzők azonosak voltak mindhárom típusú apnoés epizód eseteiben. A légzés visszatérése általában felébredéshez vezetett. EKG monitorozás az apnoék alatt többször sinus aritmiát jelzett. Néhányszoros 10—15 secundos aszisztolia alakult ki, ritkán convulsiv roham megjelenésével is együtt járt.

J. Krieger 11 olyan beteg esetét elemzi, akikben bilaterális cordotomia történt, amelyek során a légzésszabályozásban fontos szerepet játszó afferens pályák sérültek, és vezettek a tünetek kialakulásához.

A sleep apnoe szindróma kezelésében az egyes apnoe típusok szerint más-más megoldást kell választani. A centrális apnoék kezelésében aminophyllint, theophyllint, naloxant alkalmazták. A napi 75—100 mg medroxyprogesteront betegeknek 3—5 évig adták, és ezen idő alatt a panaszok megszűntek, az apnoe index 42-ről 7-re csökkent. M. W. Hill és mtsai az obstruktív apnoék eseteiben igen gondos mérlegelés után tracheostomiát végeztek. 2 gyermek, 28 felnőt 5 éves utánvizsgálata a műtét eredményességét bizonyította, mert a betegek panaszai megszűntek, légzés- és alvászavarai megszűntek.

W. H. Flagg és munkatársai a polygraphiás technika részleteit

tárgyalja egy fejezetben, hasznos tanácsokat adva a kutatóknak. Módszerüket propagálják, és javaslatot tesznek egységes nemzetközi gyakorlat kialakítására.

A könyvet számos polygraphiás ábra teszi színessé és kitűnő demonstratív eseteket mutatnak be.

Megjegyzés: A könyv ismertetésének aktualitását az új szindróma klinikai tüneteinek viszonylag könnyű felismerhetősége indokolta. Hasznos, és betegek számára eredményes kutatásokat indíthat meg hazánkban is. Igen fontos együttműködési területe lehet a gyakorló orvos és az ideggyógyász mindennapi munkájának.

Ostorharics-Horváth György

Prenatal Diagnosis. E.: J. D. Murken, S. T. Rutkowski, E. Schwinger. Ferdinand Enke Publishers Stuttgart 1979. 387 oldal. Ára: 88,— DM.

A fötus genetikai rendellenességeinek prénatalis diagnosztikája egyre sürgetőbben vetette fel a kérdést már 1974 előtt is, hogy az addig feltárt jelentős ismereteket széles nemzetközi fórum elé vigyék a szakma képviselői és egyetessék a megszerzett tapasztalatokat. Így jött létre az *első összeurópai* — prénatalis diagnosztikával és genetikai rendellenességekkel foglalkozó — *nemzetközi tanácskozás* Stockholmban még 1975 nyarán; ezt egy év múlva a *második* követte Párizsban, majd 1978 tavaszán a *harmadik* Münchenben.

Az utolsó — müncheni — konferencia témaanyagát foglalta egybe a „Prenatalis Diagnosis” közel 400 oldalon, a neves müncheni és bonni genetikai szakértők szerkesztésében. Közel 100 előadást és posterbemutatót ismertett a könyv, három nagyobb témacsoporthoz körömörítve a lényegét. Első az *indikáció* kérdése: az előrehaladott anyai életkor, a megelőzően született Down-szindrómás csecsemő, a chromosoma szerkezeti eltérés a szülőknél, anyagcsere- és más rendellenességek. A második a *metodikai* rész: az amniocentesis technikája, a prénatalis ultrahang diagnosztika, a fötoscopia, a fötális vérminta és ennek alternatív vizsgáló módszerei, a sejtenyészési és cytogenetikai technika, a biochemiai módszerek. Végül a *harmadik csoportot* az utóvizsgálatok és különféle alkották: az amniocentesiset követően született csecsemők további észlése, az embriopatológia, a pszichológiai kérdések, gazdaságossági és költségségények elemzése.

A kongresszus témái között jelentős teret foglalt el a *21 trisomia* kórai diagnosisa. Az anyai életkor figyelembevételével több mint 16 000 terhes vizsgálati adataira lehetett már támaszkodni a konferencia idején. Számos kérdés hangzott el a családi chromosoma rendellenességek európai megoszlásáról. A kon-

ferencia ugyan kevés újat hozott az *örökletes anyagcsere-betegségek* vonalán, mindamelllett ezeknek a körképeknek a diagnosisa ma sokkal megbízhatóbb, mint a megelőző párizsi kongresszus idején, vagy még régebben. Ebbe a csoportba került hazánkban Papp Zoltán és mtsainak vizsgálata is, akik a cystás fibrosis prénatalis felismeréséhez elemezték az amnion folyadék protein tartalmának mennyiségi viszonyait. A módszert jónak találták mind a homozygota, mind a heterozygota kiszűrésére a 20. terhességi hét előtt.

Sorra veszi a kongresszusi kiadvány azokat a veleszületett körképeket, amelyekben az amnion folyadék *alpha-fötoprotein* tartalma valószínűen, lehetségesen, illetve bizonytalan formában megemelkedik. Számos területen érinti a kiadvány az *ultrahang* vizsgálat szerepét. A témák között különösen szemléletesek voltak azok a fejlődési rendellenességek, amelyeket ultrahang technikával tártak fel. Amiben különösen jelentőset hozott a 3. kongresszus, az a *fötoscopia* és a *fötális vér* vizsgálata volt. Ezt a technikát kiterjesztették egy sor rendellenességre mint a hemoglobinopatiák, dystrophia musculorum, hemophilia és még néhány veleszületett körkép. Szép demonstrációt lehetett látni a *tű-fötoscopia*-ra, amely direct szemellenőrzés mellett veszi a vért a placenta vénáiból. Sajnos, ma még jelentékeny a beavatkozás kockázata, ezért csak a biztosan súlyos fejlődési rendellenesség rizikója esetén érdemes javallani. Több előadás foglalkozott és értékes adatokkal szolgált a *sejtenyészítés és cytogenetika* vonaláról. Nem kevésbé hasznos ismereteket nyújtott a megbeszélés a *fötális autopsiáról*. Frontáltörést hozott a kongresszus a prénatalis diagnosztika *pszichológiai vonatkozásaiban* is, amelyet egészen a legutóbbi időkig vonakodtak a tudományos vizsgálat szintjén elemezni.

A kongresszusi kiadvány ugyan a szülészek és a genetikusok érdeklődését fogja elsősorban felkelteni, a szép kiállítású és gazdagon illusztrált könyv azonban közvetve a gyermekorvoshoz és a neonatológusokhoz is szól.

Kiss Szabó Antal dr.

A. Glauber, Zs. Csató, J. Juhász: Knochengeschwülste. Akadémiai Kiadó, Budapest 1979. 232 old., 166 ábra, 286 egy. kép. 2 táblázat.

A daganatos burjánzás lényegével ma sem vagyunk tisztában. A csont rosszindulatú daganatának kezelése még nem minden esetben kielégítő. Az 5—10 éves túlélés, vagy még több, nemzetközileg nagyra értékelt — nem vehető kegyes, orvosi önmáftásnak — de mégsem azonos a végleges gyógyulással. Itt még hiányzik az egyenlőségi jel. A Codman statisztika szerint a csont-

sarcoma túlélési ideje műtéttel ugyanannyi, mint műtét nélkül.

Viszont az is tény, hogy írtak rosszindulatú daganat spontán gyógyulásáról (főleg béltractus esetében).

Ezen gondolatok jutnak eszébe a lektornak, amidőn tanulmányozza a csontdaganat részesebb megismeréséről, osztályozásáról és kezeléséről, illetve annak tökéletesítéséről szóló munkájukat. *Csató Zsuzsa* neve a csontdaganat elméleti és klinikai kutatásában és kezelésében nemzetközileg elismert. A másik két szerzővel együtt híven tükrözi évtizedes munkásságában, nagy jártasságát és saját eredményeit. A kórbonctani ábrák száma, megválasztása hagy némi kívánnivalót — mert a többi külföldön megjelent ilyen témájú könyvekkel összehasonlítva — újat az olvasónak nem mond.

Az értékes munka szép kivitele már előre biztosítja az olvasó rokonszenvét. Az említett tartalmi rész méltatása mellett kiemelhető a monographia igényes stílusa, ezért e könyv nemcsak a szak-, hanem az általános orvos könyvtárából sem hiányozhat. A monographia világosan mutatja a csontdaganatok terén a jelenleg követendő irányt a korai diagnosisban, a további kutatásban és mai tudásunk és lehetőségeink viszonylatában a kezelésben.

Pap Károly dr.

Kreuzschmerz (Keresztsonttáji fájdalom) Szerkesztő: R. Wörz és D. Gross. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart, New York 1978. Ára: 28,— DM.

A 308 oldalas, 63 ábrát és 24 **fájdalom**) Szerkesztő: R. Wörz és könyv első kötete egy, a fájdalommal foglalkozó könyvsorozatnak. A fájdalom tanulmányozására alapított társaság (Gesellschaft zum Studium des Schmerzes für Deutschland, Österreich und die Schweiz e. V) előadásorozatokat, vitákat rendez, a jelen kötet az első ilyen szimpozium anyaga.

Világszerte nagyon sok a krónikus fájdalom miatt szenvedő beteg, ezek kivizsgálására ma még nincs meg minden lehetőségünk. Nagyon nagy a távolság a fájdalom élettanával foglalkozó kutatók és a fájdalommal mint tünettel nap mint nap találkozó orvosok között. A fenti társaság e két kutatócsoport közelebb hozását is célul tűzte ki.

A fájdalom, mint tünet nagyon sok határterületi problémát vet fel, interdisziplináris szemlélet nélkül ma már nem tudunk kellő képzettséget elérni. Valószínűen ezért tűzték ki első témaként éppen a keresztsont fájdalmát, mert ez ugyan az egyik előadó szavai szerint csak

a keresztsontra lokalizálódik, de mégis az egész embert érinti, ezért megfelelő kezelése is egész orvost kíván. A tudatos témaválasztás tükröződik a könyv fejezeteiben és felépítésében, magában foglalja az anatómiai-élettani ismeretek legfontosabb adatait, de foglalja a fájdalomérzés individuális különbségeivel, a tűrőképességgel. A szükséges nőgyógyászati, neurológiai, orthopédiai ismeretek összefoglalása után nagyon széles körűen tárgyalja a fájdalomcsillapítás lehetőségeit is; a konvencionális módszerek mellett helyet kapnak a psychopharmakonok, a psychotherapia, sőt a lehetséges neurochirurgiai beavatkozások, fizikotherapia és akupunktura is.

A könyv a lehetőségeken belül igen jó áttekintést ad elsősorban azoknak a gyakorló orvosoknak, akik naponta találkoznak a keresztsontfájdalommal (derékfájdással) mint tünettel, de érdemes szakorvosoknak is megismerni az egyes fejezeteket. Érdeklődéssel várhatjuk a sorozat következő könyveit.

Nagy Ibolya dr.

C. Becker-Carus, T. Heyden, G. Ziegler: Psychophysiologische Methoden. Enke, Stuttgart 1979. 192 old. Fűzve, ára 16,80 DM.

A könyvecske a *Flexibles Taschenbuch* sorozatában jelent meg és a tübingeri egyetem Psychológiai Intézetének psychofiziológiai alapismeretekbe bevezető tanfolyamának rövid foglatatát tartalmazza.

A psychofiziológia azokkal az élettani megnyilvánulásokkal foglalkozik, amelyek psychés ingerekre, behatásokra adott válaszok minőségi, ill. mennyiségi jellemzőit érzékeli, méri, regisztrálja, ill. értelmezi. Elsősorban azok a psychés jelenségek érdeklők, amelyek fiziológiai válaszokra redukálhatók. Ugyanakkor nem feledkezik meg arról, hogy a válaszok a psychofiziológiai egység minden szintjén megnyilvánulhatnak, egyeztetésük azonban nehézségeket okozhat. A különböző minőségű és intenzitású, egyszerű és komplex ingerekre kapott válaszok érzékelése a módszerek számos változatával történhet: 1. az élettani-biológiai változásokat elektrophysiológiai és biochemiai módszerekkel, 2. a változások szubjektív átélését interview technikával, 3. a szemléltető számára is megnyilvánuló magatartásbeli változásokat objektív megfigyelésekkel, 4. a verbalisan kifejezhető változásokat becsélési módszerekkel rögzítik. A válaszmagatartás-formák egy-egy együttese külön fogalmakká kristályosodott, amilyen az *activatio*, *habituatio* stb., amelyek egy-egy idegrendszeri funkcióegység

formatio reticularis limbicus rendszer stb.) viselkedésének előtérbe kerülését jelzik. A válaszok összessége pedig például a vegetatív idegrendszer fokozott reaktivitásával és labilitásával (neuroticizmus), ill. a generalisált corticális izgalomra, ill. gátlásra való hajlamával (*intro-extroversio*) egy-egy *reactio-typus* egészében jelöl meg, de nem ritka az individualis specifikus *reactiominta* sem. — A könyv említi azokat a külső és belső tényezőket, amelyek a mérési értékeket befolyásolják — amilyen pl. a napi biológiai ritmus is. — A külső és belső tényezők tudatosan alkalmazott hatása az ún. *biofeedback* (biológiai visszacsatolás), amelynek lényege, hogy az egyén megtanulja értékelné, ennek nyomán pedig akaratlagosan befolyásolni (gátolni vagy serkenteni) egyes élettani parametereit, amelyek subjektíve kellemetlenek, vagy eredetileg kedvezőtlenek (pl. vérnyomásának túlzott emelkedését, epileptikus rohamának kialakulását stb.) Ily módon elsajátíthatja figyelmének akaratlagos fókuszát, élettani funkcióinak ellenőrzését.

A könyv a továbbiakban foglalkozik azokkal a biológiai jelekkel, amelyeknek rögzítésére lehetőség van, felsorolja a mérő- és regisztrálórendszerek elvi felépítését, a jel elvezetésének, átalakításának, erősítésének, zavarmentessé tételének, feljegyzésének módját, eszközeit, az értékelést és az eredmények alkalmazásának módját. — A psychofiziológiában felhasználásra kerülnek a *cardiovascularis rendszerből* származó jelek (*pulsus*, *vérvnyomás*, *EKG*), a légzés, a *bőrhőmérséklet*, az *izomtónus*, *mozgásmagatartás* jellemzői, a központi idegrendszer spontán bioelektromos jelei (*EEG*, a *sensibilis* ingerekkel kiváltható *potentiálok*, az *alvás bioelektromos jelei*), de módszert ajánlanak a szerzők más psychofiziológiai jelenségek érzékelésére és regisztrálására is, amilyen a *pupillometria*, a *gastrointestinalis* és más *zsigeri változások* mérésére és feljegyzésére. — Az egyes mérő-regisztráló módszerek kiegészítéseként felsorolják a felhasználás lehetőségeit, az értékelést, amelyekhez 80 szemléletes ábrát és 6 táblázatot adnak segítségül, a gyakorlat számára számos példával, megoldható feladatokkal is szolgálnak.

A függelékben megkapjuk a psychofiziológiai mértékek élettani jellemző értékeit, a megoldandó feladatok helyes megoldását. A közel 300 bibliográfiai adat pedig módot nyújt az érdeklődőnek ismeretei további bővítésére. A tájékozódást a könyv keretein belül gondos szerzői és adatregiszter segíti.

Walsa Róbert dr.

VENORUTON

kapszula, injekció

H 600 Antivaricosica

ÖSSZETÉTEL: 1 kapszula 300 mg 0-(β -hydroxyethyl)-rutosidea-t tartalmaz. 1 ampulla (5 ml) 500 mg 0-(β -hydroxyethyl)-rutosidea-t tartalmaz.

JAVALLATOK:

Kapszula: Thrombosis (mély thrombophlebitis) kezelésben adjuvánsként az oedema-készség, vagy meglevő oedema csökkentésére, majd folytatólagosan a thrombosis klinikai gyógyulása után az akadályozott vagy nehezített vénás visszafolyás miatt.

Krónikus vénás insufficienciában (postthrombotikus állapot, varicositas), a végtag dekompenzált vénás keringésének (oedema, induratio, recidiváló thrombophlebitis, dermatosis, ulcus cruris) kompenzálására, a kompenzáció elérése után annak fenntartására, a mozgásterápia támogatása céljából.

Primer és szekunder varicositas oedemával, induratióval, dermatosisszal, ulcus crurisszal járó állapotaiban műtéti előkészítés és utókezelés céljából.

Felületes thrombophlebitisben, elsősorban a végtag postthrombotikus vénás keringési zavara esetén.

Nodus haemorrhoidalis kezelésére, főleg gyulladt csomók esetén.

Különböző eredetű lágyrészvizenyővel járó állapotokban (contusio, distorsio után, posttraumás oedema, agyvizenyő stb.).

Különböző eredetű mikrocirkulációs zavarok esetén (pl. fagyás után).

Az arteriás rendszer sikeres rekonstrukciós műtéteit követő ún. revascularisatio oedema befolyásolására.

Primer és szekunder lymphoedema esetén.

Injekció: Általában akut phlebologiai elváltozások:

Thrombosis (mély és felületes thrombophlebitisek) adjuváns kezelésére, az oedema-készség, ill. meglevő oedema csökkentésére.

Nodus haemorrhoidalis kezelésére gyulladt csomók esetén.

ELLENJAVALLATOK: Jelenleg nem ismeretesek.

ADAGOLÁS:

Kapszula: Lökésterápia: 2×1 kapszula naponta (6–8 napig).

Fenntartó kezelés: 1 kapszula naponta (4–6 héten át, esetleg tovább is).

A kapszulát étkezés közben, rágás nélkül kell lenyelni.

A terapia eredményessége jelentősen függ a kielégítő dozírozástól (kórállapottól függően megállapított idejű, rendszeres adagolás).

Indokolt esetben a napi 600 mg-ot is túl lehet lépni (maximálisan $3 \times 1-2$ kapszula/die, 6–8 napig).

Injekció:

Másodnaponként 1 ampulla im. vagy iv., súlyosabb elváltozások esetén naponta is lehet alkalmazni.

A klinikai kép javulása esetén oralis (kapszula) fenntartó kezelésre térhetünk át.

MEGJEGYZÉS: Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető. Az orvos akkor rendelheti, ha azt a területileg, illetve szakmailag illetékes fekvőbeteg-ellátó osztály, szakrendelés (gondozó) szakorvosa javasolja.

CSOMAGOLÁS:

50 kapszula,

térítési díja: 31,80 Ft.

20 ampulla,

térítési díja: 35,40 Ft.

ELŐÁLLÍTÓ:

BIOGAL GYÓGYSZERGYÁR, DEBRECEN



ZYMA AG (Svájc) licencia alapján.

A TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága 1980. szeptember 22-én du. 2 órára tűzte ki *Naszladi Attila dr.*: „*Cardiopulmonalis kölcsönhatások és következményeik*” című doktori értekezésének nyilvános vitáját az MTA Felolvasótermében.

Az értekezés opponensei: *Solti Ferenc dr.*, az orvostud. doktora, *Mihóczy László dr.*, az orvostud. doktora, *Fedina László dr.*, az orvostud. kandidátusa.

A TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága 1980. szeptember 29-én 14 órára tűzte ki *Berentei Ernő dr.*: „*Balkamra funkció haemodinamikai megítélés ischaemiás szívbetegségben*” c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját, az MTA Kistermében.

Az értekezés opponensei: *Csákvány György dr.*, az orvostud. kandidátusa, *Romoda Tibor dr.*, az orvostud. kandidátusa.

A Főv. Weil Emil Kórház-Rendelőintézet Tudományos Köre 1980. szeptember 24-én, szerdán du. 14 órakor, a Kórház kultúrtermében (XIV., Uzsoki u. 29.) *tudományos ülést tart.*

Üléselnök: *Gács János dr.*

Hankovszky Mária dr., *S. Tóth Mária dr.*: Inoperabilis tüdőrákos betegek „lökés” chemoterápiája.

Úveges Jenő dr., *Toroczky Lídia dr.*: Tapasztalataink a bifázisos lakosságzűréssel.

S. Tóth Mária dr., *Dévai Ágnes dr.*: Hasi megbetegedés ritka mellkasi szövődménye (esetbemutatás).

Pálkási Szvetlana dr., *Hankovszky Mária dr.*: Recidiváló „tüdőembolia” (esetbemutatás).

Dévai Ágnes dr., *Berki Lucia dr.*: Óriási mellúri elváltozás differenciáldiagnosticája (esetbemutatás).

A Főv. Bajcsy-Zsilinszky Kórház-Rendelőintézet Igazgatósága és Tudományos Bizottsága 1980. szeptember 25-én (csütörtök) du. 2. órakor, a Kórház tanácstermében (X., Maglódi u. 89.) *tudományos ülést tart.*

A másodorvosi pályázaton helyezést elért dolgozatok:

1. *Perényi Tamás*: Oralís vasodilatátor kezelés chr. szívelégtelenségben.

2. *Brasch András*: Cerebrovasculáris krízisek számítógépes réteg-vizsgálata.

Az Orvostovábbképző Intézet Szemészeti Klinika 1980. szeptem-

ber 25—26-án, az Intézet Oktatási épületében (XIII., Szabolcs u. 35.) *szemészeti továbbképző napokat rendez,* nemzetközi részvétellel.

10.00 óra

Prof. Brooser G.: Megnyitó.

Prof. H. Gliem (Berlin): A lézertérápia szerepe a szemészeti megbetegedésekben.

Prof. K. Čupak (Zágráb): A szemészeti mikrochirurgia előnyei és hátrányai.

Prof. Alberth B. (Debrecen): A pars plana vitrectomiáról.

Prof. F. Schulze, O. Tündler (Rostock): Katarakta műtéti megoldások gyógyszeresen nem tágítható pupilla esetében.

Szűnet

Prof. Gábor M. (Szeged): A kapillaris rezisztencia kutatásának újabb eredményei, aktuális problémái.

Szalai L., prof. Gábor M. (Szeged): A Venoruton hatása nyulak köthártyájának kapillaris rezisztenciájára.

Kerekasztal: „Angiopathiák gyógyszeres befolyásolása a szemészeti gyakorlatban” (Venoruton).

Moderátor: *prof. Brooser G.*

Felkért résztvevők:

G. J. Golden dr. (Svájc): Klinikai tapasztalatok Venorutonnal szemészeti indikációiban.

Prof. Kahán Á. (Szeged): Venoruton hatása Kimmelstein—Wilson-betegségben szenvedők proteinuriájára.

Prof. Takáts I. (Pécs): Tapasztalatok Venoruton alkalmazásáról retinopathia diabetikában.

Betkó J., Somogyvári É. (Bpest.): Retinopathia diabetica kezelése Venorutonnal.

Szalai L. (Szeged): Venoruton kezelés hatása a cukorbeteg kapillaris rezisztenciájára.

Szeptember 26., 10.10 óra

Prof. F. Schulze (Rostock): Tapasztalatok az iris-clip lencsével. *Remenár L.* (Bpest.): Malignus exophthalmus sebészi megoldása.

Zajácz M. (Debrecen): Keratoplasztika és aphakia.

Áhi O.: Új irányzatok a nyitott zugú glaucoma kezelésében.

Anda L.: A genetikai tényezők jelentősége a glaucoma patomechanizmusában.

Szigeti Z.: A kompjuterés tomographia (CT) jelentősége a szemészeti diagnosztikában.

Prof. Brooser G.: Zárás.

A Magyar Szemorvostársaság 1980. szeptember 26-án (péntek) délután 15 órakor Budapesten, az I. Szemklinika tantermében (VIII., Tömő u. 25—29.) *tudományos ülést tart.*

Prof. G. Scuderi és E. Balestrazzi (Róma): A veleszületett glaucoma

kezelése (15 év sebészi tapasztalatai).

Prof. E. Linner (Göteborg): A nyitott zugú glaucoma korai diagnózisa.

A Magyar Traumatológus Társaság Kézsebészeti Szekciója és a Szegedi Orvostudományi Egyetem II. Sebészeti Klinikája 1980. szeptember 26-án, pénteken Szegeden, a MTESZ Székház II. emelet 16-os termében (Kígyó u. 4.) *kézsebészeti kerekasztal-konferenciát rendez.*

10.30 óra

A *hajlítón sérülések ellátásának aktuális problémái, különös tekintettel a kéz ún. „senki földjére”.*

Józsa László dr. (Bpest.): A hajlító inak szerkezete.

Endrődi János dr. (Szeged): A hajlító inak vérellátása. Az íngyulladás vizsgálata angiographiával.

Renner Antal dr. (Bpest.): Az inasérülések ellátása alkaron, csuklón és a tenyérben.

Sántha Ernő dr. (Székesfehérvár): A primer invarrat és a rövid intranszplantátum indikációja és technikája a kéz „senki földjén”.

Prof. Salamon Antal (Szombathely): Az intranszplantáció indikációja és módszerei.

Biró Vilmos dr. (Pécs): Csúszó felszínképzés és gyűrűpótlás az inahüvely területén.

Sántha Andrea dr. (Bpest.): Tendolysis és utókezelés.

Moderátor: *prof. Salamon Antal.*

Szűnet

14.30 óra

Mikrosebészet a traumatológiában (Idegvarrat, mikrovascularis sebészet).

Renner Antal dr. (Bpest.): Mikrosebészeti módszerek a traumatológiában.

Simonka János Aurél dr. (Szeged): A perifériás idegek keringése és gyógyulásának folyamata.

Sántha Andrea dr. (Bpest.): Mikroszkópos idegvarratok klinikai eredményei.

Kiss Gyula dr. (Szeged): Mikrovascularis technika.

Nyárády József dr. (Pécs): Mikrovascularis invaginációs technika és alkalmazása a klinikai gyakorlatban.

Réffy Antal dr. (Bpest.): Mikror-anastomosisok scanning elektromikroszkópos vizsgálata.

Gulyás Gusztáv dr. (Bpest.): Nyeles lebeny szabad átültetése.

Moderátor: *Prof. Manninger Jenő.*

Az egyes előadásokat vita követi, melyben a kerekasztal előadói és a hallgatóság is részt vesz. Az előadásokhoz (10 perc) és a hozzájárulásokhoz (3 perc) párhuzamos diavetítési lehetőség biztosított.

A Magyar Nőorvos Társaság Északkelet-magyarországi Szakcsoportja 1980. szeptember 26-án Miskolcon, a Diósgyőri Vasas Művelődési Központban tudományos ülést rendez.

1980. szeptember 26., péntek
9.00 óra

Megnyitó, üdvözlések

Plenáris ülés

Ülésselnök: prof. Lampé László.
Titkár: Csoma Béla dr.

1. Prof. Takács István (Debrecen): Újabb diagnosztikus és terápiás eljárások értéke a nőgyógyászati endokrinológiában.

2. Smid István dr., Bazsáné Kassai Zsuzsa dr., Borsos Antal dr., Takács István dr., Makkai Ferenc dr. (Debrecen): Az anti-androgének klinikai alkalmazása.

3. Balogh Ádám dr. (Debrecen): A szakprofilok laboratóriumi háttere, az ellátás gyakorlati kérdései.

4. Papp Zoltán dr. (Debrecen): Genetikai betegségek perinatalis diagnosztikája.

5. Borsos Antal dr., Takács István dr., Smid István dr. (Debrecen): A serdülőkori diszfunkcionális méhvezetés individualizált kezelése.

6. Asztalos Miklós dr. (Debrecen): Gesztációs diabetes kórházi, ill. ambuláns inzulinkezelése.

Szűnet

Ülésselnök: prof. Takács István.
Titkár: Kocsis István dr.

7. Veres Lukács dr. (Debrecen): Szemléletünk és gyakorlatunk változása az EPH gesztózis kezelésében.

8. Tárczy Csaba dr., Maka Ferenc dr., Bukovinszky László dr. (Eger): Koraszülés, perinatális mortalitás-progresszív ellátás.

9. Jakobovits Antal dr., Csépanyi Attila dr. (Szolnok): A progresszív betegellátás kialakításának lehetőségei a Szolnok megyei Kórház-Rendelőintézetben.

10. Ferencz Tibor dr. (Miskolc): Az Onkológiai Gondozó helye a progresszív betegellátásban.

11. Barkai László dr., Sándor Csaba dr., Peleskei László dr. (Miskolc): Beszámoló 509 konizációról.

12. Kincses László dr., Mészáros József dr., Sas Mihály dr. (Szeged): Érdekes indukciós eseteinkről.

Hozzászólás — Vita

Szűnet

14.30 óra

„A” szekció

Ülésselnök: Bukovinszky László dr.

Titkár: Berkő Péter dr.

13. Kocsis István dr., Szabó Barna dr. (Miskolc): A koraszüléskérdés komplex szemlélete.

14. Mezei Tibor dr., Hegedüs Mihály dr., Pócsi Győző dr. (Miskolc): Koraszülés-prevenció komplex feladatai területünkön.

15. Barna Péter dr., Zelena János dr. (Miskolc): Ikerszülések 5 éves anyagunkban.

16. Bánhegyi András dr., Institoris István dr., Ablonczy László dr., Csikós Sándor dr. (Kazincbarcika): Terhesgondozásunk fejlődése és eredményei.

17. Szemcsák Miklós dr. (Szikszó): Terhesgondozásunk táppénzes vonatkozásai.

18. Csoma Béla dr., Kónya Csaba dr. (Miskolc): Szívmegeállás császármetszésnél, sikeres újraélesztés, utógondozás.

19. Vörös Zoltán dr., Ludányi István dr., Bukovinszky László dr. (Eger): Sectio caesarea alatt heveny vérvesztés következtében kialakult szívmegeállás és sikeres resuscitatio (Esetismertetés).

20. Vörös Zoltán dr., Hercska Gyula dr. (Eger): Császármetszések érzéstelenítése fentanyl frakcionált adagolásával.

Szűnet

Ülésselnök: Szabó Sándor dr.
Titkár: Bánhegyi András dr.

21. Balázs Gusztáv dr., Bánhegyi András dr., Várady József dr., Szabó Sándor dr., Pásztor Gábor dr. (Kazincbarcika): Szülési fájdalomcsillapítással szerzett tapasztalataink.

22. Kardos Zoltán dr., Gaál József dr. (Debrecen): Légzésbénuláshoz vezető szövödmény epidurális anesztézia alkalmazásakor (esetismertetés).

23. Szikszai Péter dr., Veres Lukács dr. (Debrecen): Uteroplacentáris apoplexia és következményes DIK sikeres kezelése. Tanulmányok (esetismertetés).

24. Bolodár Alajos dr. (Debrecen): Retardáció felismerése sorozat E₃ és HPL vizsgálatokkal.

25. Pál Attila dr. (Szeged): Aritmiás magzati szív működés (esetismertetés).

26. Zubek László dr., Kiss Ibolya dr., Karsai Kornélia dr. (Cegléd, Budapest): A gyermekágyi láz megelőzése és korszerű kezelése.

27. Barczy József dr. (Balassagyarmat): Puerperális szepszist okozó nekrobakteriális myomgöb és megacolon congenitum ritka együttes előfordulása (esetismertetés).

28. Zilahi Gábor dr., Asztalos Miklós dr. (Debrecen): Anovulációt követő clomid kezeléssel cukorbeteg asszonyokon (esetismertetés).

29. Mészáros József dr., Kincses László dr., Godó György dr., Sas Mihály dr. (Szeged): Hipotalamikus zavarok post partum alakulása (esetismertetés).

30. Kozma László dr., Kovács Károly dr., Oláh Albert dr. (Kisvárd): Lépruptura és terhesség (esetismertetés).

Hozzászólás — Vita

Zárószó

14.30 óra

„B” szekció

Ülésselnök: Surányi Sándor dr.
Titkár: Veres Lukács dr.

31. Máthé István dr. (Debrecen): Gennyes függelékgyulladások miatt végzett műtéteink.

32. Esztergály Szörényi dr., Szabó László Gábor dr., Dzvonyár János dr. (Hatvan): IUD-t viselő nők aktinomikozisa és a megelőzés lehetőségei.

33. Brittig Ferenc dr., Bánlaki Szidónia dr., Perényi Ottó dr. (Berettyóújfalú): IUD-t viselő nők genitális aktinomikozisa (esetismertetés).

34. Argai László dr., Rákossy Imre dr. (Miskolc): A helytelen családtervezés következményei.

35. Hardonyi András dr., Csoma Béla dr., Barkai László dr. (Miskolc): Refertilizációs műtét különösen érdekes esete (esetismertetés).

36. Zilahi Gábor dr., Komáromy Béla dr. (Debrecen): Szokatlan retroperitoneális tumor esete (esetismertetés).

37. Hegedüs Mihály dr., Topscher András dr., Fövényesi József dr., Steierhoffer György dr. (Miskolc): Onkocitológiai szűrések értékelése osztályunk 5 éves anyagában.

38. Laczkó József dr. (Miskolc): Nőgyógyászati citológiai anyagunk értékelése a szövettani vizsgálatok tükrében.

39. Csepregi János dr. (Leninváros): A folyamatos rákszűrés megszervezése, tapasztalatai és eredményei a Tiszai Vegyi Kombinátban.

Szűnet

Ülésselnök: Szombati Zsigmond dr.

Titkár: Rákossy Imre dr.

40. Pál Sándor dr. (Gyöngyös): Mi történjen a progresszív betegellátásból inkurabilitás miatt visszamaradt rákos betegekkel? (Immunterápiás próbálkozásainkról).

41. Gyöngyössy Andor dr. (Budapest): Hőlyag-hüvely, és bél-hüvely sipolyok műtétes gyakorlatainkban (esetismertetés).

42. Kelemen Csaba dr. (Budapest): Méhkiirtás után végzett nőgyógyászati-urológiai vizsgálatok tanulságai.

43. Mészáros Zoltán dr. (Budapest): Douglas-sérvek műtéti megoldása osztályunkon (esetismertetés).

44. Bedő Tibor dr., Takács István dr. (Debrecen): Cervicorrhaphiával szerzett tapasztalataink a méhnyakelégtelenség okozta terhességi szövödmények megelőzésében.

45. Kuhl Tamás dr., Takács István dr., Bazsáné Kassai Zsuzsa dr. (Debrecen): A jóindulatú petefészek daganatok hormontermelése poszt-menopauzában.

46. Halász Tamás dr. (Debrecen): Méhnyakrák és terhesség (esetismertetés).

47. Bedő Tibor dr., Takács István dr. (Debrecen): Granulózasejt tumor, myasthenia gravis és terhesség.

48. **Jakobovits Akos dr., Jakobovits Antal dr.** (Szolnok): A spermiumok hasúri vándorlása után bekövetkezett fogamzás (esetismertetés).

49. **Szemcsák Miklós dr.** (Szikszó): Tubatorziós esetünk (esetismertetés).

Hozzászólás — vita

Z á r s z ó

14.30 óra

„B” szekció

Üléselnök: **Orosz-Tóth Miklós dr.**
Titkár: **Topscher András dr.**

50. **Csécsei Károly dr., Karsai Tamás dr., Szondy Zsuzsa, Tornai Alajos dr., Gergely Judit, Sallay Géza dr., Papp Zoltán dr.** (Debrecen): Propionsavas hiperglicinémia prenatalis diagnosztikája.

51. **Török Olga dr., Harsányi Ágnes dr., Bede Emese, Fésüs László dr., Muszbek László dr., Csécsei Károly dr., Papp Zoltán dr.** (Debrecen): A dystrophia musculorum progressiva Duchenne prenatalis diagnosztikájának problémái.

52. **Harsányi Ágnes dr., Török Olga dr., Bede Emese, Tóth Irén dr., Lehel Frigyes dr., Csécsei Károly dr., Papp Zoltán dr.** (Debrecen): Prenatalis genetikai tanácsadás rubeolás expozíció esetén.

53. **Tóth István dr., Barkai László dr., Barna Péter dr.** (Miskolc): Méhenkízüli terhesség korai felismerésének lehetőségei.

54. **Tóth Zoltán dr., Komáromy Béla dr.** (Debrecen): Kóros ikerterhességek (esetismertetés).

55. **Iván Miklós dr., Takács Tibor dr.** (Miskolc): Az ADR szűrkéskálás UH vizsgáló adta lehetőségek a progresszív betegellátásban.

56. **Sziray Zoltán dr., Kádár Zoltán dr., Jeviczki Simon dr.** (Miskolc): Az UH diagnosztika szerepe a missed abortion korai felismerésében.

57. **Jakobovits Antal dr.** (Szolnok): A magzat fiziológiás mellkasmozgásai.

58. **Pócsi Győző dr., Szüle Dénes dr., Ónodi Zoltán dr.** (Miskolc): Serdülőkorúak szexualitásának szomatikus és pszichés következményei.

59. **Oláh Albert dr., Berzéky József dr.** (Kisvárd): A szexuális élet változásai terhesség alatt.

S z ü n e t

Üléselnök: **Barkai László dr.**
Titkár: **Tóth István dr.**

60. **Kispál Erzsébet dr.** (Miskolc): Fül-orr-gégész bronchologus szerepe az újszülöttek progresszív betegellátásában.

62. **Székhelyi Zsuzsanna dr., Sándor Csaba dr., Koltai Miklós dr.** (Miskolc): Perinatálisan veszélyeztetett újszülöttek elemzése.

62. **Topscher András dr., Mezei Tibor dr., Pócsi Győző dr.** (Miskolc): Újszülöttek lehülésének következményei és azok kivédése.

63. **Ságodi László dr., Marossy Pál dr.** (Miskolc): Paraurethralis ciszta újszülöttkorban (esetismertetés).

64. **Molnár Péter dr.** (Miskolc): A belgyógyász feladatai progresszív betegellátást végző szülészeti-nőgyógyászati osztályon.

65. **Hardonyi András dr., Temesi Zoltán dr.** (Miskolc): A szülészeti-nőgyógyászati sebészet határterületeinek differenciáldiagnosztikai problémáiról.

Hozzászólás — vita

Z á r s z ó

Az Országos Idegsebészeti Tudományos Intézet Röntgen Osztálya 1980. szeptember 26-án (péntek) délután 15 órakor, az Intézet könyvtárában (XIV., Amerikai u. 57.) tudományos ülést tart.

Deák György dr.: Agydaganatok gyermekkorban (esetbemutattással).

A Magyar Gyermeksebész Társaság 1980. szeptember 27-én 9 órakor Budapesten, a KÖJÁL előadótermében (XIII., Váci út 174.) tudományos ülést rendez.

Zsizi K., Dénes J., Örley J. (Budapest): Petefészkek daganatok a gyermekkorban.

Molnár D., Garas Zs., Papp G. (Budapest): Nemihormon vizsgálatok eredményei kryptorchismusos gyermekekben.

Altörjay I. (Szeged): Korrozív nyelődősrülések kisdadkorban.

Füzesi K., Prefort L. (Szeged): Regionális tüdőfunktio vizsgálatok bronchokapniával gyermekkorban.

Vincze J. (Miskolc): Tapasztalataink a Michalowsky plasztikával a hypospadiasis kezelésében.

S z ü n e t

Léderer L., Tóth Gy., Csizy I. (Miskolc): Bél-duplicatura perforált esete.

Léb J., Hajmássy Zs., Molnár D. (Budapest): Traumás léruptura konzervatív kezelésével szerzett tapasztalataink.

Csizy I., Kiss Á. (Miskolc): Monteggia törések.

Kecskés R., Éles L., Szepessy K. (Budapest): Csipőficam miatt végzett műtétek osztályunkon.

Nagyathé Gy. (Budapest): A világra hozott dongaláb korai műtéti kezelése.

K ö z g y ű l é s

A Magyar Pszichiátriai Társaság Pszichoterápiás Szekciója és Szociálpszichiátriai Szekciója „Pszichózis-pszichoterápia” címmel előadás-sorozatot indít.

1980. szeptember 27., 10.00 óra

Gádosor Júlia dr.: A pszichózisok pszichoterápiás megközelítésének elméleti alapjai.

Október 25., 10.00 óra

Szőnyi Gábor dr.: A borderline állapotok elméleti és terápiás kérdései. (Otto Kernberg munkái alapján.)

November 22., 10.00 óra

Horváth Krisztina: A korai gyermekkor szimbiózis-problémái (Margaret Mahler munkái alapján).

December 20., 10.00 óra

Harmatta János dr.: A dinamikus pszichiátria hozzájárulása a pszichózisok és borderline állapotok pszichoterápiájához.

1981. január 31., 10.00 óra

Barta Anna dr.: A budapesti pszichoanalitikus iskola szerepe a pszichózisok megértésében és pszichoterápiájában (Ferenczi, Bálint, Bak, Hajdú, Hollós és mások munkái alapján).

Február 28., 10.00 óra

Mérei Ferenc: Carl Rogers módszerének alkalmazása a tanácsadásban és a pszichoterápiában.

Március 28., 10.00 óra

Fonyó Ilona: Szociológiai szempontok a pszichiátriai munkában.

Április 25., 10.00 óra

Süle Ferenc dr.: A tranzakcionális analízis módszere a pszichikusok pszichoterápiájában.

Május 23., 10.00 óra

Ajkay Klára dr.: A pszichodráma módszere a pszichikusok kezelésében.

Stark András dr.: Csoportpszichoterápiás tapasztalatok pszichikus betegekkel.

Június 6., 10.00 óra

Komlósi Piroska dr.: A családterápia lehetőségei és módszerei a borderline állapotok és a schizofréniák kezelésében.

Az előadások helye: a Semmelweis Kórház Pesthidegkúti Pszichiátriai Osztálya (II., Schönherz Z. u. 12.). Megközelíthető a Moszkva tértől 56-os busszal, annak végállomásától pedig 57 vagy 64-es buszokkal.

A Magyar Haematológiai Társaság, a Debreceni Orvostudományi Egyetem II. Belklinika közreműködésével 1980. október 1–2–3-án Debrecenben, az Orvostudományi Egyetem Elméleti Tömbjében rendezi a **IX. Magyar Haematologiai Napokat.**

1980. október 1. (szerda) de. 9.00 óra

Megnyitó, üdvözlések

Tiszteletbeli tagok előadása

Prof. D. A. G. Galton (London): Az akut myeloid leukaemia kezelése (angol).

Prof. V. Serafimov-Dimitrov (Szófia): Haemopoetikus szövet transzplantációja és helyettesítő terápia fehérvérsejtek transzfúziójával (angol).



Malignus lymphoma — leukaemia
(referátumok)Elnök: **Kelemen Endre.****Kelényi Gábor** (Pécs): A malignus lymphomák új pathomorphologiai osztályozása: tények és távlatok.**István Lajos** (Szombathely): A malignus lymphomák klinikai osztályozása: lehetőségek és korlátok.**Szegedi Gyula, Pálóczi Katalin** (Debrecen): Angioimmunoblastos lymphadenopathia: klinikai és immunologiai sajátosságok.

Szünet

Elnök: **Hollán Zsuzsa.****Horváth Zoltán** (Budapest): A szarvasmarha lymphoid leukosisának (bovin malignus lymphoma) jellegzetességei.**Gráf Ferenc, Schranz Viktor** (Budapest): A lymphocytosissal járó lymphoproliferatív kórképek diagnosztikájának néhány kérdése.**Krizsa Ferenc, Cserhádi István** (Szeged): A csontvelőtenyésztés diagnosztikai és prognosztikai jelentősége leukaemiában.

„A” Sectio

15.00 óra
(referátumok)Elnök: **Cserhádi István.****Fleischmann Tamás** (Budapest): A Hodgkin-kór kezelésének aktuális kérdései.**Kiss Attila** (Debrecen): A nem-Hodgkin lymphoma mai kezelése.**Burger Tibor** (Pécs): A praeleukaemia időszerű kérdései.**D. Tóth Ferenc** (Debrecen): A leukaemiák virológiai vonatkozásai.

Szünet

Polycythaemia vera
(kerekasztal)Moderátor: **Kelemen Endre.**Részvevők: **Burger Tibor, Cserhádi István, Eckhardt Sándor, Gráf Ferenc, Gruber Ottó, István Lajos, Laub Margit, Lehoczky Dezső, Nagy György, Péterfy Miklós, Solti Vera, Szemere Pál.**

„B” Sectio

16.30 óra

Elnök: **Petrányi Gyula.****Donner, L., P. Klener** (Prága): Haemolytikus anaemia atypusos esete (angol).**Rudowski, W.** (Varsó): A plasma és a vér substitutiójának modern fejleményei (angol).**Anger, H.** (Erfurt): Siderophilia vizsgálatok (német).**Bernát Iván** (Budapest): A vasanyagcsere-vizsgálatok klinikai értéke.**Holowiecki J.** (Katowice): Az immunosuppressio folyamatos megfigyelése az acut leukaemia ciklikus chemoterápiája során (angol).

Szünet

Elnök: **Bernát Iván.****Stobbe, H.** (Berlin): Nem steroid anti-rheumaticumok okozta toxikus károsodások a haemopoiesisben (német).**Kiss Sándor, Schuler Dezső** (Budapest): Reverz-transzkriptáz akut leukémiás gyermekek vérében.**Preussner, S., H. Konrad, P. Brauer, G. Esther** (Rostock): ITP-ben szenvedő betegek prophylaktikus thrombocyta substitutiójának problémái splenectomia kapcsán (német).**Konrad, H., S. Preussner, G. Esther, O. Anders, D. Keller** (Rostock): Trombocyta-kinetikus vizsgálatok ITP-ban, panmyelopathiában és haemoblastosisokban (német).

Discussio

Elnök: **Kelényi Gábor.****Fleischer, J.** (Drezda): A chronikus monocyta-leukaemia diagnosztikájáról és terápiájáról (német).**Wutke, K., M. Herold, L. István, G. Kelényi, K.-D. Rüdiger** (Erfurt, Szombathely, Pécs): A multiplex myeloma polychemoterápiája. — Egy kooperatív tanulmány első eredményei (német).**Raposa Tibor, Siró István, Tarkovics Gábor** (Budapest): A FAB klasszifikáció és az akut leukémiák citokémiai sajátosságainak összehasonlítása.**Friedmann, B., F. Hermansky, Z. Voslarová** (Prága): A lép vörösvérsejt raktára leukaemiákban és malignus lymphomákban (angol).

Discussio

Október 2. (csütörtök) de. 10.00 óra

Haemostasis
(referátumok)Elnök: **Pálos A. László.****Muszbek László** (Debrecen): Kontraktilis fehérvérkék szerepe a thrombocyta-aktivációban.**Elődi Zsuzsa, Váradi Katalin** (Budapest): A VIII. alvadásfaktor molekuláris tulajdonságai és biológiai funkciói.**Sas Géza** (Budapest): A thrombolyticus jelene és jövője.**Nagy Ibolya** (Pécs): A heparin-kezelés időszerű kérdései.**Boda Zoltán** (Debrecen): A thrombocytopathiák mai szemlélete.

Szünet

Elnök: **Sas Géza.****Bagdy Dániel** (Budapest): Új típusú antikoagulánsok kutatása: kudarcok és eredmények.**Péterfy Miklós** (Budapest): A fibrinolysis aktuális kérdései.**Misz Mária** (Debrecen): A haemostasis jellegzetességei diabetesben.**László Előd** (Budapest): Az érfal-thrombocyta kölcsönhatás és annak klinikai jelentősége.

„A” Sectio

Experimentális haematologiaElnök: **Fehér Imre.****Fehér Imre** (Budapest): Bevezető.**Kertai Pál** (Debrecen): A kísérletes leukaemia-kutatás mai irányzatai (referátum).**Tatár Kiss Zsuzsa, Ember István, Kertai Pál** (Debrecen): A Gross-vírus leukaemia viselkedése parabiotikus egérgépeken.**Arany István, Rády Péter, Kertai Pál** (Debrecen): A hexokináz, foszforfruktokináz, a piruvátkináz vizsgálata Gross-vírus leukaemiás egerek nyirokcsomóiban.**Ember István** (Debrecen): Transzplantációs kísérletek kémiai carcinogénekkal kiváltott leukaemiával.**Kovács Zsuzsa, Németh Péter, Facht József** (Szeged, Pécs, Debrecen): A SOD aktivitás összehasonlító vizsgálata egészséges és malignus lymphomás AKR/J egerek nyirokcsomóiban.

Szünet

Elnök: **Kertai Pál.****Gulya Ernő, Stotz György, Szabó László Gábor, Kelemen Endre** (Budapest, Hatvan): Mikrokörnyezet szerepe xenogen haemopoetikus sejtek átültetésében.**Szabó László Gábor, Gulya Ernő, Kelemen Endre** (Budapest, Hatvan): Eosinophil kolóniák, ill. clusterek egerekben és patkányokban.**Szabó Teréz, Fésüs László, Laki Kálmán** (Debrecen, Bethesda): Tumornövekedést gátló nitrosourea-származékok hatása egér lymphoma-sejtek transzglutamináz aktiválására.**Gidáli Júlia, Fehér Imre** (Budapest): Összefüggés a mobilizálható és a teljes csontvelői őssejtkészlet között.**Kovács Péter, Ujj György, Institoris Lajos jr., Harnádi Ferenc, Kerpel-Fronius Sándor, Somfai-Relle Zsuzsa** (Debrecen, Budapest): Dibómdulcit hatása egércsontvelő in vitro kolóniaképző sejtjeire (CFUc-re).**Ujj György, Kovács Péter, Kiss Attila, Mikita János, Rák Kálmán, Hernádi Ferenc** (Debrecen): Dianhidrodulcit és diacetyl-dianhidrodulcit in vitro hatása humán csontvelő kolóniaképző sejtjeire (CFUc-re).**Vezendi Klára, Krizsa Ferenc, Szabó Imre, Cserhádi István** (Szeged): Thrombocyta-homogenisatum megakaryocytopoiesist supprimáló hatásának vizsgálata.**Mikita János, Nagy Péter, Kiss Attila, Rák Kálmán** (Debrecen): Tapasztalatok a serum thrombocytopoetikus aktivitásának izotóp-módszeres kimutathatóságával a thrombocytopoiesis különböző eredetű zavaraiiban.

Discussio

„B” Sectio

15.00 óra

Haemostasis

Elnök: *Elődi Zsuzsa.*

Gruber András, Blaskó György, Sas Géza (Budapest): Ciklo-oxigenáz vizsgálat a humán thrombocytákban.

Nils Olav Solum (Oslo): A membrán fehérjéinek keresztezett immuno-elektroforézise nem ionizált detergens jelenlétében; vérelemzke membránon végzett vizsgálat (angol).

Hársfalvi Jolán, Muszbek László (Debrecen): Calmodulin kötő fehérje thrombocytákban.

Váradi Katalin, Elődi Zsuzsa (Budapest): A IX. és a VIII. faktorokból felépülő komplex képződésének kinetikája aktivált thrombocyták felszínén.

Rákóczi István, Gerő György, Pecsenyi György, Demeter János, Gáti István (Budapest): Thrombocytá-aggregatio teljes vérben.

Discussio

Szűnet

Elnök: *Nagy Ibolya.*

Czeizel Endre, Bariska Ilona, Dombó Elemér, Kerényi Mária, M. Tóth Antal, István Lajos (Budapest, Szombathely, Veszprém): Haemophiliások és családtagjaik genetikai, epidemiológiai és haemostaseológiai szűrővizsgálata Nyugat-Magyarországon.

Berkessy Sándor, Pauker Zsolt, Mády János (Budapest, Miskolc): Plasma-transzfúziókkal sikeresen kezelt Moschcowitz-szindróma.

Kremmer Tibor, Spät Borbála, Sas Géza, Bánhegyi Dénes (Budapest): ¹²⁵J-előállítás és minőségi vizsgálata.

Blaskó György, Sas Géza (Budapest): Thrombocytá funkciók anti-thrombin-III. hiányos betegeknél.

Discussio

Elnök: *Muszbek László.*

Losonczy Hajnal, Hársfalvi Jolán, Nagy Ibolya, Muszbek László (Pécs, Debrecen): A thrombocytá-3. faktor szerepe a Willebrand-betegség diagnosztikájában.

Bátonyi Éva, Boros Miklós, Medgyessy Ildikó (Debrecen): A XIII. alvadásfaktor vizsgálata gravidákban és az amnion folyadékban.

Ágoston Márta, Sámik József, Burger Tibor (Pécs): A thrombocyták mediátor szerepe a membranosus és membranoproliferatív glomerulonepritisek pathogenesisében.

Sámik József, Burger Tibor (Pécs): A cytotatikus kezelés hatása a thrombocytá-funkciókra.

Discussio

„C” Sectio

15.00 óra

Elnök: *Gráf Ferenc.*

Schmelzer Margit, Burger Tibor (Pécs): Aplasticus anaemia és leukaemia.

Borsai Gábor, Szász Borbála, Sass Gyula, B. Metz Olga (Marosvásárhely): A leukocyták morfológiai elváltozásainak jelentősége vérképzőrendszeri betegségekben.

Demeter Judit, Lehoczky Dezső (Budapest): Klinikai és immunológiai megfigyelések hajás sejtes leukaemiában.

Jakó János, Kiss Attila, Telek Béla, Rák Kálmán (Mátészalka, Debrecen): A steroid-próba alkalmazása és haszna a heveny leukaemiák elkülönítő diagnosztikájában.

Jánossa Margit, Tariska Éva, Kelemen Endre (Budapest): Hat éves CGL-ből Myleran-hatásra támadt, prolongált súlyos aplasia tanulságai.

Vedres Anna, Karasz György, Csirik Ferenc, Szegedi János (Nyíregyháza): Leukaemiás betegek kezelésének és gondozásának aktuális kérdései megyei kórházban.

Discussio

Szűnet

Elnök: *Lehoczky Dezső.*

Döbrentey Eszter, Bak Mihály, Fleischmann Tamás, Eckhardt Sándor (Budapest): Folliculus centrum-sejt eredetű lymphomák klinikai és immunológiai sajátosságai.

Marton Éva, Kelényi Gábor, István Lajos (Pécs): A nem-Hodgkin malignus lymphomák új entitása: az immunocytoma.

Várbiro Mária (Pécs): A malignus lymphomák komplex vizsgálatának tapasztalatai.

Osváth Márta, Szántó István, Fleischmann Tamás, Eckhardt Sándor (Budapest): ABVD gyógyszerkombinációval szerzett tapasztalatok Hodgkin-kórban.

Molnár Zsuzsanna, Döbrentey Eszter, Fleischmann Tamás, Eckhardt Sándor (Budapest): CHOP-Bleo gyógyszerkombináció magas malignitású nem-Hodgkin lymphomákban.

B. Egged Ágnes, Szabó László, Masát Péter, István Lajos (Szombathely): Változások a gyermekkori Hodgkin-kór diagnosztikájában, kezelésében és kilitásaiban.

Discussio

Október 3. (péntek) de. 9.00 óra

Transfusio
(referátumok)

Elnök: *Simonovits István.*

Hollán Zsuzsa (Budapest): A haemotherapy új perspektívái.

Fainstein, I. F. (Moszkva): A leukocytapheresis hatása CGL-ben és CLL-ben.

Bajtai Gábor (Pécs): A hepatitis preventio lehetőségei és perspektívái.

Petrányi Győző, Hollán Zsuzsa (Budapest): A transplantatio előtt végzett transfusio immunológiai hatása.

Elnöki zárszó.

Szűnet

Elnök: *Medgyessy Ildikó.*

Harsányi Veronika (Budapest): Új vérkonzerválási módszerek.

Haskó Ferenc (Budapest): Vércélok és lehetőségek az albumin, a VIII. és a IX. faktor előállításában.

Friss Ágnes, Nemák Piroska (Budapest): Haemagglutinatio fokozás: új irányok a kompatibilitás vizsgálatokban.

Elnöki zárszó.

Elnök: *Bajtai Gábor.*

Andrássy Katalin, Német Katalin, Mann Vera, Kocsár Lajos, Simonovits István (Budapest): Vércélok vasraktárszintje szérum-feritin meghatározással.

Joó-Szabados Teréz, Filonyenko Alla, Czinyéri Judit, Molnár Vera, Sántha József, Vajna Mária (Budapest, Karcag): Transzfúziós problémák ritka vörösvérsejt alloimmunizációk kapcsán.

Kaiser Gabriella, Illés Margit, Kassai Miklós, Friss Ágnes (Szeged, Budapest): Tapasztalatok a gyenge B és a „Szerzett” B tulajdonság kimutatásával és elkülönítésével.

Medgyessy Ildikó, Stenszky Ernőné (Debrecen): Haematológiai rendszerbetegségben szenvedők transzfúzió kezelésének újabb lehetőségei.

Mód Anna, Harsányi Veronika, Natonek Katalin, Poros Anna, Szabó János, Füst György, Hollán Zsuzsa (Budapest): Haematológiai betegségekben végzett plazmaferezis szerzett tapasztalataink.

Vedrői Katalin, K. Jókuti Ilona, Simonovits István (Budapest): Rh-antigénekkal szemben immunizálódott asszonyok intenzív plazmaferezise.

Discussio

15.00 óra

„A” Sectio

Chronikus granulocytás leukaemia
accelerált fájsza
(kerekasztal)

Moderátor: *Rák Kálmán.*

Résztevők: *Jakó János, Kelemen Endre, Kiss Attila, Lehoczky Dezső, Oláh Éva, Révész Tamás, Telek Béla.*

„B” sectio

15.00 óra

Experimentális haematologia

Elnök: *Burger Tibor.*

Bak Mihály, Bodó Mihály, Döbrössy László, Sugár János (Budapest): Aspiratiós cytologia alkalmazhatósága a non-Hodgkin malignus lymphomák diagnosztikájában.

Deák György (Pécs): Patkány lép reticularis alapvázának tanulmányozása kísérletes lép autotransplantatumokban.

Berényi Ernő, Sonkoly Ildikó, Kávai Mária, Szegedi Gyula (Deb-



recen): Szupresszor T-sejt marke-
rek vizsgálata Hodgkin-kóros bete-
gek perifériás vérében.

Bayer Erzsébet, Fischer János (Pécs): Esterase isoenzymek viz-
gálatának jelentősége malignus
lymphomákban.

**Lelkes Gábor, Lelkes György,
Hollán Zsuzsa** (Budapest): Akut
leukémiás betegek csontvelősejt-
jeinek ultrastrukturális és elekt-
ronhisztokémiai vizsgálata.

Discussio

Szűnet

Elnök: **Tabák Péter.**

**Borbényi Zita, Varga Gyula,
Cserhádi István, Krizsa Ferenc** (Szeged): Tapasztalatok az emberi
csontvelőtenyésztéssel haematolo-
giai betegségekben.

**Németh Árpád, Pap Tihamér,
Pejtsik Zsuzsanna** (Pécs): A rögzí-
tési feltételek szerepe a haematoló-
giai sejtelek topo-optikai reci-
tíoninak kialakulásában.

Kalász Vera, Németh Árpád (Pécs): Oxazolonnal előidézett ko-
rai paracitális nyirokcsomó
reactio cytochemiai és elektron-
mikroszkópos jellemzése.

ifj. Bernát Iván (Budapest): A
radiokobált-felszívódás és kiválasz-
tás, mint a vas-absorptio indiká-
tora.

Fischer János (Pécs): Glycopro-
teinek megoszlása phagocytáló
neutrophil granulocytákban.

Discussio

Szűnet

„C” Sectio

15.00 óra

Leukaemia — lymphoma

Elnök: **Szegedi Gyula.**

**Borka István, Kelényi Gábor,
Mizslai Zsuzsa, Patakfalvi Albert,
Mohay Antal** (Kecskemét, Pécs,
Zalaegerszeg, Baja): Angioimmuno-
blastos lymphadenopathia.

**Pálóczi Katalin, Sonkoly Ildikó,
Garam Tamás, Krasznai Géza, Ne-
mes Zoltán, Szegedi Gyula** (Deb-
recen, Budapest, Szolnok): Immu-
nologiai vizsgálatok angioimmuno-
blastos lymphadenopathiás bete-
geknél.

**Bach Katalin, Petri Ildikó, Kri-
zsa Ferenc** (Szeged): Kezelt Hodg-
kin-kóros betegek lymphocytá-
funkciójának vizsgálata.

**Mohay Antal, Möring Irén, Kő-
szegi Györgyi, Halász Gabriella,
Nyikos Erzsébet** (Baja): A Walden-
ström-betegség különböző klinikai
megfigyelési formái.

**Varga Gyula, Zöllei Magdolna,
Vezendi Klára, Balogh Elemér** (Sze-
ged): A tumorsejt-tömeg prognosz-
tikus szerepe nem-Hodgkin lym-
phomákban.

Jákó János, Schopper János (Bu-
dapest): Biklonális gammopathiák.

Discussio

Szűnet

Elnök: **Krizsa Ferenc.**

Bán András, Póth Ilona (Zala-
egerszeg): Chronikus lymphocytás
leukaemia eseteink újraosztályozá-
sa a klinikai és a cytologiai kép
alapján.

**Brenner Ferenc, Szentcsiki Má-
ria, Kindler Miklós, Széchy Mik-
lós, Alexy Miklós, Kreskay Livia,
Szabó Zsolt** (Tatabánya, Győr): A
gyomor malignus lymphomáiról.

**Tornóczky János, Horgász János,
Muth Lajos, Rasch Hilda** (Szek-
szárd): Megfigyelések gastrointes-
tinális kiindulású nem-Hodgkin
malignus lymphomában.

Csikós Ferenc, Helembai László (Budapest): Gastrointestinalis lo-
calisatiójú lymphomák sebészeti
osztály anyagában.

Gruber Ottó, Zrínyi Tamás (Bu-
dapest): Chemotherapia idiopathiás
myelofibrosisban.

Discussio

Szűnet

18.00 óra

A poszter-sectio értékelése
(plenáris)

Leukaemia — lymphoma (Kele-
men Endre).

Transfusio (Hollán Zsuzsa).

Haemostasis (Rák Kálmán).

Discussio — Zárszó

Poszter-sectio

1980. okt. 1. **Malignus lymphoma.**

Okt. 2. **Haemostasis, thrombocy-
topoesis. Transfusio.**

Okt. 3. **Leukaemia, Vasanyag-
csere. Egyéb.**

1980. október 2., 8.30 óra

Elméleti Tömb előadóterme,
a Magyar Haematologiai Társaság
közgyűlése

**A Magyar Gyermekeorvosok Tár-
sasága Dél-dunántúli Szakcsoportja**
1980. szeptember 26—27-én Kapos-
váron, a megyei könyvtár előadó-
termében (Csokonai köz 4.) tudó-
mányos ülést rendez.

1980. szeptember 26. (péntek)
9.00 óra

Prof. Mestyán Gyula: Elnöki
megnyitó.

Üléselnök: **Horváth Mihály dr.**

1. **Péley Iván dr., Kádas István
dr., Varga Levente dr., Rajkai Irén
dr.** (Pécs): Nem hepatitis vírus
okozta májgyulladás.

2. **Kaszás Tibor dr.** (Siófok): Az
ingerképzettség-zavarok gyakorisága
és megítélése újszülött- és csecse-
mőkorbán.

3. **Weidl Mária dr.** (Pécs): Össze-
függések a csecsemőkori otitis me-
dia és bizonyos anamnesztikus ada-
tok között.

4. **Mammel Andrea dr., Kovács
Bálint dr., Pump Károly dr.** (Pécs):
Gyermekeori hypertoniás krízis és
szemfenéki elváltozások.

5. **Storc Judit dr., Mestyán Gyu-
la dr., Várbiro Béla dr., Lábadí Ar-
pádné** (Pécs): Dysmaturitás mint
rizikófaktor.

6. **Támuly József dr., Csordás
Jenő dr.** (Szekszárd): Strumás be-
tegeink kivizsgálása.

7. **Ruppert Ferenc dr., Dizseri
Tamás dr.** (Pécs): Congenitális hy-
perthyreosis miatt kezelt gyerme-
kek antropometriai vizsgálata.

8. **Buzogány Mária dr., Kramm
Hedvig dr., Öry Teréz dr.** (Szek-
szárd): Vírus-serológiai vizsgálatok
laryngitisben.

Szűnet

Üléselnök: **Péley István dr.**

9. **Szüle Endre dr., Hajós László
dr.** (Győr): A veseüregrendszer
morfológiai elváltozásainak jelen-
tősége gyermekkorban.

10. **Pintér András dr., Schäfer
József dr., Szemlédý Ferenc dr.** (Pécs): Subvesicalis akadály okoz-
ta „nagy hólyag syndroma”.

11. **Galambosi László dr., Dizse-
ri Tamás dr.** (Pécs): Androgenita-
lis syndroma diagnosztikája és
gondozása féltestvér csecsemőkben.

12. **Vágvölgyi Erna dr., Trézli Ida
dr., Gyódi Gyula dr., Fekete Lajos-
né dr., és Jákó András** (Kaposvár):
Újszülöttkori DIC eseteink.

13. **Bencze Gyula dr., Nagy Ibo-
lya dr., Pinterics Mária dr.** (Pécs):
Glanzman-féle thrombastheniás
purpura esete.

14. **Polgár Ferenc dr.** (Szekszárd):
Ivemark-syndromás betegeink.

15. **Járai István dr., Horváth Mi-
hály dr.** (Pécs): Baranya megyei
újszülöttek ultrastrukturájának ala-
kulása az utolsó 20 évben.

Szűnet

15.00 óra

Üléselnök: **Kaszás Tibor dr.**

16. **Adonyi Mária dr., Kajtár Pál
dr., Molnár Sándor dr., Károlyi
György dr.** (Pécs): A serum réz-
szintjének használhatósága malign-
us betegségek aktív szakaszának
jelzésére.

17. **Kopcsányi Ignác dr.** (Pécs):
Teendők vénás urográfia során
nem ábrázoló féloldali vese ese-
tén.

18. **Szendrey Etelka dr., Győri
Klára dr.** (Pécs): Korai felismerés
és gondozásbavétel jelentősége a
csecsemő- és kisdedkorú vitiumos
betegeinknél.

19. **Pávkovics Mária dr., Csete
Éva dr., Dobák Endre dr.** (Mohács):
Mononucleosis infectiosa 10 éves
beteganyagunkban.

20. **Baranyai Zsuzsanna dr., Bata
Géza dr., Klujber László dr.** (Pécs,
Kaposvár): A liquor tejsav-megha-
tározásának jelentősége a meningi-
tis diagnosisiban.

21. **Kardos Mária dr., Soltész
Gyula dr., Mészáros Kálmán dr.,
Dizseri Tamás dr., Gálfy Ilona dr.,
Molnár Dénes dr.** (Pécs): Diabete-
ses ellátásunk és gondozásunk
alapelvei.

22. *Dóber Ilona dr., Rubecz István dr.* (Pécs): Újszülöttkori morbiditási minták és intenzív terapia.

23. *Horváth Magdolna dr., Vastagh Oszkár dr., Heim Teréz dr., Rubecz István dr.* (Pécs): Retro-lentális fibroplasia előfordulása kis súlyú újszülöttekben.

24. *Dósa Magdolna dr., Cáspar Ferenc dr., Kocsis Gabriella dr., Nagy Gyula dr., Szalai Zoltán dr.* (Kaposvár): A Papillon—Lefèvre-szindrómáról egy eset kapcsán.

1980. szeptember 27. (szombat)

9.00 óra

Üléselnök: *Nagy László dr.*

25. *Schultz Károly dr., Soltész Gyula dr.* (Pécs): Anyatej- és tehéntejtáplálás anyagcserehatása koraszülött csecsemőben.

26. *Dizseri Tamás dr., Járai István dr., Halász Margit dr., Mestyán Gyula dr., Várbiro Béla dr.* (Pécs): Retardált és accelerált intrauterin

fejlődés (anthropometria megközelítés).

27. *Zsolnay László dr., Kaszás Tibor dr., Kustos Gyula dr.* (Pécs): Costolumbalis rekeszsérv (Bochdalek hernia) invaginációjának gyermeki esete.

28. *Tóth Éva dr., Kustos Gyula dr., Dobák Endre dr.* (Mohács, Pécs): Ileust okozó csecsemőkori lymphogen cysta.

29. *Rippl Ilona dr., Barna Gyöngyi dr.* (Szekszárd): Újszülöttkori hyperthyreosis (esetbemutatás).

30. *Csordás Jenő dr.* (Szekszárd): Kövér gyermekek érzékenységének vizsgálata.

31. *Örkényi Rudolf dr.* (Pécs): Adatok és elképzelések a körzeti gyermekorvosi gondozásról.

32. *Kosztolányi György dr., Károlyi György dr.* (Pécs): A klinikai cytogenetika táguló lehetőségei.

Szünet

Üléselnök: *Csordás Jenő dr.*

33. *Reiner Vera dr., Pap Szeke-res Klára dr.* (Mosdós): Hyposensibilizálással kezelték gyögyeredményei.

34. *Gódi Katalin dr., Ambrus Mária dr., Szigethy Gyula dr.* (Pécs): Selectiv IgA hiányos állapotok előfordulása osztályunk beteganyagában.

35. *Horváth Mihály dr., Járai István dr.* (Pécs): Cigány újszülöttek súlystruktúrája 1974—1979 között.

36. *Vincellér Mária dr., Rubecz István dr.* (Pécs): Idő előtti burokrepedés és perinatalis fertőzés.

37. *Nagy László dr., Járai István dr., Örkényi Mária dr., Rajnai Erzsébet dr., Wilhelmina Andrea dr.* (Pécs): Újszülöttkorban manifesztálódó familiaris renalis glycosuria.

38. *Eklics József dr., Pinterics Mária dr.* (Pécs): Idegen testek; ritka előfordulása és localisatio.

Prof. Mestyán Gyula: Elnöki zárszó.

MEGJELENT

MORPHOLÓGIAI ÉS IGAZSÁGÜGYI ORVOSI SZEMLE

1980. 3. szám

Balázs Márta dr.: A vastagbél villózus adenomájának elektronmikroszkópos vizsgálata.

Orosz Mihály dr., Csiba Árpád dr., Lapis Károly dr.: A terhességi granuloma (angiogranuloma) ultrastruktúrája.

Antal Magdolna dr.: A retina ultrastruktúrájának változása Althesinmononarkózis alatt.

Szarvas Zoltán dr.: Scanning elektronmikroszkópos vizsgálatok a méhnyálkahártya pre-malignus hiperproliferációs állapotában.

Vydra Gábor dr.: *Lambellae annulatae* előfordulása here-biopsziás anyagunkban.

Kádas István dr., Péley Iván dr.: Biopsziás vizsgálatok tanulságai gyermeki krónikus hepatitisben.

Kovács Gyula dr.: Izokromozómák szolid májgnus tumorokban.

Hudák Aranka dr., Tátrai Erzsébet dr., Lőrincz Miklós dr., Barcza Gyöngyi, Ungváry György dr.: Az orto-xilol magzatkárosító vizsgálata.

Verzár Rezső dr., Ottó Szabolcs dr., Somogyi Endre dr.: A Gc-tulajdonság vizsgálata, értékelés és módszertani

problémái egyéves intézeti anyagunkban.

Bárdosi Attila dr.: Szekunder gombás oesophagitis.

Elek Gábor dr., Lapis Károly dr., Rokenbauer Antal: Melanin Elektron Spin Rezonanciás (ESR) vizsgálata paraffinba ágyazott okuláris melanomákban.

Vydra Gábor dr.: Hízósejtek előfordulása és ultrastrukturális vizsgálata emberi herében.

Takács Péter dr., Soltész István dr., Kéry Sándor dr., Bursi László dr.: Traumás kétoldali arteria renalis elzáródás.

FOGORVOSI SZEMLE Stomatologia Hungarica

1980. 7. szám

Adler Péter dr.: *Valedictio.*

Fábián Tibor dr.: *Beköszöntő.*

Schranz Dénes dr.: A protetikusság felelőssége.

Bodnár Ildikó dr.: A parodontologiai kezelés eredménye általános iskolai tanulókon.

Dénes József dr., Domokos György dr., Elischer Zoltán dr.: A „direct bonding” (direkt ragasztásos) technika.

Orosz István dr., Ackermann Alajos dr.: Kisejtő műfogás a temporomandibularis ízület elülső ficamának reponálásához.

Hanzély Béla dr., Hadházy Sándor dr.: Amalgámtömés okozta allergiás reakció.

Fábián Tibor dr., Gerle János dr., Simon Gyula dr., Fejérdy Pál dr.: A protetikai IB. osztályba tartozó foghiányok pótlásának tervezése.

Ongrádi József dr., Sallay Kornélia dr., Kulcsár Gizella dr., Dán Pál dr., Horváth József dr., Nász István dr.: Fogágybetegség oroleukocytáinak mikrobaellenes aktivitása. I. A polimorfonukleáris oroleukocyták baktérium-ellenes aktivitása.

PNEUMOLOGIA HUNGARICA

1980. 7. szám

Antmann István: Az obstruktív hörgűrut prognosztikai jelentősége hörgűrákban.

Szilágyi János, Bene Júlianna, Kasza Lajos, Kovács Erzsébet, Kaló Ilona: Erőltetett végkilégzési áramlás” használhatósága a perifériás légúti obstrukció kimutatásában.

Mészáros Lajos: A légúti obstrukció és az arteria pulmonalis nyomása közötti összefüggés.

Levendel László: Légzési betegségek társadalom, környezet.

Seri István, Kecskés László, Kovács-Tucskányuk Katalin: Asthma bronchiale és malignus tumor.

Fábián Erzsébet, Mucsi Imre, Simon Emil: Bronchofibroszkópos kefe-biopszia citológiai típusdiagnóza hörgűrákban.

Körmöczy Imre: Gonitis tuberculosa ankylotica refracturájának kezelése.



NICOFLEX

kenőcs

V 000 Antirheumatica
mV 200 Nem glucocorticoidok

ÖSSZETÉTEL:

1 tubus (50 g) 0,0075 g capsaicinum-, 0,05 g aetheroleum lavendulae-, 1 g aethylum nicotinicum-, 4,5 g aethylenglycolum salicylicum hatóanyagot tartalmaz lemosható kenőcsben.

JAVALLATOK:

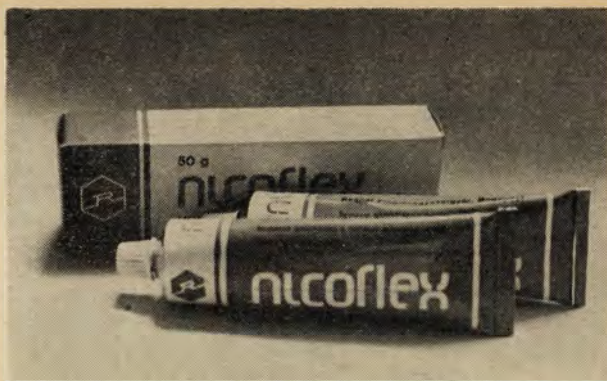
Arthrosis (osteoarthrosis), myalgia, spondylarthrosishoz csatlakozó neuralgiák, krónikus polyarthritis (rheumatoid arthritis), egyéb arthritisek, tendovaginitisek megnyugodott szakában. Sportolóknak bemelegítéskor.

ELLENJAVALLAT:

Minden gyulladás aktív szakja.

ALKALMAZÁS:

A kívánt testfelületet langyos szappanos vízzel lemossuk, szárazra töröljük, és a kenőccsel vékonyan bekenjük. Izületi megbetegedésekben a kezelést 3 napon át egyszer, majd azt követően naponta kétszer (reggel és este) végezzük. Bemelegítés céljából a kenőcsből 4–5 cm csíkot a sportoló gyúrásakor a bőrbe dörzsölünk.



MELLÉKHATÁSOK:

Esetleg bőrtúlérzékenység, mely antihisztaminokkal kedvezően befolyásolható.

FIGYELMEZTETÉS:

Az egész bőrfelület egyszerre történő kezelése tilos. A kenőcsöt csak ép és tiszta bőrfelületen szabad használni. Bekenés után a kezét meleg vízben, szappannal gondosan meg kell tisztítani. Bedörzsölés után a bőr kipirulása, átmelegedése s ezzel egyidejűleg csípős, égető érzés jelentkezik, mely kb. 1 óra elteltével fokozatosan megszűnik. Friss sérülésre alkalmazni nem szabad.

MEGJEGYZÉS:

Vény nélkül is kapható.

CSOMAGOLÁS:

50 g-os tubus.

TÉRITÉSI DÍJ:

5,— Ft/tubus



Gyártja:

„REANAL” Finomvegyszergyár, Budapest

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

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: 327-530/135

Előfizetési díj egy évre 432,— Ft, negyedévre 108,— Ft, egyes szám ára 9,— Ft



80.2353 Tipografika Athenaeum Nyomda, Budapest — Ives magasnyomás — Felelős vezető: Soproni Bélia 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.
FÜZI ISTVÁN DR.
HIRSCHLER IMRE DR.
LENART GYÖRGY DR.
OZSVÁTH KÁROLY DR.
PETRÁNYI GYULA DR.
PETRI GÁBOR DR.
RÁK KÁLMÁN DR.
SZÁNTÓ GYÖRGY DR.

✧

Felelős szerkesztő:

TRENCSENI TIBOR DR.

✧

Munkatársak:

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

✧

121. ÉVFOLYAM

✧

39. SZÁM

✧

1980. SZEPTEMBER 28.

1

TARTALOMJEGYZÉK

Balogh Tibor dr., Bajtai Gábor dr.,
Ambrus Mária dr., Pár Alajos dr.
és Palka István dr.:

Az alfa₁-foetoprotein szerepe a pri-
maer hepatocellularis carcinoma és
egyres teratogen tumorok kórismezésében 2371

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Gáspár László dr., Hógye Márta dr.,
Gruber Noémi dr.
és Csanády Miklós dr.:

Szívbetegség akromegáliában: echo-
kardiográfiás vizsgálatok 2375

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Kósnai István dr., Békefi Dezső dr.,
Bucsky Péter dr., Kovács Judit dr.
és Korányi György dr.:

A veleszületett intestinalis
lymphangiectasia és diétás kezelése..... 2383

GENETIKAI TANULMÁNYOK

Pornói Anna oh.,
Péterffy Erzsébet oh.,
Tarczal Éva dr. és Czeizel Endre dr.:

Az operált congenitalis vitiumban
szenvedő utódjainak vizsgálata 2389

ÚJABB DIAGNOSZTIKAI ELJÁRÁSOK

Salgó László dr., Hencz Péter dr.,
Szekeres Zsuzsa dr., Bán Gyula dr.
és Nagy Aranka dr.:

Az újszülöttkori szepszis
diagnosztika új lehetősége:
a kapillárisvér mikrohaemokultúra..... 2395

KAZUISZTIKA

Szalka András dr., Koller Miklós dr.
és Káli Gábor dr.:

Cerebellaris encephalitis
mononucleosis infectiosa kapcsán 2398

Beszámolók, jegyzőkönyvek 2401

Folyóiratreferátumok 2405

Levelek a szerkesztőhöz 2421

Könyvismertetés 2423

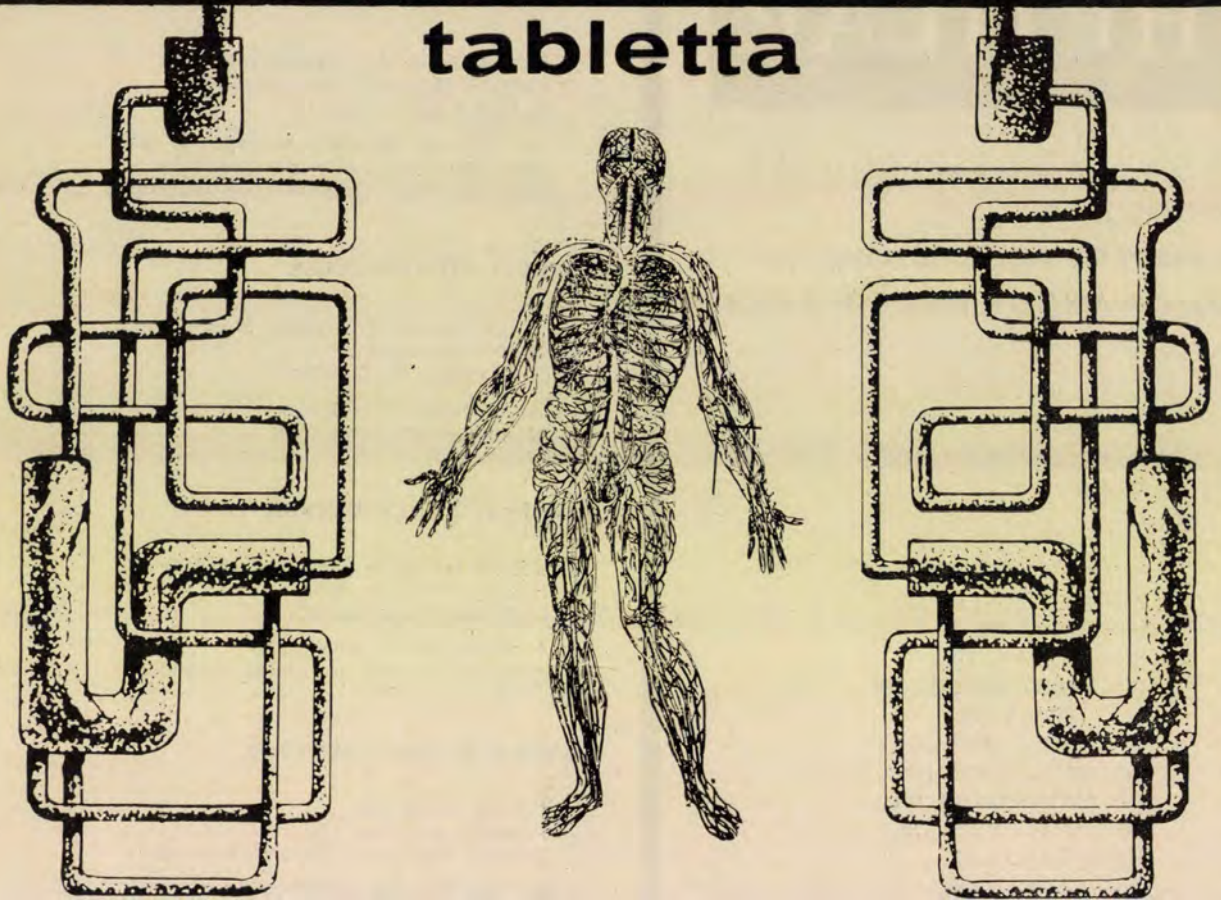
Pályázati hirdetések 2428

Hírek 2429

Megjelent 2432

STUGERON

tabletta



ÖSSZETTEL

Tablettánként 25 mg cinnarizinumot tartalmaz.

HATÁS

A Stugeron kifejezetten gátolja a különböző vasoaktív anyagok (adrenalin, noradrenalin, dopamin, angiotensin, vasopressin, histamin, serotonin, bradykinin, nicotin) hatását. Ezen anyagok ismétlődő érszűkítő aktivitásának fontos szerepet tulajdonítanak az atherosclerosis kialakulásában.

A Stugeron ezen felül fokozza az ereken átáramló vér mennyiségét, javítja a szövetek vérellátását, spasmolytikus hatást fejt ki az érfal simaizomzatára. A vérnyomást gyakorlatilag nem befolyásolja. Csökkenti a labyrinthus ingerlékenységét.

JAVALLATOK

A cerebrális keringés zavarai: arteriosclerosis cerebri, apoplexia és cerebro-cranialis sérülések utókezelésében, egyensúlyzavarok, migraine. A perifériás erek megbetegedéseiben (Buerger-kór, Raynaud-syndroma, diabetes, acrocyanosis) a claudicatio intermittens, paraesthesia, trophicus zavarok kezelésére.

ELLENJAVALLAT

Ez ideig nem ismeretes.

ADAGOLÁS

Naponta 3×1 vagy 3×2 tablettát hónapokon keresztül, rendszeresen. Érzékeny betegeknél ajánlatos a kúrát napi 3×1 tablettával kezdeni és fokozatosan emelni az adagot.

MELLÉKHATÁS

Az átlagosnál nagyobb adagok alkalmazásakor előfordulhatnak: enyhe somnolentia vagy gastrointestinalis zavarok, amelyek az adag csökkentésére néhány nap múlva spontán megszűnnek.

MEGJEGYZÉS

✱ Csak vényre adható ki, és az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtető.

CSOMAGOLÁS

50 tablettát, térítési díj: 4 Ft.

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.

Az alfa₁-foetoprotein szerepe a primaer hepatocellularis carcinoma és egyes teratogen tumorerő kórismézésében

Balogh Tibor dr.*, Bajtai Gábor dr.,
 Ambrus Mária dr., Pár Alajos dr.
 és Palka István dr.

Az alfa-foetoprotein (továbbiakban AFP) 70 000 D molekulásúlyú alfa-globulin, melyet az embryogenesis során kezdetben a szikhólyag, majd a 4—5. terhességi héttől a magzati máj termel (10, 18). A foetalis szérumban jelentős koncentrációt ér el (3000 mg/l), a születés után azonban hamarosan csökken a rendkívül alacsony normál szintre (1—20 µg/l) (7, 15, 24).

Abelev és mtsai (1), valamint *Tatarinov* (34) észlelték először, hogy primaer hepatocellularis carcinomában, ill. az ovarium és testis embryonális teratomáiban szenvedő betegek szérumban a magzati AFP-vel biokémiaileg és immunológiailag azonos alfa-globulin jelenik meg a normál felnőtt értékét sokszorosan meghaladó koncentrációban.

Az a megfigyelés, hogy ez a foetalis antigén bizonyos rosszindulatú daganatok termékeként ismét megtalálható a keringésben, új lehetőséget nyitott a tumordiagnosztikában. A további vizsgálatok során kiderült, hogy a szérumban AFP szint ezekben a betegségekben kórjelző értékű, változása szoros kapcsolatban áll a malignus folyamat progressiójával (5, 16, 23, 37).

Meghatározásának értékét növeli, hogy a szérumban AFP koncentráció követésével lemérhető a therapiás beavatkozások (műtét, sugár-, illetve cytostatikus kezelés) hatása is, valamint jól jelzi az esetleges — klinikailag még nem észlelhető — tumor-recidiva kialakulását (11, 17, 31).

Munkánk során primaer hepatocellularis carcinomában (PHCC), embryonális teratomában (ET), cirrhosis hepatitisban (CH) szenvedő betegekben, illetve a fenti két tumor gyanúja esetén végeztük el a szérumban AFP szint meghatározását sorozatvizsgálatok formájában.

* Jelenlegi munkahely: Országos Munka- és Egészségügyi Intézet, Kísérleti Patológiai Osztály.

Anyag és módszer

A normál érték megállapítása céljából 40 egészséges véradó (22 férfi, 18 nő, átlag életkor 34,5 év) szérumban AFP szintjét határoztuk meg. Sorozatvizsgálatainkat az 1. táblázatban részletezett iránydiagnózissal intézetünkbe érkezett betegek végeztük. Az iránydiagnózist a klinikai kép, a laboratóriumi adatok, valamint kórsvetani vizsgálat alapján állapítottuk meg. Amennyiben az AFP meghatározás során a normál érték felső határát meghaladó koncentrációt észleltünk, esetenként 3—6 alkalommal megismételtük a vizsgálatot. Az egyes mérések között eltelt időszak 2—3 hét volt. Valamennyi ET-ben szenvedő betegünk esetében műtét után vizsgáltuk az AFP szint alakulását. A betegek és a kontrollok szérumait a vizsgálat elvégzéséig —20 °C-on tároltuk.

1. táblázat **Betegv₁unk megoszlása**

Iránydiagnózis	Esetszám	Szövettanilag igazolt	
		hepatoma	embryonális cc.
Tumor hepatitis	111	11	—
Hasi tumor, Metastasis ad hepar	9	2	—
Cirrhosis hepatitis	59	3	—
Embryonális carcinoma	14	—	14
Összesen:	193	16	14

A mennyiségi meghatározást a *MacDonald és Kelly* (14) által kidolgozott enzim-immunoassay-vel (ELISA) végeztük, *Pácsa és Pejtsik* (22) módosítása alapján. Az eljáráshoz — melynek érzékenysége 1 µg/l — DAKO (Dánia) immunszérumokat és standard AFP-t használtunk.

Hat esetben végeztünk immunhisztokémiai vizsgálatot az AFP szöveti kimutatására 10%₀-os formalinban rögzített, paraffinba ágyazott metszeteken, melyeket részben májbiopsia, részben sectio során nyertünk. Az eljárást *Sternberger és mtsai* (33) PAP-módszere alapján végeztük, szintén DAKO immunszérumokkal. A reakció előhívásához 3,3' diaminobenzidint (Sigma Chem. Co., U. S. A.) használtunk.

Valamennyi szérumban vizsgáltuk a HBsAg jelenlétét is fordított passzív haemagglutinációval (Hepanosticon, Organon), *Hollós és mtsai* (8) módosított mikromódszere szerint.

Eredmények

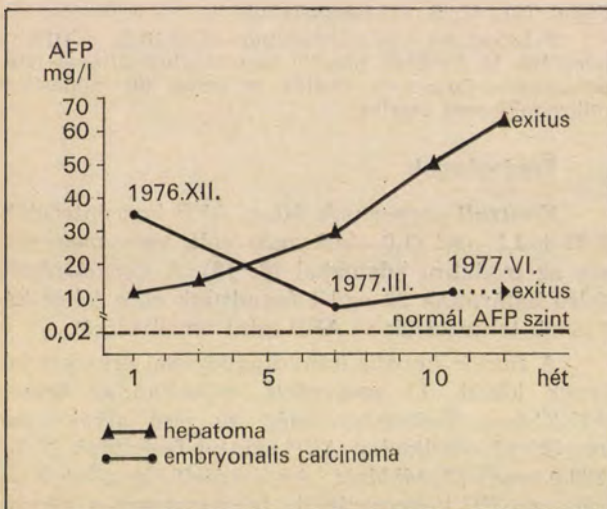
Kontroll csoportunk átlag AFP koncentrációja $6,42 \pm 3,1$ µg/l (1,0—14,6 µg/l) volt, mely megegyezik az irodalmi adatokkal (6, 15). A normál érték felső határának 20 µg/l-t fogadtunk el, e felett kórosnak tekintettük az AFP szint emelkedését.

A *tumor hepatitis* iránydiagnózissal érkezett betegek közül 11 szenvedett szövéttanilag igazolt PHCC-ben. Eseteikben már az első alkalommal rendkívül emelkedett AFP szintet észleltünk (2,8—268,0 mg/l) (2. táblázat). Az ismételt vizsgálatok során az AFP koncentrációja folyamatosan a kiindulási érték 3—6-szorosára nőtt, a meghatározások számát figyelembe véve viszonylag rövid idő alatt (4—12 hét) (1. ábra). A megfigyelt jelenség össz-

2. táblázat AFP pozitív betegek adatai

Sor- sz.	Szövetteni diagnózis	Vizsgál- atok száma	Első vizsgálat AFP szintje (mg/l)	Utolsó vizsgálat AFP szintje (mg/l)
1.	hepatocellularis carcinoma	5	13,1	64,4
2.	hepatocellularis carcinoma	3	268,0	769,0
3.	hepatocellularis carcinoma	5	34,2	110,8
4.	hepatocellularis carcinoma	3	145,0	608,0
5.	hepatocellularis carcinoma	4	11,0	48,0
6.	hepatocellularis carcinoma	3	12,0	50,2
7.	hepatocellularis carcinoma	3	4,2	9,7
8.	hepatocellularis carcinoma	4	3,2	5,8
9.	hepatocellularis carcinoma	3	2,8	3,9
10.	hepatocellularis carcinoma	4	3,0	4,1
11.	hepatocellularis carcinoma	5	2,9	4,8
12.	hepatocellularis carcinoma	5	0,16	0,6
13.	hepatocellularis carcinoma	5	0,25	0,75
14.	hepatocellularis carcinoma	3	0,21	1,6
15.	hepatocellularis carcinoma	3	0,1	0,5
16.	hepatocellularis carcinoma	3	0,4	1,08
17.	metastasis ad hepar	3	0,4	1,1
18.	metastasis ad hepar + cirrhosis hepatis	6	0,82	1,8
19.	cirrhosis hepatis	3	3,4	15,0
20.	embryonalis carcinoma	3	9,4	3,7
21.	embryonalis carcinoma	3	34,4	12,2
22.	embryonalis carcinoma	3	0,3	1,54
23.	embryonalis carcinoma	3	0,1	0,3

Nem tüntettük fel a nyolc, csak átmeneti AFP szint emelkedést mutató májcirrhotikus betegünk adatait. A serum HBsAG csak az 5., 7., 13. és 15. esetben volt pozitív.



1. ábra: Két, PHCC-ben, illetve ET-ben szenvedő beteg szérums AFP szintjének alakulása (1. és 21. sz. eset)

hangban volt a betegek klinikai állapotával, mely fokozatosan romlott, s röviddel utolsó vizsgálatunk után valamennyien meghaltak.

További 5 PHCC-s beteg közül három esetben *cirrhosis hepatis*, kettőben *hepatomegalia*, ill. *hasi tumor* volt az iránydiagnózis. Az első meghatározás során az AFP koncentráció meghaladta a normál értéket (0,1—0,82 mg/l). A további vizsgálatok alkalmával az első csoporthoz képest lényegesen enyhébb, de folyamatos AFP szint emelkedést észleltünk (maximális érték 0,5—1,6 mg/l). Az ismételt kimutatott, kórosan emelkedett AFP szint tisztázására a betegeken percutan diagnosztikus májbiopsia történt, melynek során a szövettani vizsgálat PHCC-t igazolt. A betegek közül hárman a dolgozat benyújtásakor (1980. febr.) is élnek, változatlan klinikai képpel.

A továbbiakban *májba áttételező* gyomorcarcinoma, ill. bél-leiomyosarcoma — ez utóbbi CH-val társult — egy-egy esetben észleltünk kóros AFP-szintet, mely a vizsgálatok során csak mérsékelten emelkedett. A betegek végül a primaer tumor inváziója következtében haltak meg.

CH-ban szenvedő betegek közül 8 esetben találtunk normál átlagot mérsékelten meghaladó AFP koncentrációt (45—180 μ g/l), mely a későbbi vizsgálatok alkalmával fokozatosan visszatért a normál értékre. Egy alkoholos eredetű CH-s betegünkben az észlelt kezdeti, *feltűnően magas* AFP szint rövid idő alatt (3 hét) csaknem *ötszörösére* emelkedett (2. táblázat). A beteg szérumának polyvalens anti-human szérummal (HUMAN, Budapest) végzett immunoelektroforetikus vizsgálata során súlyos, májlaesióra utaló dysproteinaemiát észleltünk: a prealbumin, albumin, transferrin szint jelentős csökkenéséhez kifejezett polyclonalis hypergammaglobulinaemia (IgG, IgA, IgM) társult. A sectio során ismételt elvégzett szövettani vizsgálat a májszerkezet pseudolobularis átépülését, a parenchyma disszociált necrosisát, nagycseppes elzsírosodását mutatta, a májsejtek tumoros átalakulása nélkül.

Négy, ET-ben szenvedő beteg szérumában mutattunk ki kóros AFP szintet. Közülük két esetben (20. és 21. sz.) a műtétet követő sugár-, ill. cytostaticus kezelés hatására a kiterjedt tüdőmetastasisok száma jelentősen csökkent, amit az AFP koncentráció esése követett. Egyikükön azonban az átmeneti remisszió után hamarosan disszeminált metastasisok jelentek meg, mely folyamat együtt járt az AFP szint ismételt emelkedésével (1. ábra).

A másik két beteg esetében a műtét után észlelt kis számú tüdőmetastasis fokozatosan kiterjedt, s ezzel párhuzamosan növekedett a szérums AFP koncentrációja is.

A további, normál AFP szintet mutató ET-s betegek közül öt a vizsgálat időpontjában teljes klinikai remisszióban volt, öt másik betegen pedig elvértve retroperitonealis áttételeket észleltünk.

Hat alkalommal végeztünk szöveti immunoperoxidase-vizsgálatot a hepatoma sejtek által termelt AFP intracelluláris kimutatása céljából. A tumorosan átalakult sejtek cytoplasmája valamennyi esetben intenzív reakciót mutatott, míg a környező kö-



2. ábra: PHCC szöveti immunperoxidase-vizsgálata. A tumorsejtek cytoplasmája intenzív, AFP-re specifikus reakciót mutat. Nagyítás: 160X

tőszövet, ill. a nem tumoros májsejtek negatívak voltak (2. ábra).

A 193 beteg közül 18 esetben (9,3%) mutattunk ki HBsAg-t. A szeropozitivitás megoszlását, valamint az AFP és a HBsAg kapcsolatát a 3. és 4. táblázatunkban mutatjuk be.

Megbeszélés

A hepatocarcinogenesis és a magzati fehérje neoszintézise közötti kapcsolatot csak az utóbbi években sikerült megnyugtatóan tisztázni. Az a tény, hogy a hepatoma sejtek cytoplasmája nagy mennyiségű AFP-t tartalmaz — mely utal a termelés helyére —, már korábbi immunhisztokémiai, ill. immunelektronmikroszkópos vizsgálatok eredményei alapján ismert volt (3, 12, 30).

A hepatoma kialakulásának megértéséhez állatkísérletes adatok nyújtottak segítséget. A carcinogen hatású diaminobenzidinnel való rendszeres kezelés után kezdetben nagyfokú májsejtpusztulás

3. táblázat AFP és HBsAg megoszlása beteganyagunkban

Szövettani diagnózis	AFP (> 20 µg/l)	AFP (< 20 µg/l)	HBsAg pozitív	HBsAg negatív
Hepatocellularis carcinoma	16	0	4	12
Májmetastasis	2	5	0	7
Cirrhosis hepatis	9	47	5	51
Embryonalis carcinoma	4	10	0	14

4. táblázat Az AFP és a HBsAg kapcsolata

	HBsAg pozitív	HBsAg negatív	Összesen
AFP emelkedett	9	22	31
AFP normál	9	153	162
Összesen:	18	175	193

figyelhető meg. Ezt követően kezdődik a májsejt-regeneráció, melynek során az ovál-, majd átmeneti sejtek (mikro-hepatocyták) megjelenésével a szervezet a foetalis differenciálódás folyamatát ismétli meg (21, 28, 32). Ennek következményeként az éretlen májsejtek — a magzati élet mintájára — nagy mennyiségű AFP-t termelnek. Ez a folyamat az érett máj-, ill. epeút-hámsejtek kialakulásáig tart, mely együtt jár az AFP szintézis fokozatos megszűnésével (20, 27).

A fenti elképzelést erősítik meg a neonatalis hepatitis és májcomás eseteinkben tett korábbi megfigyeléseink (4).

A hosszabb ideig tartó, folyamatos carcinogen kezelés során azonban az érett sejtekké történő differenciálódás megáll a mikro-hepatocyták szintjén, melyekből ún. hyperplasiás nodulusokat képezve, tumorsejtek alakulnak ki. Ez utóbbiak a differenciáltság fokától függően termelik az AFP-t, minél éretlenebb a sejt, annál intenzívebb mértékben (2, 3). Ez támasztja alá a szöveti immunperoxidase-vizsgálataink eredménye is.

Az eseteinkben megfigyelt AFP szint változás híven tükrözte a malignus folyamat stádiumát és progresszióját. A tizenegy, rendkívül magas AFP koncentrációval rendelkező beteg tumoros folyamata már az első meghatározás során előrehaladott stádiumban volt. A klinikai kép további súlyosbodását jól követte a kezdeti AFP szint viszonylag rövid idő alatt kialakult három-hatszoros emelkedése. A további öt beteg klinikailag nem észlelhető PHCC-ja már kóros AFP koncentrációt okozott, amely felhívja a figyelmet az AFP szint meghatározásának szükségességére a PHCC kialakulására veszélyeztetett betegekben (pl. CH-ban).

A két extraphepatikus tumor májattételeiben vizsgált AFP szint mérsékelten emelkedett volt, mely a későbbiek során alig változott. Ez a jelenség a metastasisok okozta parenchyma-károsodást kísérő regeneráció következménye lehet; ez utóbbit az egyik beteg esetében fokozta a szövettanilag is igazolt CH.

Ugyancsak a következményes regenerációval magyarázható a nyolc CH-ban szenvedő beteg emelkedett AFP szintje, amely követte a betegség aktivitását, s annak csökkenésével, majd megszűnésével visszatért a normál értékre. Hasonló megfigyelésről számol be Rouslahti (25), valamint Dávid és Halmy (6), akik szoros összefüggést találtak a CH aktivitásának mértéke és a kóros AFP szint között.

A máj rendkívül intenzív, de végül is eredménytelen regenerációs kísérletére utal a fatális kimenetelű CH-ban szenvedő betegünk feltűnően magas és egyre emelkedő AFP szintje. Tumorsejtet a szövettani vizsgálat sem tudott kimutatni.

Több szerző is felveti a HBsAg esetleges oki szerepét a PHCC kialakulásában (9, 26, 38). Sakurai és Miyaji (26) 37%, míg Vogel és mtsai (38) 73%-ban észleltek szeropozitivitást. Az anyagunkban szereplő PHCC-s betegek 25%-a volt HBsAg pozitív, míg a CH-ban szenvedők között 8,9% gyakoriságot találtunk. Természetesen csekély esetszámunkból messzemenő következtetést levonni nem lehet, a kérdés tisztázása a jövő feladata.

A hepatocarcinogenesis folyamatától eltérően kell magyaráznunk az ET-ben újra megjelenő magzati antigént. Meglepő volt ugyanis, hogy az éretlen teratoid tumorok AFP negatívak voltak, míg a „tisztá”, *embryológiailag magasan differenciált ún.* endodermális sinus tumorokban jelentősen emelkedett AFP szintet észleltek (19, 35, 39). A szövettani és immunhisztokémiai vizsgálatok (13, 29) során vált világossá, hogy ez utóbbi tumorokban megtalálhatók a magzati szikhólyag endoderma sejtjei, melyek felelősek az AFP termeléséért. A teratoid tumorok AFP szintézise tehát attól függ, hogy a multipotens ET-sejt milyen mértékben fejlődik tovább a szikhólyag endoderma sejtjé (36).

ET-ben szenvedő betegeinkben a mért AFP szint függvénye volt a folyamat előrehaladottságának, ill. változásának. A klinikailag remisszióban lévő betegeinkben nem észleltünk emelkedett AFP koncentrációt. A tumor-áttételek számának jelentős csökkenését, majd későbbi progresszióját viszont jól követte szintjének alakulása (1. ábra). Az öt, retroperitoneális metastasisos betegben feltehetően az áttételek csekély száma miatt találtunk normális AFP szintet.

Eseteinkben a szérumban AFP szint dinamizmusa jól tükrözte a két tumor szövettani-klinikai progresszióját, így meghatározásának jelentős szerepe lehet bizonyos malignus folyamatok korai kórismézésében, a klinikai kép követésében, valamint az alkalmazott gyógykezelés ellenőrzésében.

Köszönetnyilvánítás: Ezúton is köszönetünket fejezzük ki *Pácsa Sándor dr.-nak* (Pécsi Orvostudományi Egyetem Mikrobiológiai Intézet) a szérumban AFP-vizsgálatok elvégzéséhez nyújtott értékes segítségéért.

Összefoglalás: A szerzők primaer hepatocellularis carcinoma, májmetastasis cirrhosis hepatis és embryonalis teratoma eseteiben vizsgálták a szérumban alfa₁-foetoprotein szint változását enzimmunoassay-vel. Valamennyi hepatomás betegükben a normális értéket jelentősen meghaladó alfa₁-foetoprotein koncentrációt találtak. Cirrhosis hepatitisben szenvedő betegek vizsgálatakor 14,2%-ban észleltek átmeneti alfa₁-foetoprotein szint emelkedést, melyet a máj következményes regenerációjával magyaráznak. Embryonalis teratomákban 28,5%-ban volt kimutatható kóros alfa₁-foeto-

protein koncentráció, a normál értéket mutató betegek klinikailag remisszióban voltak. A szérumban alfa₁-foetoprotein szint változása anyagukban jól reprezentálta a malignus folyamat alakulását, folyamatos mérésével követhető volt a therapiás beavatkozások effektusa is. Felhívják a figyelmet a hepatoma kialakulására, veszélyeztetett betegek rendszeres szérumban alfa₁-foetoprotein vizsgálatának szükségességére.

IRODALOM: 1. *Abelev, G. I. és mtsai:* Transplantation. 1963, 1, 174. — 2. *Abelev, G. I.:* Transplant. Rev. 1974, 20, 2. — 3. *Abelev, G. I.:* Experimental study of alfa-fetoprotein reexpression in liver regeneration and hepatocellular carcinomas. In: Cell Differentiation and Neoplasia. 1978. p. 257. Ed.: Saunders, G. G. Raven Press, New York. — 4. *Balogh T. és mtsai:* Orv. Hetil. 1977, 118, 2815. — 5. *Chen, D. S.:* Cancer. 1977, 40, 1779. — 6. *Dávid K., Halmy L.:* Orv. Hetil. 1979, 120, 1677. — 7. *Gitlin, D., Boesman, M.:* J. Clin. Invest. 1967, 46, 1010. — 8. *Hollós I. és mtsai:* Orv. Hetil. 1975, 116, 2996. — 9. *Ichida, F., Shibasaki, K.:* Ann. N. Y. Acad. Sci. 1975, 259, 259. — 10. *Kekomäki, M. és mtsai:* Int. J. Cancer. 1971, 8, 250. — 11. *Kohn, J., Weaver, P. C.:* Lancet. 1974, 2, 334. — 12. *Kurman, R. I. és mtsai:* Cancer 1977, 40, 2136. — 13. *Kurman, R. I. és mtsai:* Scand. J. Immunol. 1978, 8, Suppl. 8, 127. — 14. *MacDonald, D. J., Kelly, A. M.:* Clin. Chim. Acta. 1978, 87, 367. — 15. *Massejef, R. és mtsai:* Ann. N. Y. Acad. Sci. 1975, 259, 17. — 16. *Matsumoto, Y., Suzuki, T.:* Cancer. 1977, 34, 1602. — 17. *McIntire, K. R. és mtsai:* Cancer. 1976, 37, 677. — 18. *Nishi, S.:* Cancer Res. 1970, 30, 2507. — 19. *Norgaard-Pedersen, B. és mtsai:* Acta path. microbiol. scand. Sect. A. 1979, 87, 223. — 20. *Onoe, N., Dempo, T.:* Gann. Monogr. Cancer Res. 1973, 14, 233. — 21. *Onoe, T. és mtsai:* Ann. N. Y. Acad. Sci. 1975, 259, 168. — 22. *Pácsa, S., Pejtsik B.:* Orv. Hetil. Közlés alatt. — 23. *Ratcliffe, J. G. és mtsai:* Scand. J. Immunol. 1978, 8, Suppl. 8, 143. — 24. *Ruoslahti, E., Seppälä, M.:* Int. J. Cancer. 1971, 8, 283. — 25. *Ruoslahti, E.:* Brit. Med. J. 1971, 1, 527. — 26. *Sakurai, M., Miyaji, T.:* Ann. N. Y. Acad. Sci. 1975, 259, 156. — 27. *Shakamoto, S.:* Sapporo Med. 1970, 37, 205. — 28. *Shakamoto, S. és mtsai:* Ann. N. Y. Acad. Sci. 1975, 259, 253. — 29. *Shiarai, T.:* Cancer. 1976, 38, 1661. — 30. *Shikata, T.:* Ann. N. Y. Acad. Sci. 1975, 259, 211. — 31. *Schultz, H., Y. és mtsai:* Scand. J. Immunol. 1978, 8, Suppl. 8, 109. — 32. *Sell, S. és mtsai:* Cancer Res. 1967, 36, 4239. — 33. *Sternberger, L. és mtsai:* J. Histochem. Cytochem. 1970, 18, 315. — 34. *Tatarinov, Y. S.:* Vopr. Med. Him. 1965, 11, 20. — 35. *Teilum, G. és mtsai:* Acta path. microbiol. scand. Sect. A. 1974, 82, 586. — 36. *Teilum, G. és mtsai:* Acta path. microbiol. Sect. A. 1975, 83, 80. — 37. *Tsuchida, Y., Urano, Y.:* J. Pediatr. Surg. 1975, 10, 501. — 38. *Vogel, C. L. és mtsai:* Cancer. 1974, 33, 959. — 39. *Wilkinson, E. J. és mtsai:* Amer. J. Obstet. Gynec. 1973, 116, 711.

Szegedi Orvostudományi Egyetem
I. Belgyógyászati Klinika
Endokrinológiai Osztály és Kutató Laboratórium
(vezető: László Ferenc dr.)
II. Belgyógyászati Klinika
(igazgató: Cserháti István dr.)

Szívbetegség akromegáliában: echokardiográfiás vizsgálatok

Gáspár László dr., Hógye Márta dr.,
Gruber Noémi dr. és Csanády Miklós dr.

Az akromegália klinikai tünetei között gyakran találkozunk az egyes szervek, így a szív megnagyob-
bodásával is (7). Ebben a betegségben a halál oka az utóbbi évtizedek statisztikái szerint többnyire szívrendszeri természetű (24). A különböző mód-
szerekkel (fizikális, röntgenológiai, ultrahang- és kórbonctani) kimutatható szívmeagnagyobbodás mellett nem ritkán találkozunk a szívfunkció rom-
lásának jeleivel (8, 11, 14). Oki tényezőként e beteg-
ségben a növekedési hormontútermelés és annak különböző szervekre, így a szívizomra kifejtett ha-
tása nem kétséges.

A szív anatómiai és funkcionális elváltozásai-
nak felmérésére különlegesen alkalmas módszer az echokardiográfia, mely nem jár kockázattal, tetszés szerint ismételtető, és így a szív anatómiai-funkcio-
nális adatainak (mint például a bal kamrai üreg nagysága, azoknak kontraktilitása, valamint a szá-
rított balkamra-izomtömeg) folyamatos követésére is mód nyílik (4, 19).

Martins a koncentrikus balkamra-hipertrófiát (11), Bodem (1, 2) az aszimmetrikus szeptumhiper-
trófiát (továbbiakban ASH), Smallridge (21) mind e két elváltozást jellegzetesnek találta az akromegá-
liás szívre. Echokardiográfiás vizsgálattal Mather (13) típusos elváltozásként elsősorban a megnöveke-
dett bal kamrai izomtömeget jelölte meg, figyelem-
re méltó azonban, hogy 23 akromegáliás betege kö-
zül csak egy esetben figyelt meg csökkent ejekciós
frakcióval jellemezhető szívfunkcióromlást.

Érdeemesnek tartottuk megvizsgálni a koncent-
rikus és aszimmetrikus balkamra-hipertrófia, vala-
mint a balkamra-dilatáció előfordulásának gyako-

riságát akromegáliás betegeinkben. Vizsgálataink során összefüggéseket kerestünk az echokardiográ-
fiával kimutatható szívelváltozások és növekedési
hormonszint, illetve a betegség fennállásának idő-
tartama között.

Beteganyag és módszerek

25 akromegáliás betegünk (17 nő, 8 férfi) kormeg-
oszlása 26—56 év, a szérumban növekedési hormon (továb-
biakban az irodalomban használatos human Growth
Hormone alapján hGH) tanúsága szerint 24 beteg a vizsgálat idején aktív stádiumban volt. A betegség
fennállásának időtartama 3—23 év volt, 11 beteg a vizs-
gálatokat megelőzően radiológiai, 4 pedig sebészi keze-
lésben részesült. Kilenc közülük hipertóniás volt, a mag-
gas vérnyomás időtartama 2—15 év volt. Betegeink
szívpanaszait az 1. táblázat szemlélteti.

Az echokardiográfiás vizsgálatokat EKOLINE 20 A
echokardiográfival végeztük, a felvételeket ún. fiberop-
tikás folyamatos író (strip chart recorder) segítségével
rögzítettük. Mértük a balkamra-végdiasztolés és vég-
szisztolés „rövid” átmérőt (a továbbiakban Dd és Ds),
a bal kamra hátsó falának (továbbiakban HF) és az in-
terventrikuláris szeptumnak (a továbbiakban IVS) a
vastagságát a szisztole és a diasztole alatt (1. ábra).

A bal kamra térfogatát Teicholtz és mtsai (22)
módszerével számítottuk ki ($V = 7 \times D^3$). Meghatá-

roztuk a linerális ejekciós frakciót
$$(D\% = \frac{Dd - Ds}{Dd} \times 100)$$

és az ejekciós frakciót ($EF = \frac{dV - sV}{dV} \times 100$). A bal

kamra izomtömegét mind Troy és mtsai (23) szerint
($LVM_1 = [Dd + 2HF]^3 - Dd^3 \times 1,05$), mind pedig Deve-
reux és Reichel (5) szerint ($LVM_2 = [Dd + HF + IVS]^3 - Dd^3 \times 1,04 - 13,6$) meghatároztuk. Látható, hogy ez
utóbbi munkacsoport által ajánlott képlet figyelembe
veszi az interventrikuláris szeptum vastagságát is a
kamrai izomtömeg kiszámításában.

Az akromegália diagnózisát a jellegzetes klinikai
tünetek, valamint az emelkedett szérumban növekedési
hormonszint alapján állítottuk fel. Aktívnak tekintet-
tük a betegséget, mikor a szérumban hGH 100 g glukóz
orális felvétele után sem volt visszaszorítható 5 ng/ml
alá. A szérumban hGH mérését RIA technikával végeztük
SERONO-BIODATA kit segítségével.

Eredmények

A részletes echokardiográfiás eredményeket a
2. táblázat szemlélteti. Betegeinket az interventri-
kuláris szeptum, a bal kamra hátsó falának vastag-
sága, valamint a balkamra-végdiasztolés átmérője
szerint csoportosítottuk.

10 betegben (1—10. beteg) aszimmetrikus szeptum-
hipertófiát állapítottunk meg: a szeptum és a
bal kamra hátsó fal vastagságának aránya 1,3-nál
nagyobb volt. Az ASH egy esetben súlyos volt (1.
beteg), az IVS 30 mm-nek bizonyult (2. ábra). To-
vábbi 5 esetben az IVS 15 mm-nél vastagabb volt,
mérsékelt ASH-t észleltünk 4 esetben (IVS 12—14
mm között). Az utóbbiakat határesetnek tekintet-
tük.

Egy betegünkben (11. beteg) koncentrikusnak
találtuk a balkamra-hipertrófiát (a szeptum és a
hátsó fal vastagsága egyaránt nagyobb volt, mint
15 mm, a szeptum és a hátsó fal vastagságának ará-
nya 1,3-nál kisebbnek bizonyult).

Nyolc beteg (12—19. beteg) echokardiográfiás
felvételén sem aszimmetrikus balkamra-hipertrófia,
sem koncentrikus balkamra-hipertrófia nem volt

1. táblázat Az akromegáliás betegek klinikai adatai

Sorszám	Nem	Kor (év)	Sella (mm ²)	hGH ng/ml	Betegség időtartama (év)	Kezelés	Hipertónia (Hgmm)	Hipertónia időtartama (év)	Nehéz légzés	Oedema	Nyk-turia	Anginás fájdalom
1.	nő	45	180	115	14	—	170/100	15	+	+	—	+
2.	nő	36	200	148	14	9000 rad Co	180/120	13	+	+	+	—
3.	nő	38	260	300	10	adenomektómia			—	—	—	—
4.	nő	27	160	500	10	4000 rad Co			+	+	—	—
5.	ffi	58	140	5	8	4000 rad Co	180/120	2	+	—	+	—
6.	nő	51	310	75	20	yttrium-90	160/110	13	+	—	+	—
7.	nő	53	240	100	22	adenomektómia	190/110	10	+	—	—	+
8.	nő	37	260	200	9	adenomektómia	180/120	10	+	—	—	—
9.	nő	63	160	8	9	4000 rad Co			+	—	+	—
10.	ffi	52	110	38	5	—			+	+	—	+
11.	ffi	57	180	65	10	3000 rad Co	170/110	6	+	—	—	—
12.	ffi	42	120	7	18	—			+	+	+	—
13.	nő	44	80	80	3	4000 rad Co			+	—	—	—
14.	ffi	55	240	9	21	hipofizektómia			+	—	—	—
15.	nő	58	150	17	10	—			—	—	+	—
16.	nő	42	200	100	14	—			+	+	+	+
17.	nő	36	200	400	10	6000 rad Co			—	—	—	—
18.	nő	38	140	40	9	6000 rad Co			+	—	—	—
19.	nő	26	70	8	10	3800 rad Co			+	—	—	—
20.	ffi	51	200	17	5	—	160/100	4	—	—	—	—
21.	nő	65	90	10	15	—			+	—	—	—
22.	ffi	66	210	15	13	10 000 rad Co	180/90	5	+	—	—	+
23.	nő	57	360	45	10	—			+	—	—	—
24.	nő	51	110	58	4	—			+	+	—	—
25.	ffi	44	90	36	23	—			+	—	—	—

2. táblázat Az akromegáliás betegek echokardiográfiai adatai

Sorszám	HF (mm)	IVS (mm)	IVS/HF	Dd (mm)	Δ D (%)	EF (%)	LVM ₁ (g)	LVM ₂ (g)
1.	15	30	2,0	40	30	63	293	567
2.	12	16	1,3	68	26	46	487	592
3.	10	15	1,5	66	25	46	366	483
4.	10	17	1,7	44	22	41	186	273
5.	8	15	1,8	52	46	72	183	285
6.	10	15	1,5	50	40	65	229	300
7.	9	12	1,3	70	20	37	355	427
8.	9	13	1,4	57	33	56	249	314
9.	9	13	1,4	48	52	78	186	232
10.	11	14	1,3	55	36	61	217	352
11.	15	19	1,2	45	33	57	347	408
12.	10	12	1,2	48	50	78	214	232
13.	7	8	1,1	42	11	23	107	105
14.	11	9	0,8	55	23	42	343	259
15.	12	11	0,9	53	37	62	361	294
16.	8	10	1,2	54	33	56	195	217
17.	8	9	1,1	55	27	8	201	277
18.	7	9	1,2	48	33	56	134	148
19.	12	12	1,0	55	27	48	343	333
20.	11	12	1,0	60	36	58	352	365
21.	12	12	1,0	60	16	31	356	396
22.	10	12	1,2	65	7	15	576	514
23.	11	9	0,8	80	12	24	310	302
24.	10	10	1,0	60	16	31	405	401
25.	10	10	1,0	70	24	43	310	386

Normál egyének (10 saját eset adatai)

8,2 SE 1,1 8,8 SE 1,7

50,9 SE 3,0

59,1 SE 8,7

181,5 SE 37,8

174,8 SE 36,4

Rövidítések: HF = hátsó fal, IVS = interventrikuláris szeptum, Dd = bal kamrai végdiasztolés átmérő, Δ D = lineáris ejekciós frakció, EF = ejekciós frakció, LVM = bal kamrai izomtömeg, SE = standard error.

megfigyelhető, a balkamra-üreg nagysága is normális volt. Ők alkották az echokardiográfiás szempontból „normális” csoportot.

Végül 6 betegünkben a megnövekedett bal kamrai végdiasztolés átmérő dominált (Dd nagyobb mint 60 mm), egy ilyen beteg echokardiográfiás felvétele látható a 3. ábrán.

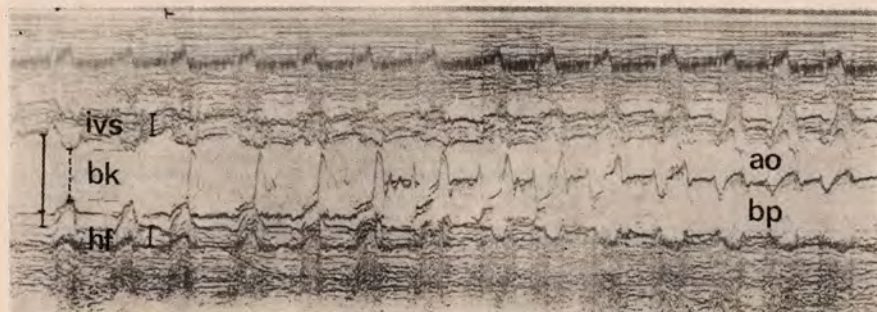
Az egyes csoportok részletes értékelése során megállapítottuk, hogy 10 ASH-s betegünk közül 9 aktív stádiumban volt, a legmagasabb szérumszintet e csoportban figyelhetjük meg (átlag 148,1 ng/ml). Két kivételtől eltekintve a betegek vérnyomása magas volt, a hipertónia időtartama viszonylag hosszúnak bizonyult (átlagosan 12,1 év). A két normotenziós betegünkben azonban viszonylag magas szérumszintet mértünk. A számított bal kamrai izomtömeg kivétel nélkül nagyobb volt a normálisnál. Ezen elváltozás még szembetűnőbb volt, amikor a kamrai izomtömeg kiszámításakor az interventrikuláris szeptum vastagságát is figyelembe vettük. Négy esetben találtunk csökkent ejekciós frakciót aszimmetrikus szeptumhipertrofiás betegekben. A normális nagyságú bal kamrájú betegek csoportjában csak egy esetben találtunk jelentősen csökkent ejekciós frakciót. A növekedési hormonszint és a számított bal kamrai izomtömeg között korrekciós analízis segítségével nem találtunk összefüggést.

A tágult bal kamrai végdiasztolés átmérőt mutató betegekben viszonylag alacsony szérumszintet mértünk (átlag 29,3 ng/ml) és az akromegá-

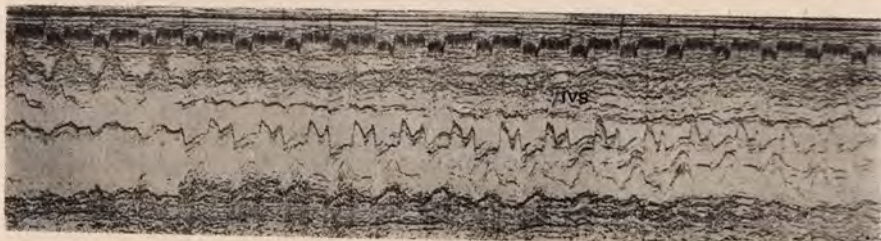
lia időtartama viszonylag hosszú volt (átlag 11,6 év): endokrinológiai szempontból „kiégett” betegeknek voltak tekinthetők. Az ejekciós frakciót e csoportban egy kivétellel jelentősen csökkentnek találtuk. A 25 betegben 12 esetben találtunk EKG eltérést a standard 12 elvezetéssel. A 11 „hipertrofiás” (mind aszimmetrikus, mind koncentrikus) esetben 7 alkalommal észleltünk EKG eltérést, ezek: 3 esetben balkamra-hipertófia ischaemiás jelekkel a bal kamra területén, 1 bal Tawara-szárblock, 1 jobb Tawara-szárblock, további 2 esetben horális rotációs jeleket (V_5 -ben $S > R$), melyek jobbkamra-túlterhelés eseteinek tekinthetők. Az ún. „normál” (bal kamrai szempontból) esetekben (8 beteg) 3 EKG eltérést észleltünk. Egy esetben bal anterior hemiblockot, egy esetben klasszikus jobbkamra-hipertrofiát (V_1 -ben $R > S$, V_5 -ben $S > R$) és egy biventrikuláris hipertrofiát.

Megbeszélés

Az irodalomban egyre nagyobb figyelmet fordítanak az utóbbi időben a hGH hiperszekréció szisztémás szövődményeire (5, 9, 11, 13, 14, 17, 18). Mastaglia és munkatársai hívták fel először a figyelmet az akromegáliában jelentkező izomelváltozásokra (12). Szívrendszeri eltérések viszonylag gyakran figyelhetők meg e betegségben, a hipertónia előfordulása is gyakoribb, mint az átlag populációban (10): 13–50%. Betegeinkben a magas vérnyomás előfordulása 36% volt. A hipertóniás cso-



1. ábra: Normális echokardiogram. A folyamatos vonal a bal kamrai ún. „rövid” diasztolés, a szaggatott a szisztolés átmérőt jelzi (rövidítések: ao = aorta, bp = bal pitvar, bk = bal kamra, ivs = interventrikuláris szeptum, hf = hátsó fal)



2. ábra: 1. betegünk echokardiogramja: aszimmetrikus bal kamra hipertrofia



3. ábra. 23. betegünk echokardiogramja: a bal kamra üregétág (Dd = 80 mm). A szeptum és a hátsó fal normális vastagságú, kontrakciójuk gyenge, a bal pitvar is dilatált

portban a szívmegegyesítés és a szívelégtelenség is gyakori. A koronáriszclerózis szintén gyakori akromegáliás betegekben (11).

Ismeretett vizsgálatainkkal az akromegáliás szívbetegek pontosabb körülhatárolásához kívántunk hozzájárulni. Eredményeink szerint echokardiográfiával legalább négyfajta szívelváltozás figyelhető meg e betegségben. Az első csoportot tíz, aszimmetrikus szeptumhipertrofiát mutató beteg alkotja (40%). Közülük 6 hipertóniás és kettő gyakori anginás fájdalomra panaszkodott. Az ASH előfordulásának arányát akromegáliás betegekben *Hearne és mtsai* (6) jóval magasabbnak találták (80%), *Bodem, Savage, Martins* és *Smallridge* (1, 2, 11, 20, 21) viszont saját beteganyagukban mindössze 6–22%-ban észleltek ilyen szívelváltozást echokardiográfiával. A határeseteket nem számítva saját beteganyagunkban az ASH előfordulásának aránya 25%, mely *Smallridge* (21) adataihoz hasonló. A hGH túltermelés és az ASH gyakori együttes előfordulásának pontos oka jelenleg nem ismeretes.

Mindössze egy esetünkben fordult elő koncentrikus balkamra-hipertófia (2,5%), a betegnek 6 éve van hipertóniája. Más szerzők az ilyen típusú szívelváltozást gyakrabban észlelték akromegáliás betegekben (1, 2).

Nyolc betegünkben az echokardiográfiás jellemzők alapján normális viszonyokat figyelhettünk meg, ennek százalékos előfordulása egyezik más szerzők megállapításával. Az EKG eltérések jól mutatják, hogy bár a bal kamrai funkciója az ún. „normál” csoportnak többnyire normális — azért pl. a jobbkamra-hipertófia előfordulhat. Másrészt talán azt a következtetést is levonhatjuk, hogy mind ebben, mind a hipertrofiás csoportban előfordulhat (további 3 eset) jobb kamrai hipertófia (a bal kamrai mellett), mely indirekt módon támogatja azt a hipotézist, hogy a növekedési hormon közvetlenül is hat a miokardiumra és pl. a balkamra-hipertófia nemcsak a fennálló hipertónia következtében jön létre ASH-ban. (Hipertónia nélkül is találtunk balkamra-hipertrofiát.) Természetesen ennél a következtetésnél is óvatosnak kell legyünk, mert az akromegáliás betegeknek hordó alakú mellkasuk van, emfizémásak, ennek következtében is létrejöhet jobbkamra-hipertófia, másrészt a kialakult emfizéma a balkamra-hipertófia megítélését is zavarhatja. Eredményeink értékelésénél szembe-tűnő, hogy míg *Martins és mtsai* (11) 16 akromegáliás betegben csak egy, *Smallridge* és munkacsoportja (21) 27 betegük közül mindössze 2 alkalommal észlelt hipertrofiát nélküli kamradilatációt, addig saját beteganyagunk az ilyen típusú szívelváltozásnak lényegesen nagyobb gyakoriságát mutatja. Fontosnak tartjuk megjegyezni, hogy míg a rossz balkamra-funkció jeleként előforduló csökkent ejekciós frakció a hipertrofiás és normál csoportban nem túl gyakori, a hat tágult bal kamrájú beteg közül 5 esetben megtalálható volt. Ez utóbbi csoportban, betegekünk közül csak egy panaszkodott anginás típusú mellkasi fájdalmat, s mivel koronária angiográfiát nem végeztünk, e kongesztív típusú szívelváltozás létrejöttében nem tudjuk biztonság-

gal kizárni az ateroszklerózis oki szerepét. Miután e betegek szérum hGH értéke alacsony és az akromegália időtartama viszonylag hosszú („kiégett” akromegáliások), a szívbetegek patogenezésében feltehetően az elhúzó hGH hiperszekréció is szerepet játszott. Betegeinkben echokardiográfiás követéses vizsgálatot nem végeztünk, ezért nem tudjuk megállapítani, hogy a hipertrofiás alak később átmege-e dilatált (kongesztív) formába? Mindenesetre, véleményünk szerint kevésbé valószínű, hogy a hGH túltermelés különféle típusú (hipertrofiás vagy dilatált, vagy éppen normális echokardiográfiás jellemzőket mutató, de csökkent ejekciós frakcióval járó) szívelváltozásokat hozzon létre. Valószínűnek látszik az a feltevés, hogy a betegség folyamán a hipertrofiás forma bizonyos átmeneti stádiumokon keresztül végül dilatált formába mege át és kongesztív állapothoz vezet (16, 18). Ezen feltételezésünket természetesen csak viszonylag hosszabb utánkövetéses vizsgálatok erősíthetik meg, azonban az irodalomban találkozhatunk hasonló, a kardiomiopátiákkal foglalkozók számára ma még „eretnységnek” tűnő feltételezésekkel, melyet alátámasztanak *ten Cate* megfigyelései is, miszerint az ASH bizonyos hatásokra (miotómia, béta receptor blokkoló terápia) kongesztív típusú kardiomiopátiába mege át (3).

Ami a közbeeső stádiumok jellegzetességeit illeti, az egyaránt lehet a szeptum mérsékelt megvastagodása (mint saját, mérsékelt ASH-t mutató esetekben) vagy a szubklínikus szívfunkcióromlás egyes akromegáliás betegekben (8). Akromegáliában is feltételezhető, hogy a magas hGH szint hipertrofiát hoz létre, a betegség „kiézése” után változatlan szívizomtömeg mellett a szívüreg dilatált lesz. Hasonló jelenségre figyeltek fel *Nieminen és mtsai* közvetlenül az akromegáliás betegek sebészi kezelését (adenomektómia) követően (16). Nem tesznek ugyanakkor említést az ejekciós frakció alakulásáról, míg saját „kiégett” eseteink jelentős részében ezt csökkentnek találtuk. Hipotézisünk igazolása végett echokardiográfiás utánkövetéses vizsgálatot tervezünk akromegáliás betegekben.

Összefoglalás: A szerzők 25 akromegáliás betegben vizsgálták a szív alaki és funkcionális elváltozásait echokardiográfiával. Tíz betegben figyeltek meg aszimmetrikus szeptum hipertrofiát, melyek közül egy súlyos, öt kifejezett, négy pedig enyhe fokú volt. Egy betegben koncentrikus balkamra-hipertrofiát találtak. Nyolc beteg esetében az echokardiográfia alapján normális nagyságú volt a bal kamra és hipertrofiát sem volt látható, további hat esetükben a bal kamra megegyesített végdiasztolés átmérője dominált. A dilatált csoport betegeknek többségében az ejekciós frakciót csökkentnek találtak. Megállapításaik szerint a tágult bal kamra a szívizom csökkent kontraktilitásával is jár. A növekedési hormonszint a hipertrofiás esetekben magasabb, mint a normális nagyságú vagy dilatált bal kamrájú esetekben. A szívizom-hipertrofiát akromegáliában elsősorban a növekedési hormonszinttel hozható kapcsolatba. A szerzők fölvetik a különböző típusú szívelváltozások egymásba való átalakulásának lehetőségét akromegáliában.

IRODALOM: 1. *Bodem, R. és mtsai:* Z. Kardiol. 1978, 67, 163. — 2. *Bodem, R. és mtsai:* Circulation, 1976, 54, 79. — 3. *ten Cate, F. J., Roelandt, J.:* Am. Heart Journal, 1979, 97, 762. — 4. *Csanády, M., Gruber, N.:* Testnevelési és Sportegészségügyi Szemle, 1979, 20, 163. — 5. *Devereux, R. B., Reichek, N.:* Circulation, 1977, 55, 613. — 6. *Hearne, M. J. és mtsai:* Circulation, 1975, 52, 35. — 7. *Hejtmancik, M. R. és mtsai:* Ann. Intern. Med., 1951, 34, 1445. — 8. *Jonas, E. A. és mtsai:* Chest, 1975, 67, 190. — 9. *Joplin, G. F., Lewis, P.:* Brit. Med. J., 1973, 1, 718. — 10. *Just, H. és mtsai:* Acta Cardiologica, 1974, 29, 89. — 11. *Martins, H. és mtsai:* Circulation, 1976, 54, 22. — 12. *Mastaglia, F. L. és mtsai:* Lancet, 1970, 2, 907. — 13. *Mather, H. M. és mtsai:*

British Heart Journal, 1977, 41, 679. — 14. *McGuffin, W. L. és mtsai:* Ann. Intern. Med. 1974, 81, 11. — 15. *Nagulasparen, M. és mtsai:* Brit. Med. J., 1976, 3, 914. — 16. *Nieminen, M. S. és mtsai:* Circulation, 1978, 57, 757. — 17. *Pepine, C. J., Aloia, J.:* Am. J. Med., 1970, 48, 530. — 18. *Popov, S. E., Maslova, N. P.:* Kardiologija, 1972, 12, 82. — 19. *Roelandt, J.:* Practical Echocardiography. Research Studies Press, Forest, Grove Ore. 1977. — 20. *Savage, D. D. és mtsai:* Circulation, 1976, 54, 22. — 21. *Smallridge, R. C. és mtsai:* The American Journal of Medicine, 1979, 66, 22. — 22. *Teichholz, L. E. és mtsai:* Am. J. Cardiol. 1976, 37, 7. — 23. *Tröy, B. L. és mtsai:* Circulation, 1972, 45, 602. — 24. *Wright, A. D. és mtsai:* Q. J. Med. 1970, 39, 1.

FENISTIL

gél

G 100

Antiallergica topica

KÜLSŐLEGES

HASZNÁLATRA



ÖSSZETÉTEL:

1 tubus (30 g): 30 mg dimetindenium maleicum hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK:

Bőrbetegségeket kísérő viszketés; urticaria; rovarcsípés; napégés; enyhe fokú égési sérülések.

ELLENJAVALLATOK:

Jelenleg nem ismereteselek.

ALKALMAZÁS:

Naponta 2–4 alkalommal a beteg bőrfelületet bekenjük. Igen erős pruritus v. nagyobb bőrlesiók esetében ajánlatos a Fenistil gél hatását per os kezeléssel kiegészíteni.

FIGYELMEZTETÉS:

A kezelt bőrfelületet nem szabad hosszabb ideig napfény hatásának kitenni. Nem alkalmazható egyszerre nagyobb – főleg gyulladással – testfelületre. Ez különösen érvényes csecsemőkre és kisgyermekekre.

MEGJEGYZÉS: ✖

Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

CSOMAGOLÁS:

30 g-os tubus, térítési díja: 8,50 Ft.

Előállító: BIOGAL Gyógyszergyár, Debrecen, ZYMA AG licencia alapján.



Ciech

Gyártja:

POLFA Gyógyszergyár – Varsó
POLFA Gyógyszergyár – Poznan

Exportálja:

CIECH – Varsó

Felvilágosítást ad:

CIECH-POLFA Tudományos Információs Iroda
1075 Budapest, Tanács krt. 25. I. 3.

Telefon: 427-723, 422-548.

SALBUTAMOL

tabletta 2 mg

aerosol 2 mg/10 ml

HATAS: A vegyület a béta-adrenerg receptoron elsősorban a bronchus izomszövetekre fejti ki sérkentő hatását. Erős bronchustágító hatása van.

JAVALLAT: A bronchus összehúzódási állapotai: asthma bronchiale, krónikus bronchitis, tüdőemphysema. A gyógyszer segítségével szolgálhat a bronchoskópos vizsgálathoz.

ELLENJAVALLAT: Thyreotoxicosis, számottevő pulzusszám-növekedés, terhesség, hyperakut szívizom-insufficiencia.

ADAGOLÁS: Felnőtteknek átlagosan naponta 3–4-szer 4 mg. Ha szükséges, az egyszeri adag fokozatosan 8 mg-ig emelhető.

Gyermekeknek 2–6 éves korig naponta 3–4-szer 1–2 mg,
6–12 éves korig naponta 3–4-szer 2 mg,
12 éven felül naponta 3–4-szer 4 mg.

Az adagolászselepes palackból egyszeri lenyomásra 0,1 mg Salbutamol tartalmazó permet távozik. Asztmás roham, légzési zavar esetén 1–2 permetadag szükséges, mely 4 óránként ismételhető, 24 órán belül maximum 6 alkalommal.

MELLÉKHATÁS: Izomremegés, tachycardia, ritkán fejfájás.

GYOGYSZER-KÖLCSONHATÁS: Nem adható együtt béta-adrenerg receptorgátlókkal.

CSOMAGOLÁS: Tabletta 30 db	4,40 Ft
Aerosol 10 ml	16,— Ft

Robébi "B"^R

GYÓGYTÁPSZER



A Robébi „B” kémiaiilag és mikrobiológiailag ellenőrzött tej, tejszír, növényi olaj, laktóz, szacharóz, ásványi anyagok és vitaminok homogenizátumából porlasztva szárítási gyártástechnológiával előállított tápszerkészítmény. A tápszer nagyobb zsírtartalma megfelel az idősebb csecsemő zsírigényének.

Robébi "B"^R

HUMANIZÁLT GYÓGYTÁPSZER



ÖSSZETÉTEL

	Robébi „B” tápszerpor, %	Robébi „B” fogyasztásra kész tápszeroldat (1 dl), g/100 ml	Anyatej, g/100 ml
Fehérje	11,5	1,70	2,1
Zsír	25,8	3,80	4,0
Szénhidrát	57,0	8,40	7,0
Ásványi anyagok + vitaminok	2,7	0,40	0,2
	100 g = 506,2 Kal	100 ml (1 dl) = 74,6 Kal	100 ml = 71 Kal

Vitamintartalom 100 ml- (1 dl)-ben

Vitamin A	0,052 mg
Vitamin B ₁	0,031 mg
Vitamin B ₂	0,032 mg
Nikotinsavamid	0,65 mg
Kalcium-pantotenát	0,32 mg
Vitamin B ₆	0,09 mg
Folsav	0,32 mg
Vitamin B₁₂	0,26 µg
Vitamin C	4,8 mg
Vitamin D₂	1,3 µg (52 NE)
Vitamin E	0,38 mg
Vas(II)-laktát	0,65 mg

JAVALLATOK

Az egynapos—6 hónapos életkorú csecsemők tartós táplálására alkalmas tej alapú tápszerkészítmény. Az anyatej teljes hiánya esetén annak pótlására, ill. csökkent tejelválasztás esetén az anyatej kiegészítésére adható.

A TÁPSZEROLDAT ELKÉSZÍTÉSE

A dobozban levő adagolókanálkával (1 kanál tápszerpor = 5 g) annyszor 2,5 lesimitott kanálnyi tápszerport (kb. 12,5 g-ot) veszünk ki, ahány deciliter (100 ml) tápszeroldatot akarunk készíteni. A tápszeroldatot felforralt és 60 °C-ra hűtött vízzel készítjük el. A gyógytápszerhez további adalékanyagok (pl. cukor) hozzáadása szükségtelen.

A már felbontott dobozból a tápszert két héten belül fel kell használni!

ADAGOLÁS

A napi adag általában testsúlykilogrammonként 150 mg (másfél deciliter) tápszeroldat. Ha az orvos másként nem rendelkezik, ezt a mennyiséget elosztva, napi 5—6 alkalommal kell a csecsemőnek adagolni. Az esetben, ha más tejes ételt (pl. főzeléket) is kap, akkor a tejadagok számát megfelelően csökkenteni kell. Az egyszeri tápláláshoz szükséges mennyiségek kb. a következők:

3 kg-os csecsemőnek 2 adagolókanál tápszeroldat + 75 ml (¼ deciliter) víz, napi 6 alkalommal.

4 kg-os csecsemőnek 4 adagolókanál tápszerpor + 150 ml (1½ deciliter) víz, napi 5 alkalommal.

5 kg-os csecsemőnek 5 adagolókanál tápszerpor + 175 ml (1¾ deciliter) víz, napi 5 alkalommal.

A fenti táplálási ajánlat csak általános irányelvként szolgál. Bármilyen észrevétel esetén az orvos vagy védőnő tanácsát kell kérni.

FIGYELMEZTETÉS

A tápszer fogyasztása alatt a külön D-vitamin-adagolást a tápszer D₂-vitamin-tartalmának (100 g tápszeroldatban 52 NE) figyelembevételével az orvos határozza meg.

Megjegyzés: 1 éven aluli csecsemők részére, táplálkozási zavarai megszüntetésére térítésmentesen rendelhető. Rendelésre jogosultak mindazok az orvosok, akiknek a gyógyító-megelőző ellátás keretében a csecsemőellátás a feladatkörükbe tartozik.

Csomagolás: 200 g 6,50 Ft

Égyt GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST

Semmelweis Orvostudományi Egyetem
I. Gyermekklinika
(igazgató: Gerlóczy Ferenc dr.)
II. Kórbonctani Intézet
(igazgató: Jellinek Harry dr.)
Péterfy Sándor utcai Kórház-Rendelőintézet
Csecsemő- és Gyermekosztály
(főorvos: Korányi György dr.)

A veleszületett intestinalis lymphangiectasia és diétás kezelése

Kósna István dr., Békefi Dezső dr.,
Bucsky Péter dr., Kovács Judit dr.
és Korányi György dr.

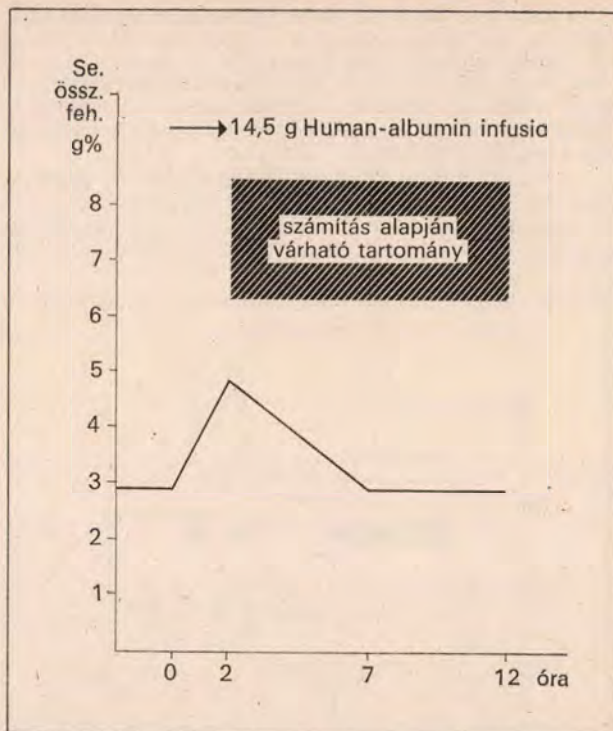
A vékonybélbiopsia a vékonybél-nyálkahártya morfológiai elváltozásaival járó kórformái felismerésében és a kezelés eredményességének nyomon követésében pótolhatatlan segítséget jelent. Ezek közé a kórképek közé tartozik az intestinalis lymphangiectasia is. Intestinalis lymphangiectasiában a vékonybél-nyálkahártya nyirokereit dilatáltak. Ennek következtében nyirokérrepedés, nyirokvesztés alakulhat ki a bél lumenébe, következményes fehérjevesztő enteropathiával.

A magyar gyermekorvosi irodalomban eddig közölt intestinalis lymphangiectasiás esetek (13, 21, 22) részben secundaer formájúak (13) voltak, *Várkonyi és mtsai* (21) csecsemőkorban diagnosztizált betegüket elveszítették. Diétával egyensúlyban tartott primer intestinalis lymphangiectasiás eset nem szerepel a hazai közlések között.

Munkánkban három veleszületett csecsemőkori intestinalis lymphangiectasiás esetről számolunk be.

Esetek ismertetése

1. Sz. O. 4 hónapos csecsemőt 1975 szeptemberében vettük fel a Semmelweis OTE I. Gyermekklinikájára. Családi anamnesisében említésre érdemes adat nem szerepelt. Zavartalan terhességből, számított időre, 3800 g-mal született. Egy hónapos korától szemhéjai kissé duzzadtak, „táskásak” voltak. Három hónapos korában kezdődött hasmenése, napi 4–8 vizes, rendkívül bűzös széklet ürítésével. Szokványos diéta — tejmentes étrend, répa, Oriza — csak átmenetileg volt eredményes, ezért fertőző osztályra került. Onnan a hasmenés bakteriális eredetének kizárása után helyezték klinikánkra. Felvételkor súlyfejlődése mérsékelten elmaradt, turgora csökkent, bőrszíne sápadt. A szemhéjak oede-



1. ábra: Sz. O. Human albumin eliminációs görbe

másak, az alszárazakon, a háton és a sacralis tájon anasarca. Fizikális statusában egyéb kórosat nem találtunk.

Vizsgálati leletei felvételkor: Se. ö. fehérje: 2,9 g/dl, Serum elektrophoresis: albumin 55%, globulin α_1 8%, α_2 12%, β 15%, gamma 10%, immunoelektrophoresis: IgG: 50, IgM: 46, IgA: 16 mg/dl, Serum Ca 5,1 mg/dl, ebből az ionizált Ca 3 mg/dl; serum phosphor 6,7 mg/dl; Serum alkalikus phosphatase 10,6 BE. Vizeletben fehérje, redukálóanyag negatív, üledékben 30–40 fvs. Haematológiai statusában eltérést nem találtunk, az abszolút lymphocytaszám 3016 volt. A májfunkciós próbák, vesefunkciós vizsgálatok, serum elektrolit értékek, serum és vizelet aminosavchromatographia, székletzsírfürítés, glücoz tolerancia teszt kóros eltérést nem mutattak. A széklet protozoon, féregpete-vizsgálat negatív eredményt adott.

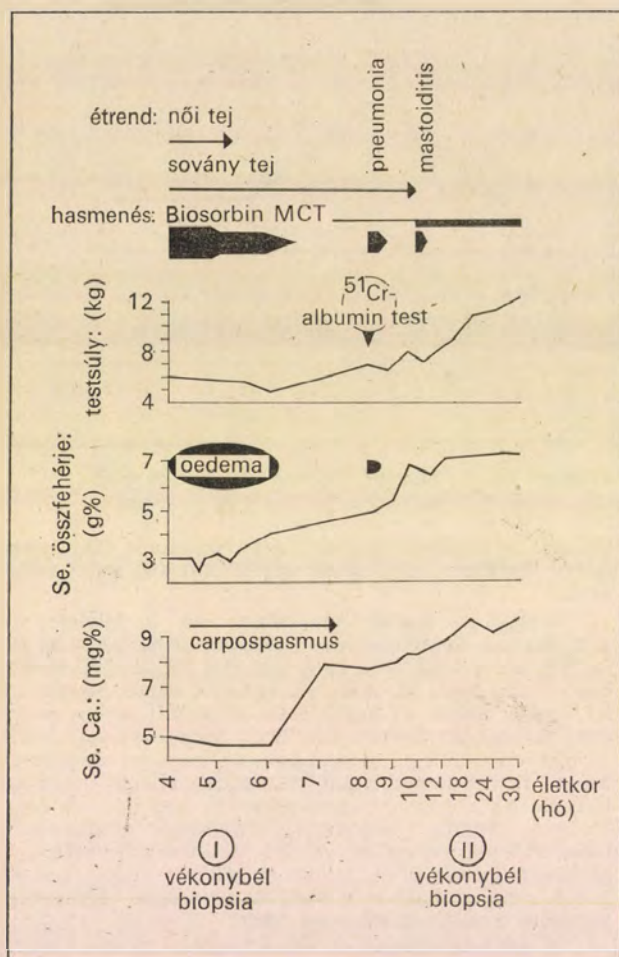
A fehérje elimináció vizsgálatához (1. ábra) 14,5 g humán albumint infundáltunk 2 óra alatt. A plazmatérfogot számított értéke és az induló serum fehérjeszint (2,9 g/dl) alapján 6,3, illetve 8,5 g/dl közötti serum fehérjeértékeket várhattunk volna normális körülmények között. Ezzel szemben az infúzió végén 4,8 g/dl, majd 7, illetve 10 óra múlva 2,9 g/dl volt a serum összfehérje értéke.



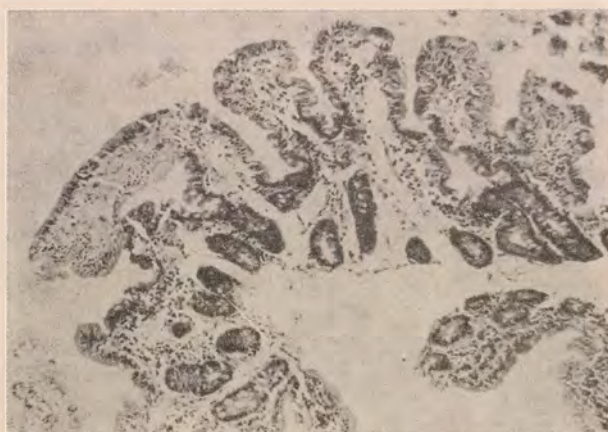
2. ábra: Sz. O. Vékonybélbiopsiás anyaga kezelés előtt. Dg.: Intestinalis lymphangiectasia. (H. E. festés, Direkt nagyítás 63-szoros)

Felvétele utáni 4. héten vékonybélbiopsiát végeztünk a lig. Treitz magasságában. A szövettani képen (2. ábra) a bolyhok kiszélesedettek. A lamina propria-ban nagy fokban tágult nyirokutak helyezkednek el. PAS festékekkel pozitívan festődő sejtek nincsenek. A szövettani kép egyértelműen bizonyította az intestinális lymphangiectasiát.

A kórlefolyást ábrán foglaljuk össze (3. ábra). A felvétel után bevezetett tehéntej megvonás nem járt eredménnyel. A beteg fokozatosan atrophizálódott, oedemái fokozódtak. Serum fehérjét az ismételt paren-



3. ábra: Sz. O. kórlefolyása



4. ábra: Sz. O. Vékonybél-biopsiás anyaga a kezelés folyamán. Az éphez közelálló szöveti kép. (H. E. festés. Direkt nagyítás 63-szoros)

teralis fehérjebevitel ellenére sem sikerült emelni. A tartósan alacsony serum Ca értékeknek megfelelően tartósan tetaniás kéztartás és fokozott izomtónus lépett fel. A kezdetben normális és abszolút lymphocytaszám 200-ra, majd 118-ra esett. Az összfehérje szint akkor kezdett némileg emelkedni, amikor zsírinteres étrendet vezetünk be. Ekkor a székletek száma is csökkent. A szövettani diagnózis után a beteget Biosorbin MCT-vel, valamint sovány tejporos tejjel tápláltuk. A Biosorbin MCT bevezetése után székletei néhány nap alatt rendeződtek, oedemái kiürültek, tetaniás kéztartása megszűnt, izomtónusa normalizálódott, súlygyarapodása megindult, a serum összfehérje és Ca értékei emelkedtek. Néhány hét múlva bronchopneumonia, majd mastoiditis során átmeneti relapsust észleltünk. A pneumonia relapsus alatt elvégeztük a Cr⁵¹ albumin próbát. A beadott izotóp 14,5%-a ürült ki a széklettel 96 óra alatt, igazolva az enterális fehérjevesztést. Az infekciók gyógyulása után étrendjéből a sovány tejet is elhagytuk és csak Biosorbin MCT-vel, valamint zsíradékmentes főzelékkel és gyümölcszel tápláltuk. Emellett a diéta mellett jól fejlődött, laboratóriumi értékei normalizálódtak.

Másfél évvel a középlancú triglicerideket tartalmazó diétás kezelés megkezdése után rebiopsiát végeztünk a lig. Treitz magasságából. A szövettani képen (4. ábra) a bolyhok szabályosak, deformitást nem mutatnak. A lamina propria-ban csak néhány helyen látható egészen minimális nyirokértágulat.

A gyermek jelenleg 4 éves. Fejlődése minden szempontból kifogástalan, korának megfelelő. Klinikai tünetei nincsenek, laboratóriumi értékei normálisak. Jelenleg már csak a kifejezetten zsírdús ételektől tiltjuk el, egyébként normális kisedkosztot eszik, tej helyett továbbra is Biosorbin MCT-t kap.

2. Sz. P. 1½ hónapos csecsemőt 1976 májusában vettük fel a Semmelweis OTE I. Gyermekklinikájára. Családi anamnesisében kórjelző adat nem szerepelt. Első terhességből, számított idő előtt 2 héttel, 3000 g-mal született. Születését követően testszerte oedemát figyeltek meg, és a hasa feltűnően nagyobb volt, ezért újszülöttpathológiai osztályra került. Napokig tartó, híg, nyálkás, véres hasmenés alakult ki, amely antibiotikus kezelés mellett megszűnt. Születését követő 20. napon hazabocsátották. Két hét múlva az ellenőrző vizsgálat során hasát továbbra is nagyobbnak találták, ezért visszavették a kórházba. Haspunctio során chylosus hasi folyadékgyülemet találtak és hasi tumor gyanúja miatt klinikánkra küldték. Klinikai felvételkor általános állapota súlyos volt. Súlyfejlődésben elmaradt, bőre sápadt volt. A felső és alsó végtagokon, valamint a sacralis tájon az ujjbenyomatot megtartó szimmetrikus oedema volt megfigyelhető. Hasa elődomborodott. A hasban fluctuációval és kopogtatással folyadékgyülem volt kimutatható. Körülírt resistenciát nem tapintottunk.

Vizsgálati leletei felvételkor: Serum összfehérje 5,9 g/dl, serum elektroforesis: albumin 50%, globulin alfa₁ 10%, alfa₂ 20%, béta 10%, gamma 10%. Haematológiai státságában a balratolt vérképen és a feltűnően alacsony abszolút lymphocytaszámon (518) kívül egyéb eltérést nem találtunk. A májfunkciós próbák, vese-funkciós vizsgálatok, serum elektrolit értékek, vizelet kóros eltérést nem mutattak.

Felvétele után 3 nappal az egyéb módon nem tisztázható hasi folyadékgyülem okának tisztázására laparotomia történt. A hasüreg megnyitása után abból 1000 ml chylosus folyadékgyülemet bocsátottak le. A hasüreg megtekintésekor a vékonybelek rövidebbnek tűntek a normálisnál, az appendix lenőtt és innen chylus ürült. Appeductomia történt. További chylus ürülés nem volt megfigyelhető. Revisio után a hasüregben kóros nem volt. (Operálta: Hittner Imre dr.)

A postoperatív szakban a beteg klinikai állapota fokozatosan romlott, és a műtét utáni 3. napon exitált. Klinikai kiírásai diagnózisunk: nyirokútfejlődési rendellenesség, pneumonia I. s. volt.

Az alapbetegsége a kórszövettani vizsgálat derített fényt. Kórszövettani diagnózis: Lymphangioma cavernosum multiplex thoracis et abdominis. Lymphan-

giectasia subserosa intestini tenuis et crassi. (Boncolta: Mohácsy Judit dr.)

3. H. N. 20 hónapos kisedet 1977 májusában vet-tük fel a Péterfy Sándor utcai Kórház Csecsemő és Gyermekosztályára. Családi anamnesisében említésre érdemes nincs. Zavartalan harmadik terhességből, szá-mított időre, 2850 g-mal született. Szellemi és mozgás-fejlődése mindig korának megfelelő volt. A szülők szü-letésétől kezdve szinte állandóan szemhéj-oedemát és mérsékelt haspuffadást figyeltek meg. A szemhéj-oede-ma felső légúti infekciók során fokozódott és ilyenkor az alsó végtagok is oedemásak lettek. Az oedema az infekciók lezajlása után megszűnt. Időnként nagyobb tömegű székletet ürített. Kórházi felvétele előtt 2 hét-tel hasmenése kezdődött, napi 10–15 híg, bűzös szék-let ürítésével. Kórházi felvételkor súly- és hosszfej-lődése kora átlagától elmaradt. A szemhéjak oedemásak voltak, az alszárazakon szimmetrikusan az ujjbenyomat-megtartó oedema volt megfigyelhető. Fizikális sta-tusában egyéb eltérést nem találtunk.

Vizsgálati leletei felvételkor: Serum összfehérje: 3,4 g/dl, Serum elektroforesis: albumin 50%, globulin alfa₁ 5%, alfa₂ 17%, béta 21%, gamma 7%, Se Ca: 8,2 mg/dl. Haematológiai statusában eltérést nem talál-tunk, abszolút lymphocytaszáma 1768 volt. A májfunk-ciók próbák, vesefunkciók vizsgálatok, serum elektrolit értékek, D xylose teszt, vizeletvizsgálat kóros eltérést nem mutattak. A széklet protozoon-féregpetevizsgálat negatív eredményt adott.

Gyomor-bél passage vizsgálatnál „a nyelés aka-dálytalan. Gyomor: fokozott tónusú, horog alakú. Per-istaltica végighalad. Pylorus compressióra ürül. Bul-bus ép széllel telődik, pakfő normális lefutású, felső vékonybelekben gyorsult passage. 1/2 h. p. c.: a felső jejunalis kacsokban bő secretio miatt flocculatio kép-ződés. A redőzet helyenként oedemás. 1 h. p. c.: a pép összefüggően feltölti a jejunalis és a felső ileumkacsok-at. Az ileumkacsok hypersegmentáltak, helyenként a vékonybelek tónusa csökkent. A redőzet vaskos, elmo-sódott kontúrú. 2 h. p. c.: a gyomorban még mindig kevés maradék, a pép most már eljutott a terminalis ileumkacsokig. Az ileumkacsokon a segmentáltság ki-fejezett, élénk motilitás észlelhető. Radiológiai véle-mény: enteritis, malabsorptio”. (Berkovits dr.) (5. ábra)

A gyomor-bél passage vizsgálat alapján vékony-bélbiopsiát végeztünk a lig. Treitz magasságában. Szö-vettanilag (6. ábra) a vékonybél hártya szöveti szerke-zete figyelhető meg. A bolyhok kiszélesedtek. Az inter-stitumban igen nagy fokban tágult nyirokutak látha-tók, belsejükben részben halvány eosinophil anyaggal. Az interstitium enyhén vizenyős, benne lymphocyták, plasmasejtek és eosinophilejtek vannak, melyek a szokásos mennyiséget nem lépik túl. PAS pozitív makro-phagok nem láthatók. A szövettani kép alapján a diag-nózis intestinalis lymphangiectasia volt.

A diagnózis felállítása után albumin infúziók és középplácú triglicerideket (Biosorbin MCT) tartalmazó diéta mellett hasmenése megszűnt, oedemáit kiürítette.

A gyermek jelenleg 3 1/2 éves. A kórházból történt távozása óta diétázik. Hasmenése nem volt. Felső lég-úti infekciók esetén szemhéja minimálisan oedemás.

Megbeszélés

A fehérjevesztő enteropathia jellegzetes tünet-együttese a hasmenés és a hyporproteinaemiás oedema, különböző, egymástól eltérő etiológiájú kórképekben alakulhat ki (1, 9, 10, 19). Az intesti-nalis lymphangiectasia is fehérjevesztő enteropa-thiát okozhat. A vékonybél lamina propriájában, valamint a submucosában és a subserosában lévő dilatált nyirokerek rupturája következtében intes-tinalis fehérjevesztés és ritkán chylosus ascites jö-het létre (1, 5, 7).

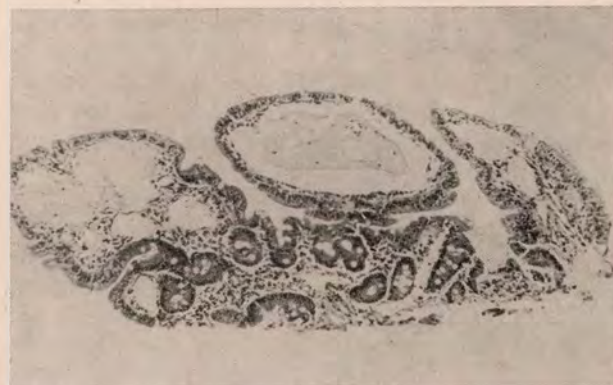
Az intestinalis lymphangiectasiának primaer és secundaer formáját különítik el (19). A primaer forma valószínűleg a mesenterialis nyirokrendszer



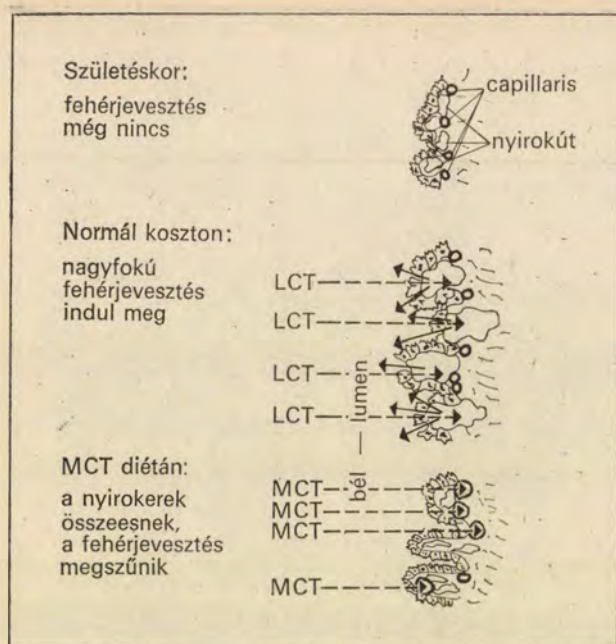
5. ábra: H. N. Gyomor-bél rtg-vizsgálat. 1 hpc.: hypersegmentált jejunumkacsok, helyenként, tónuscsökkenés, elmosódott nyálkahártya-rajzolat

veleszületett rendellenessége, és gyakran társul a gastrointestinalis tractuson kívüli nyirokér rendellenességekkel is (16, 19). Legújabban a primaer intestinalis lymphangiectasia átmeneti formáját is feltételezik (14). A secundaer intestinalis lymphangiectasia funkcionális vagy obstructiv ok következményeként alakul ki. Funkcionális okot feltételez-nek a krónikus keringési elégtelenségben, súlyos jobbszívfél-elégtelenségben, valamint a constructiv pericarditisben kialakuló esetekben. Obstructiv ok-ként alakul ki lymphangiectasia a bélben a mesen-terialis nyirokerek tuberculosisa, leukaemiás infil-trációja, retroperitoneais fibrosis, tumor, lymphoma, Whipple-kór következtében (6, 19, 24).

A klinikai tünetek közül gyakorlatilag állandó tünet a hasmenés és az oedema. Hasmenést mind az első, mind a harmadik esetünkben is megfigyel-tünk, és az állapot romlását mindig hasmenés elő-zte meg. Az irodalom felhívja a figyelmet, hogy in-



6. ábra: H. N. Vékonybél-biopsiás anyaga. Dg.: Intes-tinalis lymphangiectasia. (H. E. festés. Direkt na-gyítás 63-szoros)



7. ábra: A hosszú- és a középláncú trigliceridek hatása a veleszületett intestinális lymphangiectasiás betegen létrejövő enterális fehérjevesztésre. (Rövidítések: LCT = hosszúláncú triglicerid, MCT = középláncú triglicerid)

testinális lymphangiectasia esetén két oedematípus figyelhető meg (2, 20). Az egyik a hypoproteinaemiás oedema, amely mindig szimmetrikus és generalizált, az ujjbenyomatot megtartja és súlyossága a plasma fehérjeszintjével változik. A másik típus a lymphoedema, amely asszimetriás, állandó, az ujjbenyomatot nem tartja meg, legtöbbször már a születéstől kezdve megfigyelhető és gyakran előfordul családtagokon is. Eseteinkben a családban lymphoedema nem fordult elő. Mindhárom betegünkön hypoproteinaemiás oedemát láttunk, amely kialakulása kezdetén először szemhéjoedema formájában jelentkezett. Második és harmadik esetünkben már a születéskor megfigyelték a szemhéjoedemát. Harmadik esetünkben feltűnő volt, hogy intercurrents infekció esetén az oedema fokozódott.

Az esetek egy részében a nyirokrendszer generalizált érintettsége miatt chylosus pericardialis, mellkasi és hasi folyadékgyülemet is megfigyelték (19, 20). Második esetünkben a subserosus nyirokértágulatok rupturája okozhatta a chylosus ascitist. Klinikailag előfordulhat még hányinger, hányás és fejlődéskori elmaradás (20). Betegeink tünetei között hányás nem szerepelt, de mindhárom betegünk elmaradt a fejlődésben. Az irodalmi adatok szerint a hypocalcaemiás tetania az esetek 12–33%-ában fordult elő (3, 20). Ez első esetünkben igen súlyos volt és a megfelelő diétás kezelés mellett megszűnt.

A laboratóriumi jelek közül a legállandóbb és legfeltűnőbb a hypoproteinaemia, amely az intestinális nyirokvesztés következménye. A serum fehérjei és az immunoglobulin értékek alacsonyak. Ezt betegeinkben is megfigyeltük. Gyakorlati szempontból igen fontos jel a lymphopenia (2, 15, 18, 19, 20). A közölt esetek túlnyomó többségében megfigyelték. Magunk első és második esetünkben észlel-

tünk lymphopeniát. Első esetünkben a diétás kezelést követően klinikai remisszió alatt az absolut lymphocytaszám normalizálódott. Az intestinális lymphangiectasia másodlagos immunhiányos állapotnak fogható fel. Ezt bizonyítja, hogy a hypogammaglobulinaemia, a rendszerint csaknem felére csökkent immunoglobulin értékek, valamint a lymphopenia, melyek az intestinális nyirokvesztés következményei, a kezelést követően normális értékekné adnak. Intestinális lymphangiectasiában az antitestképzés normális, azonban a T sejt funkció károsodott (15, 19). A székletben a zsírrítés legtöbbször fokozott. Ez a nyirokkal való egyidejű zsírvetés következménye a nyirok magas zsírtartalma miatt. A Cr⁵¹-el jelzett albuminpróba jól használható a fehérjevesztés igazolására, azonban a lymphangiectasia definitív diagnózisára nem alkalmas.

További diagnosztikai lehetőség a gyomor-béltractus röntgenvizsgálata. Shimkin és mtsai (17), valamint Werbeloff és mtsai (24) a következő radiológiai jeleket tartják lényegesnek: a jejunális redők megvastagodása, spiculatio, a normális rajzolat megváltozása, hópehelyszerű kontraszt elrendeződés, az ileum jejunizációja, a béllumen dilatációja és a bárium distalis felhígulása. Harmadik esetünkben a gyomor-béltractus rgt. vizsgálata hívta fel a figyelmet a felszívódási zavarra.

A lymphangioraphiás vizsgálat segítséget nyújthat a nyirokrendszer fejlődési rendellenességeinek, valamint az obstructív formák felismerésében (12, 13, 17, 20). Evers és Bliesener (4) esetében festékanyag („patent blue”) intradermalis beadása után 3 órával a festékanyag megjelent a beteg székletében, ami arra utalt, hogy a fehérjevesztés oka lymphoenteralis fistula volt.

Az intestinális lymphangiectasia felismerésében a legbiztosabb diagnosztikus lehetőség a vékonybélbiopsia, amennyiben sikerül az ectasiás területből anyagot nyerni. A vékonybélbiopsia helyének kiválasztásában segíthet a bélváltozások radiológiai localizációja. Mindkét élőben diagnosztizált esetünkben a lig. Treitz magasságából vettük az anyagot, amelynek segítségével felállítottuk a diagnózist. A vékonybélbiopsia segítségével nyomon követhető a kezelés hatásossága is. Első esetünkben a diétás kezelés bevezetése után egy évvel végzett rebiopsia igazolta a kezelés eredményességét.

A primaer intestinális lymphangiectasia ritkán localizálódik úgy, hogy sebészi resectióval megoldható lenne (8, 23). Mindez ideig egy olyan esetről tudunk, amelynél a dilatált nyirokerek és a v. saphena magna közötti anastomosis bizonyos fokú javuláshoz vezetett (11).

A diétás kezelés sarkalatos pontja a zsírbevitel csökkentése. A táplálékzsír hosszú láncú trigliceridjei a nyirokrendszeren keresztül transportálódnak, így növelik az intestinális nyirokmennyiségét. Ez a veleszületetten tágabb nyirokutak rhexisig fokozódó feszülését idézheti elő. A nyirokerek megrepedése pedig jelentősen fokozza az enterális fehérjevesztést. A táplálék zsírbevitelének csökkentésével a nyirokmennyiség csökken és a nyirokvesztés — így a fehérjevesztés is — megkevesbedik. A középláncú trigliceridek alkalmazása fordulópontot je-

lentett a betegség kezelésében. A középláncú trigliceridek a v. portae rendszerén keresztül szívódnak fel, és ezáltal a hasi nyirok mennyisége jelentősen csökken, a bél tárgult nyirokerei összeesnek, a nyirokérhexis és a fehérjevesztés megszűnhet (7. ábra). A megfelelő diétás kezeléssel (nem több mint napi 5–10 g zsír, középláncú trigliceridek korlátozás nélkül magas fehérjebevitel) az esetek döntő többségében jó eredményeket lehet elérni (1, 18, 19). Mind az első, mind a harmadik esetünkben jó eredményt sikerült elérnünk a középláncú triglicerideket tartalmazó diétával. A diétás kezelést legalább a pubertásig folytatni kell (19, 20).

Összefoglalás: A szerzők három primaer, veleszületett intestinalis lymphangiectasiás betegük kórlefolását ismertetik. Az irodalmi adatok alapján összefoglalják az intestinalis lymphangiectasia etiológiai tényezőit, a klinikai képet, valamint a diagnosztikus és therapiás lehetőségeket. Hangsúlyozzák a vékonybélbiopsia jelentőségét a diagnózis felállításában és a kezelés nyomon követésében. Két betegük klinikai állapotát rendezni tudták középláncú triglicerid (MCT) tartalmú diétával.

IRODALOM: 1. Anderson, Ch. M., Burke, V.: *Pediatric Gastroenterology*. Blackwell Scientific Publications, Oxford, 1957. p. 237. — 2. Blaschke-Zimmer-

mann, E., Langstein, I., Winkler, K.: *M Schr. Kinderheilk.* 1978, 126, 1978. — 3. Bockus, H. L.: *Gastroenterology*. 3 rd. Ed. W. B. Saunders, Philadelphia, 1967, Section IV. p. 370. — 4. Evers, K., G., Bliesener, J. A.: *Europ. J. Pediat.* 1978, 127, 127. — 5. Fadell, E. J., Dame, R. W., Wolford, J. L.: *JAMA* 1965, 194, 175. — 6. Gaissmair, U., Bürkle, G.: *Med. Welt* 1968, 19, 2292. — 7. Gryboski, J.: *Gastrointestinal problems in the infant*. W. B. Saunders, Philadelphia, 1975. p. 727. — 8. Irey, K., és mtsai: *Gastroenterology* 1969, 57, 709. — 9. Karmazsin, L., Makay, A.: *Acta paediat. Acad. Sci. hung.* 1967, 8, 387. — Lukács, M.: *Orv. Hetil.* 1965, 106, 1215. — 11. Mistilis, S. P., Skyring, A. P.: *Amer. J. Med.* 1966, 40, 634. — 12. Mistilis, S. P., Skyring, A. P., Stephen, D. D.: *Lancet* 1965, I., 77. — 13. Molnár, L., és mtsai: *Orv. Hetil.* 1976, 117, 839. — 14. Orbeck, H., Larsen, T. E., Hovig, T.: *Acta Paediatr. Scand.* 1978, 67, 677. — 15. Ploier, R.: *Wien. klin. Wschr.* 1972, 84, 561. — 16. Pomerantz, M., Waldmann, T. A.: *Gastroenterology* 1963, 45, 703. — 17. Shimkin, P. M., Waldmann, T. A., Krugman, R.: *Amer. J. Radiol.* 1970, 110, 827. — 18. Tift, W. L., Lloyd, J. K.: *Arch. Dis. Childh.* 1975, 50, 269. — 19. Tift, W. L.: *Protein-losing enteropathies*. In: Harries, J. T.: *Essentials of Pediatric Gastroenterology*. Churchill, Livingstone, 1977, p. 277. — 20. Vardy, P. A., Lebenthal, E., Schwachman, H.: *Pediatrics* 1975, 55, 842. — 21. Várkonyi, Á., és mtsai: *Gyermekgyógyászat* 1979, 30, 72. — 22. Végh, M., Kamarás, I.: *Gyermekgyógyászat* 1974, 25, 374. — 23. Waldmann, T. A.: *Gastroenterology* 1966, 50, 422. — 24. Werbeloff, L., Bank, S., Marks, I. N.: *Brit. J. Radiol.* 1969, 42, 605.

VERMOX

tabletta

ÖSSZETÉTEL

Tablettánként 100 mg mebendazol-t tartalmaz.

HATÁS

A Vermox az *Enterobius vermicularis*, *Trichuris trichuria*, *Ascaris lumbricoides*, *Ancylostoma duodenale* és *Necator americanus* fertőzések anthelminticum.



Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest

JAVALLATOK

Enterobius vermicularis, *Trichuris trichuria*, *Ascaris lumbricoides*, *Ancylostoma duodenale* és *Necator americanus* fertőzések.

ELENJAVALLAT

Terhesség.

ADAGOLÁS

A testsúlytól és az életkortól függetlenül a felnőtteknek és gyermekeknek az alábbi adagok adandók: *Enterobiasisban* és *ascariasisban* a hatás eléréséhez egyetlen tablettát bevétele elegendő.

Ascariasis súlyosabb eseteiben két egymás utáni nap, napi 1–1 tablettát. *Trichuriasisban*, *ancylostomiasisban*, illetve kevert fertőzésekben három egymás utáni napon napi 2 × 1 tablettát.

MELLÉKHATÁSOK

A javasolt therapiás dosisban nem okoz panaszokat.

FIGYELMEZTETÉS

Lypophyl anyagok (széntetraklorid, tetraklóretilén, kenopodiumolaj, kloroform, éter stb.) Vermoxszal együttes adása kerülendő. Alkalmazásakor és utána legalább 24 óráig szesz ital nem fogyasztható.

CSOMAGOLÁS

6 tablettát, térítési díj: 2 Ft.

MEGJEGYZÉS

Csak vényre adható ki, és az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

BAYOLIN

kenőcs

mV 200

Antiphlogistica

ÖSSZETÉTEL:

Heparinoid Bayer	— — — — —	2500 HDB-E
Aethylenglykolum monosalicylicum	— — — — —	5,00 g
Benzylum nicotinicum	— — — — —	1,25 g
50 g lemosható kenőcsben.		

HATÁS:

Hatóanyagai közül a Heparinoid Bayer gyulladásgátló anyag, amely a vérrögképződést is gátolja. A nikotinsav – benzilészter helyi vérbőséget okoz, ezzel a megbetegedett szövet vérkeringését támogatja. Etilén-glikol monosalicilát külsőleges alkalmazásával gátolható a kondroitinszulfát bioszintézise. Mivel a reumás sarjszövettel jól összehasonlítható, kísérleti úton előállított hegszövetben megnövekedett mucopolisaccharid és kondroitinszulfát szintézis igazolható, a kondroitinszulfát szintézisének gátlásával a reumás kórképek feltehetően előnyösen befolyásolhatók.

A szalicilátok a bradykinin gátló hatáson keresztül fájdalomcsillapító hatást is kifejtenek.

JAVALLATOK:

Ízületi gyulladások, arthrosis, spondylosis, spondylarthrosis esetén fellépő izom- és végtagfájdalmak, izomláz és zúzódások, zárt baleseti sérülések, contusiók, haematomák, distorsiók, továbbá tendovaginitis, epicondylitis, bursitis, radiculitis, neuritis, fibrositis, myositis.

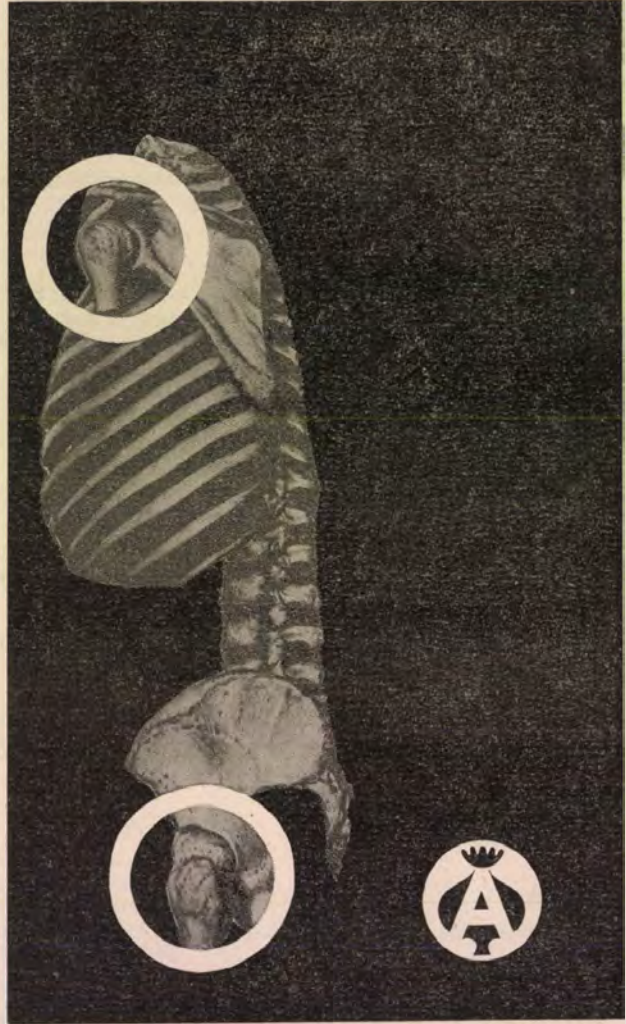
ALKALMAZÁS:

A fájdalmas testrészt bedörzsöljük vékony rétegben általában naponta 2–3-szor. Ha a bedörzsölés a túl nagy fájdalom miatt nem lehetséges, elegendő a kenőcsöt csak könnyedén a bőrfelületre vinni.

Az alkalmazás módja mindig a betegség lokalizációjától, illetve a beteg állapotától függ. Keringést javító hatása fürdővel fokozható.

Figyelmeztetés:

A kenőcs szembe vagy nyálkahártyára ne kerüljön, mert erős vérbőséget okoz; alkalmazása után kézmosás javasolt.



MEGJEGYZÉS: ✕

Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

ELTARTÁS:

Hűvös helyen.

CSOMAGOLÁS:

1 tubus (50 g) 6,80 Ft.

Forgalomba hozza: ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR, TISZAVASVÁRI,

Bayer A. G. Leverkuseni licencia alapján

Országos Közegészségügyi Intézet
Humán-genetikai Laboratórium
(vezető: Czeizel Endre dr.) és
Országos Kardiológiai Intézet
Gyermekosztály
(főorvos: Kamarás János dr.)

Az operált congenitalis vitiumban szenvedők utódjainak vizsgálata

Pornói Anna oh., Péterffy Erzsébet oh.,
Tarczal Éva dr. és Czeizel Endre dr.

Hazánkban a congenitalis vitiumok, újabban ajánlott (8) nevükön: congenitalis cardiovascularis malformatiók (CCM-k) születéskori prevalenciája 7,1–10,2 ezrelék (1,4). (A 10,2 ezrelékes értéknél csak a grönlandi eszkimóknál (3) találtak magasabbat.) Mégis, ez nagy valószínűséggel nem azt jelenti, hogy Magyarországon a CCM-k gyakorisága felülmúlja a nemzetközi átlagot. A szakemberek véleménye szerint (pl. 6) a reális érték 10 ezrelék, tehát 1% körül lehet és az eddig közölt alacsonyabb értékek inkább az esetkiderítés tökéletlenségét tükrözik.

A CCM-k a veleszületett rendellenességek leggyakoribb szerv-lokalizációját jelentik, hazánkban a veleszületett rendellenességeknek mintegy egynegyedéért felelősek. Súlyosságukat jól jellemzi, hogy a csecsemőhalálozáshoz vezető congenitalis abnormalitásokon belül részesedésük 1977-ben 42% volt. A betegségsspektrum átrendeződését szemléletesen érzékelteti, hogy napjainkban egyedül a CCM-k miatt 3-szor több csecsemő hal meg, mint az összes fertőző betegségben együttvéve.

A CCM-k 88%-áért 1 gyakori (ventricularis septum defectus) és a 8 közepes gyakoriságú CCM a felelős (1). E gyakoribb CCM-típusok kóreredete leginkább a multifaktoriális küszöb-moddal magyarázható meg. Hazánkban csak a testvérek ismétlődési kockázata ismert és ezt a külföldi adatokkal összehangban 3% körülnek találtuk (2). Eddig csak az USA-ban vállalkoztak a CCM-es szülők utódainak családvizsgálatára. Neill és Swanson (5) CCM-s terhesek csecsemőinek 4,8%-ában észlelt CCM-t. Nora és mtsai (7) a CCM-s nők és férfiak utódainak 3,7%-ában kórisméztek CCM-t. Magunk így a harmadik szülő-utód családvizsgálat megszervezésére

vállalkoztunk a már nemzőképes korúvá vált CCM-el operáltak első generációjában.

Vizsgálati anyag és módszer

I. Az esetkiderítés

Az Országos Kardiológiai Intézet (O. Kard. Int.) szívsebészeti osztályának és a Szegedi OTE Gyermek-klinikájának nyilvántartásaiból 1977-ben minden 1950 előtt született és 1958–1968 között CCM miatt műtetre került személy nevét, születési évét, lakcímét, diagnózisát és vércsoportját kiírtuk, illetve kaptuk meg. (A 18 éven aluliak között a szülők aránya nem lehet számottevő.) Így mintánkban 539 személy (ún. index paciens) került be, közülük 210 volt férfi és 329 nő. (A szív-műtétek beindításának idejéből következően az összes index paciens az O. Kard. Int. anyagából adódott.) Az egyes CCM-típusok számát és nemi megoszlását az 1. táblázatban mutatjuk be.

II. A genetikai családvizsgálat

Minden index paciensnek rövid, 7 pontot tartalmazó kérdőívet küldtünk ki. A kérdések a családi állapotra, a terhességekre és ezek kimenetelére, valamint gyermekeik állapotára vonatkoztak. Ez utóbbi a gyermek esetleges CCM-jét és elhalálozását ölelte fel.

A kérdőíves feldolgozás eredményét a 2. táblázat érzékelteti. Az 539 index paciens közül 352-ről (65,3%) kaptunk információt. Viszonylag magas a felkutatathatlan esetek száma. Ennek az a magyarázata, hogy 1977-ben a 10–20 évvel korábban nyilvántartásba vett címekkel kellett dolgoznunk. A nagy hazai társadalmi mobilitás, valamint a gyermekkorban operált index paciensek felnőtté és önállóvá válása indokolja a közel 20%-os arányt. (A címváltozás sokkal nagyobb arányú volt, de számos esetben tanácsai és rendőri segítséggel sikerült kinyomozni a jelenlegi lakhelyet. A fel nem kutatható index paciensek utódai az esetleges CCM előfordulását tekintve valószínűleg nem tértek el a vizsgálatra kerültektől.) A 15%-os válaszadási hiány jobb a szokásosnál, bizonyítva a CCM-ekkel operáltak fokozott együttműködési készségét. A felkutatható esetek 81%-áról sikerült tehát információt kapni és ez jó aránynak mondható.

III. Kardiológiai ellenőrzés

Az index paciensek által CCM-snek mondott gyermekeket az O. Kard. Int. Gyermek-kardiológiai Osztályára berendeltük, ahol a CCM fennállását ellenőriztük. A „nem-CCM-snek jelzett” gyermekeket a területileg illetékes gyermek-kardiológiai egységekbe kértük elvinni, ahol esetükben ugyancsak szakorvosi ellenőrzés történt. A 6 születés után meghalt gyermek boncolási adatait bekértük, közöttük CCM nem fordult elő.

Eredmények és megbeszélésük

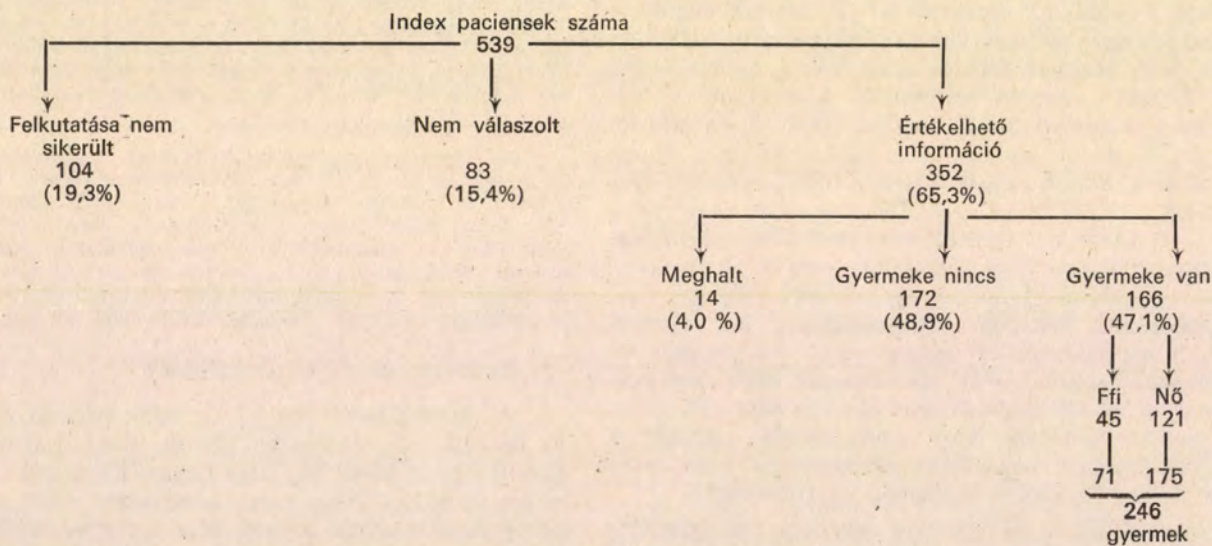
Az értékelésre kerülő 352 index paciens közül 14 meghalt (2. táblázat). 172-nek nincs gyermeke. (Az utóbbiak közül 101 nem házas.) Gyermeke 166 házas operált CCM-s index paciensnek volt, mégpedig összesen 246. Az egy főre eső gyermekszám tehát 1,48. (Férfi és nő bontásban 1,57 és 1,45 értéket kaptunk.) Ezenfelül 50 sikertelen terhességről számoltak be. A spontán vetélések (15,5%) mehenkívüli terhességek (0,3%) és a halvaszületések (1%) gyakorisága szignifikánsan nem haladja meg az országos értékeket. A CCM-s nők sikertelen terhességeinek aránya azonban számottevően felülmúlja a férfiakét és ez a CCM terhességet befolyásoló hatására utalhat.

A 246 gyermek közül a szülők 16-ot tartottak CCM-nek. (151 személy 222 egészséges, 7 személy 8 beteg, míg 8 index paciens 1–1 beteg és egészséges gyermekről számolt be.) 16 CCM 6,5%-os születéskori prevalenciát jelentene és ez a kérdőíves meto-

1. táblázat. Az index paciensek és utódaik

Index paciens			Utódok		
CCM típus	nem	esetszám	CCM típus	nem	esetszám
Ventricularis septum defectus (VSD)	ffi	24	—	—	0
	nő	24		—	0
Atrialis septum defectus II. típusa (ASD II)	ffi	70	CA ASD II. VSD	1 ffi	1
	nő	117		2 ffi 1 nő	3
Ductus Botalli persistens (DBP)	ffi	45	— DBP ASD II.	—	0
	nő	131		1 ffi 1 nő	2
Fallot tetralogia	ffi	27	—	—	0
	nő	26		—	0
Pulmonalis stenosis	ffi	21	—	—	0
	nő	12		—	0
Aorta stenosis (AS)	ffi	6	— VSD AS	1 ffi	0
	nő	2		1 nő	2
Coartatio aortae (CA)	ffi	21	— VSD	—	0
	nő	11		1 ffi	1
Billentyű-anomalia	ffi	0	—	—	0
	nő	0		—	0

2. táblázat. A vizsgálat főbb adatai

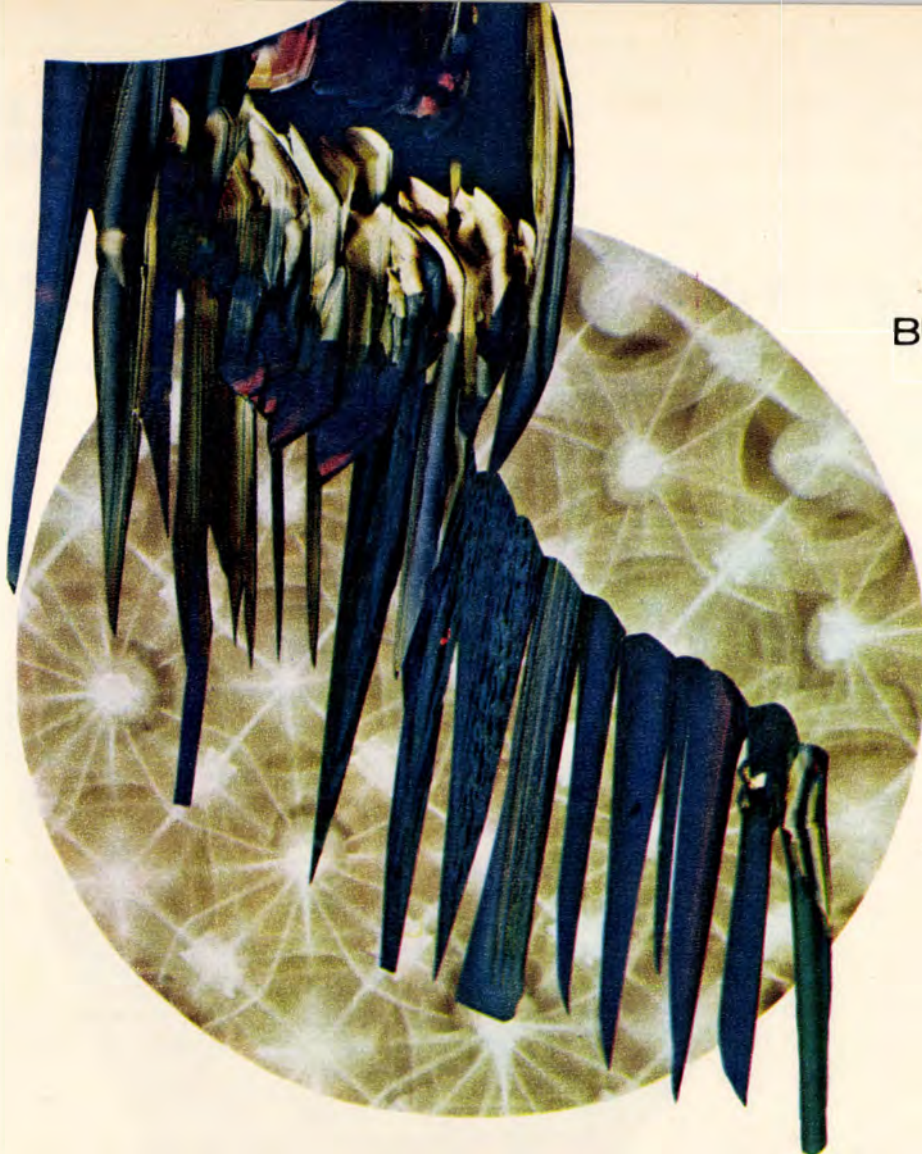


dika során kapott gyakorisági értéket tükrözi. A 16 gyermek közül kardiológiai ellenőrzésre 15-öt hoztak el. Közülük csak 7 bizonyult valóban CCM-snek. 8 gyermeknek csak funkcionális vagy accidentalis zöreje volt organikus szívelváltozás nélkül. A vizsgálaton meg nem jelent gyermeket felkerestük és az orvosi dokumentáció alapján elfogadtuk CCM-jét. Vizsgálatunk e fázisából két tanulság adódott. Egyrészt a szülők közölte CCM diagnózis validitása csak 50%-os. Másrészt ilyen metodika (kérdőíves adatgyűjtés, majd a „pozitív” esetek szakorvosi ellenőrzése) mellett a CCM-s szülők utódjainak CCM érintettsége 3,25%-nak adódik.

A gyermekkardiológiai hálózat centrumaiba beutalt 230 — a szülők szerint — egészséges gyermek közül 153-at vittek el vizsgálatra (3. táblázat). (Győr-Sopron és Komárom megyében jelenleg nem működik gyermekkardiológus, e megyékből származókat is Budapesten vizsgálták meg.) A 66,5%-os részvételi arány vizsgálatunk szempontjából kedvezőtlen. A szülőket azonban nem kötelezhetjük a kooperációra. (Többen jelezték, hogy gyermeküket korábban már elvitték kardiológiai ellenőrzésre és ezért nem látják értelmét az újabb vizsgálatnak.) A megvizsgált gyermekek közül 3-nál CCM-t (2 ASD II. és 1. CA) kórisméztek. A szülői információ vali-



CHINOI
BUDAPEST



PROBON®

draszé

ANALGETICUM

A Probon új típusú fájdalomcsillapító. Gátolja a kábító hatású fájdalomcsillapítók légzéscsökkentő hatását is, ugyanakkor azok fájdalomcsillapító hatását fokozza. Terápiás adagban nem toxikus, megszokást nem okoz, jól tűrhető, ezért hosszabb ideig tartó adagolásra is alkalmas.

ÖSSZETÉTEL

Draszéenként 300 mg rimazolium methylsulfuricum (1,6-dimethyl-3-carbaethoxy-4-oxo-6, 7, 8, 9-tetrahydro-homopyrimidazolium methylsulfuricum) hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK

Krónikus mozgásszervi fájdalmak megszüntetése. Egyéb fájdalmakban: a szokásos fájdalomcsillapítókkal nem szüntethető igen heves fájdalmak csillapítására görcsoldókkal és kábító hatású fájdalomcsillapítókkal előnyösen kombinálható. A légzésre gyakorolt hatása miatt különösen javallt idős betegek fájdalmainak csillapítására. Fejfájás csillapítására nem alkalmas.

ADAGOLÁS

Felnőttek egyszeri adagja fájdalom esetén 1 draszé, napi adagja szükség szerint 3, fekvő beteg részére 4 draszéig emelhető.

MELLÉKHATÁSOK

Ritkábban enyhe hányinger, szédülés, kábultság és a terápiás adagot meghaladó dózis esetén fejfájás előfordulhat.

FIGYELMEZTETÉS

A Probon fokozza mind a centrális depressziós szerek, mind a kábító hatású fájdalomcsillapítók hatását, ezek egyidejű alkalmazásakor – egyéni megítélés alapján az adagok csökkentése ajánlatos.

MEGJEGYZÉS

✘ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

CSOMAGOLÁS

10 db draszé

Térités: 3,90 Ft



CHINOI BUDAPEST

SENSIT[®]
draszé

CORONARIA DILATATOR



A Sensit új típusú koszorúsér-tágító. Kalcium-antagonista és foszfodiészteráz-aktivitást gátló hatása miatt növeli a szív anoxia-toleranciáját, csökkenti a szívizom oxigénfelhasználását, tágítja a koszorúereket, fokozza a coronáriaáramlás mértékét, növeli a szívizom oxigénellátását. Kardioprotektív hatása stressz-situációkban is érvényre jut, amennyiben kivédi a katekolaminok kardiostimulatorikus hatását. Adagolását az első stenocardiás panaszoknál előnyös elkezdni. Huzamosabb használata mellett csökken a nitroglicerín-igény.

ÖSSZETÉTEL

Draszéknént 50 mg fendilinum hydrochloricum hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK

Koronária-elégtelenség, angina pectoris, coronaria-sclerosis, a szívinfarktus megelőzése és utókezelése.

ELLENJAVALLAT

A szívinfarktus akut fázisa. Terhességben csak vitalis indikáció esetén alkalmazható.

ADAGOLÁS

Átlagos adagja felnőtteknek naponta 3×1 draszé.

MELLÉKHATÁSOK

Gyomorpanaszok, fejfájás, nyugtalanság, kábultság vagy allergiás jelenségek szórványosan előfordulhatnak, melyek a dózis átmeneti csökkentésére többnyire megszűnnek.

FIGYELMEZTETÉS

Májbetegség huzamosabb kezelése során ajánlatos az időszakos laboratóriumi ellenőrzés.

Vérnyomáscsökkentők és bétareceptor-blokkolók hatását erősítheti, illetve kiegészítheti, ezért együttes adásuk esetén fokozott óvatosság ajánlatos.

MEGJEGYZÉS

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

CSOMAGOLÁS

50 db draszé

Térités: 2,70 Ft

ditása tehát 98⁰/₀-os a nem-CCM-re vonatkozóan. Az accidentalis zörejek észlelésében jelentős eltérések (0⁰/₀ és 74⁰/₀ között) adódtak. Az így kiszűrt három esetet hozzá kell még tenni a korábban elfogadott 8 CCM-hez, így az operált CCM-s szülők utódaiban 4,5⁰/₀-os születés kori CCM prevalenciát találtunk. Ez a populációbeli gyakoriságot 4—5-ször, míg a testvérek érintettségét mintegy 1,5-ször múlja felül. A 4,5⁰/₀ azonban minimum érték, mivel a vizsgálaton meg nem jelent 77 esetben is előfordított CCM. A szülői információ észlelt 98⁰/₀-os validitása alapján 1 további eset várható. Ennek figyelembevételével az utódok ismételt születés kori CCM gyakorisága 4,9⁰/₀-ra becsülhető.

Még három fontos kérdésre kell kitérni. Az egyik a szülők—utódok CCM-jeinek típusok szerinti megoszlása (1. tábl.). A 11 CCM-s közül 6-ban a szülő CM-típusa ismétlődött meg és ez feltétlenül az öröklődés bizonyítéka lehet. Viszont a maradék 5 esetben az utód CCM-típusa eltért a szülőétől és ez arra utal, hogy a CCM-kre a típus-specifikusság közel sem olyan mértékben jellemző, mint a többi szerv-lokalizációjú congenitalis malformációra.

A következő probléma az egyes CCM-típusok esetében várható specifikus (azonos CCM-típus) és aspecifikus (más CCM-típus) ismétlődési kockázat (1. tábl.) Anyagunk esetszáma nem elégséges ennek megállapítására, éppen ezért nem is adunk meg gyakorisági értékeket. Meglepő, hogy a kis számban előforduló aorta stenosisos szülők gyermekeiben milyen gyakori az ismétlődés (mindkét operált nő gyermeke rendellenes volt).

A harmadik fontos probléma a CCM kórereditében szerepet játszó genetikai és exogén: maternalis hatások elkülönítése. A maternalis hatás csak nőkben mutatkozhat, így a szülők nemi bontása ezért is tanulságos. Meglepetésünkre a 11 CCM-s utód közül 10-ben az anyát operálták meg CCM miatt. A 121 operált CCM-s nő 175 utódjában tehát 5,7⁰/₀-os, míg a 45 férfi 71 utódjában csak 1,4⁰/₀-os volt a CCM ismételt előfordulása. A négyszeres eltérés jelentős. A magyarázat egyrészt a nemenként eltérő küszöb lehet. Az egyes CCM-típusok nemi megoszlása azonban jelentősebben nem tér el a szokásostól, így ez önmagában nem lehet elégséges magyarázat. (A 11 CCM-s utód között 0,636 volt a nemi arány, tehát fiú túlsúly jelentkezett.) Másrészt a csak anyákban jelentkező maternalis hatással kell számolni. Természetesen a véletlen okozta eltérésekre is gondolni kell.

Az operált CCM-s szülők terhességeinek tanulmányozása a következő tanulságokhoz vezetett:

1. A CCM miatt operáltak utódainak mintegy 5⁰/₀-ában kell a CCM ismételt előfordulásától tartani. Ezt egyrészt a genetikai tanácsadás során tudatosítani kell, másrészt fel kell hívni a figyelmet a CCM-s szülők gyermekei kardiológiai vizsgálatának indokoltására. (Kutatómunkánk eredményeképpen 3 olyan CCM-t fedeztek fel, amelyekről korábban nem tudtak; közülük 2-t azóta már meg is operáltak.)

2. A CCM-el operált férfiak feleségeiben és a nőkben a terhességek és utódok kockázata jelentő-

3. táblázat. A CCM-el operált szülők egészségesnek mondott gyermekeinek részvételi aránya a vizsgálatban

Területi egység és vezető főorvos	Felkutatott Vizsgálaton		Megjelent gyermekek száma
	CCM-s szülők száma	CCM-s szülők száma	
Bács-Kiskun Dr. Szendrei László	7	7	9
Baranya Dr. Péntek Erzsébet	13	13	18
Békés Dr. Horváth Gyuláné	1	1	1
Borsod Dr. Tóth Anna	7	6	9
Budapest Dr. Diósszilágyi Gertrud	34	21	27*
Csongrád Dr. Vekerdy Sándor	5	5	8
Fejér	14	10	16
Győr-Sopron	3	0	0
Hajdú-Bihar Dr. Géczy Éva	8	3	5
Heves Dr. Milkovits Ilona	10	7	10
Komárom	7	0	0
Pest Dr. Császár Márta	14	9	10
Pécs Dr. Hutás Zsuzsanna	7	7	12
Somogy Dr. Környei Vilmos	6	5	8
Szabolcs-Szatmár Dr. Fazekas Árpád	3	2	3
Szolnok Dr. Mészáros Márta	17	15	19
Tolna Dr. Polgár Ferenc	2	2	2
Vas Dr. Búzás Emil	1	1	3
Veszprém Dr. Török Jánosné	3	3	5

* Ezen belül 2 ASD és 1 CA esetet észleltek

sen eltér. A CCM-s nőknél mind a magzati halálozás (spontán vetélés és halvaszületés), mind az utódok CCM gyakorisága szignifikánsan magasabb a CCM-s férfiaknál talált értékeknél. Ez elsősorban és döntően az anyai CCM magzati fejlődésre gyakorolt kedvezőtlen maternalis hatásával magyarázható meg. A genetikai tanácsadás során a szülők nemétől függő eltérő kockázatra tehát ugyancsak fel kell hívni a figyelmet.

3. A szülőkben előforduló és műtétre kerülő CCC-típusok kórereditete leginkább a multifaktoriális küszöb-modellnek felel meg. Az index paciens testvéreiben észlelt 1,5—2,9⁰/₀-os CCM gyakoriság (2) összhangban van az apák utódaiban észlelt 1,4⁰/₀-os értékkel. Ez a gyakoriság tükrözheti a polygén öröklődés részesedését. Az anyák utódaiban észlelt többlet az exogén (maternalis) provokáló hatások részesedését jelezheti. Így a gyakoribb izolált CCM-típusok kórereditében mind a polygen hajlamlanak, mind az ezt provokáló exogén hatásoknak nyilvánvalóan szerepe lehet.

Köszönetnyilvánítás: Ezúton is köszönetünket fejezzük ki a regionális Gyermekkardiológiai Központok orvosainak, akiknek nevét az 2. táblázatban tüntettük fel, az egészségesnek mondott gyermekek vizsgálatáért, valamint *Árva Attila* és *Boda Domokos* professzoroknak az index paciensek személyi adatainak rendelkezésünkre bocsátásáért.

Összefoglalás. 352 congenitalis cardiovascularis malformatio (CCM) miatt operált személy, ill. feleségeik terhességeinek kimenetelét vizsgálták. A 166 házasságban 246 gyermeke volt, közülük 11-nek volt CCM-je. Ez a 4,5%-os gyakoriság 4–5-szöröse a születéskori prevalenciának. A 11 szülőben előforduló CCM-típus közül 6 ismétlődött meg, ez az öröklődés bizonyítéka. Viszont a 11 eset kö-

zül 10 a nők leszármazottjaiban jelentkezett, ami az exogen-maternalis hatás fontosságára utal.

IRODALOM: 1. *Czeizel, E. és mtsai:* Orv. Hetil. 1972, 113, 1899. — 2. *Czeizel, E. és mtsai:* Orv. Hetil. 1979, 120, 153. — 3. *Harvald, B., Hals, J.:* Humangenetik, 1972, 15, 257. — 4. *Mészáros, M., Nagy, A., Czeizel, E.:* Orv. Hetil. 1972, 113, 2398. — 5. *Neill, C. A., Swanson, S.:* Circulation, 1961, 24, 1003. — 6. *Nora, J. J.:* Circulation, 1968, 38, 604. — 7. *Nora, J. J., McGill, C. W., McNamara, D. G.:* Teratology, 1970, 3, 325. — 8. World Health Organisation Working Group: Congenital Heart Diseases in Europe. Copenhagen. 1971. szept. 13–16., Copenhagen. 1972.

CAVINTON[®]

tabletta
injekció,

**Kőbányai
Gyógyszerárugyár,
Budapest X.**

ÖSSZETÉTEL: 1 tableta 5 mg vinpocetinomot,
1 ampulla (2 ml) 10 mg vinpocetinomot tartalmaz.

HATÁS: A Cavinton javítja az agyi perfúziót és ezáltal az agy oxigénellátását. Allatkísérletekben javítja a kísérletesen létrehozott hypoxia utáni agyi regenerációt.

JAVALLATOK. Orálisan: különböző eredetű (postapoplexiás, posttraumás vagy sclerotikus), agyi keringészavarok vagy neurológiai tüneteknek: emlékezőszavarok, aphasia, apraxia, mozgászavarok, szédülés, fejfájás csökkentésére, a klimaktérium szindróma vasovegetatív tünetek kezelésére.

Hypertensív encephalopathia, intermittáló vascularis cerebrialis insufficiencia, angiospasticus agyi kórképek, továbbá endarteritis 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 zöldség.

Fülészetben korral járó vascularis vagy egyes toxikus (gyógyszeres) hallásvesztés, labirintus eredetű szédülés.

Parenterálisan: kizárólag cseppinfúzióban. Neurológiai indikációban olyan akut, göccs ischaemiás cerebrovascularis kórkép, amelyben a vérzéses eredet biztonsággal kizárható.

ELLENJAVALLAT. Orálisan: terhesség.

Parenterálisan: Súlyos ischaemiás szívbetegségek, súlyos szívritmuszavarok Terhesség.

ADAGOLÁS. Orálisan: Naponta 3 × 1–2 tabl., a fenntartó adag napi 3 × 1 tabl., hosszabb időn keresztül.

Parenterálisan: kezdő napi adag 20 mg lassú cseppinfúzióban (2 amp. tartalma 500–1000 ml infúziós oldatban) infundálva. A továbbiakban a szokásos napi adag 30 mg (3 amp. tartalma 500–1000 ml infúziós oldatban), lassan cseppinfúzióban infundálva.

Amennyiben a beteg állapota szükségessé teszi — és a toleranciája megengedi — óvatosan emelve az adagot, a tizedik napon az infúzióban adott napi össz mennyiség elérheti az 1 mg/tskg-ot. A készítmény iv. és im. nem alkalmazható.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁS: Az eddigi tapasztalatok szerint a tabl. interakciót nem okoz, ezért kombinációs kezelésre is alkalmas. Az injekció heparinnal incompatibilis, ezért az infúziót olyan beteg nem kaphatja, aki heparin kezelésben részesült.

MELLEKHATÁS: Kismértékű vérnyomásnövekedés, ritkán tachycardia, extrasystole fordulhat elő. Tartós kezelés esetén a vérképet ellenőrizni kell időnként.

FIGYELMEZTETÉS

Parenterális alkalmazása során az ampulla sorbitol tartalma miatt diabeteses vércukorszintje a kezelés alatt ellenőrizendő.

MEGJEGYZÉS: ✘ A tablettát csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető. Az injekció csak fekvőbeteg-gyógyintézet felhasználására van forgalomban.

CSOMAGOLÁS: 10 amp. (2 ml) 14,— Ft.
50 tabl. 23,— Ft.

Szegedi Orvostudományi Egyetem
Gyermekeklinika
(igazgató: Boda Domokos dr.)

Az újszülöttkori szepszis diagnosztika új lehetősége: a kapillárisvér mikrohaemokultúra

Salgó László dr., Hencz Péter dr.,
Szekeres Zsuzsa dr., Bán Gyula dr.
és Nagy Aranka dr.

Az utóbbi években az újszülöttek intenzív ellátásának eredményeként (reanimáció, peritoneális dialízis, gépi lélegeztetés, tartós artériás katéterezés stb.) e korosztály mortalitása nagymértékben csökkent, de morbiditásuk emelkedett. Ezért a neonatológia egyik alapvető célja a fertőzések megelőzése és leküzdése. Különösen veszélyeztetettek a koraszülöttek: idő előtti burokrepedés esetén 3X olyan gyakorisággal kell számolni a fertőzési szövődményekkel (43, 51).

Az újszülöttkori fertőzéseket létrehozhatják baktériumok (*Streptococcusok*, *Staphylococcusok*, *E. coli*, *Pseudomonas aeruginosa* stb.), vírusok (*Cytomegalia*, *Herpes simplex*, *Rubeola*, stb), gombák (*Candidák*, *Cryptococcus neoformans* stb.), toxoplasma (5, 6, 11, 41).

Az újszülött megfertőződhet intrauterin az anyától vagy később környezeti hatásokra (41).

Az újszülöttkori szepszis előfordulási gyakorisága 0,5–10/ezer élveszülötthez, letalitása 15–50% (4, 7, 15, 38, 43). A század első felében főleg a Gram-pozitív kórokozók (*Staphylococcus*, *Streptococcus*), míg az 50–60-as években inkább a Gram-negatív baktériumok (*E. coli*, *Proteusok*, *Klebsiella* stb.) hozták létre a fertőzéseket. A 60-as évektől kezdve mind nagyobb számban írtak le B-típusú *Streptococcus* szepsziseket (1, 2, 14, 27, 29, 38, 39, 47).

Az újszülöttkori fertőzésekre hajlamosító tényezők: az anya terhesség alatti betegségei (diabetes mellitus, pyelonephritis, láz, infekciók, toxæmia), a terhesség megtartására irányuló műtétek, korai, ill. idő előtti burokrepedés, koraszülöttség stb.

Az újszülöttkori fertőzések korai felismerése és azonnali kezelése döntő fontosságú. Különösen a koraszülöttek fertőzései lényegesen különböznek a csecsemők és gyermekekétől, mivel gyakran tünetesegények, vagy a tünetek nem jellegzetesek. Bár a fertőzés enyhe tünetekkel kezdődhet, de rendkívül gyorsan progrediál. Ilyen tünetek: bágyadság, apnoe, dyspnoe, görcsök, szopási készség csökkenése stb. (21, 22, 33, 35, 46).

Az elmúlt években különböző módszereket dolgoztak ki az újszülöttkori infekciók kimutatására, azonban legtöbbször csak a haemokultúra pozitívításával tudják igazolni. Vérvételhez a vérvétel történhet: 1. peripheriás vénából, 2. umbilicális katéterből és 3. kapilláris erekből. A peripheriás vérvétel nehézségei: vérigényük nagy, technikailag nehéz a véna megtalálása, az álpozitív esetek száma magasabb, nehézkes a napi többszöri ismétlés (4, 9, 10, 23, 26, 36, 40, 42).

Kapilláris vérmikrohaemokultúra alkalmazását ismertető munkát hazánkban — tudomásunk szerint — még nem közöltek, míg külföldön elsősorban *Mangurten és mtsai* (31), *Daum és mtsai* (7), *Holt és mtsai* (17) alkalmazták ezt a technikát.

Anyag és módszer

1978. december 1. és 1980. március 1. között a Szegedi Orvostudományi Egyetem Gyermekeklinika újszülött és intenzív osztályán válogatás nélkül kijelölt gyerekektől vettük le a haemokultúrákat üveg-kapilláris módszerrel. Minden esetben 2 mikrohaemokultúrát nyertünk 10 másodperces különbséggel. 220 betegben 512 esetben végeztük el a tenyésztést. Kontrollként minden betegből peripheriás vérből (322 eset) is néztünk haemokultúrát. Beteganyagunk 92%-a koraszülött volt. A vizsgálatokat legtöbbször inkubátorban végeztük.

Módszerünk: a sarok laterális szélét vagy az öreg-ujj hajlító felszínét négyyszer benzinnel, majd négyyszer 96%-os alkohollal tisztítjuk. Egyszerhasználatos klinikai steril lándzsával 2,5–3,5 mm mély szúrást ejtünk, majd a vért 20 µl-s steril üveg-kapillárisba szívjuk, melynek egyik vége gumiballonos. A vért 200 µl folyékony táptalajba nyomjuk. Táptalajunk *Haemobact[®]* (*Orion Diagnostica AG; Helsinki; Finland*). Maximális 9 órás 37 °C-on történő inkubálás után 10 napon keresztül a konvencionális átoltási és tenyésztési eljárásokat alkalmaztuk (csak ezen idő eltelté után mondtuk ki a sterilítást). A peripheriás vénából 150 µl vérből végeztük el a tenyésztéseket. A pozitív esetek 95%-ában 48 órán belül mutattuk ki a kórokozót. Szennyződést akkor állapítottunk meg, ha csak az egyik mikrohaemokultúra volt pozitív és a gyermek klinikai tünetei és a laboratóriumi eredményei nem voltak kórosak.

Eredmények

512 kapillárisvér mikrohaemokultúrából 57 (11,13%) bizonyult pozitívnak. 322 vénás vérből 39 (12,11%) esetben tudunk kórokozót kitenyészteni. Mikrohaemokultúras tenyésztéseinkből 4 esetben mondtuk ki a kontaminációt, míg a peripheriás vérből készült tenyésztéseknél 12 szennyeződött. Az eredményeket az 1. táblázatban részletezzük. A 26 pozitív kapillárisvér mikrohaemokultúras, szepszises gyermekünk egyes klinikai adatait és a mikrobiológiai tenyésztéseinek eredményét a 2. táblázatban foglaltuk össze.

1. táblázat. Mikrohaemokulturás peripheriás és vérből készült tenyésztések eredményei

	Kapilláris vérmikro- haemokultúra		peripheriás vér haemokultúra	
	No.	%	No.	%
összes eset	512	100	322	100
steril	455	88,87	283	87,89
pozitív	57	11,13	39	12,11
valódi pozitív	51	9,96	24	7,45
ál pozitív	4	0,78	12	3,73
ál negatív	2	0,39	3	0,93

Megbeszélés

Az újszülöttek, különösen a koraszülöttek sokkal fogékonyabbak a vér bakteriológiai inváziójára, mint az idősebb gyermekek (45). Az újszülöttkori szepszis diagnózisának felállítására ma is a bakteremia kimutatásán alapszik, bár ellenkező vélemények is vannak (28). Kimutathatjuk tenyésztéssel vagy radiometrikus méréssel (3). Bakteriaemiát gyakrabban találunk katéterezettekben, rektoszkópia után, sarlósejtes anaemiában szenvedő gyermekekben, galaktozémiasokban, kongenitális aspléniás újszülöttekben, malignus betegségekben (18, 24, 25, 30, 37, 50).

Sajnos nincs „csalhatatlan” próbánk vagy tesztkombinációnk a bakteremia korai, gyors kimutatására. Több értékes vizsgálatot dolgoztak ki a diagnózis meggyorsítására és a kétes esetek tisztázására: az újszülött gyomortartalmának, köldök- és fülvadászainak tenyésztése és keneteinek gyors értékelése (1, 4, 7, 14, 49). A gastrointestinalis és légzőszervi traktus kontaminálódhat az amnialis folyadékkal és/vagy a vaginalis szekréttummal (az újszülött aspirálhatja még a szülés előtt vagy/és alatt). A gyomortartalom bakteriológiai tenyésztésénél meg kell említeni, hogy születéskor a pH-ja kb. 6,5, míg 24 óra múlva már csak kb. 2,0, s ez baktericid hatású (7). Segítségét jelent a „buffy-coat” (határreteg) elkészítése (13, 45), és az NBT (nitro-blue-tetrazolium test) elvégzése (4, 45). Támpontot adhat az alfa₁-antitrypsin szint emel-

2. táblázat. Szeptikus gyermekbetegek néhány jellemző adata és bakteriológiai eredmény

Összes gyermek:	26	
ebből fiú:	15	
lány:	11	
gestációs idő (hét):	26—40	
születési súly (g):	1100—4000	
meghalt:	5	
haemokultúrából kitenyésztett baktériumok		
	kapilláris vér	vénás vér
Staphylococcus aureus	11	10
E. coli	7	6
Klebsiella	6	5
Pseudomonas	1	—
Providentia	1	1
Összesen:	26	22

kedése (19), a szérum anorganikus P szint csökkenése (12, 48), a kevert antitest-titer meghatározása (34). A haematológiai adatok közül általában kiemelik a thrombocytaszám csökkenését (42, 52), a peripheriás fvs szám csökkenését (4, 44), (bár a fvs normális, vagy emelkedett is lehet), az össz neutrophyl szám emelkedését, a minőségi vérkép balratoltságát (42), a toxikus granulációt, a Döhle-testek megjelenését, a vacuolozációt, a vvt süllyedés növekedését (8, 44). A szérum IgM szint 20 mg/10 ml feletti értéke foetalis immunreakcióra utal (16).

Vizsgálataink során a kapillárisvér mikrohaemokultúra tenyésztésekkel 11%-os pozitivitást kaptunk. Ez megegyezik az irodalomból ismert adatokkal (3, 20, 47). Betegeink közül 4 eset volt enyhe fertőzés bakteremiaival, 3 gyermekünknel meningitis szövődött szepszissel, a többi klinikailag súlyos szepszist mutatott.

A tenyésztések több, mint 50%-ában Gram-negatív baktériumot sikerült kitenyésztenünk: Escherichia coli, Klebsiella, Pseudomonas aeruginosa, Providentia, míg a Gram-pozitív flóránál dominál a Saphylococcus aureus. A kontaminációt tekintve jobb eredményeket kaptunk mikrohaemokultúrával, mint a vénás vérből készült tenyésztéseknél.

A kapillárisvér mikrohaemokultúra jó módszer a bakteremia kimutatására, de nem lehet kizárólagosan csak ezt a fajta tenyésztést használni. Továbbra is szükség van a peripheriás vérből nyert kultúrára ott, ahol a bakterialis sűrűsége 50 csíraszám/μl alatti (7). Azokban az újszülöttekben, ahol szepszis várható, ott a napi 3—5 kapillárisvér vételét javasoljuk.

Összefoglalás. A szerzők (egy új módszerrel), a kapillárisvér mikrohaemokultúrával nyert eredményeikről számolnak be. A vérvétel technikailag egyszerű, gyorsan végrehajtható, az újszülöttet nem terheli meg. A tenyésztést 20 μl vérből végzik el. Összehasonlításként peripheriás vérből is elvégezték a tenyésztéseket. 220 betegből 512 esetben végezték el a mikrohaemokultúrát, melyből 57 pozitívnak bizonyult. A kontamináció 1%-alatti volt. A 26 szepszises gyermekből zömmel Gram-negatív kórokozót sikerült kitenyészteniük.

IRODALOM: 1. Ablow, R. C. és mtsai: New Engl. J. Med. 1976, 294, 65. — 2. Baker, C. J., Barrett, F. F.: JAMA 1974, 230, 1158. — 3. Bannatyne, R. M., Harnett, N.: Appl. Microbiol. 1974, 27, 1067. — 4. Boyle, R. J. és mtsai: Pediatrics 1978, 62, 744. — 5. Buetow, K. C. és mtsai: Am. J. Dis. Child. 1965, 110, 29. — 6. Daschner, F.: Münch. med. Wschr. 1979, 121, 847. — 7. Daum, R. S., Smith, A. L.: Clin. Obstetr. Gynecol. 1979, 22, 385. — 8. Davies, P. A.: Arch. Dis. Child. 1971, 46, 1. — 9. Dietzmann, D. E. és mtsai: J. Pediatr. 1974, 85, 128. — 10. Dódiás, Gy., Fodor, T.: Orvostudományok 1975, 50, 420. — 11. Dunham, E. C.: Am. J. Dis. Child. 1933, 45, 229. — 12. Ewerbeck, H.: Mschr. Kinderheilk. 1974, 122, 491. — 13. Faden, H. J. Pediatr. 1974, 85, 128. — 14. Dódiás, Gy., Fodor, T.:

New Engl. J. Med. 1976, 294, 106. — 15. *Gotoff, S. P., Behrman, R. E.*: J. Pediatr. 1970, 76, 142. — 16. *Hai-der, S. A.*: Arch. Dis. Child. 1972, 47, 382. — 17. *Holt, R. J. és mtsai*: Arch. Dis. Child. 1974, 49, 318. — 18. *Karayalcin, G. és mtsai*: J. Pediatr. 1977, 90, 669. — 19. *Karitzky, D.*: Mschr. Kinderheilk. 1974, 122, 491. — 20. *Kiani, D. és mtsai*: JAMA 1979, 242, 1044. — 21. *Korányi, Gy., Kisbán, G.*: Orv. Hetil. 1978, 119, 2733. — 22. *Korányi, Gy.*: Orvosképzés 1979, 54, 365. — 23. *Krauss, A. N. és mtsai*: J. Pediatr. 1970, 77, 965. — 24. *Krepler, P.*: Wiener klin. Wschr. 1979, 91, 707. — 25. *Lewy, H. L. és mtsai*: New Engl. J. Med. 1977, 297, 823. — 26. *Lispitz, P. J., és Cornet, J. A. M.*: Pediatrics 1960, 26, 657. — 27. *Lloyd, D. J., Reid, T. M. S.*: Acta Paediatr. Scand. 1976, 65, 585. — 28. *Lukács, V. F., Jámboři, M.*: Gyermekgyógy. 1974, 25, 327. — 29. *MacDonald, N. E., MacKenzie, A. M. R.*: CMA Journal 1979, 120, 1110. — 30. *Maki, D. G. és mtsai*: N. Engl. J. Med. 1977, 296, 1305. — 31. *Mangurten, H. H., Le-Beau, L. J.*: J. Pediatr. 1977, 90, 990. — 32. *Maródi, L. és mtsai*: Gyermekgy. 1977, 28, 348. — 33. *Mestyán, Gy.*: Gyermekgy. 1975, 26, 152. — 34. *Muntean, W. és*

mtsai: Mschr. Kinderheilk. 1978, 126, 27. — 35. *Nyhan, W. L., Fousek, M. D.*: Pediatrics 1958, 22, 268. — 36. *Pichichero, M. E., Todd, J. K.*: J. Pediatr. 1979, 94, 958. — 37. *Reinhart, W. és mtsai*: Schweiz. med. 1978, 108, 1545. — 38. *Salgó, L., Várkonyi, Á.*: Újszülöttkori B-típusú Streptococcus fertőzések. Közlés alatt. — 39. *Schröder, H., Paust, H.*: Mschr. Kinderheilk. 1979, 127, 720. — 40. *Scott, A. C.*: Lancet 1979, I, 1414. — 41. *Simon, C., von Loewenick, V.*: Neugeborenen Infektionen. Ferdinand Enke Verlag. Stuttgart, 1978. — 42. *Simon, C., Engfer, M.*: Klin. Pädiatr. 1978, 190, 175. — 43. *Spper, M. E. és mtsai*: Acta Paediat. Acad. Sci. Hung. 1977, 18, 173. — 44. *Squire, E. és mtsai*: Pediatrics 1979, 64, 60. — 45. *Szerkesztőség*: Br. Med. J. 1979, II, 1385. — 46. *Sztyepanova, K. V., Kotova, O. I.*: Pediatrija, 1976, I, 43. — 47. *Töllner, U., Pohlandt, F.*: Europ. J. Pediat. 1976, 123, 243. — 48. *Urbanek, R. és mtsai*: Nschr. Kinderheilk. 1975, 123, 593. — 49. *Vasan, U. és mtsai*: J. Pediatr. 1977, 91, 69. — 50. *Waldman, J. D. és mtsai*: J. Pediatr. 1977, 90, 555. — 51. *Wallner, H. J. és mtsai*: Med. Klin. 1972, 67, 93. — 52. *Zipursky, A. és mtsai*: Pediatrics 1976, 57, 839.



GLUDESIN fertőtlenítőszer

Baktericid, virusoid, sporocid és fungicid hatású általános fertőtlenítőszer.

ALKALMAZHATÓ:

- gumi- és műanyag katéterek, intratracheális tubusok, drainek, egyéb gumi- és műanyag tárgyak,
- különféle endoszkópok (cystoscop, oesophangoscop, bronchoscop, gastroscop stb.),
- anaesthesiológiai gépi berendezések és ezek tartozékai,
- tonométerek és egyéb kényes szemészeti eszközök és műszerek,
- fogászati eszközök (öntvények, fúrók, tükrök stb.),
- audiológiai berendezések és ezek tartozékai, valamint inkubátorok mosható részeinek hatásos fertőtlenítésére.

Ara:

1 liter	58,- Ft
5 liter	264,- Ft

KÉRJE RÉSZLETES ISMERTETŐNKET

Gyártja:

Reanal



FINOMVEGYSZERGYÁR

1147 Budapest, Telepes u. 53.

Forgalmazza: REANAL Vegyszerbolt

1147 Budapest, Telepes u. 58-60.



Főv. László Kórház
 (főigazgató-főorvos: Kátay Aladár dr.)
 IV. Belgyógyászati Osztály
 (osztályvezető főorvos: Ferencz Adrienne dr.)
 Országos Közegészségügyi Intézet
 (főigazgató: Tóth Béla dr.)

Cerebellaris encephalitis mononucleosis infectiosa kapcsán

Szalka András dr., Koller Miklós dr.
 és Káli Gábor dr.

Az Epstein-Barr-vírus (EBV) okozta mononucleosis infectiosa heveny, jóindulatú, néhány hét alatt önmagától is gyógyuló lymphoproliferatív megbetegedés (6). A betegség folyamán komplikációk (hepatitis, nephritis, myo- és pericarditis, thrombocytopeniás vérzés, haemolysis, disseminált intravasculáris coagulatio, pancreatitis) általában ritkán keletkeznek (11). Az idegrendszeri szövödmények gyakoriságát nagy kórházi beteganyagban 1/0 körülnek találták (8, 12, 15). Az idegrendszer érintettségére utaló tünetek legtöbbször 1–3 héttel a klasszikus klinikai kép megjelenése után kezdődnek (1, 4, 12). Ismeretesek azonban olyan esetek, ahol a neurológiai elváltozások egyidejűleg (9) vagy a mononucleosis infectiosa tünetegyüttesét 1–2 héttel megelőzően alakulnak ki (4, 9). Szaporodnak azon megfigyelések is, ahol nemcsak túlsúlyban vannak a neurológiai tünetek, hanem ez a megbetegedés egyetlen megnyilvánulási formája (13).

A mononucleosis infectiosa idegrendszeri szövödményeit többen megkísérelték csoportosítani (2, 3, 9, 12, 14). Leghasználatóbbnak *Gautier-Smith* (4) beosztása látszik, aki a következő négy tünetegyüttest különítette el:

1. *Lymphocytás meningitis*. A leggyakoribb, a legelőbbben ismert szövödmény, 1931-ben írták le először (9).
2. *Encephalomyelitis*.
 Leggyakoribb tünetegyüttesek:
 a) Elsődlegesen vagy másodlagosan generalizált nagyroham, fokális roham, myoclonus.
 b) Stupor és coma fokális tünetek nélkül.
 c) Fokális cerebellaris elváltozás — hemiplegia, aphasia és choreiform mozgás.
 d) Agytörzsi lokalizáció — vertigo, nystagmus és oculomotorius bénulás.

- e) Cerebellaris elváltozás — dysarthria, ataxia stb.
- f) Gerincvelői károsodás paraplegiával.
3. *Perifériás neuritis*. A második leggyakoribb szövödmény. Mind a mozgató, mind az érző funkció károsodhat, néha a kép a *Landry—Guillain—Barré-syndromának* felel meg, beleértve a sejtfehérje-dissociációt is.
4. *Mononeuritis*. Anosmia, opticus neuritis papillitissel, nervus III, IV, VI és a nervus VII paresise, de leírták a musculus serratus anterior el-látó ideg mononeuritisét is.

Hangsúlyozza, hogy ez nem merev osztályozás, s a szövödmények kapcsolódhatnak egymáshoz.

Rendszerint azon tünetek kerülnek előtérbe, amely területen a jellegzetes szövettani elváltozások a legkifejettebbek (2, 5, 14).

A neurológiai szövödmények között a kisgyermek érintettség ritkaságnak számít. *Dandelot és mtsai* (3) 1941 és 1978 között 13 beteget találtak az irodalomban, akikben a mononucleosis infectiosához acut cerebellitis társult. (A legfiatalabb 4 éves, a legidősebb 52 éves volt és közöttük csak 1 volt nő). Részletesen ismertetik a betegek klinikai tüneteit, a betegség időtartamát, a liquor elváltozásokat és a szerológiai vizsgálatok eredményét. Meglepőnek tartják a férfiak dominanciáját, mivel egyébként a mononucleosis infectiosa esetek megoszlása közel egyenletes a két nem között.

Az általunk ismertető férfi betegben a mononucleosis infectiosát igazolni tudtuk, s a szövödményként jelentkező idegrendszeri tünetek között a kisgyermek érintettsége állott előtérben.

Esetismertetés

A. I. 21 éves egyetemi hallgató 1977. november 2-án került osztályunkra. A felvételt 10 nappal megelőzően lázas lett, majd betegségének 5. napján bizonytalan hasi panaszai miatt sebészeti osztályra küldték *appendicitis acuta* diagnózist feltételezve. Ott két nap alatt az akut sebészi megbetegedést kizárták. Hazabocsátották, de továbbra is lázas maradt. November 1-én erős szédülés kezdődött, járása bizonytalan lett, álló helyzetben támasz nélkül megállni nem tudott, mindig balra dőlt. A felvétel napján hat alkalommal, hányinger nélkül sugárban hányt. Orvosa *Daedalon*, *Semicillin*, *Chinacisal*, *Fonurit*, *Stigmosan*, B-6 vitamin kezelést adott, majd meningitis observatio kórmisével fertőzőkórházi elhelyezését kérte. Felvételkor igen elesett állapotban volt. Belső szervi statusából a haragosvörös garatképleteket és duzzadt tonsillákat, testszerte megnagyobbodott nyirokcsomókat említhetjük, mája és lépe 1/2 harántujjal meghaladta a bordáveket.

Részletes neurológiai vizsgálatok meningealis izgalmi tüneteket nem észleltünk, tudata tiszta volt. Szédülés miatt ágyából igen nehezen tudott felkelni. Járása széles alapú és ingadozó volt, alig tudott megállni, de szemzárás az ataxiát nem fokozta. Következésképpen balra dőlt. Beszéde nehezen érthető, akadozó jellegű volt. A reflexkörben és érzésvizsgálatok — ami minden érzésképesre kiterjedt — kóros tünetet nem találtunk és egyéb idegrendszeri eltérés nem mutatkozott.

A felvételt követő napon végzett laboratóriumi vizsgálatok eredményei: We 20 mm/ó, vvs 4 000 000, fvs 10 600, kvalitatív vérkép: Se 64%, Ly 36%, Sebi: 0,8 mg%, Thymol turbiditás 7.1E, Thymol flocculatio és Aranysól +, SGOT 35 E, SGPT 50 E, CN 15 mg%, Se kreatinin 1,0 mg%, vizelet: fs 1016, f: neg, g: neg, c: neg, UBG norm, bilirubin neg, üledék: urátsó. Torokváladékából béta-haemolizáló *Streptococcus* tenyésztett ki, amely azonban nem tartozott az A csoportba. A Paul—Bunnell—Davidsohn-próba negatív volt.

Mellkas rtg. felvétel: Rekesz finoman hullámos kontúrú. Jobboldalt lent paracardialisan 2 ujjnyi szé-

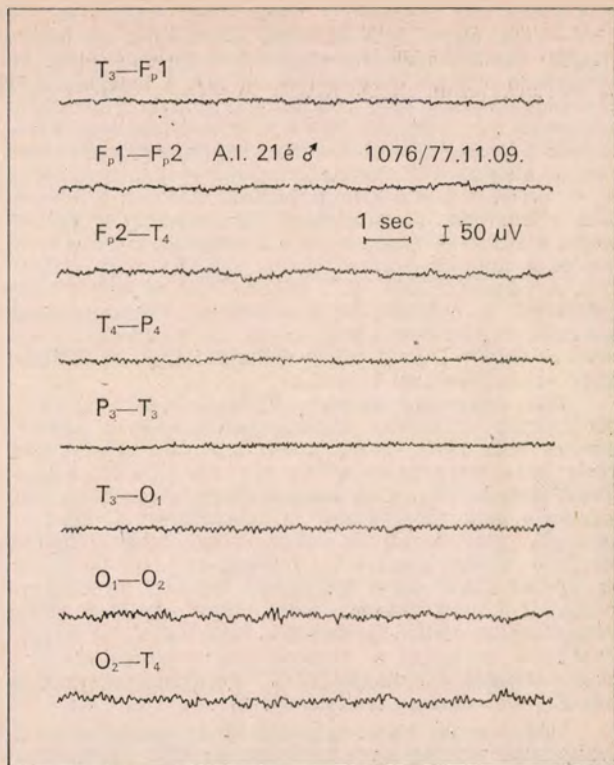
lességben összefolyó sűrű köteges rajzolat látható. Szív rendben. EKG: 74/min. frequentia, sinus ritmus, normális ingervezetési idő, R tengely meredek, repolarizációs zavar. ST—I—II—III, AVF 1 mm-en belül elevált, ST V₄ 6 2mm-en belüli eleváció, T III negatív, T II igen lapos pozitív, V₄ 6 AVF T hullám pozitív lapos, praeterterminalisan negatív. November 3-án víztiszta, közepes nyomású lumbalis liquort nyertünk, benne a fehérje normális (28mg%) a sejtszám mérsékelten emelkedett volt (45/mm³, lymphocytá). November 4-én az első EEG-t fiziológiásnak találtuk: „Diffúzan alacsony feszültségű 8 cps alfa háttértevékenység, amihez a jobb temporooccipitalis területen epizodikus theta subharmonikusok keverednek. A hyperventillatio kóros hullámokat nem aktivál.” Öt nappal később készült a következő EEG: „Megtartott, általában ritmikus 8—9 cps alfa háttértevékenységhez a jobb occipitalis területen igen gyakran lassú theta tevékenység keveredik.” A felvételt kórosnak értékeltük (1. ábra).

A kórházi tartózkodása alatt végig láztalan volt. Ápolásának 4. napján testszerte és az arcon, helyenként összefolyó, viszkető maculosus jellegű exanthemát észleltünk, amit Semicillin (ampicillin) által kiváltott gyógyszerallergiaként értékeltünk. Felvétele után 11 napon át, mindennap több alkalommal is sugárban hányt. Kórházba kerülését követő 5. napon bal szélső állásban I. fokú horizontális nystagmus jelentkezett, amely 10 napig nem változott. Egyidejűleg a jobb kézzen ügyetlenség, pozitív Holmes-tünet és dysdiadochokinesis mutatkozott, de orr-ujjhegy kísérletnél félre nem mutatott. A végtagmozgások nagy ívűekké váltak, s időnként a végtagok mozgásában túlsapás látszott. Ekkor már szédülése valamit csökkent, kezdeti beszédzavara rendeződött, de Babinszki-asynergiát észleltünk és járása változatlanul ataxiás volt.

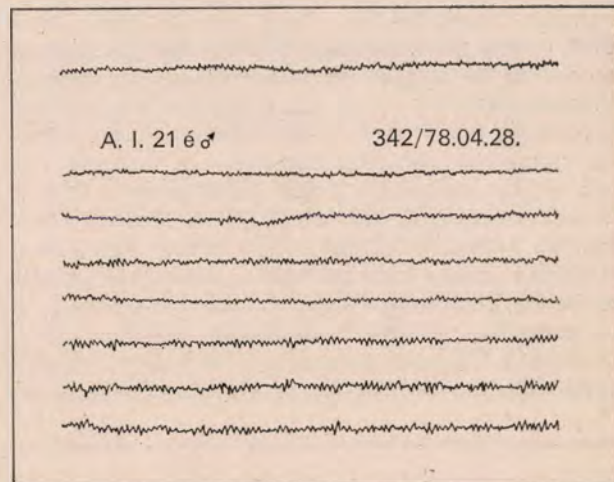
Szédülése, törzsataxiája és balra dőlése kórházi ápolásának 14. napján (november 15.) szűnt meg, a következő napon már nystagmust sem láttunk. Az ekkor készített EEG: „Temporooccipitalisan 8—9 cps alfa, frontocentralisan lassú beta tevékenység, amit a hyperventillatio sem befolyásol. Fiziológiás EEG.” November 18-án a lumbalis liquorban 15/mm³ sejtszámot és 22 mg%-os fehérje értéket találtunk. A beteg ezen a napon már teljesen panaszmentes volt.

A megbetegedés akut szakában négy alkalommal történt kvalitatív vérkép vizsgálat, s ezek közül egy (november 15.) mutatta a lympho-mononuclearis sejtek több mint 50%-os túlsúlyát, a fehér vörsejtek 10%-a „atypusos” mononuclearis sejt volt (táblázat).

Az 1977. november 11-én nvert vérsavómintában (MITESZT próbával) heterophil ellenanyag volt kimutatható. Ugyanezen vérsavómintában az Epstein-Barr-vírus (EBV) capsid antigénje (VCA) ellenmagas titerű IgG mellett — IgM és IgA osztályú ellenanyagot találtunk indirekt immunofluorescens (IF) próbával, míg az EBV nuclearis antigénje (EBNA) ellen anticomplement immunofluorescens (ACIF) teszttel ellenanyagot kimutattunk nem sikerült Imódszereinket másutt ismertettük (10). Az EBV korai antigénje (EBV-EA) (7) ellen sem az akut, sem a később vett mintákban nem találtunk ellenanyagot. Az EBV specifikus ellenanyagokat



1. ábra: Az akut időszakban készült EEG. Megtartott, ritmikus háttértevékenység mellett körülírt jobb occipitalis lassulás.



2. ábra: Tünetmentes állapotban, már fiziológiás EEG.

EBV-specifikus ellenanyagok vizsgálatának eredményei A. I. 21 éves beteg vérsavójában

Időpont	EBV—VCA		EBV ellenanyagok		anti EBNA	Heterophil ellenanyag (MITESZT)
	IgG	IgM	EBV—EA IgA	IgG		
1977. nov. 11.	> 160*	40	15	—***	—***	+
1977. nov. 24.	> 160	40	5	—	—	+
1978. jan. 11.	> 160	—**	—***	—	—	+
1978. febr. 14.	> 160	—	—	—	—	+
1978. ápr. 28.	> 160	—	—	—	—	±
1978. júl. 21.	> 160	—	—	—	—	—
1979. jan. 12.	160	—	—	—	10	—

* titerérték (reciprok)

** < 10

*** < 5

1979 januárjáig összesen 7 alkalommal vizsgáltuk. Az EBV—VCA elleni IgG osztályú ellenanyag az összes vizsgált vérsavómintában magas titerben volt jelen. Az ugyanazzen antigen ellenes IgM és IgA a betegség első hónapjának végén még kimutatható volt de a harmadik hónapban már nem. Az EBNA ellenes ellenanyag 9 hónappal a betegség kezdete után még nem volt kimutatható az alkalmazott módszerrel, titerre csak az ezt követő fél év során érte el a kimutathatóság szintjét. A heterophil ellenanyag kimutatására alkalmazott MITESZT próba a betegség negyedik hónapjában még határozottan és a hatodik hónapjában is kismértékben pozitív volt. A vérsavóminták és a liquor víruszserológiai vizsgálataival a cytomegalovírus, herpes simplex vírus, mumps-, kullancs-encephalitis- és LCM-vírusok, valamint az enterovírus 71 típus esetleges kórokozó szerepét nagy valószínűséggel kizártuk.

1977. november 30-án — 29 napos ápolás után — bocsátottuk otthonába. Kibocsátását követően panaszmentes volt. 1978. január 10-én jelentkezett ellenőrző vizsgálatra. Belgyógyászatilag, fizikális vizsgálattal eltérést nem találtunk. A laboratóriumi vizsgálatok, beleértve a liquor vizsgálatot is (sejtszáma: 5, fehérje: 19 mg%), már negatívak voltak. Neurológiai vizsgálattal jobb oldalon pozitív Wartenberg-reflexet találtunk, az ujj-orr kísérleteket hibátlanul végezte, de Bárány-próbánál következetesen balra, félre mutatott. EEG vizsgálat: „A mellső területeken beta túlsúly. A hyper-ventiláció, valamint a stroboscopus fényingerlés nem okoz változást. Fiziológias EEG.” Az akut szakban észlelt EKG elváltozás is rendeződött.

1978. február 14-én és április 28-án ideggyógyászati vizsgálattal eltérést nem találtunk, az EEG mindkét alkalommal fiziológias görbét mutatott (2. ábra).

Megbeszélés

Az elvégzett víruszserológiai vizsgálatok egyértelműen bizonyították, hogy betegünknek akut, EBV okozta mononucleosis infectiosája volt. A megbetegedés 9. napján szövődményként neurológiai tünetek alakultak ki, amiket a klinikai kép, az EEG, a betegség lefolyása és — bár részletes laboratóriumi vizsgálatra nem volt módunk — a liquorban talált enyhe eltérések alapján gyulladási folyamat következményének tartottunk. A szemzárásra nem változó ataxia, valamint a gerincvelői hátsókötegfunkciók épsége kizárta tette a járászavar spinális eredetét. Vestibularis ingerlést nem végeztünk, de az ataxiához társuló beszédzavar, szédülés, balra dőlés és a Babinski-asznergia, a jobb oldali dysdiadocho-kinesis, Holmes-tünet, a végtagmozgásokban

átmenetileg észlelt túlmutatás alapján cerebellaris encephalitis valószínűsítettünk. Ambler szerint (1, 16) a betegség korai szakában jelentkező idegrendszeri tünetek a vírusinvázió révén keletkeznek, míg a 10—14. napon fellépőkért az allergiás-hyperergias pathomechanizmus tehető felelőssé, hasonlóan az egyéb vírus-infectio után észlelhető parainfectios és postinfectios encephalitishez. Betegünk a cerebellaris encephalitis kezdetekor már láztalan volt, s ezt követően mindvégig az is maradt. A korábban elmondottak alapján feltételezzük — mivel az idegrendszeri tünetek már láztalan állapotban, a betegség viszonylagosan késői szakában léptek fel —, hogy a neurológiai elváltozásokért nem közvetlenül a vírusinvázió a felelős, hanem az allergiás-hyperergias pathomechanizmus.

Köszönetnyilvánítás.

A víruszserológiai vizsgálatok elvégzését ezúton köszönjük Kósa Zsuzsanna dr.-nak, Hollós Iván dr.-nak és Simon Miklós dr.-nak.

Összefoglalás: A szerzők Epstein-Barr (EBV) okozta mononucleosis infectiosa kapcsán ritka szövődményként jelentkező cerebellaris encephalitis esetet ismertetnek. Betegükben az idegrendszeri szövődmény láztalan állapotban, a betegség kezdetétől számított 9. napon lépett fel.

IRODALOM: 1. Ambler, M. és mtsai: Ann. Intern. Med. 1971, 75, 579. — 2. Bernstein, T. C., Wolff, H. G.: Ann. Intern. Med. 1950, 33, 1120. — 3. Dandelot, J. B. és mtsai: Nouv. Press. Med. 1979, 8, 505. — 4. Gautier-Smith, P. S.: Brain 1965, 88, 323. — 5. Hardrick, W. és mtsai: Z. ärztl. Fortbil. 1975, 69, 281. — 6. Henle, G., Henle, W., Horvitz, Ch.: J. Infect. Dis. 1974, 130, 231. — 7. Henle, G., Henle, W., Klein, G.: Int. J. Cancer 1971, 8, 272. — 8. Hoagland, R. J.: Infectious Mononucleosis. Grune—Stratton. New York — London 1967. 61. old. — 9. Kocsán K., Cseley M.: Magy. Belorv. Archiv. 1953, 6, 108. — 10. Koller M., Kósa Zs., Simon M.: Orv. Hetil. 1978, 119, 2617. — 11. Magyar I., Petrányi Gy.: A belgyógyászat alapvonalai. Medicina. Bp. 1974, 1330. old. — 12. Schell, R., G. és mtsai: Medicine (Baltimore) 1963, 45, 59. — 13. Silverstein, A., Steinberg, G., Nathansen, M.: Arch. Neurol. 1972, 26, 353. — 14. Smith, J. N.: Ann. Intern. Med. 1956, 44, 861. — 15. Winter, R., Spencker, F. B., Handrick, W.: Z. ärztl. Fortbil. 1976, 70, 878. — 16. Winter, R., Spencker, F. B., Handrick, W.: Z. ärztl. Fortbil. 1976, 70, 926.

Helyesbítés

Kérjük szíveskedjék figyelembevenni, hogy e számban megjelenő színes hirdetésekben a ROBÉBI B és LINOLAC szöveges oldalán a feketébe szedett rész felcserélődött.

Ezért a kék színnel nyomtatott összetétel táblázatok után a ROBÉBI B hirdetésnél a LINOLAC, a LINOLAC oldalán pedig a ROBÉBI B ismertető szövege található.

Konzultációs mentőszakértői körút Finnországban. (1980. VI. 1—8.) A Finn Mentők és Betegszállítók Szövetsége (továbbiakban Szövetség) meghívására, Egészségügyi Minisztériumunk hozzájárulásával bő egyhetes körút során szakértői munkát végeztem Finnországban. Feladatom az ottani mentőellátás különböző formáinak szakmai és szervezési szempontból történő értékelése volt. A Szövetség és a magyar Országos Mentőszolgálat (ezután Szolgálat) között több mint egy évtizedes szakmai kapcsolat áll fenn, ami a finn mentőszakemberek legutóbbi magyarországi tapasztalatsere-jellegű látogatásával tovább erősödött. Meghívásomat nyilván ez eredményezte. Bevezetesként néhány szót ejtek az országról és egészségügyéről.

Finnország területe kerekén 337 ezer km², azaz csaknem három és félszer nagyobb, mint Magyarorszáé; lakosságának száma meghaladja a 4,7 milliót. Népsűrűsége 15,5 lakos/km², ez azonban erősen eltérő szélső értékeket mutat a gyéren lakott Lappföldtől az ország déli és délnyugati részei között, mely utóbbi területen él a népesség túlnyomó többsége. Legfőbb hatalmi szerv a Parlament, mely 200 képviselőből áll; az országban 8 politikai párt működik. Az országhatártól 464, horizontálisan (városi, vidéki) tagolt közigazgatási egységre oszlik.

Az egészségügyi felső szintű irányítását a Szociális és Egészségügyi Minisztérium végzi; az ellátás regionális elvek szerint történik. Egy-egy egészségügyi régió határai városokban rendszerint a város közigazgatási határaival azonosak; vidéken viszont az egészségügyi régió több közigazgatási egységre is kiterjedhet. Az irányítást — mint középszintű irányító szervek — régióként a Központi Egészségügyi Hivatalok végzik. Az ellátás lényegében alapszinten — az Egészségügyi Centrumokban — és gyógyintézetek — legtöbbször kórházi — keretek között valósul meg. Az ellátást nyújtó Egészségügyi Centrumban legkevesebb 4 orvos dolgozik, főleg általános gyakorlatot folytatva; egy orvos átlagosan 2500 lakost lát el (sokszor kifejezetten „házi orvos” jelleggel). A centrumok jórészt kórházhoz kapcsolódnak, annak területén, sőt gyakran az épületében működnek; az elnevezés így több ellátási szintet, illetve formát takarhat. A kórházak zöme blokk-építésű, pavillon-kórházat ritkábban látni. A korszerű 20 éves kórházfejlesztési program eredményeként minden régióknak van egy központi, nagy ágyszámú, sok profilú általános kórháza és — függően a lakosságszámtól — több

kevesebb, kisebb kapacitású általános kórháza is. Minden kórház rendelkezik poliklinikával, ami nem más, mint a kórházi osztályok ambulancia-csoportja, összevonva egy épületrészben, esetleg külön épületben. Kórházi háttér nélküli szakorvosi rendelőintézetek rendkívül ritkák. Láttam kórházi keretben gondozóintézetet is. A szakgyógyintézetek hálózatszerűen működnek.

Az országban a mentőellátás nem centralizált és nem egységes. A mentést és a betegszállítást önálló, szervezetenként egymástól függetlenül tevékenykedő, egymástól sok tekintetben különböző szolgálatok végzik úgy, hogy az előbbi két alapvető fontosságú funkció gyakran különválnak. A sürgősségi ellátásnak (az intenzív terápiás osztályokra és a különféle mentő-betegszállító szolgálatokra kiterjedően), mind minisztériumi, mind egészségügyi hivatali szinten (országos, illetve regionális), szakfelügyelete van. Más aspektusokból, de ugyancsak országos és területi szakfelügyeletet (és érdekképviseletet is) lát el a Szövetség is. E két felügyeleti forma egyértelműen a centralizálás irányában tevékenykedik; jelenleg az egységes ellátási módszerek és felszerelések érdekében folytatott munka a befejezéshez közeledik (nem annyira a mentéstechnika tipizálására törekszenek, hanem arra, hogy az életveszély elhárításához, a helyszíni ellátáshoz és a szakszerű, biztonságos betegszállításhoz szükséges anyagok minden szolgálat minden járművén adottak legyenek korszerű szinten). Teljes felszerelésbeli és módszertani egységesítés lehetőségét csak a szervezeti centralizálás megvalósítása után látják reálisnak; ami azonban gondos tervezést igénylő, többlépcsős feladat. A jelenlegi, még nem homogén mentőellátás ismertetéséhez — a könnyebb áttekintés érdekében önkényesen — a mentő- és betegszállító szolgálatok fenntartóit és mentőkocsi-számaikat veszem alapul, az 1980. március 1-i adatok szerint, mely időpontban már, a korábban vázolt kritériumoknak az országban működő valamennyi — összesen 650 — mentőgépkocsi megfelelt.

Fenntartók tekintetében 7 kategóriát különböztetünk meg:

1. **Magántársulások, illetve személyek** üzemeltetik az országos mentőgépkocsi-park 50%-át (326 kocsi). Gyakorlatilag csak betegszállítási feladatokat látnak el, de vonatkozó rendelkezés alapján kellő indokkal (elemi csapások, tömeges sérüléssel járó balesetek, rendkívüli szükségállapot és katasztrófahelyzetek, továbbá távoli vidékek sajátos adottságai) mentő-

feladatokra is igénybe vehetők. A magánkézen levő szolgálatok a „Betegszállító Szolgálat” elnevezést viselik, de a megkülönböztetett jelzések használatára jogosultak ugyanúgy mint a többi szolgálat is. A kocsin kivonuló mentőegység személyzete (járóképes beteg szállításiánál csak) a mentőgépkocsi-vezető, járásképtelen beteggel mentőápoló is kivonul, a súlyos állapotban levő beteget rendszerint a kezelőorvosa kíséri. Minden szolgálat el van látva telefonnal, továbbá fix és (a járműveken) mobil rádió adó-vevő készülékekkel. Az ápoló és a gépkocsi-vezető nagyjából már egységes és jó színvonalú mentőkiképzést kap; az alkalmazott mentődolgozókat jól fizetik; védőruha, egyenruha nincs rendszeresítve, de mindenki fehér köpenyt visel és (mivel a Szövetségi tagság a privát szolgálatokra is kötelező) egyensapkát a Szövetség emblémájával. A tulajdonosok zöme gépkocsi-vezetőként (a mentőkiképzés elvégzése után) maga is vállal rendszeres szolgálatot. A privát szolgálatok között nyilván észrevehető a konkurencia, ami különösen a mentőtechnikán mutatkozik (elektronikus vérnyomásmérők, rázóárammentes hordágyak, légkondicionált mentőkocsik stb., stb.), s nyilván a beteg érdekét (és kényelmét) is szolgálja, de néha már luxusnak minősíthető.

2. **Közületek** (testületek, szervezetek, hatóságok, intézmények stb.) tartják fenn és üzemeltetik a kocsipark másik 50%-át (324 kocsi). Ebből a legelterjedtebbek a **Tűzoltóság** laktanyáiban működő mentőállomások (illetve szolgálatok), összesen 145 mentőgépkocsival; ezek fenntartásáról anyagilag az Egészségügyi Hivatalok gondoskodnak. Tűzoltó egyenruhát és fehér köpenyt viselnek, a zubonyhajtókán a Szövetségi emblémával. Minden mentőegység alapszemélyzete a gépkocsi-vezető és ápoló és többségben (részállású) orvos is. Elsődleges és fő feladatuk a mentés és a helyszíni segélynyújtás; betegszállításokat ritkán végeznek; a kocsik felszerelése korszerű, a személyzet képzésének színvonala nem marad el (sőt valamivel magasabb és igényesebb) a magánszektor szintjétől; a hírközlés hatósugara igen nagy. A **Vöröskereszt** összesen 64 mentőkocsit mozgat és tart fenn. Itt is a mentés a fő feladat; a mentőegységek felszerelése, személyzete azonos a Tűzoltósági szolgálatokéval (de egyenruha nincs). **Egészségügyi Centrumok** és kórházak együttesen 77 (55 + 22) kocsit üzemeltetnek. Az egységgel gépkocsi-vezető, ápoló és mindig orvos is kivonul; felszerelés, hírközlés és öltözék olyan, mint a Vöröskeresztnél; a mentőfeladatok jelentik a tevékenység nagyobb részét a betegszállításokkal szemben (a gyógyintézetből lakásra történő szállításokkal orvos nem megy). **Cyárak és üzemek** összesen 24 mentőkocsit tartanak fenn, feladatuk kizárólagosan a mentés-se-

gelynyújtás üzemi balesetknél. Orvos nem vonul ki, egyébként minden adottság azonos a Vöröskereszt szolgálataival. Végül az országban a *repülőterek* (3 nemzetközi és 8 belföldi) is üzemeltetnek mentőszolgálatokat, összesen 14 kocsival. Orvos az egységgel nincs, ettől eltekintve a Vöröskereszt adottságával minden egyezik, viszont repülőjáratokkal érkező betegek szállítást indokolt esetben elvégzik (ez a feladatkor kis terjedelmű). Elégge tarka képet adnak így a közületi szolgálatok is. Tény azonban, hogy a felszerelés korszerű és elegendő, a személyzet felkészültségi színvonalja igen jó; felesleges luxust és kissé üzleti beütésű vetelkedést itt nem találni.

A gépkocsikról is valamit röviden; kezdve azon, hogy tipizálásnak nyoma sincs (legalábbis szervezeten és hivatalosan). Összesen 6 ország gyárának 21-féle mentőgépkocsi típusát használják; a gépkocsipark 64%-a (5 féle típusú) Mercedes, 12%-a (2 féle típusú) Chevrolet, a többi 24% egyéb. Az összes mentőgépkocsi-féleség karbantartása, alkatrészpótlása gyors és megoldott! A nagy távolságok miatt szükség van légi mentés-bevetésre is. A mentőhelikopterrel kisebb távolságokon (150–300 km): a mentő-repülőgépekkel nagyobb távolságokon elvégzendő mentőfeladatoknál találkozunk. A helikopterek nagyobbrészt helyszíni mentésnél kerülnek bevetésre; a repülőgépek inkább csak beteget szállítanak; előbbieket fenntartói közületek (Egészségügyi Hivatalok), utóbbiaké magánvállalkozások. Egyes vidékeken még *mentő-vízijárművek* is használatosak. Mind a légi, mind a vízi mentőjárművek felszerelése a szárazföldiekével azonos.

A *mentéstechnika* ha nem is egységes és tipizált; korszerű és magas ellátási színvonalra ad lehetőséget. Mindenütt megvan minden felszerelés, ami a légzés és a vérkeringés reanimációjához, illetve fenntartásához szükséges; az orvossal kivonuló közületi kocsi mindegyikén, sőt a magánszolgálatok kocsijain is ott van a hordozható elektrokardiográf/szkóp, defibrillátor, elektrostimulátor; az ütem szabályozót rendszerint a kórházak adják; oxigénellátás minden kocsi biztonságos. A rögzítéseket vákuummatracral és pneu-síneket végzik; kitűnő tartású, pehelykönnyű műanyagból készült Schantz-gallérokat láttam különféle méretben; a fecskendő és tűk egyszerűhasználatosak. Volumenpótlási és intubációs lehetőségek, továbbá az általában szokásos műszer-, gyógyszer-, kötszer-készlet kocsinként rendelkezésre áll. Az ország mentőszolgálatainak korszerű technikával való ellátását a TAMRO-cég végzi, jó részt monopóliumhelyzetben. E céget a Szövetség szakmailag felügyeli, s szoros együttműködés folyik a szakfelszerelések tervezése és kivitelezése terén.

Természetesen elsősorban saját termékeit forgalmazza, de a megrendelő kívánságára bármilyen külföldi felszerelést is beszerel; termékalkálaja széles (műszereket, készülékeket, teljes berendezéseket, gyógyászati eszközöket, gyógyszereket, kötszereket, sőt kozmetikai cikkeket is gyárt); A TAMRO a mentőkocsikat „kulcsátadásra” berendezi, ami azért jelentős, mert a gépkocsik a legtöbb-ször üresen, sőt igen gyakran kabin nélkül kerülnek szállításra. A mentő célú kabin ráépítést egy másik cég az ERIKOIS—KORI végzi. A két cég korszerű, sok profilú, sok telephelyes gyárai együttműködésben, gyorsan és kifogástalan minőséget adva dolgoznak.

A szolgálatok nyújtotta *ellátási színvonal* lényegében és egészében jó; a két alapvető funkció azonban szétválasztva értékelendő. A *betegszállítási* feladatok megoldása gyors, pontos és szakszerű; ezek főleg orvosi megkeresésre és igen sokszor a kezelőorvos kíséretében történnek. Feladattörődés, késés gyakorlatilag nincs, mert a például gyógyintézetbe beutalt járóképes betegek szinte magától értetődő természetességgel saját gépkocsijukon vagy taxival mennek oda, s a szolgálatok igénybevételére csak a valóban indokolt esetekben kerül sor. Kissé más a helyzet a *mentés*-sel, a helyszíni ellátással. Előjáróban le kell itt annyit szögezni, hogy a felszereltség és a szellemi tőke jó; orvos (ha van!) képzett aneszteziológus vagy intenzivista, az ápoló (ha van!) és a gépkocsivezető is jól képzett, rutinosan végzik az életveszély elhárítását, a mentő-szaksegélynyújtást. Már ebből is kiderül, hogy a problémák inkább személyi ellátottsági vonatkozásúak, s gondok adódnak bizonyos szervezési, szabályozási hiányokból is. Említettem azt a nehézséget, hogy a felszerelés és módszerek egységesítése még nem teljeskörű; az orvosi beavatkozások, méginkább a gyógyszerelés a szokottnál — sőt talán az elfogadhatónál is — több változatot, egyéni felfogást tükröznek. A mentőhívás vétele, az ezt követő intézkedések, s a mentőegység kivonulása a tűzoltósági keretben működő szolgálatoknál kifogástalanul gyors; ugyanez kórházakban nem mindig ilyen megnyugtató, s kérdőjeles lehet az egészségügyi centrumokban is. Minden lelkiismeretes, igyekvő szándék mellett adódhat, hogy a riasztott mentőegység kivonulását nem „azonnali”-nak, hanem a „lehető legrövidebb időn belüli”-nek nevezhetjük. Bizonyos esetekben nehézséget okoz, hogy egyes kocsi típusoknál (melyek eredetileg személygépkocsinak készültek) az átalakított vagy ráépített mentőkabin belső tere szűk, s így a kocsi végződés tevékenység többé-kevésbé akadályozott. Nem egyszer rontja ezt a helyzetet az is, hogy az amúgy sem tágas kocsi térséget telerakják olyan felszerelésekkel, melyek egy részére szükség

nincs. Tovább is sorolhatnám még a mentőellátás biztonságát előnytelenül befolyásoló kockázatokat, illetve gondokat, de nem tartom szükségesnek, mert végeredményben azok személyi problémákból (az egészségügy általában orvoshiánnyal küzd!) és szervezési szabályozási insufficienciákból származnak. Ezek legfontosabbjairól pedig már korábban említést tettem.

A *mentő-igénybevételek* baleseti struktúrájának részletes áttanulmányozására az időm nem futotta. Gyors áttekintéssel annyit sikerült csak megtudnom, hogy a legnagyobb gyakoriságot mutatják a személyserüléssel járó közlekedési és közúti balesetek és a vérkeringési rendszer betegségeiből eredő életveszélyes állapotok (elsősorban a szívinfarktus). A szokásosnál valamivel gyakoribbak az elektromos áram okozta balesetek, míg az egyéb üzemi balesetek és háztartási balesetek száma nem mutat nagy gyakoriságot.

Talán érdekes, hogy a sportbalesetek száma szokatlanul alacsony, a vízbefúlás meg szinte ismeretlen. Ennek oka alighanem abban rejlik, hogy a kötelező 10 osztályos általános iskolai oktatás során (sokszor már az iskoláskor előtt) mindenki megtanul úszni és selni. Az öngyilkossági cselekményekből eredő mentőigénybevételek száma elég magas.

A hatóságok, a Szövetség és a Vöröskereszt is belátják az egységes, centralizált, szabályozott, állami mentő-betegszállító ellátás szükségességét. Azt is belátják, hogy az ehhez vezető út első és legfontosabb lépése egy gondosan megtervezett, felsőszintű rendelkezés kiadása (ami lényegében olyan legyen, mint ami nálunk a mentőügy érdekében már 1948-ban megtörtént). A finnországi sajátosságok figyelembevételével bizonyos, hogy a végrehajtás során egyes lépcsőzött megoldásokat, esetleg türelmi időket is el kell fogadni. Hasonlóan, illetve azonosan a mi Szolgálatunkéhoz, az ottani országos mentőszolgálat felépítése is 3 irányítási szintűként látszik a legcélszerűbbnek; ámbár nem zárható ki, hogy a nagy terület és távolságok miatt a Főigazgatóság és a Mentőszervezetek közé még egy irányítási szintet kell beiktatni (a több mentőszervezetet összefogó mentőellátási area, melyek élén Igazgatóság áll). Az egységesítés gondolatának (érdekes módon) legaktívabb képviselője a Szövetség volt; így annak vezetőivel alaposan megtárgyaltuk az előkészítés feladatait.

Nem kell bizonygatnom a munkaprogram feszítettségét, ha leírom, hogy összesen 14 szolgálatot (Helsinki, Kallio, Espoo, Tamro, Vantaa, Hyrylä, Kerava, Sipoo, Porvoo, Lapinlahti, Iisalmi, Kuopio, Sällintai-pale, Juva) szemléltem az ország legkülönbözőbb részein; min-

dig helyben, a vezetők jelenlétében — sokszor velük vitatkozva — értékeltem az egyes szolgáltatásokat. Körutam során szárazföldön, vizen és levegőben több mint 2700 km-t tettem meg, mindig és mindenütt őszinte eszmecserék baráti légkörében. Többször éjszakába nyúlóan, hangosan gondolkodva kerestük az előbbrejutást akár hajnalig is, közben a tradicionális szaunázással frissítve magunkat. Felejthetetlenek maradtak azok a csendes beszélgetések, melyek a távoli északon a több mint 62 ezer tó valamelyikének partján, gerendaház előtt, farönkön ülve, fehér éjszakákon hangzottak el.

A Szövetség vezetői a várhatónál is nagyobb szeretettel, körültekintéssel vettek körül; sok élményben volt részem. Hogy csak a jelentőseket említsem; láttam Helsinkiben a Finnlandia csarnokot, a katedrális és a sziklatemplomot, a híres Nurmí szobrot; sokáig álldogáltam a hasonlíthatatlan Sibelius emlékmű előtt, s bolyongtam az Észak Gibraltárjának nevezett Suomenlinna erőd kihalt utcáin. Sokszor szinte percenként tudtam örülni az utcán járó-kelők szépségének, derűs, nyílt emberségének.

Bízom benne, hogy munkámmal hasznukra váltam, s tudom, hogy én is sokat kaptam tőlük.

Cselkó László dr.

Az Osztrák Sebész Társaság 21. Kongresszusa (1980. június 4–7., Bécs).

Az Osztrák Sebész Társaság és 11 hozzá csatlakozó szakcsoport 1980. június 4 és 7 között tartotta 21. kongresszusát Bécsben, a császári palota kongresszusi termeiben. A kongresszus fő témája így hangzott: „A daganatsebészet jelentősége a rákkezelés összességében”. A társaság azzal is hangsúlyozni kívánta az interdisciplinaris együttműködés jelentőségét e témakörben, hogy meghívta az Osztrák Haematológiai és Onkológiai Társaságot, valamint a Röntgen Társaság Sugárterápiás és Sugárbiológiai Szekcióját, lehetőséget adva arra, hogy a sebészi beavatkozásokat ma még gyakran követő kiegészítő kezeléseket is ismertessék, megvitassák.

A kongresszus a Hilton Hotel nagytermében kezdődött, amelyen H. Denck professzor, az Osztrák Sebész Társaság és a kongresszus elnökének nyitó beszéde után a meghívott társaságok elnökei, az egészségügyi miniszter, Bécs polgármestere, valamint G. Heberer professzor Münchenből és R. Berchtold professzor Bernből üdvözölték a kongresszust. Ezt követően

megválasztották az Osztrák Sebész Társaság új tiszteletbeli tagjait, majd két ünnepi előadás következett: Prof. N. Schober (Halle) „Theodor Billroth und die Karzinomchirurgie des Intestinaltraktes” és Prof. Thomas C. Hall (Honolulu) „Die Bedeutung Wolfgang Denks für die Entwicklung der chirurgischen Onkologie” címmel. Ezzel az előadással tisztelegtek prof. dr. Wolfgang Denk (1882–1970) emlékének, aki életét a ráksebészetnek szentelte. A megnyitó ülés Bécs város polgármesterének fogadásával zárult a Városházán.

A kongresszus tudományos programja másnap a Hofburgban, a Kongresszentrumsban folytatódott, nyolc különböző üléssteremben. A fő témák a következők voltak: *emlőcarcinoma, heretumokok, gyomor-duodenum-pancreas carcinoma, érsebészeti technika a daganatsebészetben, colon-rectum carcinoma, metastasis-sebészet*. A fő témával kapcsolatos ún. *parallel-ülések: bronchus carcinoma* (európai téma), *szabad előadások és a csatlakozó szakcsoportok „különülései”*. A téma aktualitására és a nagyfokú érdeklődésre jellemző, hogy 578 előadás hangzott el, s az üléseknél, moderátorok és előadók névsora is egy külön nyomtatott könyvecskét töltött ki. A programfüzet elején szinte menetrendhez hasonló összefoglaló táblázat tájékoztatta a résztvevőket az egyes ülések témájáról, helyéről, idejéről. Szerencsére az üléstermek egyetlen, tágas előtérből nyíltak, a megadott időket az előadók pontosan betartották, így nem okozott különösebb nehézséget egy-egy érdekesebbnek ígérkező előadás meghallgatása.

A fő- és kapcsolódó témákban prominens előadók pódium-, ill. kerekasztal-megbeszélések formájában vitatták meg a problémákat, melyek után a hallgatóság kérdései következhettek.

A struma maligna diagnosízáról és terápiájáról tartott pódium-megbeszélést — mely egy egész délután tartott — végighallgattuk, mint olyan témát, mely bennünket közelebről is érintett. Neves osztrák, svájci sebészek, endokrinológusok, patológusok, sugárterapeuták mondták el véleményüket. Közismert, hogy ezen országokban a struma előfordulása endémiás, így magasabb számban találkozunk pajzsmirigy-tumorokkal is. A patológus véleménye szerint sokszor nehéz az objektívitas-subjektívitas szétválasztása, amikor gyorsfagyasztott szövettani preparátum alapján kell intraoperatív nyilatkozni a sebészetnek. Csaknem tíz éve, és igen jó hatásokkal végzik a finomtűbiopsziát. G. Galvan (Salzburg) anyaga több, mint tízezer

punctio, s a találati arány 92,6%! Fals pozitív 25,8%, fals negatív 3–5%. Arról is hallhattunk, hogy pajzsmirigy-tumoroknál a malignitást a computer tomographia sem tudja kimutatni. A therapia kérdésében — kezdetben — a felkért előadók (K. Keminger — Bécs), (és R. Berchtold — Bern) sem voltak teljesen azonos véleményen, de megnyugtatóra szolgált, hogy a konklúzió azzal a következtetéssel zárult, melyet magunk is évek óta követünk a Debreceni I. sz. Sebészeti klinikán.

A struma maligna pódium-megbeszélést követő délelőtti szabad-előadások következtek e témakörből, közöttük az egyetlen magyar is: „DNS-Messung der Zellkerne in der Zytodiagnose der Schilddrüsentumoren” címmel. Előadásunkat élénk érdeklődés követte, s több elismerő hozzászólás hangzott el.

Az emlőcarcinomákról tartott kerekasztal-konferencia az érdeklődés középpontjában állt. A felkért előadók szakterületei is jelezték, hogy a kérdés tárgyalását csakis kollektív csoport végezheti. A nyolc előadó osztrák, svájci és nyugat-német szakember volt, szakterületeik pedig előadói sorrendben: 1. onkológia, 2. pathológia, 3. sebészet, 4. sugártherápia, 5. hormontherápia, 6. chemotherápia, 7. utógondozás, 8. psychosomatica. A megbeszéléseken hangsúlyt kapott az emlő cc. gyakori multicentricitása, bilaterális megjelenése. Hallottunk arról, hogy a szövettanilag negatív esetek 24%-a alaposabb vizsgálattal mégiscsak pozitív. Az idő és személyzetigényes szériametszet rutinszerű készítéshez azonban nekik sincsenek meg a feltételeik. Hangsúlyozták, hogy az in situ carcinoma sem bagatellizálható, ennél is legalább partialis mastectomiát célszerű végezni. A lymphangitis cancrosa adja a leggyakoribb szórást, ezért is nagy a jelentősége az axillaris dissectiónak. Külön hangsúlyt kapott a megbeszéléseken az utógondozás és a chemotherápia.

Az előadások szünetében módunk volt a nagy számú kiállító cég legújabb műszereivel, gyógyszereivel, orvosi szakkönyveivel megismerkedni.

Összegezve, egy nagyszabású, példásan megszervezett kongresszuson vettünk részt, ahol képet kaphattunk a rákos megbetegedések sebészi és komplex kezelésének mai állásáról.

Ezúttal is köszönjük az Egészségügyi Minisztérium ehhez nyújtott támogatását.

Szelezky Gyula dr.
Balázs György dr.
Kincses Éva dr.
Lukács Géza dr.



A THERMOFLUX automata
kézszárító készülék
kiválóan alkalmas
kórházakban és orvosi
rendelőintézetekben,
ahol egyéni rendeltetésű
törülköző nem alkalmazható
higiénikus kézszárítás
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**



Anyagcserebetegségek

Új szempontok a kövérség pathogenesisében. Kather, H., Simon B. (Klin. Institut f. Herzinfarktfor-schung, Med. Univ. Klinik, Heidel-berg): Deutsches Ärzteblatt, 1980, 77, 1031.

A bőség korszakai az emberiség történetében nagyon ritkák. Még ma is a táplálékhiány az emberiség többsége számára szomorú va-lóság. A kövérség a jólét tributuma. A nyugati jóléti társadalmak-ban az obesitas elsőrendű problé-ma. A számos kísérő és következményes betegség közül az élettar-tamot elsősorban a cardiovascula-ris megbetegedések, a hypertónia, az arteriosclerosis és a diabetes mellitus rövidítik meg.

A kövérséget közvetlenül kivál-tó ok minden esetben aránytalan-ság az energiafelvétel és -felhasz-nálás között. Ebből logikusan kö-vetkezik a konzervatív terapia: az energiafelvétel beszűkítése egé-szen a nulldiétaig és az energia-felhasználás növelése több test-mozgás révén. Egyöntetű azonban a vélemény, hogy a konzervatív terapia hosszú távú eredményei nem kielégítőek. A lefogasztott páciensek rövid időn belül vissza-nyerik túlsúlyukat. Ez arra utal, hogy az obesitas valószínűleg csak tünet, mégpedig az energia-háztar-tás zavarának tünete.

Az energiaegyensúly-zavar okát hosszabb ideje kutatják. Mayer a kövérséget két, regulációs és meta-bolikus csoportba sorolja. A regu-lációs csoport esetében az étvágy központi idegrendszeri szabályozá-sa térne el a normálistól. A meta-bolikus kövérség oka a zsírszövet anyagcseréjének rendellenessége vagy a tápanyag értékesítésének eltérő volta lenne.

Ma sem változott lényegesen a kövérség lehetséges okainak spekt-ruma, de az utóbbi évek kutatási eredményei új megvilágításba he-lyezik a régen vitatott téziseket.

Schachter amerikai pszichiater elmélete, mely szerint az obesitas az étvágy szabályozás magatartás-zavara lenne, kezdetben nagy ér-deklődést és therapiás entusias-must keltett. Schachter feltételezi, hogy a kövérek táplálékfelvétele túlnyomórészt külső ingerek révén irányított (auszenreizgesteuert). Ez a gyakorlatban azt jelentené, hogy a kövérek táplálékfelvételét nem endogén szignálok (pl.: éhségérzet) irányítják, mint a soványok eseté-ben, hanem külső ingerek (pl. a táplálék könnyű elérhetősége). A kezdeti lelkesedés azonban lassan alábbhagyott. Ennek egyik oka, hogy a normális súlyúak között is

igen sok „külső ingerek irányított-ta” személy van (ezeket a hipo-tézis hívei „latens kövéreknek” ne-vezik). Másrészt a magatartásthe-rapia nem hozta meg a várt ered-ményeket.

A humoralis faktorok szerepének megítélését megváltoztatta a felfe-dezés, mely szerint bizonyos gastrointestinalis peptidhormonok (cholecystokinin, gastrin és a vaso-aktiv intestinalis polypeptid = VIP) nemcsak a gyomor-bélrend-szerben, hanem a központi ideg-rendszerben is megtalálhatók. Fel-tételezhetően ez utóbbi helyen neu-rotransmitterként szerepelnek. De ugyanez fordítva is igaz: központi idegrendszeri neurotransmittereket (endorphin, encephalin) sikerült gastrointestinalis endokrin sejtek-ben is kimutatni. Mivel a gastroin-testinalis hormonok a máj- és zsír-anyagcserét is befolyásolják, nem alaptalan feltételezés, hogy a hor-monok ezen csoportjának valószínű-leg az energiafelvétel, -raktározás és -értékesítés centrális regu-lációjában is szerepe van. Állat-kísérletekben a cholecystokinin centrális hatása időközben egyértelműen bizonyítást nyert.

Hirsch munkacsoportjától szár-mazik a „zsírsejtelmélet”. Ok fel-tételezik, hogy bizonyos kritikusi korai életfázisban történő túltáp-lálás a zsírsejtek számának meg-szaporodását eredményezi. A ten-dencia, a már egyszer kialakult zsírsejtek zsírral történő megtölté-se, obligát módon túlsúlyt ered-ményez. Ez — a laikusok számára különösen vonzó — elmélet azonban nem állta ki az állatkísér-letek próbáját.

A zsírsejtszám és -méret vizsgálata azonban arra mutat hogy a zsírszövet nemcsak raktározó szerv, hanem bizonyos regulációs jelzé-sekre is képes, amelyek hatással vannak a táplálékfelvételre. A zsír-szövet szerepének értékelését gaz-dagította a zsírsejt praecursorai-nak, az ún. prae-adipocytának a felfedezése. Ezek morfológiailag és funkcionálisan fibroblastoknak felelnek meg. A differenciálódási folyamat során alakul ki a zsír-sejtekre jellemző anyagcseréjük (lipolysis, lipogenesis), és ekkor nyerik el a zsírsejtek tipikus sphaerikus alakját. Genetikusan kövér egértörzsek vizsgálata sor-án megállapítható volt, hogy az elhízásra hajlamosító öröklődési faktorok már a prae-adipocytákban jelen vannak.

Vitathatatlan, hogy a kövérek nem mindig nagyevők. A táplá-lékból származó energia norma-listól eltérő felhasználása kétfé-leképpen magyarázható: eltérő bél-functio vagy eltérő energiaigény.

A bél mindjárt ki is zárható, hi-szen egészséges egyénekben a tá-plálék tökéletesen felszívódik. A különbséget az energia-háztartás-ban kell keresni.

A legújabb eredmények egybe-hangzóan amellett szólnak, hogy a tápanyag-értékesítés különböző-sége valóban létezik. A szervezet energiaigénye 3 komponensből tevődik össze: 1. Alapanyagcsere (normál súlyúaknál több mint 50%), 2. a táplálék indukálta és az ún. thermoregulációs hőképzés (kb. 25%), 3. a mechanikai munkára felhasznált energia (kb. 20%). A korábbi összehasonlító vizsgálatok mindig az alapanyagcsere külön-bözőségét igyekeztek kimutatni, hiszen ez teszi ki az energiaigény legnagyobb részét. Az eredmények alapján azonban egyértelműen megállapítható volt, hogy ilyen kü-lönbség nem létezik. Azonban ki-derült, hogy emberben (és állat-ban is) lényeges különbségek le-hetnek az egyedek thermoregulá-ció és táplálék indukálta hőképzésében. Néhány évvel ezelőtt még tartotta magát a feltételezés, mi-szerint a thermoregulációs hőké-pzés kizárólag izomremegés révén jöhet létre. Időközben bebizonyo-sodott, hogy létezik egy hőképzés izomremegés nélkül is. A táplálék indukálta hőképzés ugyancsak izomremegés nélkül jön létre. Di-rekt és indirekt kalorimetriával hiteit érdemlően sikerült bizonyít-tani, hogy kövérekben a táplálék indukálta thermogenesis lényege-sen kisebb (egészen 50%-ig), mint a sovány kontroll egyénekben. Még pontosabb utánvizsgálatok 30%-kal kisebb anyagcsereválaszt találtak hidegteret követően kö-vérekben. Ez az „izomremegés nélküli hőképzési defektus” ka-techolamin infúzióval kimutatható. Jung úgy találta, hogy ez a defek-tus a korábban kövér, de a vizgá-latkor normális súlyú egyéneknél is kimutatható. Ez a megfigyelés arra utal, hogy az anyagcsereben primer különbözőségek lehetnek, amelyek azonban nem — korábbi feltételezéssel ellentétben — az alapanyagcsereben, hanem az izomremegés nélküli hőképzésben rejlenek.

Bugyi István dr.

Az extrém kövérség sebész-i gyógykezelése. Husemann, B. (Chir. Univ.-Klinik, Erlangen-Nürnberg): Med. Welt, 1980, 31, 434.

Az extrém kövérség nemcsak or-vosi, hanem mindenekelőtt szociális, pszichológiai és gazdasági probléma. A konzervatív therapia (a kalóriabevitel csökkentésére és a -felhasználás növelése) kisméretű túlsúlynál jó eredménnyel alkalmaz-ható. Azonban a Broca-index alap-ján számított 30%-nál több súly-felesleg esetében csak a páciensek 30%-ában effektív. 90% kövérség-ben pedig csak a betegek 5%-ának van reális esélye a normális súly elérésére és tartós megőrzésére. A pszichológiai vagy szomatikus ke-

zelés sem tud tartós eredményt felmutatni. Valószínűleg a pszichoszomatikus kezelést csak az egyéni módszerekkel elért eredmények konzerválására elegendő.

Ezen okok miatt egyre több páciens keres segítséget a sebésznél. A sebész lehetőségei: a zsír-depók resectiója (dermo-lipectomia), jejun-ileostomia révén művi malabsorptio előidézése, vagy gyomor-bypass készítésével a táplálékfelvétel lehetőségének a csökkente.

A dermo-lipectomia (bőr- és subcutan zsírszövet eltávolítása) nem képes a túlsúly lényeges befolyásolására. Csak a hasfal területéről távolíthatók el nagyobb zsírgyülemek. Az eljárás lényegileg csak kozmetikai korrekció.

A jejun-ileostomiánál összekötetést készül felsőbb és aborális vékonybélszakaszok között. A táplálékfelesleg a széklettel egyszerűen kiürül. A funkcionálisan aktív vékonybél ajánlott hosszúsága 45–55 cm. Amennyiben 80 cm-nél több működőképes vékonybél marad, hatékony testsúlycsökkenés nem jön létre.

Az angolszász szerzők az end-to-end anastomosist favorizálták, a kikapcsolt vékonybél-segmenst egyik colon-szakaszban történő drainálásával. A következmény, hogy reflux révén vastagbélirtalom jut a vékonybélbe, aminek immunológiai zavarok a következményei. Ezek a szerzők kidolgozta end-to-side anastomosissal elkerülhetők.

A gyomor-bypass esetében a táplálékfelvétel lehetősége lesz akadályozott. A gyomor-fundusból 100–150 ml-es reservoirt képeznek, amely egy szűk anastomosison (9–12 mm) csak elhúzódóan képes kiürülni. A betegnek a kalória-felvételt jelentősen le kell csökkentenie, hosszabb ideig és alaposabban kell rágnia, mert a nagyobb ételmaradékok az anastomosist elzárhatják. A műtét után tehát kényszerűen megváltozik a beteg életmódja is.

A gyomor-bypass a jejun-ileostomiával összehasonlítva lényegesen magasabb igényeket támaszt a sebéssel szemben, azonban gondos sebészeti technikával a műteti komplikációk megelőzhetők.

Mind a jejun-ileostomia, mind a gyomor-bypass után (mindkét csoportban 300–300 beteget operáltak) a betegek testsúlya 18 hónap után a Broca-index körüli értékek körül ingadozik.

A kedvező anyagcsere-változások (elsősorban szénhidrát- és zsíranyagcsere) mindkét műtét módját után megfigyelhetők. Parallel a patológiás glucose-tolerancia normalizálódásával csökken a korábbi magasabb serum-insulinszint is. A teljes normalizálódás azonban csak a szabályos testsúly elérése után következik be. Az orális cukorterhelés ilyenkor teljesen normális értékeket mutat.

Az extrém kövérek 30%-ában találtak patológiás serumlipid-értékeket. Elsősorban a neutrális zsí-

rok szintje emelkedett (Frederikson IV típusú hyperlipidaemia). Három hónappal a műtét után ezek az értékek is a normális szintre süllyedtek. A cholesterol-szint változása lényegesen különbözik jejun-ileostomia és gyomor-bypass után. Az előbbi műtét után 120–150 mg⁰/₀-os értékek regisztrálhatók 6 hónap elmúltával, míg a gyomor-bypass után csak egy enyhé-fokú, lassú értékcsökkenés észlelhető.

A fehérjeháztartás (szövődénymentes esetekben) nem szenved változást. Az összfehérje- és albuminszint a normális tartományban maradnak. A karotin kivételével a vitaminok szintje sem csökken.

Az extrém kövérség sebészeti gyógykezelésének értékelésekor alapvetően a súlyos szövődénymentes mérlegelendők.

A közvetlen per- és postoperatív komplikációk gyakorisága lényegileg mindkét módozat esetében megegyezik. Előtérben állnak a sebgyógyulási zavarok (12–14%). Mindkét műtét típus esetében egy-egy betegük közvetlenül az operáció után halt meg: az egyik esetben malignus hyperthermia, a másikban tisztázatlan gastrointestinalis vérzés volt a halál oka. A műteti halálozás tehát 1% alatt van.

Súlyosabbak azonban a jejun-ileostomia késői következményei. A krónikus folyadék- és elektrolitvesztés miatt a kálium- és calcium-substitutio életfontosságú. Három beteget vesztek el excessiv hypokalaemia miatt. Csak amikor a napi székletürítések száma kettő-háromra redukálódik, akkor hagyható el a káliumpótlás. A calcium-substitutiót az egész élet során folytatni kell, a vesekőképződésre hajlamosító „calcium-oxalat enteropathia” megelőzésére. A májelzsírosodást gyakorta mint a jejun-ileostomia egyik szövődénymentes emlegetik. 87 páciens consecutiv májbiopsiájával kimutatták, hogy bár a májelzsírosodás a gyors súlycsökkenés időszakában jelentősen fokozódik, később regeneráció következik be, és az elzsírosodás foka a kiindulási értékek alá csökken. Mindezek ellenére a betegek mintegy 15%-ában a műtétet követő 2–3 év múltán is jelentősen májelzsírosodás mutatható ki. Mint a máj-enzymek összehasonlító vizsgálata mutatja, ez a folyamat a gyomor-bypass után még igen effektív testsúlycsökkenés esetében sem következik be: a transaminasék szintje a műtét után csökken, míg a jejun-ileostomia után jelentősen emelkedik.

A kikapcsolt vékonybél-segmenst vastagbélbe történő szájaztatásának egyéb káros eredménye a következményes enteritis. Ennek oka a vékonybél vastagbél baktériumflórával történő elárasztása. A tünetek előtérben immunológiai zavarok állnak, elsősorban izületi fájdalmak, visszatérő lázas állapotok és bizonytalan hasi panaszok.

A jejun-ileostomia öt éves összehalálózása (nyolco éves megfigyelési időszak alatt) beteganyagukban 2,3%. Ezt az értéket a hasonló életkorúak statisztikus halálózási arányszámával (1,7%) állították párhuzamba, szem előtt tartva, hogy az extrém kövérek különösen veszélyeztetett csoportot alkotnak, akiknek halálózási arányszáma eleve nagyobb, mint az egészségeseké.

Gyomor-bypass után az ismertett szövődénymentes nem kell tartanunk, állapítja meg Husemann, a műtét kidolgozója. Itt a „postresectiós” tünetek állnak előtérben. Dumping-syndroma a rendkívül szűk anastomosis esetében valószínűtlen. A marginalis ulcusi sebészeti technikai módszerekkel igyekszik megelőzni: a Roux-Y anastomosis megakadályozza az epe-refluxot, a nervus vagus megkímélése a distalis gyomor zavartalan ürülését biztosítja; a gastrin-szintek nem emelkednek, a gyomorsecretio analízise a mennyiség és a savproduktio drámai csökkenését jelzi. A problémát azonban mégsem tekintik véglegesen megoldottnak. Valamennyi páciens endoscopy vizsgálatával az első két postoperatív év során 3 marginalis fekélyt találtak. Két betegnek voltak panaszai is, akik kezelésre szorultak. (Mason szerint 1 marginalis fekély esik 193 operált betegre évenként.)

A komplikációs lehetőségek nagy száma miatt az indikációt nagyon szigorú kautélák alapján állítják fel: csak 100%-os túlsúly felett jöhet egyáltalán szóba a kövérség sebészeti gyógykezelése. Korrigálható anyagcsere-zavarok (szénhidrát-intolerancia vagy hypertriglyceridaemia) mint a kövérség sekunder következményei, megkönnyítik a műtét javallat felállítását. Feltétlenül többszöri konzervatív soványító kúra (kórházi bennfekvés!) kísérleendő meg a műtét beavatkozás előtt.

Husemann véleménye szerint a jejun-ileostomia többé nem indikált, mert a gyomor-bypass révén egy lényegesen szövődénymentesebb, de hasonló módon hatékony operatív megoldás áll rendelkezésünkre.

A túlsúlyos betegek pszichológiai és psychosomatikus gondozása újra meg újra vita tárgya. Kielégítően bizonyított adatok elegendő nagy számú páciensre vonatkozóan jelenleg nem állnak még rendelkezésünkre. Ezért felmérést végeztek 1000 súlyfelesleg bíró betegük esetében, kérdőívvel módszerrel (szociális, családi szituáció, számos pszichológiai tesztvizsgálat stb.). Az eredmények a pathológiásan kövérek jelentősen fokozott depressio-hajlamát és aktivitáskészség beszűkülését jelzik. A Giessen-teszt az értékek normalizálódását mutatja, a testsúly normalizálódásával párhuzamosan, annál kifejezettebben, minél inkább megközelíti a beteg súlya a normálisat. A Giessen-értékek azonban teljesen soha nem

normalizálódnak, ami azt jelenti, hogy a „túlsúlyos-személyiség” stabilizálásához önmagában a testsúly-redukció nem elegendő.

Az extrém adipositas sebészi kezelése jó eredményeket mondhat magáénak, noha a gyomor-bypass révén a betegek az életmód megváltoztatására kényszerülnek. Ennek ellenére a sebészi terápiát csak akkor szabad bevetni — nem standard gyógykezelési mód! —, ha minden egyéb lehetőség csődöt mondott. Igen sürgős lenne a társadalmi szokások megváltoztatása. A kövérség legbiztosabb gyógymódja annak megelőzése lenne és nem a kezelése egy kilátástalan végállapotban. Enélkül tíz túlsúlyos gyermekből továbbra is nyolc kövér felnőtt lesz.

[Ref.: A közlemény szerzője ugyanaz a Husemann, akinek évekkel ezelőtt publikált soványító műtétét (jejuno-iliális bypass) széles körben elfogadták, világszerte végezték és végzik ma is. És most, néhány esztendő elteltével megtagadva saját „gyermekét”, újabb műtéti eljárást (gyomor-bypass) dolgozott ki. A közlemény bővebb ismertetést igényelt, noha a kérdés korántsem lezárt.]

Bugyi István dr.

A cukorbetegség életkor szerinti sajátosságai. Königstein, R. P. (3. Medizinische Abteilung des Pflugehelmes der Stadt Wien-Lainz): Aktuelle Gerontologie, 1980, 10, 109.

A szerző a diabétes mellitus (továbbiakban d. m.) néhány életkor szerinti jellemzőjét összegezi. A gyermek- és fiatalkorban manifesztálódó d. m. főleg az 5–7. életévben, a 12. évtől a pubertásig és a 20–25. életévben jelentkezik. Egyes esetekben az acidotikus coma a manifesztálódás jele. A fiatalkori d. m. öröklődő jellegű és a szerző kiemeli, hogy az utóbbi időkben többször hangoztatott „virus aetiology” nem más, mint „hiányos megfigyelés” — ugyanis inkább véletlenszerű egybeesésről van szó: vírusfertőzés kiállása után derfítik fel a d. m.-t. A felnőttkori d. m. számos okból keletkezhet; az endogén faktorok mellett exogén okok is szerepelnek (elhízás stb.). Ez egyúttal a megelőzés lehetőségére, ill. a manifesztáció késleltetésére is utal.

A kezelés minden esetben alapvetően a helyes diétával kezdődik, ezt fiatalkori esetekben szinte kizárólag inzulinnal, felnőttkori esetekben elsősorban tolbutamid készítményekkel kell kiegészíteni. A szerző javasolja a glibenclamidot is. A biguanidok hatásmechanizmusa még nem teljesen tisztázott, amellel előfordulhat lactacidosis is. A közlemény szerzője megjegyzi, hogy e készítményeket mellőzi, de időnként alkalmaznia kell, mivel „mind gyakoribb” az elhízott fiatal cukorbeteg.

Külön felhívja a figyelmet arra, hogy az időskori cukorbetegség körében nem ritka a beállítás nehézsége. A betegothonban mind többször észlelnek időskori d. m. előfordulást. Különösen a 70. évesnél idősebbekben nem ritkán találunk inzulinallergiát, inzulinrezisztenciát, főleg azokon az idős cukorbetegokon, akik elhízottak és ezért nagyobb mennyiségű inzulint igényelnek. Előfordul időseken is a „különösen labilis” d. m.

Minden életkorban döntő a szövődmények kérdése, a rendszeres ellenőrzés ezek irányában. Idősebbekben előtérbe kerül a makroangiopathia, e tekintetben szükséges a dohányzás mellőzése, ill. elhagyása: a dohánytermékek használata a d. m. szempontjából színergista az anyagcsere-károsodással. Az érkárosodás késleltetésében lényeges az esetleges hypertonia gondos egyensúlyban tartása.

Végül a szerző helyesen állapítja meg, hogy a cukorbeteggekkel foglalkozó orvosok feladata: a betegek életét lehetőség szerint boldoggá tenni és biztosítani a teljes családi élet lehetőségét.

[Ref.: Gyakorlatilag erre utalt az Egészségügyi Világszervezet is, amikor az inzulin felfedezésének 50. évfordulója alkalmából, 1972-ben az Egészségügyi Világnap jelentését így fogalmazta meg: A cukorbeteg is teljes értékű ember!]

Vértés László dr.

Tizenöt éven át vagy hosszabban kezelt cukorbeteg retinopathiája.

Rames, I. (Megyei Poliklinika, Belgyógyászati Osztály, Cseké Budejovice): Vnitri lékarstvi, 1980, 26, 447.

A Cseké Eudejovice-i Megyei Kórház és Rendelőintézet keretén belül a Belgyógyászati Osztály poliklinikai részlegén működik a cukorbeteg gondozó 1962. és 1976. december 31. között 2791 cukorbeteg gondoztak, azaz a megyei intézmény felvevő területéhez tartozó lakosság 2,3%-át. (Ref.: szűrővizsgálatok nem történtek, tehát „spontán” diabétes morbiditásról van szó.) 80 olyan cukorbetegük van, akiket rendszeresen gondoznak immár 15 éve, vagy annál is hosszabb ideje. Ez az összes cukorbeteg 2,9%-át jelenti. A szerző elsősorban a retinopathia előfordulását vizsgálta, összefüggésben a diabétes tartamával, de figyelembe vette a társbetegségeket is a feldolgozásban. A részletes adatgyűjtés során kiderült, hogy minden részletre kiterjedő feljegyzés 50 betegről áll rendelkezésre. Ezen 50 beteg statisztikáját közli. 35 betegnek volt retinopathiája.

A retinopathiás betegek vércukor értékei az egyes években 10,48—13,04 mmol/l közöttiek voltak, míg a retinopathiában nem szenvedőké 7,43—10,65 mmol/l között adódtak.

A különbségek matematikailag szignifikánsak.

Hypertonia előfordulása: a 35 retinopathiás között 14 volt hypertoniás, Közöttük 29 állt inzulin kezelés alatt, közülük hárman naponta kétszer kaptak inzulint, 15 betegnek nem volt retinopathiája, közülük mindössze 2 beteg szenvedett hypertoniában. Csak 9-en kaptak inzulint e csoportban.

A szerző részletes világirodalmi áttekintést nyújt a retinopathia előfordulásáról, majd a cukorbetegség egészségügyi és szociális gondozásának jelentőségére utal.

Vértés László dr.

A cukorbeteg fertőzéses szövődményeinek csökkentéséről. Schoenbaum, S. C. (Peter Bent Brigham Hospital, Boston): Geriatrics, 1979, 31, 51.

Az egyensúlyban levő cukorbetegek között kevesebb a fertőzéses szövődmény, mint a rendszeresen nem vagy helytelenül gondozottak körében, hangsúlyozza a szerző. A szövődményes fertőzések számának csökkentése érdekében a teendők lényege: az anyagcsere ellenőrzése, az esetleges fertőzés mielőbbi kórismézése, korai és adekvát kezelés.

A cukorbetegben gyakoribb a candida albicans fertőzés, és egyéb általános vagy lokális gombásodás is. Ugyancsak nem elhanyagolható napjainkban sem a cukorbeteg tbc-s fertőzése. Főleg az idősebb és az idős cukorbetegek influenzajára kell odafigyelni: e korosztályokból kerül ki a szövődményes, ill. végzetes kimenetelű esetek nagy része. Az idős influenzajában a kezelések figyelembe veendő cardiopulmonalis állapotuk, továbbá az esetleges társfertőzések előfordulása. A szerző mindenképpen javasolja, hogy járványveszély esetén az idős cukorbetegeket részesítsék védőoltásban.

További gyakori megbetegedés a cukorbetegben az uropoetikussal fertőzése. Fontos, hogy az antibiotikus kezelés megfelelő ideig és adagban történjen. A szerző kitér az ún. malignus otitis externára is. Mint említi, az utóbbi években ezt gyakrabban észlelték, főleg idős cukorbetegben. Az egyik vizsgálat során 72 beteg átlagos életkora 71 évként adódott és csupán 4 olyan beteg volt, akinek nem volt diabétese. A fertőzés a külső fülben kezdődik, otitis externa keletkezik, okozója Pseudomonas aeruginosa. A fertőzés tovább halad, az os temporale-ban osteomyelitis keletkezik, végül Pseudomonas meningitis is léfajhat. A mortalitás nagy (a közölt esetek egyharmada bizonyult végzetesnek). Ugyancsak nem ritka a cukorbeteg osteomyelitis, valamint periodontális gyulladásos megbetegedése.

Vértés László dr.

Súlyos diabetikus ketoacidosis.

Alberti, K. G. M. M., M. Natrass (Chemical Pathol. and Human Metab., Southampton Univ. Med. School, General Hosp., Southampton, England): Med. Clin. N. Amer., 1978, 62, 799—814.

A Med. Clin. N. Amer. 1978. évi júliusi száma teljes egészében egy diabetes symposium anyagát közli. A bostoni Podolsky bevezetőjében hangsúlyozza, hogy a diabetes szövődésével együtt az USA-ban a harmadik vezető halálok, s becslés szerint mintegy 10 millió egyesült államokbeli diabetest érint. A diabetes 25-ször gyakrabban okoz vakságot, mint ez nem diabeteseken előfordult, 17-szer gyakrabban hajlamosít vesebetegségre, 5-ször gyakrabban gangraenára, kétszer gyakrabban szívbetegekre és agyvérzésre, mint nem diabeteseken, s költségkihatásai évente 5,3 milliárd dollárra rúgnak. Érthető tehát, hogy időről időre vezető amerikai diabetológusok napirendre tűzik és megvitatják ennek a valóban népbetegségnek számos aktuális kérdését.

Mint vendégelőadó, Alberti professzor és munkatársa referátumában a súlyos diabetikus ketoacidosis pathogenesisével, ezen belül az anti-insulin hormonok (glucagon, cortisol és catecholaminok) szerepével foglalkozik, majd röviden ismerteti a klinikai képet, s utal arra, hogy a letalitás még mindig 5—15% között mozog még szakintézetekben is. Ennek a magas arálynak csökkentésére szolgálnak azok a terápiás törekvések, melyekben Alberti és mtsai úttörő munkát végeztek és végeznek ma is. A terapia alapjaira a felborult anyagcsere helyreállítására szolgáló folyadék- és elektrolitpótlás mellett a helyesen megválasztott insulinbevitelen nyugszik, mellette természetesen a kiváltó okok megszüntetése (elsősorban infectiók) is elsőrendű fontosságú.

Ahhoz, hogy az insulin hatásos lehessen, megfelelő szöveti perfúziót kell biztosítani, erre az isotóniás sóoldat alkalmas. Az insulin adásának célja a lipolysis, glycolysis és gluconeogenesis gátlása, melyet különböző formában bejuttatott insulinnal lehet elérni. Kimutatták, hogy a korábban használatos nagy adagú intravénásan bevitt insulin egy része veszendőbe megy a rövid felezési idő miatt, másrészt a késői súlyos hypoglycaemia sokkal gyakrabban fordulnak elő ilyen alkalmazási mód mellett, s a hypokalaemia pótlása, illetve megszüntetése is nagyobb gondot jelent, mint a főleg Alberti által propagált kisadagú insulinbevitel mellett. Több irodalmi közlés adatait foglalja össze táblázatban, s ebben az intramuscularisan (184 eset) és tartós cseppinfúzióban (170 eset) bejuttatott insulin medicatio eredményeit összegezi. Intramuscularisan bevitt insulinból óránként átlagosan 6 E

szükséges, erre 80 mg%-os óránkénti vércukoreséssel lehet számolni, hypokalaemia 90%-ban, hypoglycaemia 1%-ban fordult elő, halálozás (nem részletezi) 60%-ban fordult elő. Tartós cseppinfúzióban az insulin óránkénti átlagos adagja 7 E, óránkénti vércukorcsökkenés 95 mg%, hypokalaemia 40%-ban, hypoglycaemia 0,60%-ban fordult elő, a halálozás 20%-os volt. Hangsúlyozza ennek a kétféle módon bejuttatott kis adagú insulintherápiának egyszerűségét, biztonságosságát és hatásosságát kevésbé jól felszerelt intézetekben is.

A káliumpótlás szintén elsőrendű fontosságú, a plasma káliumszintje csak szegényesen utal az intracelluláris helyzetre, ezért a folyadékbevitellel egy időben EKG- és laboratóriumi controlok mellett meg kell kezdeni a káliumpótlást is óránként 13 mmol, de még inkább 20 mmol káliumbevitellel, így 24 óra alatt 100—200 mmol káliummal többnyire normokalaemiát lehet biztosítani. Fontos a kálium folyamatos bevétele legalább 1 héttig.

A bicarbonatbevitelt illetően nem teljesen egységesek a vélemények. Hypokalaemia, a liquor pH-jának csökkenése, az oxyhaemoglobin dissociatio romlása írható az alkalibevitel számlájára, ezért legfeljebb pH 7 alatt adnak újabb bicarbonatot is. Mindezen irányelvek mellett a gondos észlelés döntően fontos láncszeme a diabetikus ketoacidosis modern terápiájának.

Az összefoglaló közlemény értékét nagyban emeli az a 101 irodalmi adat is, mely a legfrissebb megfigyeléseket tartalmazza.

Iványi János dr.

Gerontologia

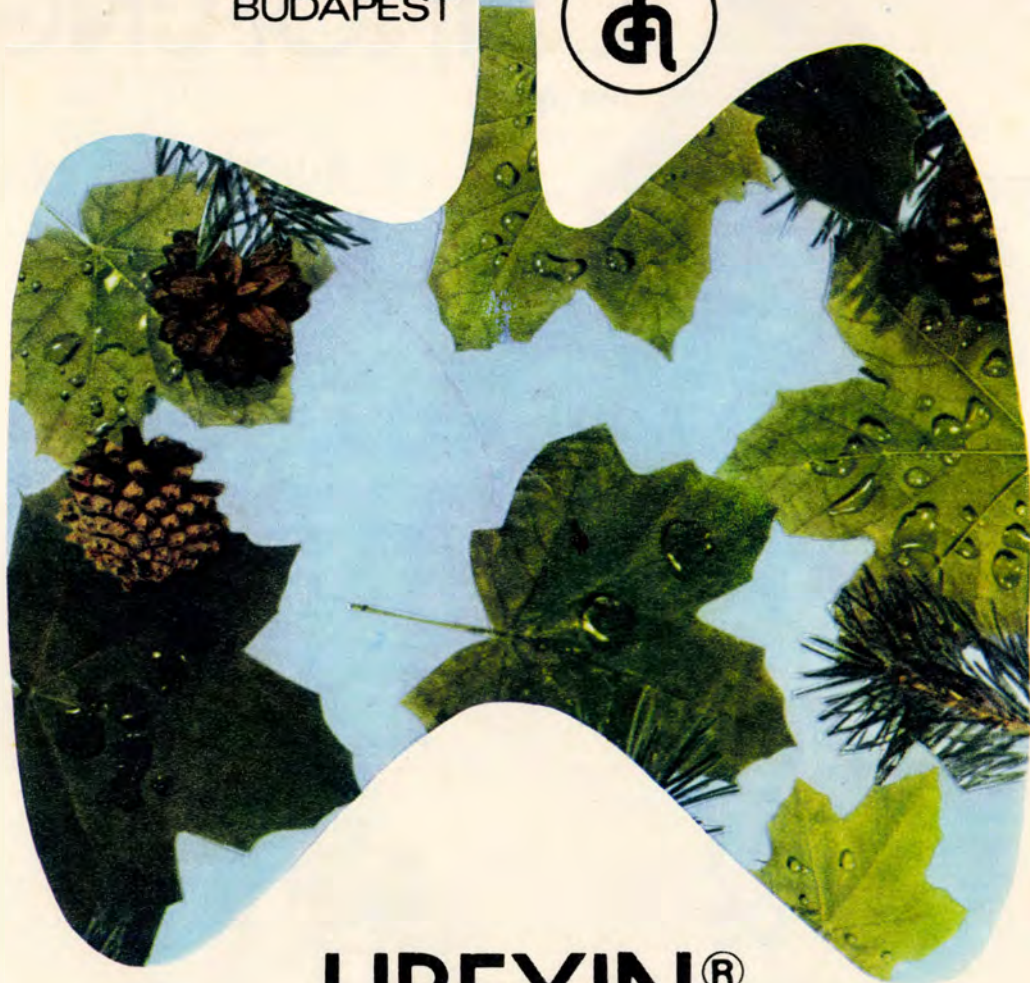
Az USA várható geriater-szükségletének előrejelzése. Kane, R. és mtsai (Rand Corporation, 1700 Main St., Santa Monica, Calif. USA): New Engl. J. Med. 1980, 302, 1327.

A nemzetközileg is egyik legismertebb prognóziskutató intézetben a jelenlegi adatok (népesség megoszlása, az orvosok és általában az egészségügyi szolgáltatások igénybevételének mértéke) alapján végeztek számításokat arra vonatkozóan, hogy a jövőben mennyi geriatriával foglalkozó orvosra lesz szükség. 1977-ben az USA lakosságának 1%-a volt 65 évesnél idősebb, de ők használták fel az egészségügyre fordított összegek 29%-át (és az összeg $\frac{2}{3}$ részét közpénzekből fedezték). A szolgáltatások fokozott igénybevételét indokló hanyatló egészségi állapotot jelző néhány paraméter: a korosztály tagjai több mint felének csökkent a fizikai aktivitása krónikus állapotok miatt; átlag kétszer annyi időt töltenek ágyban fekvőként, 3-szor

annyit akut osztályokon és 3-szor annyit ápolási otthonokban (nursing home), mint a fiatalabb (45—64 év között) korosztály tagjai. Az aránylag nagy ráfordítás ellenére az öregek egészségügyi ellátása hiányos, elégtelen. Átlagosan lényegesen több problémájuk (multimorbiditás) és az időigényesebb információcsere nagyobb mértékű időráfordítást igényelne, ennek ellenére az életkoruk növekedésével egyenes arányban csökken az orvosoknak a rájuk fordított munkaideje. Oktató kórházakból, akut osztályról geriatriai osztályra (nyilvánvalóan azzal a megfontolással, hogy inkább csak ápolást és nem aktív ellátást igényelnek. — Ref.) áthelyezettek újra átvizsgálása alkalmával gyakran találtak új (az akut osztály észlelése alatt nyilván fel nem ismert! — Ref.) és többnyire gyógyítható problémákat (az egyik adat szerint betegként átlag 3,4-et!). A nursing home-okban, melyekben kb. nálunk a krónikus, utókezelő „elfekvő” osztályok, ill. a betegek szociális otthonai felelnek meg, nyújtott orvosi ellátás gyakran felületes, közönyös. Mindez nem meglepő annak az adatnak a birtokában, hogy az USA orvosainak mindössze 0,2%-a jelölte meg a geriatriát 3 fő érdeklődési, tevékenységi köre egyikeként. Viszont a geriatria olyan speciális ismereteket és jártasságot igényel, amelyet más orvos nem képes nyújtani. Ezért szükséges a geriater bevonása az orvos- és szakorvosképzésbe (Orv. Hetil. 1980, 302, 1653.). Ehhez az USA orvosi fakultásain minimum 900 fő, teljes munkaidőben foglalkoztatott (részállásúak esetén több) kvalifikált tanszemélyzetre volna szükség.

Jelenleg igen kis mértékű (5%) az orvos irányítása mellett önálló munkára képesített ápolónők, orvossegédek és szociális munkások közreműködése a geriater munkaközeivel való takarékoságban. Submaximális igénybevétel esetén is ez 35%-ra látszik növelhetőnek, és így a jelenleg nagyrészt orvos által végzett ténykedések több, mint $\frac{1}{3}$ -át ők végezhetnék. Ilyen mértékű segítség, ill. tehermentesítés esetén is ahhoz, hogy 2010-re a szakszerű geriatriai ellátásra leginkább rászoruló 75 éves és ennél idősebb korosztály a jelenleginél jobb ellátásban részesüljön, kb. 8000 geriaterre (ha a geriatriai ellátást 65 éves kortól kívánják biztosítani, ennek legalább a kétszeresére) lesz szükség. Természetesen csak a fentebb vázolt „önálló” segéderők szükséges létszáma (kb. 2 orvosra 1 fő) alkalmazása mellett. Az idős betegek ellátásában belgyógyászati jellegű tevékenységet folytató geriaterrel mellett a geropsychiaterek számát volna indokolt növelni, optimálisan 6000-re. A többi klinikai szakmán belül geriatriai subspecialitás felállításának a szükségessége nem merült fel, de a jó szakmai együtt-

CHINOIN
BUDAPEST



LIBEXIN[®] COMBINATUM

tableta

ANTITUSSIVUM

ÖSSZETÉTEL

Tablettánként 200 mg 3-(β,β -Diphenylaethyl)-5-(β -piperidinoethyl)-1, 2, 4-oxadiazolum hydrochloricum és 1 mg Emetinum hydrochloricum hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK

Grippe, bronchitis spastica, bronchitis acuta és chronica, laryngitis, asthma bronchiale, emphysema, pleuritis, pleuropneumonia, tüdő-tbc.

ELLENJAVALLATOK

Nagy váladékozással járó kórképekben és különösen postoperatív állapotokban (inhalációs narkózis után) ellenjavallt.

ADAGOLÁS

Átlagos adagja felnőtteknek naponta 3–4-szer 1 tableta, étkezés után.

MELLÉKHATÁSOK

Émelygés, esetleg hányinger szórványosan előfordulhat, ami a gyógyszer szedésének abbahagyása után megszűnik.

FIGYELMEZTETÉS

A tablettát egészben nyeljük le, mivel szétrágása a száj nyálkahártyáján múló zsibbadást válthat ki. A gyógyszert a gyermekpraxisban ne alkalmazzuk. Gyermekek elől elzárva tartandó.

CSOMAGOLÁS

20 db tableta

Térités: 3,90 Ft

MEGJEGYZÉS

✘ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.



CHINOIN
BUDAPEST

CHINOFUNGIN

spray

FUNGICIDA TOPICA



A tolnaftat fungicid és fungisztikus hatású vegyület. Hatásos számos dermatophytia lokális kezelésében, elsősorban *Trichophyton mentagrophytes*, *Trichophyton rubrum*, *Microsporon canis*, *Epidermophyton floccosum*, továbbá *Malassezia furfur* okozta fertőzések esetén.

Alkalmazható grizeofulvinnal kezelt krónikus dermatophytiák kiegészítő antimycotikus local-therapeuticumaként.

ÖSSZETÉTEL

- 1 g tolnaftatum hatóanyagot tartalmaz 125 g-os palackonként, olajszerű folyadékban.

JAVALLATOK

Dermatophyton okozta superficialis mycosisok gyógyítására: elsősorban *erosio interdigitalis mycotica*, továbbá *tinea versicolor*, *trichophytia superficialis*, *epidermophytia inguinale*, *ekzema mycoticum*, *rubrophytia*, *intertrigo mycogenes*. *Onychomycosis*ban adjuváns kezelésre.

ELLENJAVALLAT

Nyílt seb befűvése ellenjavalt.

MELLÉKHATÁS

Bőrirritáló, illetve szenzibilizáló hatása elhanyagolható.

ALKALMAZÁS

Szappanos, melegvizet lemosás után naponta 2-szer permetezzük a gondosan leszárított bőrfelületre, 15–20 cm távolságról, a függőlegesen tartott palackból.

FIGYELMEZTETÉS

Az üres palackot tűzbe dobni, felnyitni nem szabad. A palack legfeljebb 30°C hőmérsékletű helyen tárolható. Az aerosol véletlen belégzése nem ártalmas, legfeljebb enyhén irritáló (köhögteszt) lehet. Vigyázni kell arra, hogy a permet a szembe ne kerüljön!

MEGJEGYZÉS

✘ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

CSOMAGOLÁS

125 g fémpalackban

Térités: 8,60 Ft

működés a geriaterekkel az idős betegek integrált ellátása (nem az elnevezés, a szervezet, hanem az eredmény a fontos! — Ref.) érdekében.

[Ref.: Az önkéntelenül is összehasonlításra csábító adatokat modellell alkalmazva a hazai lakosságra, kb. 650 olyan orvosra volna szükség, akik a 65 évesnél öregebbekkel szakorvosi szinten foglalkoznának, és vagy 200—250 gerontopsychiaterre.

Míg az öregek szociális ellátásában folyamatos dinamikus fejlődésnek lehetünk tanúi, nem teljesen áll ez orvosi ellátásuk tekintetében. A csoportvezető (sáv-) beteggyógyászoknak a munkaképes korosztály (táppénzes) felülvizsgálata mellett nem mindig jut idejük az otthonukban (hosszabbban) fekvő öregek figyelemmel kísérésére. Kórházi ellátásuk — egyéb híján — nagyobb részt a krónikusnak nevezett (és népnyelven „elfekvő”-nek becézett) osztályokra hárul. Nem véletlen, ha ezek az osztályok kelő felkészültség, szakmai iránymutatás- és példa hiányában esetenként a nursing home-okhoz hasonló (felületes és közönyös) ellátást tudnak csak nyújtani.

Nincs hazai adatunk róla, hogy mekkora lehet a többiek által a krónikus, utókezelő osztályra áthelyezett öregek között a fel nem ismert (sőt, néha elhanyagolt) akut és kezelhető betegségek előfordulása. Nem volna érdektelen egy felmérés arról, hogy mekkora a kivizsgálatlanul (fel nem ismert agytumorral, leukaemiával, tbc-s szórással, pneumoniával stb.) vagy formailag kifogástalan zárójelentésben fel nem tüntetett (tehát nem is kezelt) *cardialis decompositio*-val, *decubitus*-sal, sőt néha *combyaktöréssel* (elfekvőbe!) áthelyezett betegek aránya! Ez talán rátekerhetné a figyelmet arra az alapvető tényre, hogy idős embernek is lehet új, akut, sőt, talán életveszélyes, aktív diagnosztikát és terápiát igénylő, gyakran gyógyítható megbetegedése, melyek megoldására csak egy aktív (személyzettel és anyagiakkal is ennek megfelelően ellátott osztály lehet képes. Vagyis, az öregek egészségügyi ellátása nem kizárólag a tanácsai szociálpolitikai csoport ügye, és ha jól akarjuk végezni, ahhoz a többi osztályokkal legalább azonos (esetleg még valamivel jobb) ellátmányú aktív geriatríai osztályok is szükségesek.]

Szabó Rezső dr.

Kreativitás és az idős kor a művészetben és a tudományban. Ries, W. (Gerontologische Abteilung der Medizinischen Klinik der Karl-Marx-Universität Leipzig): *Aktuelle Gerontologie*, 1980, 10, 95.

A szerző előbb az orvosi alkotókészség és az életkor összefüggéseivel foglalkozik. Utal régebbi véleményekre, amelyek szerint a tu-

dományos és orvosi-szakmai működés időszaka rövidebbre korlátozódik: pl. *Dorland* 1908-ban 24 és 47 év között határozta meg. Ez a kategorikus kijelentés nem helytálló, hiszen azelőtt és azóta is sok orvos jóval hosszabb időn át fejtett ki alkotó tevékenységet. Pl. *Hufeland* (1762—1836), és a gerontológia egyik atyja, *Max Bürger* (1885—1966) hosszú életük utolsó éveiben is aktívan dolgoztak. Feldolgozták pl., hogy német nyelvterületen 436 tudós még milyen magas életkorban is végzett tudományos munkát (könyv, értekezés stb. írása). Zömük 50—60 éves kor között, egyesek 60 év felett hozták létre „fömvüket”.

Zeneszerzők. Az irodalomban sokszor hivatkoznak azokra a nagy zeneszerzőkre, akik magas életkorban még jelentős műveket alkottak. Néhány példa: *Joseph Haydn* (1732—1809) 67, illetve 69 évesen oratóriumokat komponált. A teremtés és Az évszakok címűeket. *Giuseppe Verdi* (1813—1901) a *Falstaff* 80 éves korában alkotta meg. A zeneszerzők vonatkozásában is érdekes, hogy egyes szerzők mennyire — helytelenül — kategorikusak az alkotói évek megítélésében. Pl. *Dorland* 1908-ban a 17—41 évet, *Lehman* 1953-ban az operakomponistákat illetően a 35—39 évet jelölte meg. *Dennis* 1965-ben műfajonként határozta meg, hogy szerinte milyen életkorban van az alkotói csúcs: hangszeres zenészeké 25—29 év, zenekari és operamuzsika esetén 30—39 év, operettszerzőké 40—44 év. *Reisinger* 1969-ben érdekes statisztikát állított össze. 21 európai ország 320 olyan komponistájának adatait összegezte, akik a 16. századtól kezdve éltek, a vizsgálat idején azonban már nem voltak az élők sorában. A szerző feljegyezte, hogy életük legjelentősebb művét, ill. műveit mely életévben alkották. Az eredmény: 32,7—51,3 év, átlag 41,9 év. Ezek a számértékek gyakorlatilag nem különböztek az egyes évszázadokat külön-külön vizsgálva.

Ries összeállítását is közöl, amely szerint kiválasztott 12 híres zeneszerzőt, akik szimfóniákat írtak. Összefette, hogy e műfajban milyen életkor körül alkották kiemelkedő munkáikat. Kiderült, hogy zömmel a 30—50 év a csúcs, sok mű keletkezett szerzője 50—60 éve körül, néhány mű 60—70, illetve 20—30 év körül. A zeneszerzők: *Beethoven*, *Schubert*, *Mendelssohn*, *Schumann*, *Bruckner*, *Brahms*, *Csaikovszkij*, *Dvořák*, *Mahler*, *Sibelius*, *Prokofiev*, *Sosztakovics*. Mint *Ries* említi, a kiválasztás szubjektív volt és kiharadt pl. *Haudn* és *Mozart*, akiket „nem kívánt sémába szorítani”.

További érdekes szempont volt a feldolgozásban, hogy az egyes komponisták életük egyes szakaszaiban milyen jellegű, műfajú zeneműveket alkottak. *Beethoven*

(1770—1827), *Brahms* (1833—1897) és *Bruckner* (1824—1896) munkásságát hasonlítja össze *Ries*.

Beethoven: alkotói munkássága elején (1780-tól) dalkompozíciók, ezek egész életén át kísérték; zongoraszonáták, a leghíresebbek írásakor 30 év körül volt: kb. ekkor „lépnek be” a szimfonikus művek, ezek csúcsa a IX. szimfónia 54 éves korából; 35 évesen írta egyetlen operáját, a *Fideliót*. A nagy kórusművek keletkezési ideje 30 év felett.

Brahms: munkássága kezdetén, kb. 1853-tól zongoraművek, dalok; 35 éves korban a Német Requiem szerzése; 43 éves kortól szimfóniák 52 éves korig; élete utolsó időszakában kisebb műveket komponált, elsősorban a kamara- és vokális zene terén.

Bruckner: bár munkássága kezdetén találunk dalokat, kórusműveket, az „alaphangszer” — szemben *Beethoven* és *Brahms* zongorájával —, az orgona. A 40. életév-től döntő változás következik be, a zeneszerző ekkor Eécsbe költözik és szimfóniák írását kezdi el, és folytatja élete végéig.

(Ref.: A közleményt, amelynek szerzője az NDK egyik legelismertebb gerontológusa, újszerű feldolgozása miatt kissé bővebben ismertettük. Szükségesnek látjuk néhány gondolat hozzáfűzését. Ugyan irodalmi adatokra is történik ugyan is hivatkozás, amelyek túlzottan és indokolatlanul kategorikusak az alkotói életszakaszok megítélésében. *Hun Nándor dr. írja a Bevezetés a szociális gerontológiába című monográfiájában, hogy a zenei érzék az emberi életben a legkorábban megnyilvánuló és a legtovább megmaradó művészi érzék. Könyvében méltó emléket állít az egyetememes kultúra „nagy öregjeinek”, akik jóval a 60—70. életévük felett is maradványt alkottak; csak a zenei példák nál maradvány emléksülk meg *Toscanin*t, *Bruno Walter*t, *Kodályt*, *Pablo Casalt*, *Rubins-teint*. Az idősekről — szakítva évezredek hagyományokkal, — nem deficit-modell képet kell őriznünk, hanem a produktívítás, sőt kreativitás modelljét kell előtérbe helyeznünk!)*

Vértés László dr.

Két geriatríai eset (Klinikopathologiai konferencia). *Brit. Med. J.* 1979, 1, 1768.

A londoni Királyi Orvosi Társaság negyedévenként tartott klinikopathologiai konferenciáján 1979. jan. 25-én az alábbi két esetet tárgyalták:

1. A 83 éves nőbetegnek egy hónappal a felvétele előtt obstipatio lépett fel. Emiatt a szokásos laxatívumon kívül rendszeresen beöntést kapott. Egyre gyengébb lett, többször esélet, suffusiói támadtak, majd felvétele előtt 24 órával étvágytalanság, hányás, epigastriális fájdalom és paralytikus ileus ala-

kult ki. Az ileusát kálium infúziókkal (dextrose + só) megoldották, megmaradtak azonban a köztiagy elváltozásra utaló tünetek, elsősorban a convergentia-paralysis, majd egyre mélyülő tudatzavar, hypotensio, nagyfokú hypothermia keletkezett és a tizenhatodik napon meghalt. A diszkusszió során Hodkinson (a Hammersmith Hospital geriatría-professzora) a differenciáldiagnosztikai lehetőségek (a B₁₂-vitamin hiánytól a myxoedemán a különböző primer agyi betegségekig) kizárása után eljutott ahhoz a betegséghez, amellyel a halál előtti tüneteket meg tudta magyarázni és ez (Wernicke encephalopathia) volt a körbonctani dg. is. De még előbb egy általános orvos felszólalásában megkérdőjelezte az ilyen káprázatos felkészültség igénybevételének szükségességét ebben az esetben a halál okának megkeresésére, mondván: egyszerűen eljött az ideje, hogy meghaljon. Az elnök (szintén a geriatría professzora az egyik londoni fakultáson) válasza csattanós volt: ha idejekorán felismerjük a dg.-t, talán mégse most jött volna el az ideje, nem kellett volna meghalnia. A magyarázatot hozzá a körbonctan mondta el: a minőségileg nem teljesértékű táplálkozás miatt idős korban elég gyakori a latens B₁₂-vitamin hiány; ezt a sorozatos dextrose infúziók tovább fokozzák. Ez történt ebben az esetben is, ahol az agyi bevérzések nagyobb része láthatólag 1 héten belül keletkezett. (Tanulság: idős betegek a dextrose infúzió mellé elegendő B₁₂-vitamint is kell adni! — Ref.).

2. A 87 éves nőbeteg, aki évek alatt fokozatosan dementalódott, mozgásképeségének romlása miatt rehabilitáció céljára (hogy ezáltal újra lehetségessé váljék otthoni gondozása) került felvételre. A rehabilitáció nem sikerült. Hosszas ápolás után intercurrens bronchopneumoniában halt meg.

Ebben a láthatólag problémamentes esetben legfeljebb a demencia eredetét lehetett megvitatni. Bár a beteg 170/100 Hgmm vérnyomása és enyhe cardialis decompentiója alapján arteriosclerosis fennállására is lehetett gondolni, a lassú fokozatos progressio, valamint az ischaemiás attackok és göcötünetek hiánya inkább az Alzheimer típusú senilis demencia mellett szól. (Ezek után meglepően hangzik, hogy két professzort is bevontak a diszkusszióba akik az agy biokémiai és szövettani leletét vitatták meg.) Az agy makroszkópos és szövettani képe az Alzheimer-betegségnek felelt meg, de az atrophia különösen súlyos volt a degenerált falú kis erek körül (tehát vascularis komponenssel kétfoldosított Alzheimer-típusú elváltozások. Tanulással főként a kémiai vizsgálatok szolgáltak. — Ref.) A neurokémia haladása és ennek felismerése, hogy egyes receptor-proteinek és enzimek stabilitása in vivo viszonyok megítélése is alkalmas postmortalis vizsgálato-

kat tesz lehetővé, jelentős eredménnyel járt a degeneratív agyi megbetegedések vizsgálatában. Szemben pl. a glutamin decarboxilázal a cholin-acetyltransferáz (CAT), amely az acetylcholin szintézisét végzi, igen resistens a hypoxiával szemben. Bár az agy különböző részeiben a CAT aktivitáscsökkenése különböző fokú, de mindenképpen jóval nagyobb, mint más eredetű dementiákban. (Ilyen csökkenést mutattak a fent ismertetett 87 éves nő esetében is.) Alzheimer-típusú demencia esetén a fenti eltérések aránylag súlyosabbak a fiatalabb, mint az idősebb korcsoportokban, tehát ezek nem egyszerűen az életkorral összefüggőnek, hanem önálló megbetegedés jelének látszanak. Adva vannak a terapiás lehetőség elvei is: gátolni a lebontást (azaz az acetylcholinesterázt), vagy növelni a produktót cholin, vagy a kellemebben fogyasztható lecithin bevitelével által. Most már csak alkalmas módszert kellene találni a betegség olyan korai szakaszának felismerésére, amikor a legeredményesebb lehet a terapia alkalmazása.

[Ref.: Nem szokás klinikopathologiai konferenciát referálni még olyan tudományos fórumról és olyan illusztris résztvevőkkel (öt professzor, egy kutatóintézeti igazgató, három ov. főorvos) sem, mint a fentiek. A referáló mentségére szolgáljon az, hogy a két eset egyrészt olyan gyakorlati tanulságokkal szolgált, amire talán nem mindenki gondol; másrészt oly világosan tükrözi a brit aeriatriai iskola alapvető szemléletét, amely szerint az idős ember sem az életkora miatt, hanem betegség következtében hal meg; és a betegségek között vannak megelőzhetőek és orvóquithatók is.] Szabó Rezső dr.

Táplálkozás idős korban. Hunecke, I. (Gerontologische Abteilung der Medizinischen Klinik der Karl-Marx-Universität, Leipzig (Aktuelle Gerontologie, 1980, 10, 89).

Az idősök számának és arányának növekedésével előtérbe került táplálkozásuk kérdése. E tekintetben is figyelembe kell venni az idős kori sajátosságokat: az alkalmazkodóképesség beszűkülését, az évtizedek folyamán az étkezésben is kialakult sztereotípiákat. A „gerodietika” további lényeges kérdése a multimeritáció ténye. Az idősök esetén szintén fontos, hogy a táplálkozás biztosítsa a „szubjektív jóllét” lehetőségét. hozzájáruljon a fizikai teljesítőképesség lehetőség szerinti megőrzéséhez és egyúttal bizonyos prevenciót is lehetővé tegyen. Néhány alapelv: kalóriában, zsírsav szegényebb, fehérjében, vitaminokban, ásványi anyagokban gazdagabb étrend ajánlott. Fehérjesűrűséglet: 1–1,1 g/estésúly, ennek lehetőleg a 60%-a állati eredetű legyen. A szerző említi, hogy az irodalomban a fehérjéket az „idősök kof-

fein”-jének is szokták nevezni. A zsírok tekintetében naponta legfeljebb 70 g ajánlott; gondolni kell a táplálék zsírtartalma és az arteriosclerosis közötti összefüggés lehetőségére is. Az idősök szénhidrát-bevitelére korlátozást igényel, több okból is: szénhidrát toleranciájuk csökken, fennáll az elhízás és a cukorbetegség veszélye is. Ugyanitt említendő, hogy a napi tápanyagmennyiség felvétele többszöri eloszlásban történjen. Az idősök napi összkalóriaigénye 1900–2400, természetesen függ a munkavégzés-től stb. Az emésztés elősegítésére tartalmazzon az étkezés ballasztanyagokat is, továbbá az étrend változatosságát biztosítsuk. Különös gond fordítandó a rágószervekre is; számos vizsgálat — és a mindennapi tapasztalat — igazolja, hogy az idősök fogazata rendkívül hiányos. Törődünk kell az időseken gyakori emésztőszervrendszeri betegségekkel, ill. panaszokkal. A leggyakoribb panaszok: meteorismus, teltségérzés, obstipatio. Az egész nap folyamán felvett táplálék mennyiség tekintetében a következő napi eloszlás javasolt: 20% reggelire, 15% tízórára, 30% ebédre, 15% uzsonnára, 20% vacsorára.

Vértés László dr.

Gasztroduodenális fekély az idős korban: körbonctani leletek. Hadnagy Cs. és mtsai (Anatomo-pathological Institute and Clinic of Internal Medicine II, Türgu-Mures): Aktuelle Gerontologie, 1980, 10, 59.

A szerzők Spang terminológiáját használják, aki 1948-ban vezette be az „Altersulkus” fogalmát az 50 éves kor feletti esetekre. Az előfordulást Among 18 777 szekciós esetre hivatkozva adják meg: 1946 és 1976 között e nagy számú eset között 461 (2,45%) fekély fordult elő, ezek között pedig 72,7%, azaz 335 volt 50 éven felüli. A fekély elhelyezkedése: a gyomorban férfiakon 61 fiatalokon, 159 időséken; nőkön 20 fiatalokon, 56 időséken. Nyombélfekély: férfiakon 37 fiatalokon, 71 időséken; nőkön 3 fiatalokon, 26 időséken. Együttesen a gyomorban és a nyombélben fekély: férfiakon 5 fiatalokon, 17 időséken, nőkön fiatalokon nem volt, időséken 6.

1956 és 1968 közötti klinikai anyagban — a szerzők munkahelyén, Marosvásárhelyen — az életkor előrehaladtával mind gyakoribbá vált a fekély gyomorbeli elhelyezkedése. Százalékosan 50 év alattiakon 34,89%, 50–60 éveseken 51,32%, 61–70 éveseken 60,49%, 70 év felettiiken 80,0%. Ugyanezen időszakban a körbonctani anyagban az 50 év alattiakon 66,94%-ban, az afelettiiken 68,91%-ban a gyomorban találtak fekélyt.

Az óriásfekélyek (a szerzők meghatározása szerint legalább 2,5 cm átmérőjűek) előfordulása: körbonctani anyagban a gyomorfekély-

lyek 14,29%-a, a nyombélfekélyek 27%-a és a kettős fekélyek szintén 27%-a. Az 50 év alattiakon az óriásfekély gyakorisága 29,19%. Lényeges különbség tehát az életkori csoportok között nem volt, ezt azal magyarulazzák, hogy az óriásfekélyes fiatalok mortalitása nagyobb és így ilyen kórfolyamat miatt több fiatal kerül szekcióra.

Multiplex fekélyek aránya: 50 év alattiakon 20,83%, afeletti korúakon 25,07%. Szintén nem találtak életkori különbségeket a perforáció előfordulásában: 28,4%, ill. 29,4%. Áttekintették a fekélybetegség és egyes vascularis károsodások együttes előfordulását: 11,64%-ban szívinfarktust, 6,87%-ban agyvérzést, agytrombózist mutattak ki.

Utálnak az időskori fekélybetegség oligoszimptomás jellegére, a kórisme nehézségeire. A boncolt esetekben az időskori fekélyek 55,2%-ában nem ismerték fel a fekélyt a klinikai gyakorlatban, a kírás kórismék között helyett pl. gyomorrák, májcirrhosis, perforáció, májnekrosis, ileus, mesenterialis trombozisz szerepelt.

Vértes László dr.

Sexualpathológia

A homoszexualitás kialakulásának modellje. R. R. Troiden (Dept. of Sociology and Anthropology, Miami University, Oxford, Ohio 45056): Psychiatry, 1979, 42, 362.

A szerző a szakirodalom elemzése és saját vizsgálat alapján arra tesz kísérletet, hogy a homoszexualitás fejlődéslelektani modelljét alkossa meg. A modell azokat a fázisokat igyekszik megragadni, amelyek a homoszexualitást váló személyiség típusosan átmennek.

Saját vizsgálatában 150 olyan homoszexuális férfit vizsgált, aki kizárólag vagy túlnyomóan homoszexuálisnak vallja magát. A vizsgálat pontos élettörténeti rekonstrukcióból állt. A szerző hangsúlyozza, hogy a homoszexualitás okaival nem akart foglalkozni.

A kapott adatok alapján a szerző szerint a homoszexualitás négy egymást követő fázisban alakul ki. Az első a *szenzitizáció* fázisa. Ebben a személyiség olyan élményeken megy át, amelyek feltűnők és emlékeztetések maradnak a számára, és amelyek azt az érzést keltik benne, hogy ő más, nem teljesen megfelelő, nem olyan, mint a többi ember. Ezek az élmények csak később nyernek olyan belső minősítést, új jelentéstartalmat, amely a homoszexualitással kapcsolja össze őket. Főleg a társkapcsolatok zavarra és a nemre jellemző viselkedési normáknak való megfelelési nehézség ilyen élmény. Ezek az élmények 13 éves kor előtt következnek be. A szenzitizáció későbbi fázisában már érzelmi és szexuális jellegűek az ilyenfajta élmények,

a másik nem iránti érdeklődés hiánya áll a középpontjukban, továbbá érzelmi reakció a saját nemre.

A második fázist a szerző *disszociációnak és jelentésadásnak* nevezi. A disszociáció azt jelenti, hogy a serdülő vagy fiatal felnőtt személyiség próbál megfelelni a férfiszerep követelményeinek, de belülről nem tud azonosulni azokkal. Az élmény belül meghasonlít, belső figyelem tárgyává válik, és a személyiség megpróbál valamilyen jelentést adni a helyzetnek. Rendszerint ekkor merül fel először a gondolat, hogy esetleg homoszexualitásról lehet szó. Ezt azonban a személyiség elfojtani igyekszik. Ekkor rendszerint megjelenik valamilyen vonzalom a saját nem irányába és kialakulnak homoerotikus jellegű élmények is.

A harmadik fázis a „coming out”, a homoszexualitás megnyilvánulásának és önmeghatározásának korszaka. Ekkorra már eloszlik minden kétség, a személyiség ráismer, hogy homoszexuális, belemeleg ilyen kapcsolatokba. szabadjára engedi érzelmeit. Az öndefiníció átlagidőpontja az életmenetben a 21. év. A személyiség önmagát ilyenkor még nem mindig vállalja el teljesen homoszexuálisnak, csak érzelmeit és viselkedését minősíti ilyennek. Ekkor még van bizonyos fokú rejtőzködés és belső vívódás, de már a személyiség határozottan a homoszexuális partnerek társaságát keresi.

A negyedik fázis a homoszexuális „*elköteleződés*” szakasza, ekkor a homoszexualitás már életmód, a viselkedés vezérlő elve, az identitás központi eleme. Ez rendszerint 2 1/2, ill. három évvel a „coming out” után szokott bekövetkezni.

Minél előbb tart valaki a modell által kifejezett folyamatban, annál kevésbé visszafordítható, megváltoztatható az állapot.

A modell érdekessége és jelentősége, hogy a szerző a folyamatot az élmények belső szerveződéséből, feldolgozásából, értelmezéséből vezeti le, a személyiségnek tehát aktív szerepet tulajdonít benne, nem egyszerűen tüneti kibontakozást tételez fel.

[Ref.: Az utóbbi évtized szakirodalma teli van ilyenfajta vizsgálatokkal, ezeknek eredménye eléggé egybehangzó. Hasonló, csak némileg bonyolultabb, és a társas hatásokkal inkább számottevő modellt próbált a referens is megrajzolni egy közleményben (Magyar Pszichológiai Szemle, 1978, 36. 322.). Vita csak arról van, hogy mennyire valóságos ezek a — többnyire utólag, visszaemlékezve elmondott — élmények, és mennyiben későbbi konstrukciók, a belső jelentéstulajdonítás és viselkedésmagyarázat élményei. Szaporodnak azonban a guerekek megfigyelésével foglalkozó vizsgálatok, amelyek arra mutatnak, hogy az élmények valóságos.]

Buda Béla dr.

Dermatológia — venerológia

Epidermolysis bullosa letalis praenatalis diagnózisa. Rodeck, C. H. és mtsai (Dept. of Obstetr. and Gynec., Kings College Hosp. Med. School, London SE5, 8RX): Lancet, 1980, I, 949.

Az epidermolysis bullosa letalis (EBL) súlyos, rendszerint halálos kimenetelű bőrbetegség, mely hólyagképződéssel, és a nyálkahártyák (száj, nyelőcső stb.) eróziójával jár.

Feltételezés szerint az elsődleges defektus a hemidesmosomák károsodásában van, amennyiben előbbiek a vélt rögzítőpontok a dermis és epidermis között. Számszerű csökkenésük lenne az oka a dermis és epidermis közötti kapcsolat elégtelenségének.

Az EBL autosom recesszív öröklődésű betegség, ezért adott esetben 1:4 eshetőség van érintett utód születésére.

A szerzők esetében egy 34 éves asszony V. terhességét megelőzően szült egy egészséges leányt, majd sportán abortusa volt, ezt két fiú születése követte, akiknek EBL-jük volt. Előbbiek miatt az V. terhesség 16. hetében amniocentesist végeztek, majd a 18. héten általuk konstruált eszközzel transzabdominálisan, szem ellenőrzése mellett, a fiú magzat bőréből két darab 1×1,5 mm nagyságú mintát vettek. A beavatkozás szövődménymentes volt, és a kapott pozitív eredmény birtokában a 20. héten prostaglandin E2 segítségével abortust indítottak meg.

A biopsiás anyag elektronmikroszkópos vizsgálata a hemidesmosomák csökkent számát mutatta a normál kontrollhoz képest, továbbá az amnion folyadék sejtes elemeinek csökkenését is tapasztalák az alfa-foetoprotein és carcinoembryonális antigén normál mennyiségű előfordulása mellett. Az autopsiás lelet igazolta a feltételezett EBL diagnózist.

Ezek alapján ajánlják módszerüket egyéb bőrbetegségek (lichtiosis, neurofibromatosis stb.) praenatalis diagnosztikájában is.

Földes Gyula dr.

Lymphoid sejthártya antitestek. Előfordulása a scleroderma egyes változataiban. Cormane, R. H., Hamerlinck, F., Nunzi, E. (Dept. of Dermat., Binnengasthuis, Amsterdam): Arch. Derm. (Chic.) 1979, 115, 709.

Irodalmi adatok szerint sclerodermaiban a károsodás elsődleges helye a hajszálerekben van és a mononuclearis sejtes beszűródés, gyakorisága és súlyossága alapján feltételezhetően megelőzi a fibrosis kifejlődését. Míg a szérumban nem mutathatók ki különböző bőrantigénekkel szembeni keringő antitestek, utóbbiak sikerrel távolíthatók el a perifériás keringő lym-

phoid sejtekről. Ezek az antitestek teszik a sejteket cytophillé más sejtek vagy szöveti szerkezetek számára. A szerzők 11 diffúz scleroderma és generalizált morpheás beteg lymphocytáiról kétféle antitestet tudtak sikerrel eluálni. Az egyik az írha erei endotheliális sejtjei maganyagaival mutatott fajlagos reakciót, a másik a hám basalis sejtjei magantigénje(i) ellen irányult. Hasonló antitest kimutatás acroscleroderma és kontroll személyek esetében negatív volt. Az antitestek nem kötnek meg komplementet in vitro, de 4 beteg szérumban is előfordultak. Két beteg szérumban pettyes típusú antinukleáris antitesteket ki tudtak mutatni, amit nem kísért a B- és T-lymphocytá arány mennyiségi megváltozása. A szerzők benyomása szerint a kétféle antitest előfordulása és a betegség aktivitása között kapcsolat lehetséges, így a prognózisra adhatnak támpontot, valamint más szervek érintettségére. Az endothel sejtek maganyagai elleni antitest nem oka az ér-károsodásnak, ellenben feltételezhetően annak eredménye.

Korossy Sándor dr.

Polymorph pemphigoid. Honeyman, J. F. és mtsai (Div. of Dermat., Univ. of Chile Med. Center, Santiago): Arch. Derm. (Chic.) 1979, 115, 423.

A szerzők 20 olyan beteg kórlefolysását ismertetik, akiknek hevenyen vagy fokozatosan, olyan viszkető vagy égő polymorph kiütések léptek fel, melyek mind a dermatitis herpetiformis, mind a bullosus pemphigoid klinikai (a végtagok feszítő felszínén, háton, fartájon papulós, hólyagos jelenségek, továbbá esetenként kis fészes és nagy hólyagok), kórszövetani (minden esetben hám alatti hólyagképződés, ezenkívül 15 betegen az írha papillaris rétegében microabscessusok), terápiás (csupán 7 beteg reagált kedvezően a sulfapyridin vagy dapson kezelésre, de a többség prednisonnal volt befolyásolható) jellegzetességeit mutatták. A direkt és indirekt immunfluoreszcens vizsgálat eredménye 20 közül 7 esetben a bullosus pemphigoidnak felelt meg, vagyis a bőrijelenségben, annak környezetében, sőt az ép bőrterületben is a dermo-epidermalis junctióban vonal alakú IgG és komplement depozitum, továbbá a szérumban fajlagos anti-membrana basalis- vagy pemphigoid antitestek voltak kimutathatók. A többi 6 esetben ezzel szemben a membrana basalis zónában vonal alakú IgA depozitumot és 2 szérumban IgA pemphigoid antitestet találtak. Az eltérő immunológiai leletet nem kísérte klinikai és szövettani különbség. Továbbá, 1 esetben megismételve az immunfluoreszcens vizsgálatot, a vonal alakú IgA depozitum és negatív indirekt im-

munfluoreszcens lelet helyett vonal alakú IgG-t és keringő IgG pemphigoid antitestet tudtak kimutatni. A szerzők véleménye szerint a leírt esetek a „bullosus pemphigoid polymorph variánsainak” tekinthetők.

Korossy Sándor dr.

Intenzív betegellátás

Feszültségoldó zene hatása egy belgyógyászati intenzív osztály betegeire; orvosaira, gondozó személyzetére. Neuhoof, H. és mtsai (Zentrum für Innere Medizin der Universität Giessen) Dtsch. med. Wschr. 1980, 105, 556.

Az intenzív osztályon kezelt betegek számára sok stresszhelyzet adódik — ebből az alaphelyzetből kiindulva kísérelték meg a szerzők a zene alkalmazását, feszültségoldó céllal. Módszerük hatásosságát 42 olyan betegen (34 férfi, 8 nő) tanulmányozták, akik infarctus miatt kerültek az intenzív osztályra és szövődménymentesen zajlott betegségük. A felhasznált zene: szimfóniák, operák és operettek nyitányai, intermezzói, balettzene, szórakoztató muzsika; pl. Beethoven VI. szimfóniájának részlete, Saint-Saëns, Csajkovszkij, Bach művei, Grieg Peer Gynt szvitjéből Solvejg dala, Schumann, Bizet és Massenet művei. Kizárólag hangszeres műveket szólaltattak meg, amelyeket kazettára vettek fel. Az intenzív osztályon hangfalakat helyeztek el a falra szerelt konzolokra, az ágyak fej felőli végétől 2 m-re. A zene 7 órától 20 óráig oly módon szólt, hogy 1 óras játszást 1 óra szünet követett. Naponta ugyanazon zenedarabokat ismételték. A betegek maguk csak a zene ki- és bekapcsolását végezheték, egyebet, pl. a hangerő szabályozását nem. A betegek 4 napon át tartózkodtak az intenzív osztályon, majd általános osztályra kerültek, ahol 1 héttel később olyan orvos kérdezte ki őket a zenét illetően, aki kezelésükben nem vett részt. 27 kérdéses véleménykutatás történt. 11 orvost és 16 ápolónőt, illetve beteggondozót is kikérdeztek (6 pontos kérdőívvel), akik 1 év alatt a „zenés” intenzív osztályon dolgoztak. Ezenkívül olyanok véleményét is megkérdezték, akik más klinikák és kórházak intenzív osztályain dolgoznak, összesen 39 belgyógyászati intenzív osztályon, és akiknek elmondták a zenei törekvéseket.

A betegek adatai: életkoruk 30 és 90 év között volt, a férfiaké zömmel 60–70, illetve 50–60, a nőké főleg 70–90 év. 78%-uk az intenzív osztályon való teljes tartózkodás során igényelt zenét, 17%-uk annak hallgatását rövid idő múlva beszüntette és csupán 5%-uk zárkózott el teljesen attól. (Megjegyezzük, hogy a szerzők a betegek kis száma — 42 — ellenére

mindig százalékot számítanak és abszolút számokat sehol sem adnak meg. — Ref.) A betegek véleménye a zenéről: nyugtató, alátató, szórakoztató. A szerzők idéznek is néhány betegtől, akik szerint pl. „olyan a benyomásom, hogy nem volt minden rossz”, „nem éreztem magam egyedül”, „a félelmem elpárolgott az intenzív osztálytól”, „a zene megnyugtató”, „a zene elkülönített a betegségtől, a környezet-beli sok géptől, eszköztől, a szomszéd ágyon történő eseményektől” (nagyon figyelemre méltó! — Ref.). A betegek 78%-a szerint a zene nagyon jól, kedvezően befolyásolta közérzetüket. Mi a véleménye a naponta ismétlődő zenéről? 68% szerint „nem kellemetlen”, 7% szerint „kellemes”, 14% „hosszadalmas”-nak és 11% „zavarónak” véleményezte. A zene hangerősségét 86% helyesnek jellemezte, 14% halknak; senki sem tartotta hangosnak. A zene és a szünetek tartamát illetően a vélemények: 10% hosszabb, 90% rövidebb szüneteket kívánt; 10% korábbi, 12% későbbi kezdést; 10% korábbi, 5% későbbi befejezést javasolt. 26% köztölte, hogy inkább vokális zenét hallgatott volna.

Az intenzív osztály dolgozóinak véleménye: 78% pozitívnak tartja a kezdeményezést, azt megnyugtató, feszültségoldó, hangulatjavító jellegűnek véleményezte. A személyzet kis része szerint a zene zavaró, koncentrációgátló. Sokkal többen tartják indokolatlannak a zenét akkor, amikor akut esemény (reanimatio stb.) zajlik az intenzív osztályon.

A személyzet közel 3/4 része javasolta a továbbiakban is a zene alkalmazását; felvetették azonban azt is, hogy annak hallgatása fejjhallgatón át történjen. A következő kérdés az volt, hogy a személyzet szerint a zene hogyan hatott a betegekre. Az orvosok 82 és a gondozók 69%-a szerint kedvezően.

A már említett további osztályok megkérdezésének eredményei. 39 megkérdezett osztály közül 23-tól érkezett válasz. 38 orvos és 80 ápolónő, ill. gondozó válaszolt. Ezen interjúalanyok eddig meg nem dolgoztak zenét alkalmazó osztályon. 83%-uk szerint a jól megválasztott zene kedvező a betegekre.

A szerzők a megbeszélés során hangsúlyozzák, hogy a helyesen választott és alkalmazott zene „kont-radepresszív” és az intenzív osztályok „érzelmi klímáját” javítja. Ehhez lényeges, hogy mind tempó, mind hangerő szempontjából helyes legyen a „műsor”. A vizsgálat során a betegek nem választhattak a műfaj szempontjából. és bár a tapasztalatok kedvezőek, nyilván a továbbfejlesztés egyik szükséges iránya a műfaji választhatóság és a változatosság biztosítása.

(Ref.: A közlemény részletesebb ismertetésének indoka, hogy az első beszámoló a zenetherapia intenzív

osztályon történő alkalmazásáról. Az utóbbi években — öröndetesen hazánkban is — mind több munkacsoport foglalkozik a zenetherápiával. Ezen eljárás fejlesztésének igényét bizonyította a Visegrádon, 1980. május 5-én rendezett első magyar zenetherápiás kongresszus.)

Vértes László dr.

Véralvadás, thrombosis

Haemodialysisben részesülő betegek shunt thrombosisának megelőzése kis dózisu aspirinnel. Harter, H. R. és mtsai (Division of Hematology-Oncology, Washington University School of Medicine, St. Louis): N. Engl. J. Med., 1979, 301, 577.

Az aspirin acetilálja a ciklooxigenázt, a prosztaglandin-szintézis első enzimét. Korábbi vizsgálataik szerint a lemezek ciklooxigenáza több mint tízszer érzékenyebb az aspirin inaktíváló hatásával szemben, mint az arteriafalban lévő enzim. Ennek alapján feltételezték, hogy a kis dózisu aspirin — a lemezke thromboxan-szintézist blokkolva — megelőzheti a thrombusok keletkezését anélkül, hogy befolyásolná az antithrombotikus hatású prosztaciklin szintézisét az arteriafalban.

Előző vizsgálok nagy lokális thrombosis-gyakoriságot találtak azon betegek között, akikben arteriovenosus shuntot hoztak létre. A szerzők munkájának célja az volt, hogy randomizált kettős vak kísérletben összehasonlítsák 44 chronikus haemodialysis alatt álló betegükben napi 160 mg aspirinnek, ill. placebónak a shunt-thrombosis kialakulásának a megakadályozására kifejtett hatását.

A vizsgálatra felkért 44 beteget a shunt behelyezése után egy hónappal random két csoportra osztották (a két csoport a kiértékelés során egyértelműen összehasonlíthatónak bizonyult). A megfigyelést öt hónapig folytatták. Az aspirinnek tulajdonítható mellékhatást nem tapasztaltak. A thrombosis bekövetkeztét a thrombusnak (a dialysis aktuális időpontjában) a shunt arteriális vagy vénás oldaláról fizikai úton történő eltávolításával igazolták.

A megfigyelési idő alatt thrombusok 24 beteg esetében alakultak ki. Az aspirint szedő 19 betegből 6-ban, a placebóval kezelt 25 betegből 18-ban, tehát a thrombusok az aspirines csoportban 32%, míg a placebós csoportban 72% gyakorisággal fordultak elő. A különbség szignifikáns. A két betegcsoport közötti különbség még szembetűnőbb, ha a keletkezett thrombusok számát vesszük figyelembe, ami az előbbi csoportban csak 14, míg az utóbbiban 53 volt.

Az időfaktornak a thrombuskeletkezésre esetleg kifejtett hatá-

sát kiküszöbölendő meghatározták az egy beteghónapra eső thrombuszámot. Ez az aspirines csoportban 0,16 volt, ugyanakkor a placebóval kezeltben 0,46. A különbség erősen szignifikáns.

Nemi különbséget a hatékonyságot illetően nem tapasztaltak.

Eredményeik alapján a kis dózisu (napi 160 mg) aspirin alkalmazását hatékony, nem toxikus kezelési eljárásnak tartják a chronikus haemodialysis alatt álló betegek shunt thrombosisának a megelőzésére.

Jakó János dr.

Újabb szempontok az acetilszalicilsav thrombózis-profilaktikumként történő felhasználásában. Reuter, H. D., Ernst, F.—M., Linker, H. (Medizinische Universitätsklinik, Köln, NSZK): Med. Welt, 1980, 31, 617.

Az acetilszalicilsav (ASS) vérlemezke-aggregációt gátló hatása azon alapul, hogy a szer gátolja az aggregációt erősen fokozó tromboxán A₂ bioszintézisét a vérlemezkekben. A gátlás úgy jön létre, hogy a prosztaglandin (PG)- és tromboxán-szintetizáló enzimlánc első közös tagja, a zsírsav-ciklooxigenáz enzim irreverzibilisen acetilálódik. Ugyanezen enzim egy másik produktuma, az erek falában keletkező prosztaciklin (PGX, PGI₂) azonban éppen ellentétes hatású: erősen gátolja a vérlemezkek aggregációját; az enzim gátlása tehát két ellentétes, egymást elvileg kompenzálni képes változást eredményez. Újabb adatok alapján úgy tetszik, hogy a két hatás elválasztható egymástól, mivel az emberi vérlemezkek ciklooxigenáz enzimje sokkal (in vitro mintegy 250-szer) érzékenyebb az ASS hatásával szemben. Ehhez járul még in vivo az a körülmény, hogy a vérlemezkekben a hatás nem szűnik meg, míg az érfalban az acetilált enzimmolekulák újdonszintézis útján viszonylag gyorsan pótlódnak (a vérlemezkekben nincs enzimszintézis). Egyesek emberben kb. napi 160 mg-ra becsülik azt az ASS-dózist (kb. 1/3 tabl. Kalmopyrin v. Istopirin), ami teljesen gátolhatja a vérlemezkek tromboxán-szintézisét anélkül, hogy az érfal PGI₂-szintézise károsodna.

A jelen vizsgálat eredményei alátámasztják ezt a megfontolást. A szerzők egészséges embereken vizsgálták 300, ill. 1000 mg ASS hatását, a kollagénnel kiváltott vérlemezke-aggregációra, a gyógyszer bevétele után különböző időpontokban. Az egyszeri ASS-dózis erősen gátolta a vérlemezke-aggregációt. A hatás kb. egy hét alatt szűnt meg fokozatosan. Nem volt különbség a 300, ill. 1000 mg ASS hatásának mértékében, ill. tartamában. Valószínű, hogy a vérlemezke-aggregáció gátlása valóban a ciklooxigenáz gátlásával függ össze, mivel az ASS a fentiekhez hasonlóan gátolta a

PG-szintézis stabil „melléktermékének”, a malondialdehidnek a termelődését is. Itt sem volt különbség a két ASS-dózis hatásának nagysága, ill. tartama között.

Nem tisztázott kérdés, nagy dózisu ASS-kezelés okozhat-e trombozist az érfal PGI₂-bioszintézisének gátlása útján emberben is (általukísérletekben ez a mechanizmus igazolható). A jelen kísérletek mindezenre azt bizonyítják, hogy az ASS viszonylag kis dózisban is tartósan gátolja a vérlemezke-aggregációt. Azt, hogy ez antithrombotikus hatást is jelent-e, klinikai vizsgálatoknak kell tisztáznunk.

(Ref.: Az ilyen típusú klinikai vizsgálatok első eredményei biztatóknak látszanak. Harter és mtsai cikkét, amelyben kimutatták, hogy napi 160 mg ASS hatásos a shunt-thrombosis megelőzésében krónikusan haemodializált betegeken, l. fent.)

Barthó Loránd dr.

Splenectomia után gyakrabban fordul-e elő mély vénás thrombosis? Sterken, N. F. és mtsai (Dept. urg. Univ. California, Irvine, California 92717): Amer. Journ. Surg. 1978, 135, 202.

A néhány évvel ezelőtt leírt post-splenectomiás thrombocytosis kifejlődésének mechanizmusát nem ismerjük. Egyesek a post-splenectomiás thrombocytosis és a mély vénás thrombosis (MVT), valamint a tüdőembolia között összefüggést tételeznek fel.

A szerzők ezt a kérdést tanulmányozták az 1970—1975. között splenectomizált 156 betegben. A tanulmányból 6 beteget kizártak: 2 multiplex sérülésből származó vérzés miatt meghalt; 4 műtét előtt anticoagulans kezelést kapott. 82 betegben sérülés, 23 betegben lymphoma staging, 24 betegben hyperplenia vagy más haematológiai betegség miatt, a többi 21 esetben különböző okokból (splenorenalis shunt stb.) végezték el a splenectomiát.

A MVT-t vagy a tüdőembóliát ascendáló phlebographiával, J¹²⁵ fibrinogen scannel, kétoldali rheographiával, technetium scannel, illetőleg tüdő angiographiával igazolták. MTV-nak minősítették, mikor a betegeken klinikai tüneteket észleltek: ikrafájdalom, lábszárduzzanat stb. Vérlemezke számlálást végeztek minden betegnél, akár kifejlődött a MVT, akár nem. 16 randomizált splenectomizált esetben prospektív tanulmányt végeztek. Kontroll csoportként 16 randomizált, nagy műtéten átesett, de nem splenectomizált beteg szolgált. A prospektív tanulmányban részt vett betegek kórelőzményében nem szerepelt MVT vagy tüdőembólia.

A retrospektív tanulmányban részt vevő 150 beteg közül 4 esetben (2,6%) alakult ki bizonyított MVT és 3 beteg kapott tüdőembóliát MVT nélkül. Ezenkívül 10 betegnek volt más thromboembóliás szövődménye. Két hónapon belül

12 beteg halt meg, ezek közül 4 MVT vagy tüdőembólia miatt. A retrospektív csoportban a vérlemezkeszám minden esetben emelkedett volt (átlagosan $617\,000/\text{mm}^3$), amikor thromboemboliás szövődmény lépett fel.

A prospektív tanulmányban részt vevő 16 splenectomián átesett beteg közül kettőnek volt thromboemboliás szövődménye. Ezeknek thrombocytaszáma a műtét utáni 8. napon elérte az $1\,550\,000/\text{mm}^3$ -t. A többi 14-nek vérlemezkeszáma a 6. napon átlagosan $653\,000/\text{mm}^3$ -re emelkedett. A kontroll esetekben nem fordult elő thromboemboliás szövődmény. A betegek kis száma miatt ebből nem vonnak le messzemenő következtetést.

Bár úgy tűnik, hogy a thrombocytosis nem okoz szűkségszerűen MVT-t, de ha más kockázati tényezők is fennforognak — obesitas, ágyban fekvés, idős kor, társult betegség — véleményük szerint splenectomia után a MVT megelőzése céljából, válogatott esetekben, indokolt az érleyes prophylaxis.

Póka László dr.

Szív- és érsebészet

Az arteria vertebralis veleszületett arterio-venosus fistulájának embolizáló kezelése. J.-N. Fabiani, J.-N. Mercier, M. Ribierre (Service de Cardiologie pédiatrique, Hôpital Necker-Enfants-Malades, 149, rue de Sevres, 75730 Paris Cedex 15.): Arch, franç Pédiat. 1979, 36, 34.

A veleszületett arterio-venosus fistulák műtéti ellátásában komoly segítséget nyújt a szelektív angiográfia, amely lehetőséget ad a helyzet pontos áttekintéséhez. A szerzők egy 8 éves gyermekről számolnak be, akinél egy iskolai vizsgálat kapcsán egy pulzáló, kiterjedt megnagyobbodást észleltek a tarkótáj jobb oldalán, fölötté a systolában egy fúvó hang volt hallható. Bár a gyermek maga is hallotta ezt a zörejt, ez őt nem zavarta. A klinikai diagnosis congenitalis arterio-venosus fistula volt, különösebb szívvelváltozás nélkül. Hat hónappal később, miután a duzzanat nagyobbodott, arteriográfia készült, amely az occipitalis és vertebralis arteriák között, illetve a vertebralis és hátsó jugularis vénák között arterio-venosus sipolyt mutatott, amely egyes volt. Miután a percutan próbálkozás eredménytelen volt, sebészileg tárták fel az a. occipitalist s azon át egy Fogarty-katétert vezettek be és azzal zárták a fistulát. Az eredményt vertebralis arteriográfia útján ellenőrizték.

A Fogarty-szondával lehetővé válik, hogy katéterezés révén egy kis ballont a fistula helyére juttassanak, minden elmozdulás veszélye nélkül. A kontrasztanyaggal feltöltött ballon lehetővé teszi az ellenőrzést. A szonda körüli occipitalist többszörös ligatúrával és hővel

zárják és a sternocleido-mastoideus alá sülyeszítik. Hat hónappal később végzett ellenőrzésnél a ballon jól zárt, a betegen klinikai tüneteket nem észleltek, normális életet folytatott.

Veszélyek: a fistularepedés, a ballonocska fissurája és a szonda megnyílása. Az eljárás egyszerű, gyorsan végrehajtható, és terápiás haladást jelent.

Kövér Béla dr.

A methylprednisolon jótékony hatásai cardiopulmonalis bypass-os betegekben. Fecht, D. C. és mtsai (Department of Cardiovascular Surgery, Surgical Research, and Electron Microscopy, Allegheny General Hospital, Pittsburgh): Circulatory Shock, 1978, 5, 415—422.

A glucocorticoidok az infarcerált területen antiischaemiás hatással rendelkeznek. Kísérletesen igazolt, hogy szignifikánsan csökkentik az infarcerált terület nagyságát, ezen kívül a depresszált ST szakasz emelkedését hozzák létre. A protektív hatásmechanizmus mind ez ideig ismeretlen volt, úgy tűnt, hogy kapcsolatos lehet a szívizom sejtek membranstabilizálásával. A szerzők coronaria bypass-os betegeknek 1 g methylprednisolon natrium succinat oldatot adtak intravenásan a bypass megkezdése előtt és további 1 g-ot a nyitott szívű műtét alatt. A klinikai mérések mellett elektronmikroszkópos vizsgálatot is végeztek. Kimutatták, hogy a szintetikus glucocorticoid, a methylprednisolon kivédi az ischaemiás károsodásokat. A megtartott szerkezet mellett jelentős glycogen szaporulatot észleltek, amelyet kompenzációs jelenségnek tartanak. A methylprednisolon direkt cardiopulmonalis vagy inotrop hatását elvetették. A szívizom contractilitását nem stimulálja, a catecholaminok vagy angiotensin inotrop hatásait nem potenciálja. Eredményeik elsőként bizonyítják közvetlenül cardiopulmonalis bypass alvált a methylprednisolonnak a szívizom subcellularis integritására kifejtett védő hatását.

Balogh István dr.

Toxicomania

Alkohol és vérkép. Drescher, S. (II. Med. Abt., Allg. Krankenhaus Harburg, Hamburg): Dtsch. med. Wschr. 1978, 103, 1819.

A alkohol által okozott csontvelőkárosodások semmivel sem ritkábbak és legalább annyira típusosak, mint a máj és a más szervek általai.

Vörösvérsejtek. Az alkoholkolnak a dózistól függően direkt toxikus hatása van az erythropoesisre. Főleg a proerythroblastokban okoz — a vizsgált csontvelőpunctatumok 87%-ában — vakuolizációt, de ez az alkohol elhagyása után már

egy órával, gyorsan csökken. Mind ezért pedig az acetaldehydet teszik felelőssé. Az emelkedő alkoholfogyasztással együtt megnő a vörösvérsejtek átlagos corpuscularis volumene. Az alkoholisták anaemiája gyakran makrocyter a megablastos erythropoesis miatt. A hiányos táplálkozás, bor és égetett szeszes ital — sőt azonban nem — a negatív vitaminmérleg folytán a folsavtükrök csökkenéséhez vezet mindent és emellett az alkohol még a folsav anyagcserét és a folsav resorptióját is kedvezőtlenül befolyásolja. A vitamin-B₆ anyagcsere zavara és a csökkent pyridoxal-phosphat képződés miatt az alkoholbetegek 11—42%-ának csontvelőjében megszaporodnak a sideroblast granulák és gyűrűs sideroblastok. De még vitaminhiány nélkül is megváltozik az alkoholisták vasanyagcseréje, sőt azt is számításba kell venni, hogy ezeknél a gastrointestinalis vérvesztés is nagyfokú vashiányos anaemiával járhat.

Thrombocyták. A thrombopeniás alkoholbeteget vérzések fenyegetik az erosiv gastritisből és oesophagus varixokból, sőt a traumákból is. A thrombocytopenia gyakoriságát közzöttük az irodalomban 15 és 81% között adják meg, de az alkohol elvonása után 5—18 (átlagosan 10) nappal az alkoholbetegek többségében „rebound“-thrombocytosis jön létre a thrombocytaszám szignifikáns emelkedésével. Ezért ebben a fázisban immobilisatio, trauma vagy dehydratio esetén a thromboembóliák kockázatával kell számolnunk.

Granulocyták. Az alkoholistáknak gyakran van bakteriális infekciója, főleg pneumoniája. Ezek a fertőzések pedig többnyire tovább csökkentik a vér primeren is kisebb granulocytaszámát. Az itt szintén kimutatható „rebound“-hatás toxikus ártalom mellett szól.

Lymphocyták. Alkoholifogyasztásra számuk szintén csökken és funkciójuk is zavart szenved. Az alkohol elvonására számuk emelkedik.

Az irodalmi adatokat összegezve az alkoholista betegek között anaemia 9—60%-ban, McCurdy-sejtek corpuscularis volumen emelkedése 44—84%-ban, megaloblastos csontvelő 20—60%-ban, alacsony folsavszint 10—72%-ban, gyűrűs sideroblastok 11—42%-ban, magasabb serum vasszint 10—22%-ban, alkohol elvonásra serum-vas csökkenés 50—78%-ban, thrombopenia 15—81%-ban, rebound-thrombocytosis 50—100%-ban, leukopenia 3—16%-ban mutatható ki.

Angeli István dr.

Az alkoholifogyasztás problematikája az erjesztőiparban. Zober, A., Bost, H. P., Weltle, D. (Inst. Arbeit-, Soc. Med. Univ. Erlangen-Nürnberg): Zbl. Bakt. Hyg. I. Orig. B. 1979, 168, 422.

Társadalmunk fokozott alkohol-fogyasztásának egyik fő okát az ún. „társasági kényszer”-ben látják. Ez téves, mert a munkahelyeken általában nem fogyasztanak szeszt. Néhány foglalkozás azonban hajlamosít fokozott szeszivásra.

A szerzők az erjesztési iparban levő munkahelyeket tanulmányozták. 50 dolgozót (39 munkás és 11 alkalmazott) néztek meg kérdőív segítségével, e dolgozók 3—32 éve állnak az erjedési ipar szolgálatában és közülük 49 rendszeresen fogyaszt alkoholt. A legmagasabb fogyasztás naponta 225 g alkoholt, mennyiségnek felelt meg, a középérték 75 g alkohol volt naponta. 60 g alatt elviselhető a fogyasztás, 60—90 g között fokozott és 90 g fölött nagymértékűnek mondható. A kérdőívek adatai alapján 26 egyén fokozottan és 6 nagymértékben fogyaszt alkoholt. Munkaidő előtt és után véralkohol meghatározásokat végeztek, 9 egyén már munkakezdet előtt ivott, 31 csak a munkaidő alatt, 8 egyén véralkohol értéke meghaladták az 1,2‰ mennyiséget. Az erjesztőiparban dolgozók körében magasabb enzimekértékeket kaptak (gamma-GT, GOT, GPT), ezenkívül magasabbak voltak a húgysav, vérlipoid és vércukor értékek, mint egy más üzemben dolgozó kontroll egyének vérében. A meghatározások eredményei azonban nem voltak szorosan arányban a megadott alkoholfogyasztással, 39 egyénnél voltak a gamma-GT eredmények fokozottak és 16-nál a transaminase próbák, 28-nál a húgysav és 16-nál a lipoid és cukorértékek.

Az alkoholfogyasztás nemcsak balesetveszélyt jelent, de a biztosító alkoholos károsodás miatt nem fizet. Egyetlen — már a 45. életévben lerokkant — alkoholista a társadalomnak 350 000 márkájába kerül. Az USA-ban az alkohol miatt bekövetkező termelés kiesés évi 10 milliárd dollár.

Az NSZK-ban évente átlag 12,3 liter alkoholt (tisztá szeszen megadva) fogyasztanak, s 1976-ban 1,5 millió egyént (20%-uk nő és 10%-uk fiatalok) kellett kezeléssel részesíteni.

Nikodemusz István dr.

Alkoholos hepatitis és anaemia. Diehl, K., Schmidt, K. J. (Innere und radiologische Abteilung des Krankenhauses Wangen im Allgäu): Med. Welt. 1979, 30, 1388.

Chronikus alkoholizmusban a legjobban károsodott szerv a máj, ezt követően a lép, a központi és a perifériás idegrendszer, végül a szív- és a vázizomzat valamint a haemopoetikus rendszer. Ez utóbbit illetően leggyakoribb az anaemia és a thrombocytopenia. A leukocyták megkevesbedése és functionális károsodása is gyakran előfordul.

Az alkohola hatása az erythropoesisre több irányú lehet; a ribosomális proteinsynthesis gátlása ré-

vén erythropoetikus suppressio alakul ki (ennek egyik prominens jele az erythropoetikus precursorok vacuolizáltsága), zavarttá válik a folsav metabolizmus, emiatt megaloblastos kép jön létre, kialakulhat sideroachrestias anaemia (a B₁₂-vitamin anyagcsere zavara következtében), és megrövidül a vvt-élet-tartama az erythrocyták corpuscularis defectusának eredményeként. A periférián stomatocytákat és akantocytákat találni, a csontvelőben pedig habos plasmájú (zsírt tároló) reticulum-sejteket látunk.

A chronikus alkoholizmus okozta anaemia kísérői lehetnek még: a hypersiderinaemia, hypokalaemia és hypomagnesiaemia.

A szerzők egy 28 éves, évek óta súlyosan alkoholizáló nőbetegük esetét mutatják be. Kiemelik, hogy súlyosfokú alkoholos májkárosodása mellett a klinikai képet az igen nagy mértékű anaemia dominálta (Hgb értéke 3,8 g% volt). Jellegzetesek voltak a plasma ioneltérések, a csontvelői erythroid hyperplasia, az erythropoetikus sor balratoltsága, az erythroid precursorok vacuolizáltsága és a discret sideroblastosis. Kezelésére vvt-koncentrátum transzfúzióját, fehérjedús parenteralis táplálást, delirium profilaxist, B₁₂-vitamint alkalmaztak. Ezek hatására a beteg icterusa csökkent, vvt-száma emelkedett, általános állapota normalizálódott. Hangsúlyozzák, hogy a súlyos erythropoetikus elégtelenség reversibilis volt és azt, hogy ilyenkor a haemolysis lienalis eredetű. Valódi Zieve-szindrómában a fent említettekhez még a serum emelkedett lysolecithin szintje, hypercholesterinaemia és hypertriglyceridaemia is társul.

Vashiány chronikus alkoholizmusban ritka, leginkább chronikus vérvesztések alkalmával alakul ki. Az alapvető erythropoetikus elégtelenség már a proerythroblastok szintjén kimutatható, a plasma vacuolisatio már itt is fellép. A B₁₂ vitamin metabolizmus zavara lényegében a vasincorporatio elégtelenségét okozza.

Berkessy Sándor dr.

A hörgőtágulat mint tüdőtünetek okozója heroin gyógyszer-mániás betegeken. Banner, A. S. és mtsai (Department of Medicine and Radiology, Cook County Hospital and University of Illinois Abraham Lincoln School of Medicine, Chicago, Ill.): Respiration, 1979, 37, 232.

A gyógyszer-mániás betegeken gyakori a tüdőszövődmény: a tüdő-ödéma, a tüdőgyulladás, a szep-tikus tüdőembolia és a tüdő-hipertónia, idegentest granulomás ér-gyulladás következtében. A tünetmentes heroin gyógyszer-mániás betegek 32%-ában légútszűkületet találtak. A szerzők hét 20—25 éves heroin gyógyszer-mániás beteget több mint egy éven át figyeltek meg. Gyermekekori légúti betegsége

egyiknek sem volt. Valamennyi beteg heveny légúti tünetekkel, magas lázzal került a kórházba. Mellkas röntgenvizsgálattal mindkét tüdő-hilusból lefelé húzódó kötegeket, bronchoszkópiával pedig mindkét tüdő alsó lebenyében kiterjedt hörgőtágulatot láttak. A tüdő-funkciós vizsgálat légútszűkületet, csökkent tüdőterefogatot és gyengült diffúziókapacitást jelelt mutat-ta. Az artériás vérgáz-analízissel valamennyi betegben hypoxaemiát, 4 betegben pedig idült hypocapniát észleltek. A későbbi vizsgálatok szerint csupán 2 beteg tüdő-funkciója javult. Úgy gondolják, hogy a heroin gyógyszer-mániás betegekben a tüdő-tágulatot a gyógyszer által indukált tüdő-ödéma és fertőzés okozza. Pongor Ferenc dr.

Dietetika

Helytelen ételmezés a kórházakban. Hobom, B.: Münch. med. Wschr. 1979, 121, 874.

Egyes virágzó magánklinikák speciális ajánlataikat különleges nevek felhasználásával kamatoztatják. Ebben az áltudományos diétás „megjátszásban” pedig a kórházak diétás munkaközösségének a feladata csakis a homályos diétás formák eltüntetése és a betegdiéták tudományos megalapozása lehet. Ezt határozta meg Freiburgban az a munkacsoport, amely Kluthe professzor kezdeményezésére ült össze. Még a közelmúltban sem volt ritkaság, hogy egy lábtörött 8 hetes kórházi ápolás után 5 kg-os testsúlytöbblettel hagyta el a kórházat. Másszóval törésének gyógyulása után a hypertonia és szívinfartus veszélye miatt betegbb volt, mint annak előtte.

Mindezek alapján az elsődrendű cél egy olyan étrendi skéma kidolgozása volt, amely a betegek nagyrésznél optimális étrendjét biztosítja. E teljes, normál étrend könnyű étrenddel egészíthető ki, mivel a betegeknek több mint 5%-a egyes élelmiszerekkel összeférhetetlen. Emellett a munkaközösség meghatározott energia, fehérje stb. tartalom alapján speciális diétákat is kidolgozott. Viszonylag még a felnőttkori cukorbeteg diétáját sikerült legjobban érvényesíteni. Az NDK-ban ezt a „természetes” kezelésmódot sok helyen alaposan kiaknazzák, az NSZK-ban azonban még nem eléggé. De ugyanez áll a hypertoniás betegek ellátására is, amelyeknek csak 1%-át gondozzák nátriumszegény étrenddel. A differenciált diétás kezelés hiányával ugyanakkor egy diétás-dömping áll szemben. 1970-ben például az egyik klinikán 60 féle különböző diétát készítettek. A második cél az egészséges táplálkozást minden kórházban realizálni és ezáltal az ambuláns kezelés alapjául is megtenni. Ennek megvalósítását megnehezíti, hogy egyes diétás

formák meghatározott klinikai vezető személyiségéhez kötöttek.

A diétás munkaközösség tagjai a következő szempontok realizálását tartják szükségesnek: 1. Folyamatos minőségi ellenőrzéssel el kell érni, hogy a betegek tudományosan megalapozott optimális étrendet kapjanak. 2. A feladatok megoldásához kevés a 2000 betegre számított 3 diétás nővér és minden kórházba egy erre a célra kiképzett dietetikus szakorvosra is szükség van. 3. A táplálkozástudományi tanszékek hiánya okozza az igénytelenséget és az orvostanhallgatók ilyen irányú érdektelenségét is. 4. A diétás nővérek konyha-centrikus szemléletét és tevékenységét optimális oktató és felvilágosító feladatokkal a betegágyra kell irányítani, a táplálkozásnak nemcsak gyógyító, hanem megelőző szerepét is ki-domborítva.

Az ismertetett irányelvek realizálásának súrlódásmentes megoldása azonban nehézségekbe ütközik, mivel a gazdasági igazgatás a minél olcsóbb megoldásokra törekszik és ezért elzárkózik attól, hogy a klinikusok is a „fazékba nézhesenek”. Ez pedig a továbblépésnek mindjárt egyik útját is megadja.

(Ref.: Az ismertetett NSZK-tapasztalatok tanulságát nekünk sem árt megszívlelni.)

Angeli István dr.

A diétás étrendek réz- és cinkhiányának bizonyítása. Klevay, L. M., Reck, S. J., Barcome, D. F.: JAMA, 1979, 241, 1916.

Az USA tudományos akadémiájának élelmiszer- és táplálkozási bizottsága felnőtteknek nyomelemként napi 2 mg réz és 15 mg cink felvételét javasolta, de a kórházak élelmezése ezen értékeket nem éri el.

A szerzők több kórház diétájának és otthon élő emberek étrendjének napi réz és cink nyomelem tartalmát határozták meg atomabszorpció-spektrometriával. A különböző kórházi diéták napi 0,76 mg rézet és 9,4 mg cinket tartalmaztak, 20

napos hagyományos étrendet vizsgálva pedig ezt napi 0,78 mg réznek és 12,0 mg cinknek találták. A talált értékek tehát nem érik el a javasoltat. A kórházi diéták a szükségesnél lényegesen kevesebbet tartalmaznak és nyomelemből és különösen feltűnő az alacsony réztartalom mind a diétákban, mind a szokványos étrendekben.

Állatkísérletekben a rézhiány anaemiát, kötőszövet abnormalitást, agy és gerincvelő degenerációt, mielínizációs zavart, szívizom degenerációt okoz. **Cinkhiány** miatt növekedési és reprodukciós zavarok, valamint bőrlaesiók és foetalis anomáliák jöhetnek létre. Ha ezek az eredmények egyértelműleg nem is vihetők át emberre, a környezeti tényezők egészségét befolyásoló hatásából és nyomelemek szerepét sem szabad kihagyni. A probléma aktualitására pedig e vizsgálatok is rámutatnak.

Angeli István dr.

Ehető gombák termelésével kapcsolatos adatok. D'Hardemare, C. (Centre Techn. Exp. Féder. Champign. F-37370 Saint Patern Racan, Franciaország): Med. Nutrit. 1978, 14, 111—114.

A gombatenyésztés kezdete XIV. Lajos korára nyúlik vissza, La Quintinie (francia mezőgazdász) a versailles-i parkban levő zöldségeskertekben gombát is ültetett, mégis Chambry volt az első, aki Napóleon idején a Párizs környéki elhagyott kertekben rendszeresen termeltetett gombát. Jelenleg a főbb gombatermelő országok: az USA (120 000 T évente), Franciaország (110 000 T), Tai-van (80 000 T), Anglia (50 000 T), Hollandia (25 000 T). A fogyasztók közül az USA saját termelésén kívül importál Tai-vanból és Dél-Koreából, Franciaország termelésének $\frac{2}{3}$ -át fogyasztja a exportál az NSZK-ba, Anglia elfogyasztja termelését és Hollandia főleg az NSZK-ba exportál. Újabban az Európán kívüli országok gombatermelése fokozódik, ezen országokban a termelés nem drágult annyira, mint Európában.

Az ehető gombák mint chlorophil mentes növények, nem képesek a levegő szén-dioxidját asszimilálni, szénszükségletük fedezésére magasabb molekulású vegyületek szükségesek. A tenyésztéshez komposztálásra van szükség, amit szalma, lótrágya stb. megnedvesítésével, és fermentálásával nyernek (80°-on 3 héttig). Az irányított és ellenőrzött fermentáció vagy a pasztörözés ömlesztve, esetleg ládákban, kiküszöböli az antagonistá anyagokat és eltávolítja a szabad ammóniát, ha legalább egy héten át történik. A lehűtött komposztot be kell oltani myceliumokkal, az inkubáció legalább két héttig tartson. Tőzeg és mész keverékét ki kell teríteni a komposzt felületén, így a myceliumok megtermékenyíttetnek. A begyűjtés a betakarás után 2—3 hét múlva kezdődik s a gombák egymást követő falkákban nőnek.

Nikodemusz István dr.

Az ehető gombák összetétele. Delmas, J. (Stat. Rech. Champignons, F-33140, Pont-de-la-Maye): Med. Nutrit. 1978, 14, 99—109.

Az emberi szervezet az ehető gombák $\frac{3}{4}$ részét fel tudja használni anyagcserejében. A gombák meglehetősen gazdagok fehérjékben, foszforban, vasban, vízben oldódó vitaminokban, különös tekintettel a B₂- és a B₁₂-vitaminokra, nem elhanyagolható a C-vitamin tartalom sem.

Nem tartalmaznak a gombák néhány fontos ásványi anyagot, pl. molybdent, seleniumot; a nitrogén vegyületek egyrésze nehezen asszimilálható.

A gomba fontos élelmianyag és meg kell, hogy kapja a táplálkozásban az őt megillető helyet. Különösen előnyös a különböző ízek szempontjából és nem elhanyagolható a sokoldalú felhasználhatóság. Tulajdonképpen minden mártáshoz lehet gombát használni, hogy megadja az étel ízét.

Nikodemusz István dr.

Linolac[®]

GYÓ



A Linolac kémiai és mikrobiológiailag ellenőrzött tej, demineralizált savó, növényi zsír, tejcukor és ásványi anyagok homogenizátumából porlasztva szárítási gyártástechnológiával előállított tápszerkészítmény. Adalékanyagként vitaminokat és vasat tartalmaz. Tej alapú tápszerkészítmény; kémiai összetétele megközelíti az anyatejét.

Linolac^R

GYÓGYTÁPSZER



ÖSSZETÉTEL

	<i>Linolac</i> tápszerpor, %	<i>Linolac fogyasztásra kész</i> tápszeroldat, g/100 ml	<i>Anyatej,</i> g/100 ml
Fehérje	12,5	1,5	1,2
Zsír	26,5	3,3	4,0
Laktóz	56,1	6,9	7,0
Ásványi anyagok + vitaminok	1,9	0,2	0,2
	100 g = 513 Kal	100 ml (1 dl) = 65 Kal	100 ml = 71 Kal

Vitamintartalom 100 ml- (1 dl)-ben

Vitamin A	300 NE
Vitamin B ₁	0,08 mg
Vitamin B ₂	0,12 mg
Vitamin B ₆	0,05 mg
Vitamin C	6,00 mg
Vitamin E	1,00 mg
Biotin	0,01 mg
Niacin	0,80 mg
Ca-pentotenát	0,20 mg

JAVALLAT

Mesterségesen táplált, 4,5—5 kg-nál nagyobb testsúlyú csecsemők tartós táplálására alkalmas tej alapú tápszerkészítmény.

A TÁPSZEROLDAT ELKÉSZÍTÉSE

A dobozban levő adagolókanálkával (1 kanál tápszerpor = 5 g) annyiszor 3 lesimított kanálnyi tápszerport veszünk ki (kb. 15 g-ot), ahány deciliter (100 ml) tápszeroldatot akarunk készíteni. A tápszeroldatot felforralt és 60 °C-ra hűtött vízzel készítjük el. A gyógytápszerhez további adalékanyagok (pl. cukor) hozzáadása szükségtelen.

A már felbontott dobozból a tápszerport két héten belül fel kell használni!

ADAGOLÁS

Ha az orvos másként nem rendeli, az egyszeri adag 150—200 ml, azaz 1½—2 dl tápszeroldat. Ezt a mennyiséget a szokásos napi 5 etetés közül 3, legfeljebb 4 alkalommal kapja a csecsemő.

Megjegyzés: 1 éven aluli csecsemők részére, gyógyítás céljára, táplálkozási zavarai megszüntetéséhez rendelhető, minden esetben térítésmentesen. Rendelésre jogosultak mindazok az orvosok, akiknek a gyógyító- megelőző ellátás keretében a csecsemő-ellátás a feladatkörükbe tartozik.



Csomagolás: 500 g 33,— Ft



Égyt GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST



Szépirodalom — Orvostörténelem.

T. Szerkesztőség! Csak most került kezembe az Orvosi Hetilap 1979. évfolyamának néhány száma. Mentségem: nem orvos, jogász vagyok.

Az április 8-i számban érdeklődéssel olvastam Kapronczay Károly dr. *Földi János* c. írását. Engedje meg Szerkesztő úr, hogy a cikkhez néhány megjegyzést fűzzek.

A magyar irodalom történetében szinte példa nélküli, hogy egy író életrajzában olyan hangsúlyt kapott a házasság kérdése, mint a Földi Jánoséban. Bármilyen szempontból méltatták munkásságát, mindig szót ejtettek „feslett, botránys életű” feleségéről anélkül, hogy ennek az állításnak a helytálló voltát csak megközelítőleg is elfogadható adatokkal alátámasztották volna.

Kutatásaim szerint mindaz, amit közel másfél század óta Wespriáni Julianna laza erkölcséről híreszteltek, rágalom, amely Hadházzól kelt szárnyra. Bartha Mihály ottani református pap 1847. február 5-én Lugossy József debreceni kollégiumi professzorhoz írt levelében hadházi öregek gyermekkori visszaemlékezése alapján tett említést arról, hogy Földi házi körülményei kedvetlenek valának, erre a tudós Wespriáni szép leánya adott okot stb. Ebből az alaptalan szóbeszéd-ből aztán a Földi életrajzával foglalkozó szerzők szinte egymást túlszárnyalva, képzeletüket szabadlára engedve egyre élesebb képet festettek a hűtlen, férjének csak keserűséget okozó s őt tudományos munkájában akadályozó feleségéről. — Az első részletesebb Földi-életrajz szerzőjének — Mixich Lajosnak — a nyomán a felszabadulás után megjelent irodalomtörténetek is hivatkoznak Földinek 1791. május 20-án Kazinczyhoz írt levelére. Kapronczay dr. is idézi: „Soha meg ne házasodj ha dolgozni akarsz.” Ez a boldogtalan házasság bizonyítéka — állították az irodalomtörténetészek. Ámde Mixich a levelet nem szöveghűen idézte, elhagyta a kezdő mondatot. Földi ugyanis igen terjedelmes levelét így fejezte be: „Még egy anekdotát! Soha meg ne házasodj, ha dolgozni akarsz. Hej sokat szenvedtem már én Anakreon miatt!” Mixich a „Még egy anekdotát!” az idézetből elhagyta, pedig ha ezzel összefüggésben olvassuk a levelet, nem lehet belőle kiérezni Földi elkészesedését. Megjegyzése évődés, tréfás figyelmeztetés az akkor még nőtlen Kazinczyhoz. Földi Szatmárról, majd Hadházzól Kazinczynak írt leveleit rendszerint azzal fejezte be, hogy „Köszönt Téged Juliskám, köszönt Téged kedves feleségem”. Ha a házastársak között állandó vita, veszekedés

lett volna, Földi aligha emlegeti asszonyát Juliskámnak, kedves feleségemnek.

Az MTA Irodalomtörténeti Intézetében készült magyar irodalomtörténet (Akadémiai Kiadó, Bp. 1965) 209. oldalán olvasható — nyilván innen vette át Kapronczay dr. —, hogy Földinek három gyermeke született, az egyiket polgári érzületre jellemző módon *mészárosinasnak* adta.

Szegény jó Földi János ugyan melyik gyermekét adta mészárosinasnak?

Elsősülött fia, Lajos 1801. március 27-én 10 éves korában meghalt. Imre fia 1793. február 28-án, Rafael nevű fia pedig 1796. november 8-án született. Földi János 1801. április 6-án halt meg. Ekkor már Lajos fia nem élt, Imre 8 éves, Rafael pedig 4 és fél éves volt. Az adatok a hajdúhadházi ref. egyház anyakönyvéből valók. Az egyébként kitűnő irodalomtörténész azonban, aki a mészárosinasgot kitalálta, nem az adatokra, hanem a képzeletére támaszkodott.

Kapronczay dr. cikkében említi, hogy Földi orvosi tevékenységéről keveset tudunk.

Földi 1789. január 15-én Szatmárnémetiben kezdte meg orvosi működését s itt volt 1791. december végéig. Erre az időszakra eső orvosi munkájáról valóban semmit sem tudunk.

1792. január első napjaiban foglalta el hajdúkerületi orvosi állását Hadház székhellyel, itt dolgozott haláláig. Köteles volt negyedévenként a Hajdúkerület közgyűlésének, félévenként pedig a Helytartótanácsnak beszámolni orvosi munkájáról. Az 1792. április 15-től 1800. december 31-ig terjedő időre vonatkozó negyed- és félévi jelentéseit, büntető ügyekben adott orvosszakértői véleményeit és természettudományos munkásságára vonatkozó összeállításait — egy más irányú tudományos kutatás során — a Hajdú-Bihar megyei Levéltárban megtaláltam.

Kutatásaim eredményéről az Alföld c. folyóirat 1973. évi 11. számának a 146—157. lapjain *Földi János házassága* c. és a debreceni Déry Múzeum 1975. évi Évkönyvének 647—771. oldalain *Földi János hadházi évei (Adalékok életrajzához és hajdúkerületi orvosi működéséhez)* c. írásomban részletesen beszámoltam.

Kapronczay dr. cikkével kapcsolatos megjegyzéseimet nem a saját kutatásaim eredményének népszerűsítése, hanem a valótlan adatok továbbélésének megakadályozása érdekében tartottam szükségesnek Szerkesztő úrral közölni.

Nagy Sándor dr.
ny. jogtanácsos

T. Szerkesztőség! Érdeklődéssel olvastam Nagy Sándor dr. észrevételeit írással kapcsolatban. Irodalomtörténeti feldolgozások adatait figyelembe véve vázoltam életútját, így Wespriáni Júliával kötött házasságát is, de nem erre fektettem a hangsúlyt. Ugyancsak hasonló módon tárta az olvasó elé Szállási Árpád dr. is e lap hasábjain Földi János életművét 1976-ban (117. évf. 18. sz. 1107—8 1.), bár ő inkább az irodalomtörténeti vonatkozásokat emelte ki. A magam részéről örömmel üdvözölöm Nagy Sándor dr. hozzászólását, amelyben az alapvető irodalomtörténeti feldolgozások adatait helyesbíti, új oldalról közelíti meg az elfogadott adatokat.

Most csupán a Földi János orvosi gyakorlatával kapcsolatos észrevételre szeretnék válaszolni. Földi János Szatmárnémetiben kezdte el orvosi gyakorlatát, majd 1792 január elsejétől hajdúkerületi orvosként működött haláláig. E tisztség — a tényleges gyógyító orvosi gyakorlat mellett — tisztiorvosi állás volt és e funkcióval kapcsolatos adatokat rögzítik a Nagy Sándor dr. által is említett és a Hajdú-Bihar megyei Levéltárban megtalálható jelentések. Ezeket a Helytartótanács kebelén belül működött protomedicusként is megküldték és ez utóbbiakat volt szerencsém látni. Milyen adatokat tartalmaznak ezek a jelentések? Beszámolnak a működési területükön tevékenykedő orvosok, sebészek és gyógyszerészek létszámáról, ennek változásáról, közlik a gyógyszerári vizsgálatok eredményeit, részletezik az adott területen észlelt járványos betegségeket, ki-nevezési ügyekben tett intézkedésekről szólnak stb. Valójában csak a tisztséggel együttjáró adminisztratív tevékenységet rögzítik, bár hallatlan érzékkel bírnak egy adott terület egészségügyi viszonyainak fejlődésével kapcsolatban. Ellenben a jelentések csak szűk betekintést engednek a jelentést készítő gyógyító gyakorlatába, noha a jelentések összeállítása alapos orvosi tudást és felkészültséget igényelt. Ezért összegeztem így: „Orvosi tevékenységéről keveset tudunk, de kortársai megbízható és jó orvosnak tartották.” De ezt bizonyítja az is, hogy a jénai Természettudományos Társaság tagjai sorába választotta, majd a magyar akadémia 1791-ben készült tervezete szerint a megválasztandó huszonegy tag egyike volt.

Írásomban nem kívántam kibővíteni Földi János orvosi tevékenységét, orvosi gyakorlatát főlébe helyezni szakirodalmi munkásságának, hiszen ez utóbbi vonatkozásban maradandót alkotott. Viszont az általa írt jelentések (amit Nagy Sándor dr. már feldolgozott említett tanulmányában) a kor mindennapos orvosi gyakorlatát tükrözik, aminek részletezésére tanulmányom keretei között nem nyílt lehetőség.

Kapronczay Károly dr.

A fogamzásgátlás módszereiről, különös tekintettel a sterilizálásra.

T. Szerkesztőség! A családtervezés korunk egyik legfontosabb jogos igénye, szorosan összefügg egyének és családok életével, egészségével, sorsával.

gamzásgátlásban, s ennek indoklására néhány példát és adatot mutatok be.

1. *Tietze és Lewit* (1977) nagy adatgyűjtés végeredményeként (1. táblázat) elsősorban arra mutatott rá, hogy 35 év feletti korban a

ezek a szövődmények nem gyakoriak, mégis azoknak a nőknek nem ajánlhatjuk az IUE-t, akik még szülni szeretnének, különösen nem, az első szülés előtt állóknak. Egészen más megítélés alá esik az okozott adnexitis és sterilitás, vagy a csonkítással járó műtét pelveoperitonitis — peritonitis miatt, ha a nőnek nincs még gyermeke, vagy ha teljesítette a tervezett születeit. Ezen ismeretek és megfontolások miatt klinikánkon régóta azt a gyakorlatot követjük, hogy még nem szült, vagy egy gyermekes nőknek hormonális fogamzásgátlást ajánlunk a nem kívánt terhesség megelőzésére, intrauterin eszközt pedig általában csak két- vagy több gyermekes anyáknak helyezünk fel. — Jól tükröződik ez a gyakorlatunk az *ábrán*, amit a Nemzetközi Nőorvos Társaság (FIGO) és a Nemzetközi Fertilitáskutató Központ (IFRP) keretében végzett adatgyűjtésünkből állítottunk össze. Az ordinátán közvetlenül a szülés utáni napokban a szülők által választot, ill. tervezett fogamzásgátlási módszerek arányát, az abszcisszán az anya elő gyermekeinek számát tüntettük fel. Egy gyermekes nők kevesebb, mint 20%-a nem szándékozott védekezni, közel 10%-a hagyományos módszereket, 50%-a orális készítményeket, 15%-a intrauterin eszközt választott. Sterilizálás nem történt. — A három gyermekes anyák 35,1%-a hormonális, 57,6%-a intrauterin fogamzásgátlót választott; 2,7%-ban történt sterilizálás, ami abból adódott, hogy a 3. ritkán a 2. császármetszéssel egyidőben tubasterilizálást végeztünk, esetleg szövődmény (myoma, méhredés stb.) miatt a méhet eltávolítottuk.

1. táblázat. **Terhességgel, szüléssel, művi vetéléssel orális és intrauterin fogamzásgátlókkal összefüggő halálozás százezrekben (Tietze és Lewit, 1977)**

Kor (év)	Terhesség és szülés (1)	Művi vetelés	Orális fogamzásgátlás nem dohányzók	dohányzók	Intrauterin eszközök
15—19	11,1	1,2	1,2	1,4	0,8
20—24	10,0	1,2	1,2	1,4	0,8
25—29	12,5	1,4	1,2	1,4	1,0
30—34	24,9	1,4	1,8	10,4	1,0
35—39	44,0	1,8	3,9	12,8	1,4
40—44	71,4	1,8	6,6	56,6	1,4

(1) A spontán és kriminális vetélések adatait nem tartalmazza

2. táblázat. **Orális fogamzásgátlók veszélyei**

	haláloset/év
35 év alatt	20 000:1
35 — 44 év között	3 000:1
45 év fölött	700:1
átlag	5 000:1

RCGP, 1977
OXFORD/FPA, 1977

A családtervezés elengedhetetlen kellékei a fogamzásgátló módszerek, a terhességmegszakítás, és — erről egyre inkább meg kell bizonyosodnunk — a sterilizálás. *Czeizel dr.* levelében (Orv. Hetil. 1980, 121, 117.) kitűnő példákkal támasztja alá ez utóbbi szükségességét. Véleményem szerint meg kell találnunk Magyarországon is a sterilizálás optimális helyét a fo-

terhességgel és szüléssel összefüggő halálozás többszöröse a 30 év alattinak, a 40 évnél idősebbek halálozása hétszer (!) magasabb, mint a huszonéveseké. Másik fontos megállapításuk az, hogy az orális fogamzásgátlók szintén a 35 év feletti korban veszélyeztetik leginkább az egészséget, különösen a dohányzókét.

2. Angliában végzett hatalmas méretű prospektív tanulmányok (RCGP 1977, Oxford FPA 1977) a hormonális fogamzásgátlók halálos szövődményeket okozó veszélyei és az életkor között mutattak ki bizonyító összefüggéseket (2. táblázat).

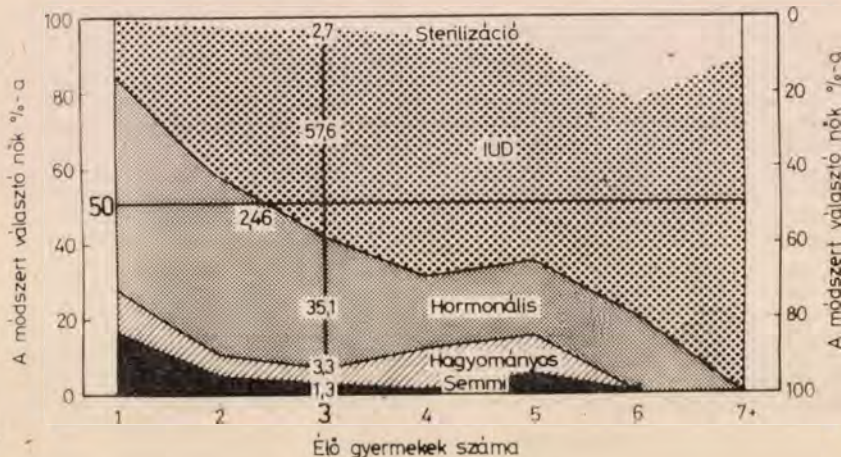
Az ismertetett adatokból nyilvánvaló, hogy orális fogamzásgátlókat 5—10 évnél hosszabb ideig, és 35 év feletti korban, különösen dohányosoknak nem ajánlhatunk.

3. Másik korszerű antikonceptív a méhen belüli eszköz (IUE). Szövődményei között első helyen áll jelentősége miatt az endometritis, salpingitis következményes sterilítással, esetenként súlyos pelveoperitonitis, peritonitis. Igaz, hogy

4. Az 1. táblázat szerint az IUE-vel összefüggő mortalitás igen alacsony, ám a morbiditás — különösen tömeges használat esetén — egyáltalán nem elhanyagolható. Intézetünkben 1972—1979 között közel 16 000 IUE-t helyeztünk fel, zömmel 2—3 vagy több gyermekes anyáknak.

Saját anyagunkból, de számos irodalmi közlésből is az állapítható meg, hogy gyulladásozó szövődmények kb. 3—4%-ban, gennyesdéssel járó és műtétet (punctiót, laparotomiát, akár méh- és függelék eltávolítást) szükségessé tevő komplikációkkal kb. 0,4%-ban kell számolni.

A felsorakoztatott adatok jól demonstráltják, hogy a 35 év feletti nők egészségét nem elhanyagolható mértékben veszélyeztetik a hormonális fogamzásgátlók és az intrauterin eszközök is. Nem kétséges, hogy ebben az életkorban, 2—3, vagy több gyermekes anyák számára a sterilizálás volna az ideális megoldás, különösen akkor, ha bármilyen betegség, rendellenesség miatt a korszerű fogamzásgátlás jelenlegi módszerei nem alkalmazhatók.





KÖNYVISMERTETÉS

Swanson, S. A. V., M. A. R. Freeman: Die wissenschaftlichen Grundlagen des Gelenkersatzes (Az ízületpótlás tudományos alapjai) Springer Verlag Berlin — Heidelberg — New York, 1979. 206 oldal, 81 ábra). Ára: 98,— DM.

A biomechanikus és orvos szerzőpár műve eredetileg angol nyelven jelent meg. A német fordítás Krahl és Roessler professzorok munkája.

A kötet sebészek számára írt bevezetéssel kezdődik. Ebből nyilvánvalóvá válik, hogy miért tartották indokoltnak e kötet megjelenését immár második nyelven is. Az ízületpótló protézisek technikai termékek, felhasználásuk azonban kényes javallat alapján csak műtéttel történhet meg. Ezért vállalkoztak a szerzők arra, hogy az orvosok számára megvilágítsák a legfontosabb mechanikai törvényszerűségeket, biomechanikai összefüggéseket, melyek a protézisszerkesztésben érvényesülnek, illetve a felhasználás során is figyelemre méltók. Nem kevesebb gondot jelent a protézis anyagának megválasztása, formájának kialakítása sem. Hasonlóan fontos feladat a protézis egyes elemeinek a szervezetben való tartós rögzítése, annál is inkább, mert a szövődmények ma már világszerte egyre több gyógyítási feladatot jelentenek és ezek alapját éppen a lazulások képezik. Ezekre a kérdésekre válaszolni a műszaki alapképzettségű és az orvosokból álló kutatók, a szerzők és munkatársaik.

Az első fejezetben az anyag tulajdonságainak elemzésére tanítják meg az olvasót. A szövegből végig nyilvánvaló, hogy nem mérnököknek, hanem elsősorban orvosoknak szánták a könyvet, mert megőrzik a magyarázó, tanító színvonalat minden olyan kérdésben, ahol az indokolt ahhoz, hogy orvosok megérthessék. Bemutatják, hogyan hat és vizsgálható az egyes anyagokra a húzás, hajlítás, nyírás, hogyan lehet a keménységet meghatározni és mit jelent az anyag fáradása vagy a korrózió. Részletesen ismertetik a protézis készítéséhez felhasznált különféle anyagok jellemző adatait, mely nagy segítség az egyes jelenségek megértéséhez.

A második fejezet az elasztomechanikáról szól. Bemutatják, hogyan viselkedik az anyag a különböző erők hatására. Elemzik a tiszta hajlítás, a hajlítás és nyírás, valamint a csavarás hatásait anyagokként és amikor a két különböző anyag egyszerre veszi fel az erőt. Az anyagban ebredő feszültségek kísérletes meghatározási módszereinek leírása után

részletesen ismertetik a protézis egyes elemeinek viselkedését az igénybevételek során. Alfejezetenként is praktikus következtetésekkel összegezik a megállapításokat.

A harmadik fejezet a sűrűlódás, kenés, kopás címet kapta. Először itt is az elméleti alapokat írják le, melyek nélkül nem lehet a protézisekre vonatkozó vizsgálatokat elképzelni. Leírják a kopás különböző formáit és törvényszerűségeit és a kenés jelentőségét a kopásban. Az általános törvényszerűségeket után a protézisekre vonatkozó vizsgálatokat és azok eredményeit ismertetik. Ezek alkalmasak arra, hogy képet alkothassunk a napjainkban használt protézisek egymáshoz viszonyított előnyeiről, illetve hátrányos műszaki tulajdonságairól. E fejezetből kitérnek, hogy a „fém fémmel” kombinációk hátrányosak, a fémfej és műanyag vápa a helyes választás. A vizsgálatok alapján meg lehet határozni, hogy a csípő pótló protézisek kialakítása során melyik a legelőnyösebb fejtámró és vápanagyság, stb. Mindez egyre inkább előtérbe kerül, mert minden beteg szeretné, ha a műtéti kockázattal beültetett protézist kopás miatt nem kellene az évek múltával újabb műtéttel kicserélni.

A negyedik fejezet már a mindennapi orvosi gyakorlat számára is aktuális kérdést elemez: a szövetelek reakcióját az ízületet pótló protézissel szemben. Minden szöveti reakciót figyelembe kell venni, mert ezek nemcsak a protézis lazulásának forrása, hanem fájdalom, fertőzés vagy egyéb szövődmény okai is lehetnek.

A kivett anyagok sokoldalú feldolgozása során a szöveti reakciókat 3 fázisra írják le. Az első a beültetéstől kb. 3 héttig tart (kezdeti szak). A második az ún. reparatív szak, mely a 4. postoperatív héten kezdődik és 2 évig is elhúzódhat. Míg a harmadik, ún. stabilizációs időszak 6 hónaptól 2 évig számítható. Megállapítják, hogy minden protézisbeültetés során több-kevesebb szövettelhalás jön létre a protézis, illetve a beragasztáshoz használt csontcement körül. Ennek több oka lehet. Kiemelhető a műtét során létrehozott mechanikai károsítás, a cement polimerizációja alatt képződött hő vagy a toxikus monomerek felszabadulása is. A bionekrotikus csontzónában a korai szakban fáradásos törés keletkezhet. ez egyik leggyakoribb oka és alapja a protézis lazulásának. A vizsgálatokból gyakorlati következtetésként megállapítható, hogy semmiképpen nem előnyös a protézissel operált beteg korai túlzottan aktív életmódja az operált végtag terhelésé-

vel! Ha a bionekrotikus zónában rostos kötőszövet hatol be, ez olyan lesz, mintha állízület keletkezne a csont és a protézis között annak minden tartósan hátrányos következményével. Ezért a szerzők azt javasolják, hogy a protézist az első 3—6 hónapban a beteg ne terhelje, így van a legtöbb esély arra, hogy a lazulást elkerülhesse.

Külön tárgyalják a kopásból származó részecskék szövetekre kifejtett hatását annál is inkább, mert nyilvánvaló, hogy ezzel számolni kell. Mind a fém-, mind a cement-, mind a műanyag részecskék végül is megtalálhatók a szövetekben és az egyéni reakciók is sajátosak lehetnek. Leírják, hogy ha nem nagy számban is, de a különböző közismerten szövetbarát ötvözetek egyes alkotóelemeire, pl. Cobalt, egyes szövetek túlértékelnek. Külön alfejezetet szentelnek a kopás során elvált produktumok szerepének a szövődményekben. Érdekes összefüggéseket olvashatunk a fertőzés és a lazulás nélküli fájdalommal kapcsolatban is. Kitérnek a protézis daganatkeltő hatásának értékelésére is. E fejezet végén is — a többihez hasonlóan — hasznos irodalomjegyzék található.

Az ötödik fejezetben a protézis lehorgonyzásának mechanikai elemzését adják. Ez a protézis-előállítás során alapvető ismeretanyag, de hasznos a felhasználónak is, mert napjaink széles áruajánlatából csak keveset megalapozott ismeretekkel lehet helyesen választani.

Leírják a csípőprotézisen kívül a térd- és felső-ugróízületet pótló protézisekre vonatkozó elemzéseket is. Külön alfejezetben foglalkoznak a rögzítőanyagokkal és azoknak antibiotikummal kevert változataival.

A hatodik fejezetben röviden leírják a különböző protézist alkotó elemek előállítására vonatkozó legfontosabb technikai ismereteket és előírásokat. Leírják a titánötvözetek felhasználhatóságát éppúgy, mint a műanyagok vagy a kerámiaelemek technikai jellemzőit, melyek az orvos számára fontos ismeretek.

A kötet végén tárgymutató segít a tájékozódásban.

Összefoglalva: Swanson és Freeman munkája érdekes olvasmány mindazok számára, akik az iránt érdeklődnek, hogyan használja fel a technika egyes vívmányait az orvostudomány. De egyúttal igen értékes tájékoztatás is, mely sokoldalú elemzések alapján igazítja el azt, aki mozgásszervi sebészettel és ezen belül ízületpótlással foglalkozik. A szöveg világos, jól illusztrált, ezáltal érthetővé válik az operáló sebész számára is, azoknak pedig nélkülözhetetlen, akik rendszeresen foglalkoznak ízületpótlással és e téren kutatómunkát is végeznek.

A Springer kiadó fzléses formában adja az olvasó kezébe a kötetet.

Berentey György dr.

implantatchirurgie (Implantatum sebészet). K. L. Schober, P. F. Matzen, Nova Acta Leopoldina. Abhandlungen der Deutschen Akademie der Naturforscher Leopoldina. Johann Ambrosius Barth, Leipzig 1979. Ára: 28,— M.

A 133 oldalas, sok ábrát tartalmazó munka az 1976. november 20-án Halleban a Sebészeti Klinika tanzingjében megtartott tudományos ülés anyagát tartalmazza. A 17 előadást kiváló szakemberek tartották, igen szép ábrákkal, jól áttekinthető táblázatokkal dokumentálva az egyes fejezeteket. K. L. Schober bevezetője után A. N. Witt nyújtott részletes ismertetést az implantatumok fejlődéséről, ill. ezek használatáról. Eszerint az első beültetések fenyőfa darabban történtek, melyet az aztékok használtak; 1948-ban Diefenbach elefántcsont csapokat használt a csonttörések kezelésére. Következett a szaru, az üveg, s a különböző csontszegesztő és plombáló anyagok. Fraenkel 1895-ben celluloidot alkalmazott koponyadefektusok pótlására. A műanyagok felhasználása tulajdonképpen 1938-ban kezdődött a mellkassebészetben használt polivinyl plombákkal, amelyeket később a plexiglas, a polyaethylen és polyamid követett. 1935-ben aneurysmák külső megerősítésére celophan lemezeket alkalmaztak. A csípőízületi arthroplastica terén 1946-ban a Judet testvérek kezdtek nagyobb számban ilyen műtéteket végezni, kifogásolható eredményekkel. 1945-ben fejlesztették ki a perlont, melyet már in- és idegvarratoknál is sikerrel használtak. A silicongumi készítményeket elsősorban az orthopaed sebészetben használták, majd más területeken is. Arteriaszakaszok pótlására hydrophob dacton- és teflon-készítményeket alkalmaztak sikerrel. Szívbillentyűket készítettek polyaethylen, polypropylen, polyester, polytetrafluorethylen, polyacetat, polyurethan és silicongumból. Hasfali sérvéknél műanyag hálókat használtak, melyeket szintén műszálakkal rögzítették. A helyreállító sebészetben a műanyag epithesisek beváltak. A stomatologia is sokat fejlődött a műanyagok segítségével. A fémek és ötvözetek alkalmazása főleg az orthopaed sebészetben tört előre. A korábban alkalmazott arany és ezüst lemezek nem bizonyultak jónak, de a később alkalmazott drótcserclage a csontsebészetben már jobb eredményekkel járt a javuló alapanyagok alkalmazása folytán. Langenbeck alkalmazott először 1848-ban csavarokat a csontsebészetben, s ugyancsak ő használt elsőként csavart comnyaktörések kezelésére. 1931-ben vezette be Smith—Petersen a háromlú szept combnyaktörések esetében, majd 1940-ben közölte Küntscher a velőúr szegezés általa elgondolt módját. A cobalt bázisú ötvözetek, majd a tantál igen jók bizonyultak, s végül az Al_2O_3 kerámia következtek. Az egyes

speciális fejezetek igen érdekesek és teljes áttekintést nyújtanak az illető kérdés mai helyzetéről. F. S. Bücherl a mesterséges szívről, A. Sennig a művi szívbillentyűről, G. Cartensen az érprothézisekről közöl ismertetést. A plasticai sebészetről Ursula Schmidt-Tinteman ír, s F. Meissner tárgyalja a hydrocephalus esetében implantálható Spitz—Halter-féle műanyag szelepek beültetését. R. Sachsenweger és G. Timm tárgyalják a szemészettel foglalkozó fejezetet. A műanyag beültetések biológiai problémáit E. Kröffler ismerteti. A szimpozium második részét Matzen vezette be, s ebben főleg a csont és ízületi kérdésekkel foglalkoznak a szerzők. Végül elmondhatjuk, hogy az implantatum sebészet számos érdekes kérdést tárgyal, s áttekintésük fontos volna az érintett szakembereknek.

Bornemisza György dr.

Cornelius J. P. Thijn: Arthrography of the Knee Joint. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg. New York, 1979. Ára: 98,— DM.

A 155 oldal terjedelmű (amiből 10 oldal az irodalomjegyzék és a tárgymutató) monographia felöleli a térdízület lágyrész- és porcsejteléseinek teljes röntgen-diagnosztikáját. A szerző 173 ábrán (összesen 209 röntgenképen, illetve rajzos ábrák) mutatja be a térd normál röntgen anatómiáját és a kóros elváltozások röntgentüneteit, amelyeket kettős kontrasztos arthrographiával tesz láthatóvá. Mintegy 1000 vizsgálattal szerzett tapasztalatain alapszik a mű.

A könyv 7 fejezetre oszlik. Az első kettő az arthrographia történetével és a kettős kontrasztos arthrographia technikájával foglalkozik. Porcsejtelések és porcmegegyedések kimutatására ezt a módszert tartja előnyösebbnek, mert az egyszerű pozitív kontrasztos arthrographia esetén a kontrasztanyag eltakarja az elváltozásokat. A részletes, ambuláns elvégezhető vizsgálat technika leírása után hangsúlyozza, hogy a jó arthrogram elkészítéséhez finom fókuszú tubust kell használni. A vizsgálat alkalmas a meniscusok, a kereszt-szalagok, a patello-femoralis ízület, a porc és az ízületi tok, valamint a nyálkatömlők vizsgálatára. Az esetek egy részében, főleg a patello-femoralis izfalszín vizsgálatára a megszokott antero-posterior, illetve oldalirányú felvétel nem elegendő, tangenciális irányú kép készítése is szükséges, 30, 60, és 90 fokban hajlított térdel.

A részletes rész 5 fejezete azonos felépítésű: igen jó functionális anatómiai bevezetés után a normál röntgen anatómiát írja le a szerző, majd a kóros állapotokat elemzi és felhívja a figyelmet a tévedések lehetőségeire. Végül összeveti a

kettős kontrasztos arthrographia és az arthroscopia eredményeit.

Legnagyobb és legbővebb a meniscusok sérüléseivel foglalkozó fejezet. Az etiológiát elemezve megállapítja, hogy erőteljes flexio-extensio, valamint rotatio mozgások fontos szerepet játszanak a meniscus sérülések keletkezésében. Szó esik azokról a tényezőkről is, amelyek fokozzák a meniscusok sérülékenységét.

Megkülönböztet tangenciális, longitudinális, halszaj alakú, transversalis és kombinált szakadásokat. Igen jó és szemléltető ábrákon történik az egyes sérüléstípusok demonstrálása összevetve az arthroscopias lelettel. Felhívja a figyelmet a diagnosztikus nehézségekre és a hibalehetőségekre.

Külön fejezetben tárgyalja a discoid meniscus megjelenési formáit és annak sérüléseit, valamint a meniscus degeneratio (primer és secundar) és a meniscus eltávolítás utáni állapot arthrographiás képét.

Érdekes fejezet az arthrographia és arthroscopia eredményeinek összevetése meniscus sérülés esetén. 226 esetben végeztek előbb arthrographiát, majd arthroscopiát. Medialis meniscus vizsgálata esetén 92%-ban pozitív volt a korreláció a két módszer között. Az arthrographia bizonytalan eredményt adott 4%-ban és hibás pozitívát 4%-ban. Hibás negatív eredményt nem észlelt. Arthroscopiával 81%-ban helyes volt a medialis meniscus sérülés kórisméje, 3%-ban kétséges és 16%-ban hibás negatív. Az arthroscopiával nem diagnosztizált medialis meniscus sérülések csaknem mind a hátsó szarv közelében voltak. A két módszer kiegészíti egymást, mindegyiknek megvan a maga diagnosztikus ereje.

A patello-femoralis ízület tárgyalásakor foglalkozik a porc szövettanával, táplálásával, majd a porc degenerációjával, amelyben 4 fokozatot különböztet meg. A röntgen diagnosztikához nélkülözhetetlennek tartja a 3 tangenciális irányú felvétel elkészítését 30, 60 és 90 fokban hajlított térdel, amellyel a patello-femoralis ízület elülső-középső és hátsó részét lehet ábrázolni.

A chondrophia etiológiája tárgyalásakor az általános szempontok után a mechanikus sérülésekre és ezek exogen (a patella direkt sérülése) és endogen (patella dysplasia, patella partita, magas és alacsony patella stb.) faktoraira hívja fel a figyelmet, majd tárgyalásra kerülnek a patella porcának nem mechanikus sérülései, a szisztémás megbetegedések, mint a rheumatoid arthritis és a hemofilia.

Végül a chondrophia patellae röntgen diagnosztikáját is ír natív, kontrasztanyag beadása nélkül készített röntgenfelvételen és kettős kontrasztos arthrographiával. A fejezetet ismét az arthrographia és arthroscopia összehasonlítása zárja le.

A keresztzalagok vizsgálatához szimpla, de inkább kettős kontrasztos arthrográfiával javasol, esetleg xerographiával kiegészítve. A röntgenteknika leírásakor külön kerül tárgyalásra és értékelésre az elülső és hátsó keresztzalag vizsgálata. A keresztzalag sérülések etiológiájának részletezése után rövid patológiai fejezetben szó esik a társuló sérülésekről, majd a normális és sérült szalag röntgenképéről, végül a femur és tibia közti káros elmozdulásról (elülső, hátsó asztalfiók-tünet).

A 6. fejezet az *izületi tok, az oldalszalagok, a Hoffa-zsírtest, és a nyákatömlők* és azok sérüléseinek, illetve káros elváltozásainak röntgen diagnosztikájával foglalkozik. Elemzésre kerül a Baker-cysta problematikája is.

Végül az utolsó fejezet az *izületi porc sérüléseiről és betegségeiről* szól.

Az anatómia, illetve szövettani bevezetés után az arthrosis deformans primer és secundar formáinak tárgyalása következik. A secundar formánál megkülönböztet direkt (törés) és indirekt (meniscus sérülés, szalagsérülés, gyulladás, megváltozott térdízületi nyomás, haemofilia, anyagcsere-változás) okokat.

A könyvet a röntgen-szakorvoson kívül haszonnal forgathatják mindazok, akik a térd sérüléseinek és egyéb betegségeinek kóriszmérésével és kezelésével foglalkoznak, így az orthopédok, a reumatológusok és a traumatológusok. Renner Antal dr.

Reller, L. B., Sahn, S. A., Schrier, R. W.: *Clinical Internal Medicine.* Little, Brown and Co., Boston, 1979.

A Denveri Orvosegyetem 35 tagból álló szerzőkollektívája írta az 593 oldal terjedelmű, 14 fejezetből álló könyvet. A szerzők a könyvet orvostanhangatóknak szánják, nem törekednek enciklopédikus teljességre, tömören összefoglalják azokat az ismereteket, amelyek a leendő orvosok számára szükségesek, hogy a gyógyító orvostudomány berkeiben el tudjanak igazodni. Modern ismertanyaga, jó rendszerezettsége, tömörsége alkalmassá teszi a művet, hogy a gyakorló orvosok is eredményesen használják. A szerzők a belgyógyászat fogalmát klasszikus értelemben alkalmazva, ennek keretei között tárgyalják az ideg-elmegyógyászatot és a bőrbetegségeket is. Az írók véleménye szerint a könyv — kis terjedelménél fogva — sem pótolhatja a nagyobb lélegzetű tankönyveket; inkább vezérfonalnak számít.

Saját viszonyaink között ajánlható angol tudó orvostanhangatóknak, főként a hazánkban tanuló külföldi diákoknak, az angol szakszövegek olvasásában jártasság megszerzésére törekvő hallgatóknak és fiatal orvosoknak, továbbá a kiscsoportos oktatási formákban egyetemi és kórházi oktatóknak.

A könyv nagy értéke a világos szerkezet: valamennyi fejezetet a sürgős ellátást igénylő életveszélyes állapotok tárgyalásával indítják, majd a körelőzmény, a fizikális státusz és a laboratóriumi adatok jellegzetességei következnek, s a fejezethez tartozó egyes kórképek tömör tárgyalása zárja a sort. Az áttekintést jelentősen megkönnyítik a jól szerkesztett táblázatok. A mű stílusa egyszerű, élvezetes.

A *bevezető részben* a szerző megindokolja, hogy az egyes fejezeteket miért kezdi a sürgős ellátással. Bár itt a legtöbbet a tapasztalat ér, mégis fontos azoknak a jeleknek az ismerete, amely lehetővé teszi — még a korrek etiológiai diagnózis felállítására előtt — a gyors, specifikus életmentő beavatkozást.

A fejezet írója kiemeli, hogy a beteg kikérdezéséhez idő, türelem szükséges. A medikus ne hangsúlyozza, hogy ő csak orvostanhangató és ne szakítsa állandóan félbe a beteg történetét. A fizikális vizsgálat jelentőségét méltatva felhívja a figyelmet, hogy a váralan jeleket is értékeljük, mert gyakran ez vezet bennünket a helyes diagnózishoz.

Elítélik a szerzők az USA-ban is elterjedt hibás gyakorlatot, hogy az észlelők minden kritika és elgondolás nélkül óriási számban végeznek laboratóriumi vizsgálatokat. Ez a beteget megviseli, drága és többször félrevezeti az orvost (fals-pozitív esetek). Nagy jelentőséget tulajdonít ezzel szemben a körzeti orvosok által is könnyen elvégezhető gyors tesztek alkalmazásának.

Aránylag nagy terjedelemben foglalkozik a *cardiovascularis betegségekkel*. A fejezet felépítése praktikus, szemlélete modern. Sajnálatos, hogy a szívvelhártya és szívizomgyulladásos kórfarmakkal egyáltalán nem foglalkozik. Szegényes az izotopdiagnosztika ismertetése. Az EKG görbeanalízis korszerű. A mai követelményeknek megfelelő az infarctusdiagnosztika. Kár, hogy a terápiáról kevés szó esik. A cardiogen shock kezelésében említi az aortában elhelyezett balonpumpa módszert, amely ma a legelfogadottabbnak tekinthető (Szerk.: nyilvánvalóan a cardiogen shock súlyosabb eseteiben), a gyógyszeres kezelésből hiányzik a dopamin infúzió szerepének hangsúlyozása. A szívritmuszavarok diagnosztikája leegyszerűsítettnek tűnik. A sürgőségi beavatkozást igénylő kamrai tachycardiák kezelésében nem említi a könyv a két legfontosabb szert: a bretylium tosylat és az aprindint (mindkettő a nyugati országokban hozzáférhető).

Jelentőségének megfelelően foglalkozik a *sürgős légúti megbetegedésekkel*. Az egyes panaszok (nehézlégzés, stridor, köhögés, haemoptoe, mellkasi fájdalom), fizikális jelek (dobverőujj, cyanosis) differenciáldiagnosztikáját külön-külön táblázatokban ismerteti. Modern szemléletben foglalkozik a

légzésfunkciós vizsgálatok jelentőségével. A tüdőbetegségek leírása megfelelő, azonban a betegségek gyakorlati fontosságát nem mindegyiket vette figyelembe. Aránytalanságra utal, hogy a sarcoidosist ugyanabban a terjedelemben tárgyalja, mint a tüdő-tuberculosist. Didaktikai szempontból helyes lett volna a pneumóniák ismertetése e fejezetben belül.

Egy nagyobb fejezet foglalkozik a *vesebetegségekkel, folyadék- és electrolyt-anyagcsere zavarával, illetve a hypertensióval*. Jól sikerült összefoglalót látunk a serum kalium, calcium, osmolaritás és sav-bázis egyensúly eltolódásairól. A polyuriák differenciáldiagnosztikája viszont nem teljes. Igen szemléletesek a hyponatraemia, illetve hypernatraemia diagnosztikus és therapiás klasszifikációjának táblázatai. Vítatható az acut veseelégtelenség felosztása. A glomerulusbetegségek tárgyalása korszerű, helyenként még elektronmikroszkópos felvételeket is felhasználnak a kórkép lényegének demonstrálására. Elfogadható a hypertensio betegséggel foglalkozó rész, azzal azonban nem lehet egyetérteni, hogy minden körülmények között a vérnyomás normalizálására kell törekednünk. Hosszú ideig fennálló magas vérnyomás normális szintig történő csökkentését, a betegek gyakran nem tolerálják.

A *gastroenterológiával* foglalkozó fejezet tömör, sok értékes információt tartalmaz. Nagyon hasznos a „belgyógyászati” és „sebészi” acut has tárgyalása. E fejezetnek is erőssége a differenciáldiagnosztika, bár — úgy érzem — helyenként túl sok elemi részletet tartalmaz. A diagnosztikus módszereket csak idezi, részletesen nem ismerteti. Kimerítően és több helyen foglalkozik viszont a hepato-biliaris betegségek elkülönítésével, a malabsorptiós szindróma laboratóriumi diagnosztikájával.

A következő fejezet címe: *Hematológia és oncológia*. Ez utóbbi nem indokolt, mert csak a therapiás résznél említi egyéb, nem vérképzőszervi malignus betegségeket, de ez az alfejezet nagyon vázlatos, a gyakorlatban alig alkalmazható. Erre fejezetre is a tömörség a jellemző, de ez több esetben a teljesség rovására megy. A splenomegalia ismertetése során megemlíthette volna a tomographia és ultrahangos vizsgálaton kívül a scintigraphiát is. Az adenomegalia, a leukæmia leírása, felosztása, elkülönítése túlságosan leegyszerűsítettnek tűnik. Az erythrocytosis-polycythæmia vera elkülönítésénél az arteriális vér oxygen saturációjának vizsgálata nem szerepel, pedig ez igen fontos. A supportív therapiáról helyesen nyilatkozik (azt adjuk, ami hiányzik; teljes vér csak vérvesztésig, hypovalæmia esetén alkalmazható). Meg kellene azonban jegeznie, hogy a supportív therapia egyik legfontosabb alapelve: vi-

szonylag rövid idő alatt elegendő mennyiséget adni.

A tízenegy szerző által írt 7. fejezet a klinikai *neurologiáról* nyújt rövid, használható tájékozódást az orvosstanhallgatóknak és általános orvosoknak. Jól foglalja össze a sürgősségi eseteket. A gennyedéssel járó folyamatok azonban a gyakorlatban ritkán jelentenek sürgősségi állapotot, ide kívánkozna viszont pl. az aneurisma-ruptura tünetcsoportja, myastheniás és cholinergiás krízis. Kiemelhető a fejfájások alfejezet, sokat írt a paraesthesiákról, nem emeli ki viszont fontosságának megfelelően a sclerosis multiplexben oly gyakran jelentkező paraesthesiákat. Igen jó az epilepsia leírása, korszerűen foglalkozik a tranzitorikus ischaemiás attackokkal, azok therapiás elveivel. A térszűkítő folyamatok leírása lehetne rendszerezettebb. A parkinsonismust klinikai jelentőségének megfelelő terjedelemben tárgyalja, de a terapia esetében lehetett volna hangsúlyozni, hogy az ún. antiparkinsonos szerek mellett a cerebellis keringésre ható gyógyszereket is kell alkalmazni.

A következő rész összefoglalja a pszichiatria határterületi és sürgősségi problematikáját. A tüneteket áttekinthetően, jól értelmezhetően, de mindig kellő mennyiségben tárgyalja. Bizonyos fokig önkényes választás alapján külön alfejezetben foglalkozik a hypochondria, az insomnia, a haldokló paciens és a sexualis dysfunctio kérdésével. A könyv ezen fejezete korszerű információ forrása az orvosstanhallgatók, illetve általános orvosok számára. A teljesség igényét azonban ez a fejezet sem elégíti ki, ilyen értelemben történő felhasználási igény tévedések forrása lehet.

A *rheumatológia* fejezet élére a köszvényes és pszeudoköszvényes roham, a heveny infekciózus és traumás arthritisek kerültek. Helyesen sorolják fel a hyperuricaemia kiváltói között a legtöbb húgyhajtót, de meg lehetne említeni, hogy az etacrinsav ellenkezőleg a húgysav fokozott ürítését idézi elő. Ajánlatos lenne, ha az uratreticumok használata során a vizeleket PH jelentőségével is foglalkoznának. A therapiás felsorolásból méltatlanul szorultak ki a húgysavképződést akadályozó xantinoxidaze-gátlók. Az izületi bántalmak anamnézise tárgyalása megfelelő terjedelmű és részletességű. Csekély hiányérzetet csupán a periarthrititis humeroscapularis és az angina pectoris nem említése kelt a differenciáldiagnosztikában. A rheumás láznak e fejezet csak izületi jelenségeit tárgyalja, és kezelésként salicylátokat ajánl. Didaktikailag helyesebbnek tűnne a streptococcus A infectio utáni második betegségek egységes összefoglalása, melyben méltó helyre kerülhetne a steroid- és penicillin-kezelés, illetve a megelőzés is.

Jól sikerült az *endokrinológia* fejezet. A sürgősségi ellátás elsősor-

ban a diabetes mellitussal kapcsolatban merül fel. Nem lehet egyetérténi azzal, hogy az acut diabetes insipidus is életveszélyt jelent, legfeljebb a kiváltó betegség. Modern összefoglalóját kapjuk a gynecomatia, galactorrhea és secunder amenorrhoea differenciáldiagnosztikájának. A laboratóriumi eltérések ismertetése viszont szegényes. Az egyes kórkepek tárgyalása során nem léptek fel a teljesség igényével. Szükszavú, de modern a multiplex endocrin neoplasiának, az oralis anticenciensek szövödményeinek, valamint a paraneoplasias hormon secretio syndromának ismertetése. A rendkívül fontos obesitas és hyperlipidaemia leírása is itt történik, de ez még vázlatnak is kevés.

A *fertőző betegségekkel* kapcsolatos sürgősségi esetek ismertetése példás, lényegretörő. A betegvizsgálattal foglalkozó alfejezetben kitűnő a láz differenciáldiagnosztikáját tartalmazó táblázat, a klinikai mikrobiológia módszereinek mértéktartó, gyakorlati ismertetése. A szervrendszerek ismertetése során meglepődve látjuk, hogy az otitis media kezelésében a paracentesist szerzők nem említik, továbbá, hogy a mastoiditist ma már ritka szövödménynek tekintik. Az egyébként formás összeállításból kimaradt néhány — szerencsére — ma ritka, de igen veszélyes kórkép: a variola vera, a poliomyelitis és a sárgaláz, továbbá a nem is különösebben ritka kiütéses typhus és a cholera. Meglepődve olvastuk, hogy a szerzők penicillin-allergia enyhe formáiban nem riadnak vissza a szer további adásától, csupán antihisztaminikumok, ill. steroidok védelmében folytatják a kezelést. Diákjaink számára ezt nem tartjuk követendő példának! Az antibiotikumok alkalmazását összefoglaló táblázat értékét növelte volna a bacteriostaticus és bactericid szerek különválasztása, ill. a leggyakoribb hasznos antibioticum-társítások bemutatása.

Tömör, modern összefoglalóját találjuk a következő részben a *klinikai immunológiának*. Kiemelten tárgyalja az anaphylaxiás shockot, emellett rövidebben ismerteti a hereditar angiooedemát, a hyperviscositas syndromát és a SLE acut cerebellis szövödményét. Korszerű a betegség felosztása: 1. Ig. E. által közvetített (I. típus), 2. Antimembran ellenanyag (II. típus), 3. Immunkomplex (III. típus), 4. Hypertensív pneumonitis (III. + IV. típus), 5. Késleltetett (sejt-mediált) hypersensitivitas (IV. típus) — betegségek. A fejezet végén röviden leírja a fontosabb immunológiai vizsgálati eljárásokat.

A *klinikai farmakologia* bevezetéseket a toxicológiát ismerteti. Az összeállításban a legtöbb fontos mérgezés helyet kap (a gombamérgezés azonban kimaradtak). A barbiturát-mérgezés kezelését illetően vitatható az a felfogás, hogy a gombormosásnak csak akkor

van értelme, ha a szer bevétele után 3 órán belül sorra kerül. Magyarországi tapasztalatok alapján a szerves foszforsav-észterekről írottak kevésnek tűnnek. A továbbiakban fontos belbetegségek a gyógyszeres kezelési elveit mutatja be a könyv. Örömmel üdvözölhetjük azt a felfogást, amely a reserpint és az α -methyl-DOPA-t egyaránt leáldozóban levő divatnak tekinti a hypertonia kezelésében. A következőkben világos bepillantást kapunk a gyógyszerek felszívódását, metabolizmusát, kiürülését, a gyógyszerek kölcsönhatásait illető kérdésekben. A fejezetet a gyógyszerek által kiváltott betegségek hasznos összefoglalása zárja.

Az utolsó fejezet a *bőrgyógyászati* betegségek összefoglalóját tartalmazza. A néhány sürgősségi eset (pemphigus, toxikus bőrcnecrosis, exfoliativ erythroderma, gen. genyenes psoriasis) leírása után a bőrön látható eltéréseket tárgyalja. Az egyes betegségeket szemléltető képekkel magyarázza. Végül a szisztémás betegségek bőrijelenségeit foglalja táblázatba, ezek az adatok más szakorvosok körében is elhanyagolt részét képezik a belgyógyászati differenciáldiagnosztikának.

László Ferenc dr.

Mücke Dietmar, Bartel Joachim: Pädiatrische Elektrokardiographie. Band 1. VEB Georg Thieme Leipzig — 1979. 217 oldal, 102 ábra, 9 táblázat. Ára: 35,— M.

A kitűnő könyv a csecsemő- és gyermekkori EKG görbék felvételéhez, kiértékeléséhez és megítéléséhez szükséges ismereteket tartalmazza.

A mű első fejezete rendszeresen, lépésről lépésre ismerteti az EKG görbék kiértékelésének módját: a különböző ritmusformák felismerését, a szívfrekvencia kiszámítását, a QRS α meghatározását, az EKG görbék morfológiai sajátosságainak megítélését, az EKG időértékeinek és amplitudo értékeinek lemerését, a pitvári, kamrai hypertrophia EKG jeleit és a hypertrophia formák elkülönítését (resistentia és volumen hypertrophia).

A szerzők számos példával mutatják be a különböző görbétípusok kiértékelését. A QRS α meghatározására jó módszer Mücke geometrikus konstrukciós linearanalízises módszere.

A fejezetben számos dia és nomogramot találhatunk, amelyeknek segítségével a görbék értékelése pontosabbá válik. A szerzők „Ekameter”-e pedig a legfontosabb adatok (frekvencia, PQ távolság, tengelyállás, QT tartam, rotációk, hypertrophia jelek) lemerését segíti elő és tartalmazza az életkor és szívfrekvencia függvényében a normál értékeket, valamint a legfontosabb kamrai hypertrophia EKG jeleket.

A könyv második fejezete 4 részre oszlik. Az első két részben szerzők röviden összefoglalják azon biofizikai alapismereteket, amelyek szükségesek ahhoz, hogy megérthessük az EKG görbe keletkezését. A harmadik rész a különböző EKG elvezetések elvét és módszerét foglalja össze és leírja a koraszülött, az újszülött, a csecsemő- és gyermekkorú EKG görbék sajátosságait.

A második fejezet negyedik része pedig betűrendben lexikon-szerűen foglalja össze az EKG-val kapcsolatos ismereteket. E fejezetben kapnak helyet — talán kissé túl röviden — az egyes veleszületett szívhibák, a myocarditis, a pericarditis EKG jeleinek leírásai is.

A könyvet 110 irodalmi hivatkozás egészíti ki. Az irodalomjegyzék tartalmazza az e tárgyban megjelent legfontosabb monographiákat. Gegesi Kiss és Szutrély könyvének német nyelvű kiadása (Herz und Kreislaufstörungen im Säuglings- und Kindesalter, Georg Thieme kiadó, Leipzig 1960) is megtalálható az irodalomjegyzékben.

A könyv nyelvezete világos, ábranyaga kitűnő. A szerzők művüket elsősorban orvostanhallgatóknak és olyan gyermekorvosoknak ajánlják, akik még nem ismerik a gyermekkorú EKG értékelésének alapelveit. Az értékes, sok korszerű ismeretet tartalmazó könyv azonban gyermek kardiológusok számára is nagyon hasznos és élvezetes olvasmány.

Simon György dr.

J. Rehn. Der alte Mensch in der Chirurgie. Springer-Verlag (Berlin, Heidelberg, New York): 1979. 245. oldal, 85 ábra, 158 táblázat. Ára: 60,— DM.

A „Vereinigung der Niederrheinisch-Westfälischer Chirurgen” 1979. október 5—7-i 145. ülésén a fő téma „az idős ember a sebészeten” volt.

Az itt elhangzott több mint 60 előadás szerepel a könyvben az alábbi három témakörben csoportosítva:

A) A műtéti beavatkozások diagnosztikai és indikációs problémái, az elő- az utókezelés, valamint a rehabilitáció.

B) A csípőízület-közeli combtörések.

C) Az idős korúak hassebészeti kérdései.

A választott fő témák közül az elsőt elhangzott előadások azt bizonyítják, hogy az idős betegek műtéteivel kapcsolatos központi problémák minden műtétes szakmában közzéek. A biológiai leépülés, a hiányos regeneráció, az ágyugyalom rosszul tűrése, a megszozott otthoni környezet hiánya egyformán negatív hatással minden idős betegen végzett műtét esetében. Az ilyen betegek rosszul viselik a narcosist, a vérvesztést és igen

hajlamosak fertőzésekre. Ezek a szempontok interdiszciplinális feladatot jelentenek; különösen fontos az anaesthesia, belgyógyászat és ideggyógyászat közreműködése. Ebből következik, hogy időseknél a műtét eredményes kezelése többnyire csak valódi team-munkával biztosítható.

Az előadásokhoz csatlakozó pódium megbeszélésekben egyhangú volt a vélemény az antibiotikus profilaxissal, thrombózis elleni védelemel és az esetleges hypertonia kezelésével kapcsolatban. Rutinszerű antibiotikus profilaxist mindenképpen mellőzendőnek tartották, előzetes gyulladáshoz megbetegedések miatt csak 4—5 napig, de elegendő magas adagolás céljára. A thrombózis profilaxishoz öregeknél rámutattak a heparinizálás veszélyére, az alacsony adagú heparin azonban veszélytelennek bizonyul. A hypertonia komoly rizikó faktor az egyidejű cerebrovasculáris zavarok miatt. Nagymértékű és gyors műtét előtti csökkentéstől óvakodni kell. Általános vélemény volt, hogy a jól beállított hypertoniust nem kell újabb gyógyszerekkel befolyásolni.

A proximális combcsont-törések kezelésének különlegességével 15 előadás foglalkozott és e fejezet traumatológusok és orthopédek érdeklődésére is számot tarthat.

A könyv legterjedelmesebb része a harmadik fő téma, az időseken végzett hasműtétek problémái. Az egyes szervek megbetegedéseivel foglalkozó előadások közül csak az idősek appendicitisének kérdésével kapcsolatos kiemelést, nevezetesen a mielőbbi operálást és az antibioticus kezelés elvetését, valamint cholecystaemphyema műtétével kapcsolatban a cholecystectomia melletti állásfoglalást — szemben a drainézzal — húzhatják alá. Az idős betegek hasműtéteinek árnyoldala az, hogy a cardio-vascularis komplikációk fenyegetik az operálást és ez nagyobb gond, mint a műtét technikai nehézségei. A hetedik deceniumban 45%, a nyolcadikban azonban már 90% a kísérő cardio-vascularis megbetegedés. Mayo statisztika szerint idős operáltak anamnesisében 6,6%-ban szereplő szívinfarctus miatt 50%-os lethális várható postop. reinfarctus következtében.

A könyv számos hasznos útmutatást és állásfoglalást tartalmaz az öregek műtéti kezelésével kapcsolatban. Mindazonáltal számos kérdés nyitva maradt az előadások között (pl. a radicalitás kérdése, az érzéstelenítési eljárások indicatioi stb.).

Ez csak aláhúzza azt az igényt, hogy az öregek arányának megfelelő súllyal és részletességgel foglalkozunk hazánkban is e témakörrel és ezen belül a sikeresebb kezeléshez szükséges igények felmérésével, illetőleg megteremtésével.

Kós Rudolf dr.

Ursula Kleinpeter: Folgezustände nach Schädel-Hirn-Traumen im Kindesalter und deren Begutachtung. (Gyermekkorú koponya-agysérülések következményes állapotai és azok gondozása.) VEB Thieme Leipzig, 1979. 146 oldal, 9,90 M.

A szerző munkatársaival 224 koponya-agysérült gyermeket évenkénti ellenőrző vizsgálattal gyakorlatilag a felnőtt korig követett. A betegek súlyos és középsúlyos agysérültek voltak.

Ismerteti az általuk végzett vizsgálati eljárásokat (anamnesis szempontjai, általános és neurológiai vizsgálatok, psychodiagnostica, rtg, liquor, EEG), és kiegészítő (gyermekorvosi, fül-orr-gége, szemészeti, orthopéd, stomatológiai) vizsgálatokat.

Foglalkozik a posttraumás idegrendszeri szindrómákkal (Psychoregressio, vegetatív és localis szindróma, Cerebral paresis, aphasia, frontalis szindróma és epilepsia).

Rámutat a problémákra, melyek elsősorban abból adódnak, hogy a trauma még testileg és szellemileg fejlődő gyermekeket ér, és a károsodás olyan képességeket és funkciókat befolyásolhat, melyek még nem rögzültek eléggé az idegrendszerben, illetőleg a baleset időpontjában még nem fejlődtek ki (pl. beszéd, írás-olvasás, sexualitás, szocialis adaptatio képessége stb.).

Mindezek végleges megítélése csak a pubertás után, esetenként csak a felnőtt korban lehetséges.

Vizsgálataik eredményei alapján megkísérlik a különböző sérülésformák kórjelét, a várható szervi és psychikai károsodás fokát tudományosan alapra helyezve százalékosan is megadni. Ennek nagy jelentősége abban van, hogy ennek a szerzők által megítélt problémának a megítélése az irodalomban sem egységes és nem eléggé kidolgozott.

Ugyanakkor hangsúlyozzák, hogy sémákat felállítani nem lehet, minden egyes beteget egyéni és differenciáltan kell értékelni. A könyv aktualitását az adja meg, hogy az elmúlt évtizedben a gyermekhalálozásban a baleset első helyre került, s ezen belül a koponya-agysérülések igen jelentős hányadot képviselnek, saját vizsgálataink szerint 31%-ot.

Bár a gyors és korszerű elsősegély és reanimatio eljárások a súlyos koponya-agysérültek csoportjában is növelik a túlélés esélyeit, de ennek arányában növekszik az átmeneti és maradandó károsodottak száma, akik komplex feladatot rónak a gyermekpsychoneurológusokra, psychológusokra, logopedekre, gyógytornászokra és gyógyterápiológusokra.

A könyv hézagpótló, ezért a fentiek kivül haszonnal forgathatják a baleseti ellátással foglalkozó gyermeksebészek, gyermekorvosok, iskolaorvosok és az állami biztosító orvosai.

Dankó János dr.



PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

(528/a)

A Főv. XXI. ker. Tanács V. B. Egyesített Gyógyító-Megelőző Intézmény (Bp. XXI., Déli u. 11. 1751) főigazgató főorvosa pályázatot hirdet ideggyógyászati szakrendelést vezető főorvosi állásra.

Az állás elnyeréséhez ideggyógyász szakorvosi képesítés szükséges.

Pályázatot hirdet továbbá egy fő körzeti orvosi állásra.

Az illetmény megállapítása a 3/1977. (VIII. 19.) EüM-MüM sz. együttes rendelet alapján történik.

Mittler István dr.
főigazgató főorvos

(573/b)

A Budapest Főváros XXI. ker. Tanács V. B. Egészségügyi Osztály vezetője pályázatot hirdet a Közegészségügyi-Járványügyi Szolgálat területén áthelyezés folytán megüresedett higiénikus orvosi állás betöltésére.

Pályázatot az Egészségügyi Osztály vezetőjének Budapest XXI. ker. Tanács-ház tér 10. alatt kell benyújtani.

Holba Magdolna dr.
osztályvezető

(579/b)

A Sárvári városi Tanács V. B. Kórház-Rendelőintézet igazgató főorvosa (3601 Sárvar, Rákóczi u. 30.) pályázatot hirdet elhalálozás folytán megüresedett rendelőintézeti belgyógyász csoportvezető főorvosi állásra.

Illetmény szolgálati időtől függően. Lakás megbeszélés tárgyát képezi. Az állás azonnal elfoglalható.

Atanaszov György dr.
igazgató főorvos

(585/a)

A Sárvári városi Tanács V. B. Kórház-Rendelőintézet igazgató főorvosa (Sárvar, Rákóczi u. 30, 9601) pályázatot hirdet 1 főfoglalkozású üzemorvosi állásra Sárvári Baromfifeldolgozó Vállalathoz.

Bér: 3/1977. EüM-MüM sz. együttes rendelet alapján.

Lakás: megbeszélés tárgyát képezi.

Atanaszov György dr.
igazgató főorvos

(586/a)

A XVI. ker. Tanács V. B. Szakorvosi Rendelőintézet igazgató főorvosa (XVI., Sh., Jókai u. 3.) pályázatot hirdet az alábbi állásokra:

egy ortopéd szakfőorvosi,
egy urológus szakfőorvosi,
egy orr-fül-gége szakorvosi,
egy nőgyógyász szakorvosi,
egy laboratóriumi szakorvosi.

Illetmény a 3/1977. (VIII. 19.) EüM-MüM sz. együttes rendeletben foglaltak szerint.

Friedmann Edit dr.
igazgató főorvos

(593)

Budapest III. ker. Tanács V. B. Egészségügyi Osztályának vezetője (Bp. III. ker., Folyamőr u. 22.) pályázatot hirdet:

1 fő anaesthesiológus és intenzív osztályvezető,

1 fő kórboncnoki osztályvezető főorvosi állásra.

Illetmény megállapítása a 3/1977. (VIII. 19.) EüM-MüM számú együttes rendelet alapján történik.

Pályázati kérelmeket a szolgálati út betartásával a hirdetmény megjelenésétől számított 15 napon belül kérem benyújtani.

Ferenczi Erzsébet dr.
ker. főorvos eu. oszt. vez.

(594)

Fővárosi Tanács Apáthy István Gyermekkorház-Rendelőintézet főigazgató főorvosa (Budapest, Bethesda u. 3. 1146) pályázatot hirdet egy gyermeksebész, ill. sebész szakorvos vagy 3 éves sebészeti gyakorlattal rendelkező szakorvosjelölt számára az Intézet I. sz. Gyermeksebészeti Osztályán megüresedett állásra kórház-rendelőintézeti munkakörbe.

Besorolás kulcsszám és bér a pályázó szolgálati idejének, képzettségének figyelembevételével a 3/1977. EüM-MüM sz. együttes rendelete alkalmazásával személyes megbeszélés alapján kerül megállapításra.

Kassai Péter dr.
főigazgató főorvos

PHLOGOSAM[®]

kenőcs

ÖSSZETÉTEL

1 tubus (20 g) 3% natr. disulfosalicylato samar. anhydr.-ot tartalmaz, lemosható alapanyagban.

ALKALMAZÁSA

Fizikai, kémiai, mechanikai ártalmak okozta gyulladásokban, első és másodfokú égések, napégés eseteiben gyors javulást biztosít.

Ha az orvos másképpen nem rendel, a bőrelváltozást naponta 2-3-szor a kenőccsel vékonyan kell bekenni.

MEGJEGYZÉS

* „Vény nélkül egy alkalommal legfeljebb a legkisebb gyári csomagolás, vagy annak megfelelő mennyiség adható ki.”

CSOMAGOLÁS

1 tubus (20 g) térítési díj 2,50 Ft



A TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága 1980. október 3-án du. 14 órára tűzte ki **Kontor Elemér dr.**: „Új módszerek alkalmazásával elért eredmények az újszülött sebészetben” c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA Kis-teremben.

Az értekezés opponensei: **Kiszel János dr.**, az orvostudományok kandidátusa, **Pintér András dr.**, az orvostudományok kandidátusa.

A TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága 1980. október 6-án 14 órára tűzte ki **Bakay Endre dr.**: „A csontregeneráció stimulálása elektromos árammal” c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját, az MTA Nagytermében.

Az értekezés opponensei: **Krakovits Gábor dr.**, az orvostud. kandidátusa, **Szepesi Kálmán dr.**, az orvostud. kandidátusa.

A TMB Elméleti Orvosi Szakbizottsága 1980. október 7-én du. 2 órára tűzte ki **Takáts István dr.**: „Kardioaktív gyógyszerek hatása a normális és ischaemiás szívizom energetikai állapotára” c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA Nagytermében.

Az értekezés opponensei: **Szegi József dr.**, az orvostudományok doktora, **Domonkos Jenő dr.**, a biológiai tudományok kandidátusa.

A Pécsi Orvostudományi Egyetem Szakcsoportja 1980. szeptember 29-én, délután 4 órakor Pécsen, az Orvostudományi Egyetem Központi Épületében *tudományos ülést* tart.

Nobuyoshi Hagino (Texas): A limbikus rendszer és az öregedés: az ösztrogén, valamint az aminés peptiderg szinaptikus transzmisszió szerepe a folyamatban (angol).

Lovász Márta: Fiatal felnőttkorban végzett fogszabályozás lehetőségei.

Ralovich Béla: A Balaton-régió vizeinek bakteriológiai vizsgálata során szerzett tapasztalatok.

A Magyar Nőorvos Társaság Dél-magyarországi Szakcsoportja és a Kiskunhalasi Semmelweis Kórház Szülészeti-Nőgyógyászati Osztály 1980. október 3-án, 9.30 órakor Kiskunhalason, a Semmelweis Kórház XI. szinti előadótermében *tudományos ülést* tart.

Prof. Sas M.: Megnyitó.

Gubacsi L. dr., Bács-Kiskun megyei Tanács Eü. Oszt. vez. **Szabó M. dr.** MSZMP kiskunhalasi városi biz. első titkára: Üdvözlések.

Üléselnök: Prof. Sas M.
Üléstítkár: Rapcsák V.

Makay L. (Kiskunhalas): Két év-tized szemléleti változásai a Kiskunhalasi Semmelweis Kórház Szülészeti-Nőgyógyászati Osztály működésében.

Vincze J., Jenőváry É., Jeremiás A., Makay L. (Kiskunhalas): Rehabilitációs portio plastikai műtéteink osztályunk 20 éves anyagában.

Urfi L., Elek V., Kellner B., Boda V. (Kiskunhalas): Koraszülések osztályunk 20 éves anyagában.

Vizmeg S., Ribár M. (Kiskunhalas): A szülészeti-nőgyógyászat kapcsolata az interdiszciplináris intenzív osztállyal.

Koncz I., Altorjay B., Bentzik A., Nagy T. (Kecskemét): Tapasztalataink a praepartalis cardiokogradiaphiákkal és amnioscopes vizsgálatokkal az intrauterin veszélyeztettség felismerésében.

Veszelovszky I., B. Nagy Z. (Szentés): Az amniocentézis nyújtotta lehetőségünk a praenatalis diagnosztikában.

Beliczay T., Veszelovszky I. (Szentés): Az integráció adta lehetőségeink a szülészeti-nőgyógyászati ellátásban.

Berta E., Zelenka L. (Orosháza): A szülészeti és nőgyógyászati másodlagos laparotomiák tanulságai.

Kovács I. (Orosháza): A női meddőség műtéti kezelése.

Rakonczay L., Jakobovits A. (Szolnok): A méhen belüli élet korai biofizikai jelei.

Rigó I., Lux J. (Kiskunfélegyháza): Csökevényes méhszarv-terhessegről.

Hörömpöli Cs. (Baja): Intrauterin fejlődés ERD profilaxis után.

Tájékoztató: írásvetítő, 5×5 cm-es dia, 16 mm-es mozgófilmvetítés lehetséges.

A Magyar Gastroenterológiai Társaság Hepatológiai Sectiója, a Semmelweis Orvostudományi Egyetem III. Belgyógyászati Klinika, a Fővárosi János Kórház Tudományos Bizottsága és a Hazafias Népfront XII. ker.-i Orvosklubja 1980. október 4-én (szombat), a Semmelweis Orvostudományi Egyetem III. Belgyógyászati Klinikán XII. Eötvös u. 12.) *tudományos ülést* tart.

9.00 óra

Gráf Ferenc: Megnyitó. Üdvözlések.

Üléselnök: **Magyar Imre, Gráf Ferenc.**

Wildhirt, E. (Kassel): A májelégtelenség terapiája.

Schaff Zs., Lapis K. (Budapest): A vírus eredetű akut és chronicus hepatitisek morfológiai sajátosságai.

Csermely A., Balázs M. (Budapest): Contraceptív szerek okozta májbetegségek pathológiája.

Sz ü n e t

Üléselnök: **Wittman István, Fehér János.**

Jakab L., Pozsonyi T., Fehér J. (Budapest): Májelváltozások systemás autoimmun betegségekben.

Fehér J., Pozsonyi T., Jakab L. (Budapest): Chronicus activ hepatitis és alkoholizmus.

Szlamka I. (Budapest): A humoralis immunitás jelentősége az immunhepatitisek pathomechanizmusában.

Hoang Gja Loi (Vietnam), **Magyar I., Fehér T.** (Budapest): Chenodesoxycholsav terhelések klinikai jelentősége.

Papp J. (Budapest): A cholelithiasis gyógyszeres kezelése.

Szám I. (Budapest): A hepatológia és a cardiológia néhány határterületi problémája.

Bodor Gy., Spitzó K., Nagy E. (Budapest): Fulminans hepatitisek intenzív kezelése.

Sz ü n e t

15.00 óra

Üléselnök: **Szám István, Gógl Árpád.**

Hérics M., Hollós I., Keresztury S., Schaff Zs., Kolláth Z., Lapis K. (Miskolc, Budapest): Hepatitis vírus vizsgálatok alkoholista májbetegségeken.

Juhász L., Sági I., Degrell P., Óváry I., Schaff Zs. (Miskolc, Budapest): Májkárosodás Wilson-kórban.

Jákics J., Breitner V. (Dunaújváros): Az akut vírushepatitisek steroid-terapiája.

Tóth J., Remenár É., Virág Sz., Bartók I. (Budapest): A Disse tér mesenchymalis elemeinek elektronmikroszkópos vizsgálata felnőtt és embryonális májban.

Kovács L., Czégé I. (Budapest): Májcirrhosisok és primaer májtumörök 10 év sectiós anyagában.

Hajdu L., Pecze K., Dalmi L. (Debrecen): Steroid-Imuran-Catergen kombinált kezeléssel szerzett tapasztalataink immunopathogenesissű májbetegségeken.

Abonyi N., Kisfaludy S., Schaff Zs. (Budapest): A Catergen terapiás effectusa toxicus májlaesióban és chronicus aktív hepatitisben.

Dalmi L., Hajdu L., Pecze K. (Debrecen): Acut hepatitiset követően diagnosztizált chronicus hepatitis esetek elemzése.

Fazekas P., Tasi I. (Gyula, Eger): A hyperplasticus colecyctosisok röntgendiagnosztikája.

Csóka J. (Budapest): Májbiopsziákkal szerzett tapasztalataink, különös tekintettel az alkoholizmusra.

Romics L. (Budapest): Zsiranyagcserezavar májbetegségeken.

Sz ü n e t

Üléselnök: **Jakab Lajos, Kisfaludy Sándor.**

Gógl Á., Horváth L., Vezekényi Zs., Jávör T. (Székesfehérvár,

Pécs): A Phenobarbital kezelést követő cholegraphiás vizsgálatról.

Juhász L., Minik K. (Miskolc): Griseofulvin okozta halálos kimenetelű intrahepaticus cholestasis.

Kovács G., Radó J., Salamon F., Sirály F. (Budapest): A (+)-Cyanidanol-3(Catergen) terápiás hatás chronicus hepatopathiákban.

Kovács L., Lapis K., Szendrői M. (Budapest): Chronicus májbetegségek polarisatios mikroszkópos vizsgálata.

Takács J., Schaff Zs., Keresztury S., Lapis K., Kolláth Z., Hérics M., Hollós I. (Budapest, Miskolc): Morfometriai vizsgálatok acut hepatitisben.

Dinka T., Cserényi L. (Kecskemét): Icterus miatt operált beteganyagunk elemzése.

A délelőtti előadások időtartama 10 perc, a délutáni előadásoké 5 perc, hozzászólás 5 perc.

A Pécsi Orvostudományi Egyetem Tudományos Szakcsoportja 1980. október 6-án, délután 4 órakor Pécsen, az Orvostudományi Egyetem Központi Épületében tudományos ülést tart.

Végh Mária, Horváth László (Radiológiai Klinika): Renovascularis hypertonia (esetismertetés).

Jádi Ferenc: Cigányok pszichiatriai körképe.

Pórszász János, Simon József, Bíró György: A cardiorespiratorikus rendszer igénybevétele a különböző bányabeli munkafolyamatok alatt.

Modla Zoltán: A temporomandibuláris ízület dysfunctióis szindrómájának aetiologiája és terapiája.

A Magyar Gerontológiai Társaság, a Magyar Belgyógyász Társaság Dél-magyarországi Decentruma és a Kiskunhalasi Városi Kórház 1980. október 7-én, 13.30 órakor Kiskunhalason, a Kórház tanácstermében (XI. szint) „Az idős kor cardiovascularis kérdései” címmel kerekasztal-konferenciát tart.

Makay László dr.: Megnyitó.

Vitavezető: Vértés László dr.

Résztevők: Gesztes Tamás dr. (Kiskunhalas), Hun Nándor dr. (Visegrád), Kelemen Endre dr. (Szekszárd), Lengyel Éva dr. (Bp.), Matos Lajos dr. (Bp.), Sinkovits Mátás dr. (Bp.), Szám István dr. (Bp.), Vértés László dr. (Bp.).

A Fővárosi Merényi Gusztáv Kórház Tudományos Köre 1980. október 7-én (kedd) 14 órakor, a Kórházban (Gyáli u. 17.) tudományos ülést tart.

1. Pándy László, Máté Róbert, Magyar Iván: Relaxációs electroshock kezeléssel kapcsolatos tapasztalataink.

2. Magyar Iván: A psychopathiák problémaköre az elmeosztály gyakorlatában.

3. Balázsné Boros Mária: Csoporthelyesítőterápia.

4. Kokovai Emőke, Balázsné Boros Mária: Azaxazin hatás depresszív szindrómában.

A Tatabányai Megyei Kórház Tudományos Köre 1980. október 9-én, délután 14 órakor, a Kórházban (Simmelweis u. 2.) tudományos ülést tart.

Bódog Gy., Szóts Z., Szentirmai J.: Több mint 10 éves anamnesissel rendelkező, kettős cerebrális tumor esete.

Szamos Gy.: A mezőgazdasági nagyüzemekben előforduló anthroozoonosisok (vírusos, gombás és bacterialis foglalkozási megbetegedések).

Széchy M., Hargitai F.: Pancreas betegségek megváltozott sebészi szemlélete.

Széchy M., Pintér A.: Újszerű szövődmények intenzív terápiával életben tartott postpancreatitis állapotokban.

Világosi Cs., Horváth K.: Hólyagkövek aggyastánkorban (esetismertetés).

A Fővárosi Heim Pál Gyermek-kórház, mint Dél-Pest Területi Szakfelügyelet 1980. október 9-én, délelőtt 8 órakor, az Orsz. Közegészségügyi Intézet nagyelőadótermében (IX., Gyáli u. 2-6. továbbképző előadást tart.

Csabay László dr.: A fogyatékos gyermekek problematikája Dél-Pesten.

A Korányi Frigyes Tbc és Tüdőgyógyász Társaság Bronchológiai Sectiója 1980. október 10-11-én (pénteken és szombaton) Tatabányán, a Népházban (I., Tóth Bucsoki u. 5.) „Új vizsgálati módszerek a bronchopulmonális megbetegedések diagnosztikájában” témakörből tudományos ülést rendez.

1980. október 10., 14.00 óra

Hutás Imre dr. Eü. miniszterhelyettes: Megnyitó.

Kertes István dr., a Társaság főtitkára, Schweiger Ottó dr., az Orsz. Korányi Tbc és Pulmonológiai Int. főig. főorvosa: Üdvözlések.

Lakatos P. dr. (Tatabánya): A pulmonológia fejlődése Komárom megyében.

14.45 óra

Bronchographiás eljárások

Elnök: Kertes István dr.

Nagy M. (Debrecen): A bronchographiás eljárások jelentősége (referátum).

Székely E. dr., Farkas E. dr., Várdi J. dr., Sellyei E. dr. (Buda-

pest): Bronchographia a csecsemő- és gyermekkorban.

Prof. Goldmann S., Pilis I. dr., Apró V. dr., Horváth K. dr. (Novi-Sad): A bronchographia helye a pulmonológiában.

Prof. Szymanski A. (Lengyelország): Általános érzéstelenítésben végzett bronchographia értéke egyes tüdő-megbetegedésekben (német nyelven).

Kirsch M. dr. (NDK): A bronchographiák jelentősége (német nyelven).

Ferenczy S. dr., Nyíredy G. dr., Szücs S. dr., Hellebrandt Gy. dr., Gévai E. (Budapest): Bronchographia jelentősége a hörgőbetegségek diagnosztikájában.

Gondkiewicz M. dr., Jáger M. dr., Bordás M. dr. (Miskolc): Bronchographia szerepe a modern pulmonológiában.

Kormos M. dr. (Debrecen): A bronchographia értéke a hörgőrák diagnosztikájában.

Kelemen S. dr. (Budapest): A hörgőrendszer dinamikája.

Mucsi I. dr., Simon E. dr., Dénes L. dr. (Szolnok): Bronchographiás eljárások jelentősége.

Simon E. dr., Dénes L. dr., Büttner K. dr. (Szolnok): Bronchodiagnóziológiai vizsgálatok a tüdő fejlődési rendellenességeiben.

Koppány Gy dr., Gautier B. dr., Borzsák E. dr. (Hegyfalu): A „hagyományos” bronchographia szerepe a pulmonológiai diagnosztikában.

Sellyei E. dr. (Budapest): Középső lebony syndroma a gyermekkorban.

S z ü n e t

Angiographia

Elnök: prof. Mihóczy László.

Naszlady A. dr. (Budapest): Pneumoangiographiás lehetőségek a bronchopulmonális betegségek differenciáldiagnosztikájában (referátum).

Prof. Schilling W., J. Preisler (NDK): Az angiographia helye a nem spec. tüdőmegbetegedések elkülönítő kórisméjében, különös tekintettel a tüdőhilusra és a mediastinumra (német nyelven).

Szücs S. dr. (Budapest): Angiopneumographia jelentősége a tüdő érfejlődési rendellenességeinek kimutatásában.

Nyíredy G. dr., Csákány Gy. dr., Gévai E. dr., Szollár R. dr. (Budapest): Érelváltozások bronchiektázia betegségben.

Büttner K. dr., Dénes L. dr., Simon E. dr. (Szolnok): Mediastinalis phlebographia a tüdőcarcinoma áttételeinek kimutatásában.

Loós T. dr., Nagy O. dr., Szalai I. dr., Kiss J. dr. (Nyíregyháza, Debrecen): Bronchographiával és aortographiával szerzett tapasztalataink a gyermekkori neurogen intrathoracalis tumor-diagnosztikában.

Lymphographia

Elnök: Kerényi Antal dr.

Molnár Z. dr., Kuhn E. prof. (Pécs): A komplex radiológiai vizsgálatok jelentősége a mediastinalis daganatokban, különös tekintettel a lymphographiára (referátum).

Felkért hozzászóló: prof. Vargha Gyula (Debrecen).

Vita

1980. október 11., 9 óra

Izotóp eljárások

Elnök: prof. Karika Zsigmond.

Hernádi T. dr. (Budapest): Az izotóp diagnosztika szerepe a pulmonológiában (referátum).

Kerényi A. dr., Hernádi T. dr., Nagy E. dr. (Tatabánya, Budapest): Összehasonlító bronchographiás és scintigraphiás vizsgálatok a bronchopulmonális megbetegedések elkülönítésében.

Nyiredy G. dr., Szücs S. dr., Ferenczy S. dr., Gévai E. dr., Gyárfás I. dr. (Budapest): Scintigraphia jelentősége a bronchopulmonális megbetegedések kimutatásában.

Udvardy L. dr., Dénes L. dr., Büttner K. dr. (Szolnok): Scintigraphiás és keringési radioizotóp vizsgálatok tüdőcarcinómában.

Varga Gy. dr., Kazai L. dr., Molnár L. dr., Barzó P. dr. (Miskolc): Gammakamerával végzett scintigraphiás vizsgálatok helye és jelentősége a pulmonalis emboliák diagnosztikájában.

Tengelyi V. dr., Török É. dr. (Törökbalint): Izotóp eljárások a bronchopulmonális betegségek diagnosztikájában.

Gautier B. dr., Virágh L. dr. (Hegyfalu): Tüdőscintigraphiával szerzett tapasztalataink.

Dénes L. dr., Simon E. dr., Udvardy L. dr., Büttner K. dr., Incze D. dr., Radeczky G. dr. (Szolnok): Bronchographiás, angiographiás és scintigraphiás vizsgálatok a postoperatív mellkasban.

Varga M. dr., Török É. dr., Cs. Kiss E. dr., prof. Ungár I. (Törökbalint, Budapest): Bronchusadenoma functionalis következménye, műtéti megoldás, az Euler-Liljestrand-féle reflex klinikai bizonyítéka.

Albert A. dr., Farkas M. dr., Karos E. dr. (Mosdós): Bronchológiai és perfúziós tüdő-scintigraphiás vizsgálatok (egyezések-ellentmondások).

Szűnet

Computer tomographia

Elnök: prof. Csákány György.

Vittay P. dr. (Budapest): A computer tomographia helye a bronchopulmonális betegségek diagnosztikájában (referátum).

Prof. Vargha Gy., Kormos L. dr. (Debrecen): Computer tomographia helye és szerepe a bronchopulmonális elváltozások diagnosztikájában.

Xeroradiographia

Elnök: prof. Csákány György.

Péntek Z. dr. (Szekszárd): Xeroradiographia a bronchopulmonális betegségek diagnosztikájában (referátum).

Egyéb témakör

Elnök: Molnár Borbála dr.

Simay A. dr., Nagy M. dr. (Debrecen): Mellkasi rétegvizsgálatok ékszűrővel.

Szüle P. dr. (Budapest): A diagnosztikus hörgőmosás.

Simon E. dr., Mucsi I. dr. (Szolnok): Hörgőmosó folyadék cytológiai vizsgálata diffúz tüdőbetegségekben.

Incze D. dr., Radeczky G. dr. (Szolnok): Thermographiás vizsgálatok pulmonológiai alkalmazása.

Dubay M. dr., Gyenyey I. dr. (Budapest): Perthoracalis tübiopsia javallatai és eredményei.

Prof. Kulka F. (Budapest): Mit jelentenek „Az új bronchopulmonális vizsgálatok eljárások” a mellkassebész számára?

Vita

Kertes István dr.: A tudományos ülés összefoglalása.

A Nemzetközi Elektrokardiológiai Társaság 1981. szeptember 1—4. között rendezi Budapesten, a 8. Nemzetközi Elektrokardiológiai Kongresszusát (22. Nemzetközi Vektorkardiográfiás Szimpozium).

A kongresszus hivatalos nyelve angol.

A kongresszuson az alábbi tudományos témák szerepelnek:

1. Celluláris és globális szív-elektrofiziológia.

2. A szív elektromos aktivitásának matematikai modellezése.

3. A szív elektromos és mechanikus jelenségei közti összefüggések.

4. Az EKG, VKG, polárkardiográfia (triaxikardiometria) klinikai alkalmazása.

5. A szív felületi térképezésének (surface mapping) klinikai alkalmazása.

6. Új EKG elvezetések klinikai alkalmazása.

7. Computeres EKG analízis.

8. Aritmiák és programozott elektrokardiológia.

9. Vegyes.

A kongresszusi részvételt, a bejelentésre kerülő előadás címét kérjük legkésőbb 1980. november 30-ig megküldeni.

Cím: prof. Antalóczy Zoltán, a kongr. elnöke, Budapest, Pf. 112, 1389, Orvostovábbképző Int. II. Belgy. Klin.

A Magyar Kardiológusok Társasága 1981. május 7—8—9-én (csütörtök, péntek, szombat) Balatonfüreden tartja vándorgyűlését.

Főtémák: 1. A congenitális vitiumok morfogenetikája. 2. Infekciós endokarditisz. 3. Elektrofiziológia. 4. „Instabil” angina pectoris. 5. A kardiológiában használatos gyógyszerek kölcsönhatásai. 6. Az idegrendszer és a szív.

A tudományos ülésen a Társaság tagjai és a meghívott vendégek tarthatnak előadást. Előadóként egy szerző csak egyszer szerepelhet.

A maximálisan egy gépelt oldalnyi előadáskivonatokat — a munkahely, az előadás címének és az előadó(k) nevének feltüntetésével — nyomdakész két példány 1981. február 15-ig küldhető be a Társaság címére.

A Rendező Bizottság dönt az előadások elfogadásáról, műsorba iktatásáról, ill. poszterre helyezéséről.

A 31. Lindai Pszichoterapiás Heteket 1981. április 21. és május 2. között rendezik meg Peter Bucheim dr., Helmut Remmler és Theodor Seifert dr. vezetésével.

A részvételhez előzetes jelentkezés szükséges, amelynek lehetőleg még 1980-ban kell megtörténnie. A rendezvény kizárólag német nyelven zajlik. Felvilágosításokat a titkárság ad: D-8000 München 2. Orlandostrasse 8/IV.

Az első hét főtémája a szorongás, a második a szexualitás. Az előadók és szemináriumvezetők neves német és más országokból érkező szakemberek. A továbbképző jellegű rendezvényen kb. 150 szeminárium, tanfolyam és gyakorlat bonnyolódik le.

Az Orv. Hetil. 38-as, szeptember 21.-i számában közzétett IX. Magyar Haematológiai Napok (Debrecen, október 1—3.) programja kiegészül. Az október 3.-i, délutáni „A” sectióban a CGL kerekasztal részevője még Vargha Gyula. Az október 3.-i, délutáni „C” sectió ülészak végén még egy előadás hangzik el; Balogh Elemér, Kaszás Ildikó, Benkő Sándor, Krizsa Ferenc, Fleischmann Tamás (Szeged, Budapest): Chromosomavizsgálatok myeloma multiplexben.

A rendezőség



MEGJELENT

MAGYAR REUMATOLÓGIA

1980. 3. szám

- Judák Annamária dr., Gáspárdy Géza dr. és Mituszova Milla dr.: A láb megbetegedése köszvényben.
- Marth Sándor dr.: Spondylarthritis ankylopoetica előfordulása a cigány férfiak között — röntgenfelvételek alapján.
- Telek Béla dr., Hajdú László dr., Pecze Károly dr., Dalmi Lajos dr.: A perifériás vér B- és T-lymfocitáinak citokémiai vizsgálata.
- Varga Gabriella dr., Szücs László dr., Korda Judit dr. és Bálint Géza dr.: Kettős vak kísérlet a püspökadányi termásvíz hatásának megállapítása spondylosis betegekben.
- Radeczky Gábor dr., Szabó Mihály dr., Nagy-György Éva dr. és Nagy Lajos dr.: Rekeszműködés vizsgálata nyaki spondylosisban szenvedő betegeken.
- Genti György dr., Ratkó István dr., Grósz Éva dr., Bálint Géza dr. és Szvétek László dr.: Fájdalom mérése arthrosisos betegeken különböző típusú skálákkal.
- Fluck István dr. és Donáth Antal dr.: Reumás kézelváltozások és felsővégtagi paresis.
- Piszker Anna dr., Barabás Klára dr. és Julow Jenő dr.: Spondylosis cervicallis tüneteit utánzó accessorius neurinoma.
- Vértes László dr. és Bálint Géza dr.: A mozgásszervi betegek keresőképességének elbírálása I.
- Bély Miklós dr.: Az Országos Reuma- és Fizioterápiás Intézetben 1956–1980 között szövettanilag vizsgált csontdaganatok és daganatszerű elváltozások diagnózis szerinti megoszlásában.
- Szőczik Katalin dr., Szontagh Marianne dr.: Szokatlan beiszervi elváltozásokkal járó SPA.

BÓRGYÓGYÁSZATI ÉS VENEROLOGIAI SZEMLE

1980. 4. szám

- Dobozy Attila dr., Hunyadi János dr., Kenderessy Sz. Anna dr. és Simon Miklós dr.: A keringő mononukleáris sejtek szuppresszor funkciója psoriasis vulgarisban.
- Szekeres Lenke dr., Török László dr. és Szücs Mária dr.: Kőrülférfi foltos hi-

- perpigmentáció föllépése PUVA kezelés kapcsán.
- Szurgent József dr. és Varga Mária dr.: A gyógyszeres kontakt szenzibilizáció gyakoriságának alakulása az István Kórház nyolcéves betegforgalmában.
- Schneider Imre dr., Kelényi Gábor dr., István Lajos dr. és Kádás László dr.: Az angio-immunoblastos lymphadenopathia bőrtünetei.
- Kiss Anikó dr., Ujlakti Éva dr. és Gróf Pál dr.: A lokalizált cutan mucinosis-ról egy eset kapcsán.
- Kulesár Sándor dr. és Kádás István dr.: Cutan leishmaniasis eseteink.
- Esztári Piroksa dr.: Werner-szindróma és ichtyosis családi halmozódása.
- Raffai Sára dr. és Török László dr.: Kattannesztikus vizsgálatok a gonorrhoea penicillin + probenecid kezelésével kapcsolatban.
- Mayer Árpád dr. és Somogyi András dr.: Az orrbőr carcinoma kezelése.

MAGYAR NŐORVOSOK LAPJA

1980. 4. szám

- Cservakova T. V.: Koraszülöttek kardiodynamikai és metabolikus változásainak sajátosságai a szülés alatt.
- Sas Mihály dr., Godó György dr. és Falkay György dr.: Szekunder amenorrhoeák kezelése brom-ergokriptinnel.
- Lampé László dr.: Szülészeti és nőgyógyászati ellátás Japánban.
- Birtalan Iván dr., Cseh Imre dr., Rákóczi István dr., Bagdány Sándor dr. és Gáti István dr.: Új terápiás lehetőség a dysmenorrhoea kezelésében.
- Poradovsky K., Ondrusek V., Ondrás P. és Jarkovsky I.: Koraszülésekkel kapcsolatos szülészeti műtétek.
- Németh György dr., Takácsi-Nagy László dr. és Naszály Attila dr.: A különböző stádiumú méhnyaktumoros betegek számának változása a Fővárosi Onkoradiológiai Intézet 33 év alatt kezelt beteganyagában.
- Szombati Zsigmond dr., Konczwald László dr., Szabó Barna dr. és Zsolnai Bertalan dr.: Az oxitocin terheléses próba értékelése terhespatológiai anyagban.
- Nagy Gyula dr., Gaál József dr., Kuhl Antal dr. és Lampé László dr.: Szülés-megindítás Prostaglandin F_{2α}-val (Enzaprost F).
- Zentai Anna dr., Keszthelyi Béla dr. és Szava Márta dr.: Az orális kontrceptívum (Bisecurin) hatása a szérum B₁₂-vitamin, folsav és vas szintjére.

- Keresztyén István dr., Petruska Sára dr. és Maklár Elek dr.: Szívmegeállás után eredményesen resuscitált betegekkel kapcsolatos tapasztalataink hat éves műteti anyagunkban.
- Kazy Zoltán dr.: Transzservikális embrió-foetoszóphia chorion frondosum biopszia kapcsán.
- Veszelyovszky Iván dr., B. Nagy Zoltán dr. és Pataki Ilona dr.: Amniocrittel szerzett tapasztalataink a magzati érettség megítélésében.
- Sallay Zsolt dr., Aszódi Imre dr., Losonczy István dr. és Szokoly Viktor dr.: A „meddőségi-team”-ról.
- Naszály Attila dr., Németh György dr. és Takácsi-Nagy László dr.: Az úregri rádiumkezelés dozírózása és a túlélés összefüggése méhnyaktumoros betegeknél.
- Tóth Zsigmond dr. és Nádor Ervin dr.: Myiasis vulvae ritka esete.
- Prievara Ferenc dr., Kenderesi Péter dr. és Szemerei Imre dr.: Partusisten kezelés folyamán észlelt tüdővízenyő esete.
- Hetényi Ferenc dr. és Hegyi Pál dr.: A gyermekkori szeméremtest- és hüvelygyulladások diagnosztikus és terápiás tapasztalatai.
- Martos Gizella dr. és Holló-Leleszi Vendel dr.: Vérrokon házasságok perinatális halálózása Mezőkövesden 1820–1969 között.

FOGORVOSI SZEMLE

1980. 8. szám

- Szabó Kálmán dr., Tótpál Géza dr., Donáth Tibor dr.: A fejlődő idegelemek neurohisztokémiája és ultrastruktúrája nyálmirigyben.
- Csoma Mihály dr., Nényei József dr.: Egyes szájképletek ferde vonalainak és felszíneinek jelentősége a protetikában.
- Kéri Ibolya dr., Dénes József dr.: Sérült metszőfogak ideiglenes borítása „Scutan”-koronával.
- Fábián Tibor dr., Somogyi Endre dr., Kádár László dr., Fejérdy Pál dr.: A protetikai 2A. osztályba tartozó foghiányok pótlásának tervezése.
- Pataky Levente dr., Nitsche Hermin dr.: Ortopantomográfia (Az OP-3 készülék).
- Fejérdy Pál dr., Zelles Tivadar dr., ifj. Tóth Pál dr., Kóbor András dr.: Zománc-biopsziás vizsgálatok a középiskolások lányok felső metsző fogain.
- Hargitai Zsuzsanna dr.: Gyermekfogászati felmérés Bugyi községben.
- Csocsán Gyula dr.: Dentocar tablettá hatásának értékelése.

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

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: 327-530/135
Előfizetési díj egy évre 432,- Ft, negyedévre 108,- Ft, egyes szám ára 9,- Ft



80.2354 Tipografika Athenaeum Nyomda, Budapest — Íves magasnyomás — Felelős vezető: Soproni Béla vezérigazgató

ISSN 0030-6002

INDEX: 25 674