

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.

*

Felclős 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

*

14. SZÁM

*

1980. ÁPRILIS 6.

TARTALOMJEGYZÉK

Káldor Antal dr.:

Mi a baj a gyógyszerekkel? 811

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

*Mészáros József dr., Sas Mihály dr.
és Morvay József dr.:*

A luteinizáló-releasing hormon
diagnosztikus alkalmazása
amenorrhoeákban 813

KLINIKAI TANULMÁNYOK

*Tóth Antal dr., Tornóczky János dr.,
Parti Géza, Tóth Gyula dr.
és Pierre Baombe dr.:*

A diabetes mellitus
néhány jellemzője máj-cirrhosisban 819

Kenderesi Péter dr.:

A sürgősségi cardioversióval
és defibrillálással szerzett tapasztalataink ... 827

TERÁPIÁS KÖZLEMÉNYEK

*Böszörményi-Nagy György dr.
és Falus Ferenc dr.:*

Gépi lélegeztetés status asthmaticusban 833

KAZUISZTIKA

*Elek László dr., Csípő László dr.,
Villányi Erzsébet dr. és Gergely Mihály dr.:*

Hyperacut colitis ulcerosa
vagy colitis pseudoulcerosa? 837

Udvarhelyi Iván dr.:

Ortopédsebészeti beavatkozások
lehetőségei a veleszületett csípőficam
kezelésében felnőttkorban 841

*Nikodemusz István dr.,
Zimmermann Erzsébet dr.,
Fekete Csaba dr. és Fenyvesi Csaba dr.:*

Aerob spórás baktériumok
mint gyulladások okozói 845

HORUS

Lamarck emlékezete 847

Georg Händel 851

Adatok a splenectomia történetéhez
Magyarországon 853

Folyóiratreferátumok 855

Hírek 869

Pályázati hirdetmények 871

Előadások, ülések 872

SEDUXEN[®] tablettá

ÖSSZETÉTEL

Tablettánként 5 mg diazepam.-ot tartalmaz.

HATÁS

A Seduxen a limbikus rendszeren át ható tranquillisedativum, mely antikonvulzív és izom-relaxáló hatással is rendelkezik.

JAVALLATOK

Neurosisok bármely formájának kezelése – főként előtérben álló szorongás esetén.
Psychosomatikus megbetegedésekben a feszültség, szorongás oldása.
Endogén psychosisok gyógykezelésének kiegészítésére – főként egyes antidepresszánsok alkalmazásakor a feszültség, szorongás befolyásolása.
Epilepsia adjuvans kezelése.
Delirium tremens.
Belgyógyászati kórképeket kísérő nyugtalan állapotok.
Spasmusok, izomrigiditások, contracturák oldása.

ELLENJAVALLAT

Myasthenia gravis, Akut glaucomás roham. Adását a terhesség első harmadában nem ajánljuk.

ADAGOLÁS

Átlagos napi adagja felnőtteknek 5–15 mg.
Gyermekeknek: 3 hónapos–1 évesnek $\frac{1}{4}$ tabl. naponta 1–4-szer (1,25–5 mg).
1–6 évesnek $\frac{1}{2}$ tablettá naponta 1–3-szor (2,5–7,5 mg).
6–14 évesnek 1 tablettá naponta 1–3-szor (5–15 mg) fél adaggal kezdve és fokozatosan emelve a teljes adagig.
Gyermekeknek célszerűbb a pontosabban, könnyebben adagolható Seduxen szuszpenzió alkalmazása.
Idős vagy legyengült betegeknek naponta 2,5–7,5 mg ($\frac{1}{2}$ – $1\frac{1}{2}$ tabl.).
Delirium tremensben, endogén psychosisoknál indító kezelésnek naponta 20–40 mg, fenn-tartó adagnak 15–20 mg.
Izom-contracturákban naponta 5–20 mg, az adagot célszerű fokozatosan emelni.
A napi adagot 2–3 részre elosztva kell bevenni.
Célszerű a napi dózis kétharmad részét este, míg egyharmad részét napközben bevenni.

MELLÉKHATÁS

A kúra kezdetén esetleg fellépő fáradékonyság, álomság az esetek többségében néhány nap alatt spontán megszűnik, az adag csökkentésével pedig minden esetben kiküszöbölhető.
Gyógyszerkölcsonhatások:

Amennyiben a Seduxent gyógyszerkombinációban adják, a **nem kívánatos interakció** elkerülése érdekében a Seduxent ne alkalmazzuk együtt:
– hypnoticumokkal és analgeticumokkal (hatásfokozás);
– anticoagulánsokkal (anticoaguláns hatás csökkenése);
– diphenylhydantoinnal (a Seduxen gátolja a diphenylhydantoin metabolizmusát);
– triciklikus antidepresszánsokkal (sedatív és atropinszerű hatás);
– izom-relaxánsokkal (kiszámíthatatlan hatás az izomtónusra, esetleg apnoe).

FIGYELMEZTETÉS

A gyógyszer alkalmazása alatt fokozott elővigyázatosság szükséges! A gyógyszer bevétele után 8–10 órán belül, vagy folyamatos szedése esetén a kúra alatt járművet vezetni, magasban vagy veszélyes gépen dolgozni tilos! Alkalmazásának időtartama alatt szeszes italt fogyasztani tilos!

Szoptató anya Seduxen-kezelésekor a tejbe átjutó gyógyszer miatt fokozott figyelemmel kell kísérni a szoptatott csecsemőt (aluszékonyság, szopási gyengeség).
Glaucomás betegeknek óvatosan adandó.

MEGJEGYZÉS ✕

Csak vényre adható ki, és az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtethető.

CSOMAGOLÁS

20 tabl. térítési díj 2,- Ft
200 tabl. térítési díj 20,- Ft

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.

Mi a baj a gyógyszerekkel?

Káldor Antal dr.

Amikor Banting és Best 1921-ben előállították az insulint, a kutyának beadott első injekció és az embernek beadott első injekció között 20 hét telt el. Nemzetközi felmérés alapján napjainkban az első állatkísérlet és az első emberi vizsgálat közötti idő több mint 3 év. Megjegyzendő, hogy az 1921-ben előállított insulint Magyarországon Richter Gedeon 1923 végén már nagyüzemi módon állította elő. Az alkotó és termelő folyamatokban a technika fejlődésével bizonyos gyorsulás észlelhető. Nyilvánvaló, hogy egy könyv megszületése például napjainkban általában rövidebb ideig tart mint 30 évvel ezelőtt. Bizonyos területeken viszont lassulás figyelhető meg.

A Légitársaságok Nemzetközi Szövetségének szabályai szerint 15 évvel ezelőtt csak olyan utas szállító gép kerülhetett forgalomba, mely kifogástalan működéssel legalább 100 órát töltött a levegőben. Ma ennek a háromszorosát követelik és a Concorde prototípusának több mint 5000 órát kellett a levegőben tölteni ahhoz, hogy az utasforgalomban részt vehessen. A gyógyítás és a repülés mindkettő veszélyes üzem, nyilván ez az oka a biztonsági szabályok egyre szigorúbbá válásának. A „therapiás forradalom” tehát nem annyira egy folyamat felgyorsulása, a „forradalmi” jelenség csupán a gyógyszerek nem kívánatos hatásainak jobb felismerése és pontosabb vizsgálata (1).

„Remegne a kezem, ha állatkísérletről emberre térnék át” — mondta Pasteur — és a klinikai farmakológusnak gyakran remeg is a keze. Felvetődik a kérdés, hogy mit tehetnénk új gyógyszerek bevezetésének területén. Talán nem használjuk ki eléggé a lehetőségeket már az első fázisban, az első személyek kiválasztásakor. 1961-ben Jurij Gagarint fellőtték az űrbe és a világ őt másnap teljes joggal hősként ünnepelte, hiszen elsőként ismeretlen kockázatot vállalt, az életét kockáztatta olyan cél érdekében, melynek közvetlen hasznát az emberiségre nem nagyon láttuk. Ugyanakkor az a személy, vagy azok a személyek, akik ezt az utat létrehozták — nyilván egyéb okokból is — ismeretlenek maradtak. 1964-ben viszont egy kiváló sebész végrehajtotta a világ első szívtranszplantációját és másnap őt ünnepelte az egész világ, pedig ő tulajdonképpen csak azt kockáztatta, hogy *nem* lesz világhírű. Annak a betegnek viszont, aki tényleg az életét kockáztatta, a nevét már el is felejtettük. Az orvosnak valóban nincs joga emberekből mártírt csinálni (2), de egy olyan ügy érdekében, melynek hasznát esetleg azonnal százezrek érezhetik, nem lehetne-e ta-

lálni olyan bátor és önfeláldozó embereket, akik komoly kockázatot is vállalnának, és őket aztán a társadalom nemcsak anyagilag honorálná.

Franciaországban a Dausset professzor HL—A kísérleteiben részt vevő családok, akikből ismételt bőrexerciót végeztek, voltak azok, akiknek társadalmi megbecsülés jutott és joggal, mert például a vesetranszplantáltak ezrei nekik köszönhetik életüket. A milliók egy miatt és egy a milliók miatt elve a gyógyászatban is érvényesülhet. Több száz ember vállal kellemetlenséget azért, hogy egy haemophiliás beteg antihemophiliás globulinnal életben tartható legyen. Nyilvánvaló, hogy akadnak olyan egyének, akik a társadalom érdekében a legkomolyabb kockázatot vállalják. Amit tehát csinálunk, az Jean Bernard szavai szerint „szükségyszerűen immoralis, de moralisan szükséges”. Sok szó esik manapság az úgynevezett kalkulált kockázatról és a kívánt és nem kívánatos hatás arányáról (benefit-risk), de tulajdonképpen amit ki lehet kalkulálni, az már nem is igazi kockázat és ahogy egy almát nem lehet egy körtével összehasonlítani, ugyanúgy nem lehet a várt hatás hasznos következményeit a kellemetlen mellékhatásokkal összehasonlítani.

Lehet olyan hypertóniás beteg, aki a komplikációk megelőzése érdekében vállalja azt, hogy tartósan szedálva legyen, lehet olyan beteg, aki a hosszabb élet reményében vállalja azt, hogy felálláskor megszédül, és lehet olyan beteg is, aki például a napi 3—4 székürítést nem tekinti kellemetlen mellékhatásnak. A különböző nem kívánatos mellékhatások egymással történő összehasonlítása pedig teljesen illuzorikus. Hasonlóan elképzelhetetlen a benefit-risk arány megítélése például az Antabus esetében, mert az Antabus ugyan nem veszélytelen anyag, de haszna egész családokra, sőt a társadalomra is kiterjedhet. A fogamzásgátlóknak pedig több mint 60 nem kívánatos hatását ismerjük, mégis ezeknek a tablettáknak a használata nemcsak egyéni felszabadulást, társadalmi és szociális előnyt jelent, hanem szerepük lehet az emberi faj jövőjének a megtervezésében is.

Realizálnunk kell, hogy a „primum nil nocere” elve idejétmúlt, és helyette a „quid pro quo” és a „primum humanitas, alterum scientia” elveknek kell érvényesülni.

A gyógyszer-therapia mindig olyan kalkulált kockázat, melyben a mérleg másik serpenyőjében az van, hogy nem teszünk semmit (3).

Általánosan ismert és lényegében elfogadottak azok a kritériumok, melyek alapján valakit a vizsgálatba beveszünk, melyek alapján valakit a megkezdett vizsgálatot leállítjuk, ill. valamilyen módon beavatkozunk. Vitatott kérdés azonban az ún. informed consent kérdése. Ahhoz, hogy valaki egy esetleges vizsgálat valódi kockázatát fel tudja fogni, ahhoz az illetőnek legalább is orvosnak kellene lennie, de még jobb ha klinikai farmakológus az illető. Ilyen értelemben tehát igazán a vizsgált személyt nem világosíthatjuk fel. Mégis mindenütt, ahol ilyen vizsgálatok folynak, megkövetelik a beteg felvilágosítását és írásos beleegyezését. A gyakorlatban azonban ez nem több mint a sebészi beavatkozásoknál nálunk is kötelező írásbeli bele-

egyezés. A jó tervezés és a vizsgálatok pontos lebonyolítása sokkal nagyobb biztonságot jelent, ugyanis az aláírt nyilatkozat nem mentesíti az orvost az esetleges hiba vagy gondatlanság törvényes következményei alól és a betegben esetleg csak indokolatlan aggodalmat és szorongást válthat ki. A Science című folyóirat közelmúltban megjelent szerkesztőségi közleményének címe az, hogy az Informed Consent káros lehet az egészségre (4).

A klinikai farmakológus főleg abban különbözik a klinikustól, hogy míg utóbbi a hozzáférhető beteget igyekszik meggyógyítani, addig a klinikai farmakológus adott feladatának megoldásához a megfelelő személyt választja ki és annak érdekét szem előtt tartva, egy általánosabb jelentőségű tudományos, de egyben gyakorlati kérdésre keres választ, melynek eredményét esetleg általában a betegek élvezhetik.

És mi a baja a klinikusnak a gyógyszerekkel? A jelenleg forgalomban levő gyógyszereknek 70 százaléka 15 évvel ezelőtt még ismeretlen volt vagy nem volt forgalomban. Ugyanakkor az Egyesült Államok orvosainak több mint fele 15 évnél régebben tanult farmakológiát (2). Az orvosok nagyobbik része tehát önképzés vagy a továbbképzés egyéb formái útján tanulhatja meg a korszerű gyógyszer-terápiát.

Ötven évvel ezelőtt statisztikailag nem volt különbség a beteg szempontjából, hogy látta-e orvos vagy sem: a betegség túlélésére 50%-os lehetősége volt. Az antibiotikum korszakban a mérleg az orvosi kezelés javára billent. Ma új, igen hatásos, de egyben veszélyes gyógyszerek használatával, szakszerűtlen alkalmazásuk folytán is, az orvos ismét elvesztette előnyét (5).

Az Egészségügyi Világszervezet egyik munkacsoportjának ülésén 1977-ben ismertették, hogy van olyan gyógyszer, melyet 38 formában készítenek, 31-féle módon alkalmaznak, 43-féle adagolásban (6). További problémát jelent a törzskönyvezett készítmények száma. Norvégiában 1500, Hollandiában 3500, míg a Német Szövetségi Köztársaságban 20 000 és 60 000 között van a forgalomban levő specialitások száma és az Egészségügyi Világszervezet lényeges különbséget ezeknek az országoknak orvosi ellátásában nem talált, pedig feltételezhető lenne a fentiekből, hogy Norvégiában a másutt

kapható 50 000 gyógyszer hiányában sokkal többen szenvednének különböző betegségekben, vagy a Német Szövetségi Köztársaság temetői tele lennének a veszélyes vagy hatástalan gyógyszerelés áldozataival (7).

Az úgynevezett fix gyógyszerkombinációk elterjedése is számos baj forrása lehet: az adagolás individualizálásának és rugalmasságának hiánya; az orvosok esetleg nem ismerik az adott készítmény összetevőit, és nem ismerik fel, hogy a nem kívánatos hatást melyik alkotórész okozta és melyik alkotórész iránt lehet túlérzékeny a beteg; a diagnózis pontatlanságát is elősegíthetik a fix kombinációk (8).

Az Egyesült Államokban a váratlan, nem kívánatos gyógyszerhatás által okozott halálesetek számát a Food and Drug Administration (USA) napi százra becsüli, Angliában a terápiás gyógyszerfelhasználás, mint elsődleges ok, egy évben 43 esetben szerepelt halál előidézésében. Melyik adat a reálisabb? Ha egy országban kevés a bűneset, akkor vagy kevés a bűnöző, vagy a rendőrség végzi jól a dolgát, és ha egy országban kevés a gyógyszer okozta halál, akkor vagy kevés az új és hatásos gyógyszer, vagy a klinikai farmakológia működik jól.

Összefoglalás. Szerző az úgynevezett terápiás forradalom néhány jelenségét és visszasságát tárgyalja. Rámutat azokra az okokra, melyek a biztonságos terapia érdekében új gyógyszerek bevezetését hátráltatják és azokra a nehézségekre, melyekkel a gyakorló orvos gyógyszerrendeléskor szembekerül.

IRODALOM: 1. *Friebel, H.:* WHO Chronicle. 1973, 27, 59. — 2. *Cluff, L. E.:* Problems with Drugs. In: Proceedings of the Conference on Continuing Educations of Physicians in the Use of Drugs. Washington. 1969. 3. — 3. *Scawen, E.:* Scrip. 1979, 420. 3. — 4. *Loftus, E. F., Fries, J. F.:* Science. 1979, 204, 4388. — 5. *McCrary, W. W.:* Clin. Pharm. Ther. 1973, 14, 770. — 6. Studies in drug utilization. European series No. 8. Copenhagen: WHO Regional Publications, 1979. — 7. *Dukes, M. N. G.:* Drug utilization studies in perspective. In Studies in drug utilization. European series No. 8. Copenhagen: WHO Regional Publications, 1979. 175. — 8. Chemical Pharmacological Evaluation in Drug Control. Report on a WHO Symposium. Heidelberg, 1973.

Szegedi Orvostudományi Egyetem
Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika
(igazgató: Sas Mihály dr.)

A luteinizáló-releasing hormon diagnosztikus alkalmazása amenorrhoeákban

Mészáros József dr., Sas Mihály dr.
és Morvay József dr.

A luteináló hormon-releasing hormont (LH—RH) ma már széles körben alkalmazzák a klinikai gyakorlatban. Az első sikeres vizsgálatok után világszerte óriási érdeklődés nyilvánult meg e hormon iránt. Kezdetben azt várták a kutatók, hogy az LH—RH vizsgálatok eredményei direkt felvilágosítást adnak a hypothalamikus, ill. a hypophysis-zavarok elkülönítéséhez és a zavarok fokának meghatározásához. Előfordult azonban, hogy pituitaer adenomás betegeken, akiken nem várható gonadotropin szint emelkedés a neurohormon hatásos volt (3). Hypothalamikus rendellenességekben esetenként nem sikerült a gonadotropin elválasztás fokozódását elérni (24, 28). Ezért számos szerző felhívta a figyelmet arra, hogy az LH—RH teszt eredményeit kellő kritikával, csak a klinikai adatok egybevetésével lehet értékelni (22, 26).

Mégis inkább azon a nézeten vagyunk, hogy az LH—RH teszt értékes vizsgálat a hypothalamus—hypophysis rendszer funkcionális állapotának megítélésében. Az LH—RH vizsgálatok értéke bebizonyosodott különböző jól meghatározható rendellenességek diagnosztikájában, mint pl. a pubertas tarda, az anorexia nervosa, ill. a hypothalamikus anovulatiók (21, 22, 26).

Az első feltételezés, hogy az adenohipophysis neurohormonalis kontroll alatt áll, Green és Harris nevéhez fűződik. 1960-ban Mc Cann (17), majd 1961-ben Harris (7) bizonyította, hogy a hypothalamuskivonatnak LH-releasing aktivitása van. Ezt követte az FSH-releasing hormon kimutatása (Igarashi és Mc Cann [10]). Kezdetben állati eredetű hormonnal sikerült ovulatiót és terhességet létrehozni Kastin és mtsai-nak (12), majd az aminosav sequentia meghatározása után a hormont szintetikususan is előállították.

Az utóbbi években Schally és munkacsoportja új LH—RH analógokat állított elő, melyek igen erős LH-releasing aktivitásúak és hatástartamuk is hosszabb (2).

1. táblázat. Primér amenorrhoeás betegek adatai

Név	Kor LH mU/ml		FSH mU/ml		Diagnózis
	(év) alap	max.	alap	max.	
Cs. F.-né	21	58	68	50 < 100	Hypergonadotrop
Zs. L.-né	29	500	1000	< 55	65 Hypergonadotrop
L. M.	21	55	1000	< 50	72 Hypergonadotrop
S. Á.	20	114	210	68	160 Adrenal hyperpl.
K. I.-né	31	17,5	55	16	29 Polycyst ov. sy.
K. F.-né	34	25	54	24	30 Insens. ov. syn.
R. I.-né	29	4	10	10	50 Hypogonad. eunuch. v. megkészt. pub.

Az emberi reproductív szervek funkcionális rendellenességeit mintegy 80%-ban a hypothalamus-hypophysis rendszer zavara okozza. Ezek a zavarok felelősek a funkcionális amenorrhoeákért, melyek elkülönítésében a tesztnek jelentősége van.

Az LH—RH funkciója

Az LH—RH tíz aminosavból álló peptid, amely a hypothalamus idegsejtjeiben termelődik és azok axonjain és végkészülékein keresztül jut a hypophysis portalis érrendszerébe, ill. innen az adenohipophysisbe. Az LH—RH-t szintetizáló idegsejtek emberben, főképp a nucleus arcuatus, a nucleus ventromedialis, ill. a praemamillaris területben helyezkednek el (Flerkó és mtsai) (6).

Az LH—RH-nak kettős funkciót tulajdonítanak.

1. Az LH és FSH felszabadítását

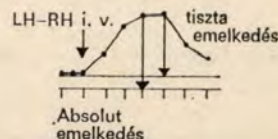
Labrie és mtsai (14) bebizonyította, hogy a ciklikus AMP a mediátor az LH—RH és az adenohipophysis között. Az LH—RH aktiválja az adenylcyclase-t, ami a hypophysis specifikus membranreceptoraihoz kötődik.

Az LH—RH-ra adott hypophysis válasz több tényezőtől függ:

- A váltakozó steroid milieu-től.
- A praeparatum beviteli módjától (sc., im., iv., nasalis) és mennyiségétől (2, 50, 100, 500 μ g).
- Több olyan tényezőtől, amely megváltoztathatja az LH—RH, ill. az LH felezési idejét és anyag-

2. táblázat. A secunder amenorrhoeák HPGI ill. a WHO szerinti csoportosítása

HPGI	mU/ml	WHO osztályozás
B I.	0 < LH < 6	Hypogonadotrop
B II.	6 < LH < 12	Normogonadotrop
B III.	12 < LH max. 40	Normogonadotrop
B IV.	40 < FSH	Hypergonadotrop
25 ug	LH—RH i.v.	
R 0	LH < 20 mU/ml	
R 1	LH tiszta > 20 abs. < 40	
R 2	LH tiszta > 20 abs. > 40	



3. táblázat. **A beteganyag LH-RH terhelést követő HPGI szerinti megoszlása**

	n	n	n	n
R O	3	2	2	—
R 1	—	1	2	—
R 2	—	2	7	3
B	I.	II.	III.	IV.

cseréjét (pl. májműködési zavarok, vesebetegségek, egyéb fennálló chronikus betegségek).

2. Az LH és FSH szintézisét

Hoff és mtsai (8) mutattak rá, hogy az LH—RH beadás elsődlegesen azonnali gonadotropin felszabadulást eredményez, valamint a gonadotropin szintézisét, amely jól követhető ismételt gonadotropin-emelkedést okoz, ha az LH—RH-t cseppinfúzió formájában tovább adagoljuk. A két mechanizmus függ:

- a keringő oestradiol mennyiségétől,
- a hypothalamikus LH—RH-től.

Az LH—RH-nak elsődleges szerepe van a rendszer működésében, az oestradiol pedig annak modulátora. Valószínű, hogy az oestradiolnak *positiv* szerepe van az LH és FSH szintézisében és a tárolásában, de *negativ* ezek felszabadításában.

Az adagolás módja és dózisa

A leggyakoribb kérdés, amely az utóbbi időben felmerül, az LH—RH adagolásának módja és dózisa. Tesztként, nőknél, Keller (13) 25 µg dózist talált ideálisnak, mert az ennél nagyobb adagok a válaszok erőssége miatt nagyobb variabilitást okozhatnak. Ennél kisebb dózisok viszont csak az azonnal felszabadítható LH kibocsátást eredményezik. Diagnosztikus célból 25, ill. 100 µg gyors, iv. adagolás a leggyakrabban alkalmazott mennyiség.

Arimura és mtsai (1) összehasonlította az iv. és sc. adagolás eredményét 100 µg dózis mellett. Az eredmény hasonló, de a sc. adás után a gonadotropinszint-emelkedés lassabban csökken. Rannevik és Thorell (21) amenorrhoeás asszonyokon im. alkalmazta az LH—RH-t és így találta a legmagasabb értéket, sőt egy második FSH csúcsot figyelt meg 4 órával a beadás után, ami már nem más, mint az LH—RH hatására közben szintetizálódott gonadotropin okozta emelkedés.

E megfigyelések szerint az egyszeri iv. adagolás tesztként használható, a therapiás alkalmazásra azonban sc. vagy az im. mód alkalmasabb. Próbálkoztak rectalis, vaginalis, intranasalis adagolással, de a felszívódás mértéke nem egyértelmű. London és mtsai (15) a hormonális választ vizsgálták intranasalis alkalmazás során fertilis nőknél és azt figyelték meg, hogy ezen a módon 2,5 mg-ot kellett adni, míg a 100 µg iv. adott LH—RH hatást elérték.

Normális reakció az LH—RH tesztre

Wentz és mtsai (27) 100 µg LH—RH-val, Schneider és mtsai (22) 25 µg LH—RH-val végzett vizsgálatait szerint egészséges nőkben az LH—RH beadása után az LH értéke a plazmában 4—6-szorosára emelkedik, míg az FSH-é kb. a kétszeresére.

Az LH maximális válasza csaknem mindig a 30. perc körül jelentkezik, míg az FSH-é egyénekenként változóan 40—90 perc között zajlik le.

A reagálás mindig nagyobb az LH mint az FSH értékeiben, kivéve a menstruációs cyclus korai follicularis szakaszát; ilyenkor a válasz azonos vagy éppen ellentétes. Az LH emelkedés az ovulatio körüli időszakban a legnagyobb, ami az oestradiol megnövekedett koncentrációjának is tulajdonítható. Az oestradiolnak ezt a szerepét számos szerző bizonyította (16, 20, 23, 29).

Beteganyag és módszer

Hét primaer és 23 secundaer amenorrhoeás betegen végeztünk LH—RH tesztet. A vizsgálatokat a dél-előtti órákban 100 µg szintetikus LH—RH-val (Relisorm, SERONO) végeztük. Két alapérték levétele után az LH—RH-t gyors intravénás injectio formájában adtuk be. Az FSH és LH vizsgálatokra a vérmintákat 15, 30, 45, 60, 90, 120 és 180 perc múlva vettük. A vért centrifugáltuk és a savót -20 °C-on tartottuk a meghatározásig. A szérum FSH-t és LH-t radioimmunoassay (RIA) (18) módszerrel (BIODATA, SERONO) mértük.

A módszer megbízhatóságának a jellemzői, az intra assay (inter assay = azonos minták különböző kalibrációs görbéiről számított értékei, intra assay = azonos kalibrációs görbéiről leolvasott sorozatvizsgálat) koeficiens variációi $\pm 17,4\%$ és $\pm 7,3\%$. A módszer érzékenysége 1 mU/ml volt.

Primaer amenorrhoea

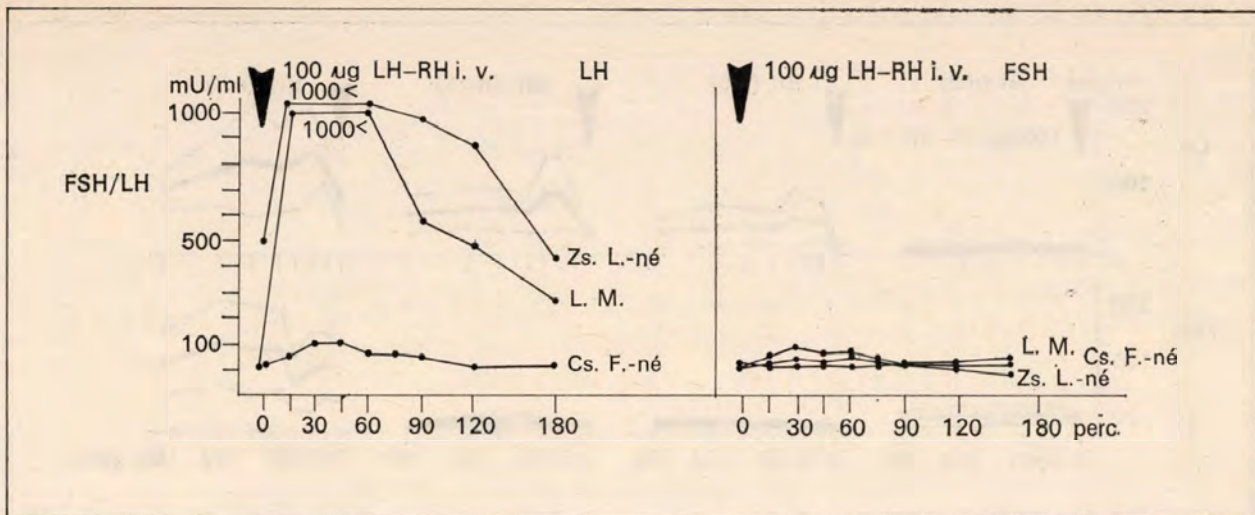
Az LH—RH teszt értékelése primaer amenorrhoeák eseteiben nehéz, sok problémát vet fel.

A primaer amenorrhoeás betegek között sok a hypergonadotrop, mely azonban nem jelenti mindig e betegek kezelhetetlenségét. A keringő gonadotropinok biológiai aktivitása a molekulát képező alfa és béta alegységek szabályszerű kapcsolódásától függ. A RIA által mért immunológiai aktivitás a béta alegység jelenlétéhez kötött. Ha a gonadotropin a normálistól eltérő alfa alegységgel kapcsolódik, az immunológiai jelenlét ellenére biológiai aktivitása nincs. Ezért gonadotropin substitúcióval, mintegy biológiai vizsgálatokat végezve, ilyen esetekben sikereket érhetünk el.

Az „insensitiv ovarialis syndromá”-s betegek alap gonadotropin szintje magas és extrém mér-

4. táblázat. **A secundaer amenorrhoeák diagnosztikus és therapiás megközelítése**

Típus	HPGI	Clomiphen th.	LH-kiválasztás	Aetiologia	Therapia
Cyclikus zavar	R 2	pos. neg.	van	— Steroid feedback hibája — LH felszabadulás zavara	Clomiphen LH—RH sc. + Clomiphen
Tonikus zavar	R 1 R 2	neg.	nincs	Endogen LH—RH hiány	1. LH—RH emelkedő dosisban 2. LH—RH+HCG 3. HMG+HCG



1. ábra. A hypergonadotrop primer amenorrhoeás betegek válaszreakciója LH-RH terhelésre

tékben reagálnak az LH-RH tesztre, azonban hiányzanak az ovariális gonadotropin receptorok, így nincs visszajelentés (25).

A normo- vagy hypogonadotrop szintű betegeken az előrejelzés nehézségekre ütközik. Az LH-RH-ra bekövetkező kielégítő LH és FSH válasz nem jelenti a cyclus megindulását; krónikus betegségek (cukorbetegség, rossz tápláltság, adrenalis hyperplasia, anorexia nervosa és malabsorptiós kórképek) ugyancsak késői pubertást okoznak. Nem lehet megmondani, hogy ezen betegek hypothalamus-érése befejeződik-e; valószínűbb, hogy beléptek a pubertásba, de az érési folyamat egy bizonyos ponton megállt (11).

A primaer amenorrhoeás betegeket a következő csoportokra osztottuk:

1. Hypergonadotrop
2. Chronikus betegség
3. Polycystás ovarium syndroma
4. Késői pubertás.

Az 1. táblázatban a primaer amenorrhoeás betegeink adatait tüntettük fel.

Az első három beteg hypergonadotrop, a Clomiphen, Clomiphen + HCG, ill. HMG + HCG (Pergonal + Choriogonin) kezelés sem járt eredménnyel. Vérést csak cyclus-felépítés útján értünk el (1. ábra).

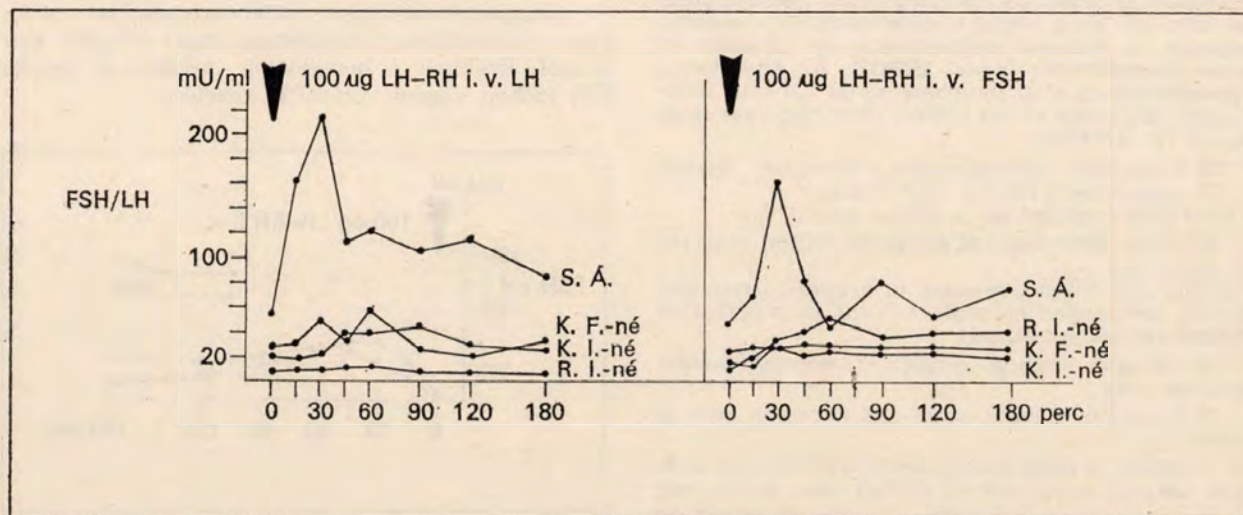
S. Á.-n hypergonadotropos állapot mellett mellékvese-hyperplasiát találtunk, corticosteroid suppressióra spontán vérzése jelentkezett.

K. I.-né normogonadotrop, az ovariumok szövettani vizsgálata polycystás ovariumot mutatott.

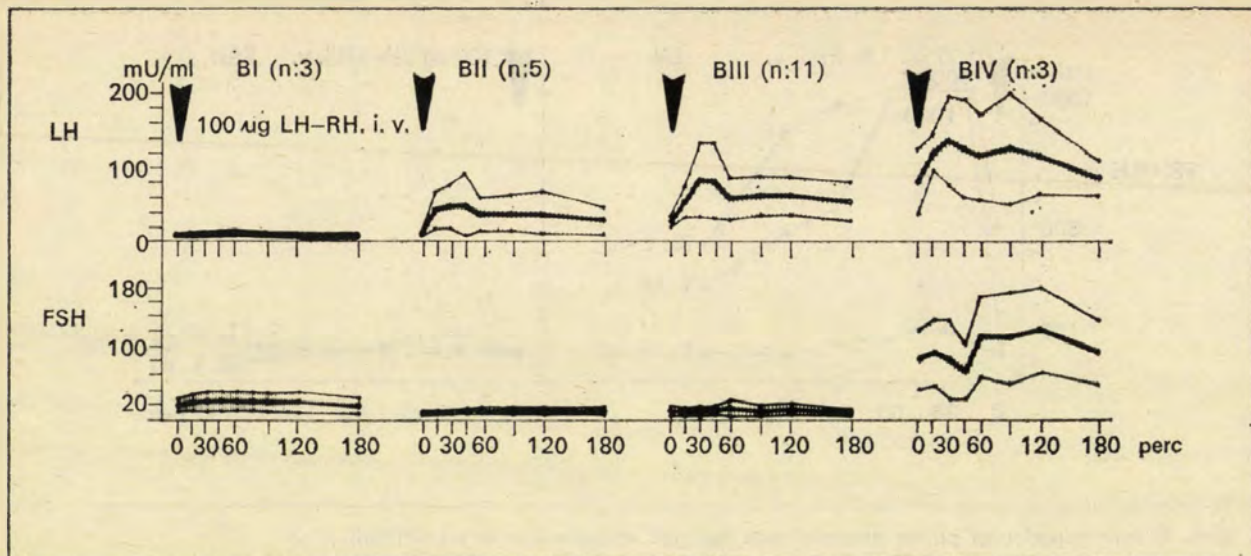
K. F.-né az „Insensitiv ovarialis syndroma” csoportba sorolható annak ellenére, hogy vizsgálatunk szerint normogonadotrop. Sem Clomiphen, sem HMG+HCG kezelésre ovarialis választ nem észleltünk.

R. I.-né hypogonadotrop, a Clomiphen kezelés eredménytelen, viszont a HMG+HCG kezelésre ovulációval és vérzéssel válaszolt, így a hypogonadotrop eunuchoid vagy késői pubertás csoportba tartozik (2. ábra).

Az általános vélemény azonban az, hogy az LH-RH diagnosztikus alkalmazása primaer amenorrhoeában is célszerű. Ha nem is ad egyértelmű felvilágosítást a pathológiára, támpontot ad további diagnosztikus vagy therapiás beavatkozásra. Az



2. ábra. A nem hypergonadotrop primer amenorrhoeás betegek válaszreakciója LH-RH terhelésre



3. ábra. A serum LH és TSH szint alakulása 100 µg LH-RH beadása után az alap gonadotrop szint szerinti csoportosításban (átlag ±SD)

alapterbetegség megfelelő kezelése (cukorbetegség, anorexia, adrenalis hyperplasia) a menstruációs zavar rendeződéséhez vezethet, sőt esetenként a fertilitás helyreállása is bekövetkezhet.

Az endogén hypogonadismus, ill. a megkésett pubertás elkülönítése ezzel a módszerrel nem megkülönböztethető.

Secundaer amenorrhoea

A funkcionális meddőséget okozó secundaer amenorrhoeával igen gyakran találkozunk a klinikai gyakorlatban. E csoportban az LH-RH vizsgálat igen hasznos, kiegészítő diagnosztikus teszt. Ma már az anovulációs betegeken alkalmazott Clomiphen kezelés ambulanter rutin terapiának számít, így annak pozitív vagy negatív eredménye az LH-RH teszttel összevetve, direkt felvilágosítást ad a hypothalamus-hypophysis functionalis állapotáról.

Keller és mtsai (13) 339 funkcionális amenorrhoeában szenvedő beteg adatai alapján standard vizsgálatot dolgoztak ki, melynek eredménye az ún. „Human Pituitaer Gonadotropin Index” (HPGI). Az értékeléshez a gonadotropinok alap (B = base) és az LH-RH tesztre adott maximális válasz értékei (R = response) szükségesek (2. táblázat).

B I csoportba sorolják azokat a betegeket, akiknek az LH alapszintje 6 mU/ml alatt marad.
B II-be ahol 6 mU/ml és 12 mU/ml között van.

B III-ba, akik alap LH értéke 12 mU/ml vagy ennél több, míg
B IV-be, ahol klimax praecox v. ovarialis dysgenesis áll fenn esetenként normális LH-val és magas FSH értékkel (40 mU/ml felett).

A válaszok erőssége alapján 3 csoportot különböztetnek meg:

R 0, akiknél a tiszta emelkedés kevesebb mint 20 mU/ml.

R 1, akiknél a tiszta emelkedés 20 mU/ml vagy több, de az abszolút emelkedés 40 mU/ml alatt marad, míg

R 2 csoportba, ahol a tiszta emelkedés 20 mU/ml vagy több, az abszolút emelkedés 40 mU/ml vagy afellett van.

22 secundaer amenorrhoeás betegünkön végeztünk LH-RH tesztet, melyek eredményeit a 3. táblázatban mutatjuk be.

Az LH és FSH értékeket az alap gonadotropin szint szerinti csoportosításban a 3. ábrán láthatjuk.

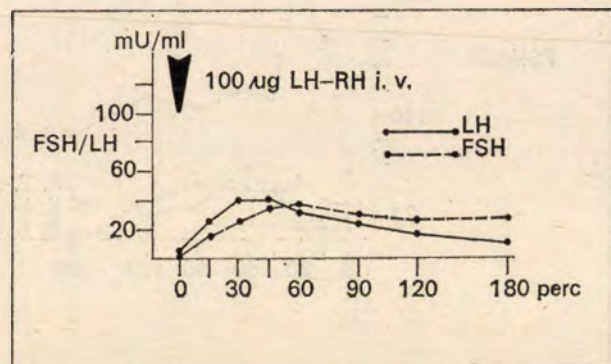
Az előzőekben tárgyalt csoportosítás után az eredmények értékelése mind diagnosztikus, mind terapiás szempontból lényegesen egyszerűbb.

Azokban az esetekben, amelyekben van LH kiválasztás, csak az LH ingadozás hiányzik, „cyclikus zavar”-ról beszélünk. Az LH-RH tesztre normális választ kapunk magas LH csúccsal.

Azokban az esetekben, ahol minimális az LH kiválasztás vagy nincs, „tonikus zavar”-ról beszélünk. Itt az endogén LH-RH hiányzik. (A Clomiphen terapia mindig eredménytelen — amely egyébként az endogén LH-RH secretiót emeli — 5, 22).

Az LH-RH tesztre az „azonnal” felszabaduló gonadotropin mennyiség minimális vagy nem észlelhető.

Normogonadotropos amenorrhoeákban azonban talákoztunk Clomiphenre nem reagáló esetekkel. Ezeknek a betegeknél indokolt a megfelelő időben végzett LH-RH kezelése.



4. ábra. Hyperprolactinaemiás secundaer amenorrhoeás beteg válasz reakciója (HPGI: B₁-R₁)

Egy B III—R 2 csoportba tartozó betegünknek eredménytelen Clomiphen kezelés után Clomiphen + LH—RH kezelést kezdünk. Két egymást követő napon (14. és 15.) 100—100 µg LH—RH-t adunk mindössze sc. és a kezelt cyclusban terhesség következett be.

Az LH—RH adagolásra bekövetkező kedvező hatást ilyen esetekben annak tulajdonítják, hogy ultrarövid visszajelentés zajlik le, amely ugyancsak LH—RH termelődést segít elő.

A hypogonadotrop amenorrhoeákban a Clomiphen nem váltja ki az ovulatiót, szükség szerint csaknem mindig substitúciós terapiára kényszerülünk.

Mortimer (15) nagy dózisú LH—RH-val (3×500 µg/die sc.) végzett kezelést 28 napon keresztül. Eseteiben a kezelést követő egy hét múlva az LH/FSH arány normalizálódott és bekövetkezett az ovulatio. A további LH—RH adás ellenére a gonadotropinok csökkentek, majd szabályos menstruációs cyclus zajlott le. Az LH—RH adás ellenére szabályosan működtek a feed-back mechanizmusok. Ezzel a kezelési móddal a petefészkek hyperstimulációk valószínűleg elkerülhetőek lesznek.

Az a megfigyelés azonban, hogy az LH—RH rágszalókon gátolja az implantációt (9), több kutatót arra készítetett, hogy az LH—RH kezelést ne folyamatosan végezze, hanem az ovulatiót, ill. a luteális átalakulást HCG-vel érje el.

A 4. táblázat összefoglalva mutatja a ciklikus és tonikus zavar diagnosztikus és therapiás problematikáját.

Hyperprolactinaemiás anovulatiós tünetcsoport

Hyperprolactinaemiában az alap gonadotropin szint normális vagy csökkent. Az LH csökkenés mindig megelőzi az FSH csökkenését. Az LH—RH vizsgálatok gyenge vagy hiányzó LH választ eredményeznek, az FSH válasz ugyanakkor normális lehet. Az oestrogének elérik a korai follicularis fázis szintjét, ezért gestogénekkal megvonásos vérzés érhető el (22).

Klinikai megjelenési formái:

- a) Corpus luteum elégtelenség
- b) Anovulatio
- c) Amenorrhoea
- d) Facultatív galactorrhoea

A 4. ábrán egy 4 éves Infecundin szedést követő amenorrhoea + galactorrhoeás beteg 100 µg LH—RH-ra bekövetkező választ láthatjuk.

Az LH—RH tesztre csökkent, tonikus zavarnak megfelelő képet kaptunk. A Clomiphen, ill. a Clomiphen + HCG kezelés eredménytelen volt, hiszen jól ismert, hogy hyperprolactinaemiában még a HMG + HCG kezelés is csak csekély számban eredményes. Ezekből a megfigyelésekből aztán azt a következtetést vonták le, hogy a Prolactin helyi

gonadális hatást fejt ki és zavarja a gonadotropinok hypothalamikus szabályozását (28). Ha Bergokryptinnel visszaszorítjuk a Prolactin szintet, az LH—RH teszt ismét közeledik a normálshoz, mintegy előre jelezve a cyclus normalizálódását. Bemutatott esetünkben Parlodel kezelésre (2×2,5 mg/die folyamatosan) a zavar megszűnt, cyclusai bifázisossá váltak és a harmadik kezelt cyclusban terhesség következett be.

Összefoglalás. A szerzők 7 primaer, 22 secundaer amenorrhoeás és 1 hyperprolactinaemiás betegre végeztek luteinizáló-releasing hormon tesztet. Ismertetik a luteinizáló-releasing hormon funkcióját, tesztként való alkalmazását, illetve a betegek válaszreakcióit a tesztre. Részletesen kitérnek a standardizált luteinizáló-releasing hormon tesztre, a ciklikus és tonikus hypothalamikus zavar elkülönítésének módjára. Hangsúlyozzák a luteinizáló-releasing hormon teszt jelentőségét és diagnosztikus felhasználásának kiszélesítését.

IRODALOM: 1. Arimura, A. és mtsai: J. Clin. Endocrinol. Metab. 1973, 36, 385. — 2. Arimura, A. és mtsai: Endocrinology. 1974, 95, 1174. — 3. Besser, G. M., Mortimer, C. H.: J. Clin. Path. 1974, 27, 173. — 4. Bohnet, H. G. és mtsai: Clin. Endocr. 1976, 5, 25. — 5. Feore, J. C., Taymor, M. L.: Fertil. Steril. 1976, 27, 1240. — 6. Flerkó B.: Orv. Hetil. 1978, 119, 245. — 7. Harris, G. W.: Control of ovulation. London. C. A. Willex, Pergamon Press, 1961. — 8. Hoff, J. D. és mtsai: J. Clin. Endocrinol. Metab. 1977, 44, 302. — 9. Humphrey, R. R. és mtsai: Biol. Reprod. 1977, 16, 614. — 10. Igarashi, M., Mc Cann, S. M.: Endocrinology. 1964, 74, 440. — 11. Job, J. C., Garnie, P. E., Chaussain, J. L.: J. Clin. Endocrinol. Metab. 1972, 35, 473. — 12. Kastin, A. J. és mtsai: J. Clin. Endocrinol. Metab. 1971, 33, 980. — 13. Keller, E. és mtsai: J. Clin. Endocrinol. Metab. 1975, 40, 959. — 14. Labrie, F. és mtsai: Mode of action of hypothalamic regulatory hormones in the adenohypophysis. In the Frontiers of Neuroendocrinology, New York, Martini, L., Ganong, W. F. Raven Press, 1976. 4. 63. — 15. London, D. R. és mtsai: J. Clin. Endocrinol. Metab. 1973, 37, 829. — 16. Marshall, J. C. és mtsai: (Abstract) Endocrinology. 1973, 59, XXIV. — 17. Mc Cann, S. M., Taleisnik, A., Friedmann, H. M.: Proc. Soc. exp. Biol. (N. Y.) 1960, 104, 432. — 18. Midgley, A. R.: Endocrinology. 1966, 79, 10. — 19. Mortimer, C. H., Mc Neilly, A. S., Besser, G. M.: Ann. Biol. anim. 1976, 16, 235. — 20. Nillius, S. J., Wide, L.: J. Obstet. Gynec. Br. Cwlth. 1971, 78, 822. — 21. Rannevik, G., Thorell, J.: Acta Endocrinol. (Kbh.) 1974, 75, 647. — 22. Schneider, H. P. G. és mtsai: Proc. reprod. Biol. Basel, Karger, 1977. 2. 180. — 23. Shaw, R. W. és mtsai: Clin. Endocr. 1975, 4, 267. — 24. Valcke, J. W. és mtsai: Annis Endocr. 1974, 35, 423. — 25. Vande Wiele, R. L., Bogumil, J., Dyrenfurth, I.: Rec. Progr. Horm. Res. 1970, 26, 63. — 26. Wentz, A. C.: Fertil. Steril. 1977, 28, 901. — 27. Wentz, A. C., Jones, G. S., Rocco, L.: Am. J. Obstet. Gynecol. 1975, 45, 239. — 28. Wentz, A. C. és mtsai: Am. J. Obstet. Gynecol. 1975, 45, 256. — 29. Yen, S. S. C., Tsai, C. C.: J. Clin. Endocrinol. Metab. 1972, 34, 298.

MILURIT®

tabletta

hyperurikaemia-gátló,

xanthinoxidáz-bénító



ÖSSZETÉTEL

Tablettánként 100 mg allopurinolumot tartalmaz.

JAVALLAT

Vesekő- v. húgysavkő-képződés megelőzése. Köszvény, valamint secundaer hyperurikaemia kezelésre, amely polycythaemia vera, myeloid metaplasia vagy egyéb vér-dyscrasiában észlelhető. Leukaemia és tumor sugár- v. chemoterapiás kezelésekor az emelkedett húgysavszint csökkentése.

ELLENJAVALLAT

Gyermekeknek a készítmény adagolása ellenjavallt, kivéve azokat az eseteket, ahol a sec. hyperurikaemia daganatos betegségekhez társul. Szoptató anyáknak és olyan betegeknek, akiknek közeli hozzátartozója idiopathiás haemochromatosisban szenved, a Milurit adagolása ellenjavallt. Terhes nőknek csak abban az esetben adható, ha a várható hatékonyság ellensúlyozza a kockázatot, amelyet a készítmény használata a magzatra jelenthet.

MELLÉKHATÁS

Nausea, hányás, hasmenés, intermittáló hasi fájdalmak, bőrvörösség (amelyhez néha láz is társul); alkalmanként leukopenia vagy leukocytosis is jelentkezhet. Néhány esetben reversibilis hepatotoxicitást tapasztáltak. Egyes betegeken a serum alkalikus phosphatase- vagy transaminase-szintjének symptomatikus emelkedését észlelték.

ADAGOLÁS

Felnőtteknek vese- és húgysavkő-képződés prophylaxisában és köszvényben napi 100 mg a legkisebb hatásos adag. Átlagosan 200–300–400 mg szükséges 2–4 részre elosztva; közepes vagy súlyosabb esetben 400–600 mg/die, de a napi adag a 800 mg-ot ne haladja meg. Daganatellenes kezelésben a szükséges napi adag 600–800 mg 2–3 napon át.

Gyermekeknek 6–10 éves korig 3×10 mg, 6 év alatt 3×50 mg adható. A készítményt étkezés után kell bevenni. Roham elkerülése céljából célszerű a Milurit adagolását fokozatosan növelni, továbbá ajánlatos a kezelés kezdetén colchicinnel együtt adagolni. Napi 300–600 mg Milurit mellett adagolt mercaptopurin (Purimethol) v. azathioprin (Imuran) adagját a korábbi adag harmadára-negyedére kell csökkenteni.

FIGYELMEZTETÉS

Vassókkal együtt nem adagolható! A gyógyszeresedés ideje alatt bőséges folyadékbevitelről kell gondoskodni, mely úgy szabályozandó, hogy a napi vizelet legalább 2 liter legyen és semleges vagy gyengén lúgos kémhatású. A kezelés első időszakában periodikus májfunkciós próbák elvégzése indokolt, különösen olyan betegek esetében, akiknek májbetegségük van.

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

Térítési díj: 50 tabletta 8,30 Ft.

Egyt Gyógyszervegyészeti Gyár, Budapest

Megyei Kórház-Rendelőintézet, Szekszárd,
IV. Belgyógyászati Osztály
(főorvos: Tornóczy János dr.),
Kórbonctan
(főorvos: Balogh József dr.),
Laboratórium
(főorvos: Kovács Sándor dr.)

A diabetes mellitus néhány jellemzője máj-cirrhosisban

Tóth Antal dr., Tornóczy János dr.,
Parti Géza, Tóth Gyula dr.,
Pierre Baombe dr.

A vércukorszint szabályozása — mint azt már *Claude Bernard* megállapította — a máj feladata. Glykogen tárolással a szervezet fontos, gyorsan mobilizálható szénhidrát-tartalékát képezi, melyből megfelelő hormonális hatásokra pótolni képes a vércukor csökkenését. Az intermedier anyagcsereben is fontos szerepet tölt be.

Betegségeiben ezek az alapvető funkciók különböző mértékben károsodottak lehetnek. A klinikai megfigyelések a májbetegségben szenvedők szénhidrát-anyagcserejéről szerteágazóak, de nagyrésztben a májműködés károsodására vezethetők vissza. Többben beszámoltak akut vírushepatitisben hypoglycaemiáról (1, 2, 3). Mások a diabetes mellitus gyakori megjelenését észlelték a betegség alatt és azt követően (4, 5). Ismert a heveny alkohol-fogyasztás után fellépő hypoglycaemia (6), melyet krónikus májkárosodás nélküli esetekben is leírtak (7). Kiterjedt máj-parenchyma károsodást is kísérhet hepatogen hypoglycaemia. Megfigyelték cardialis cirrhosisban (8), elsődleges máj-carcinomában (9) is. Magunk gyomor-carcinomás esetünkben észleltünk spontán hypoglycaemiás tünetegyüttest, kiterjedt májtátek mellett. Több orális antidiabetikummal kezelt, diabetesben szenvedő cirrhosisos betegen figyeltünk meg hypoglycaemiás szövödményt. Ezek készítették arra, hogy tanulmányozzuk cirrhosisos betegeink cukoranyagcserejét.

Ismert, hogy máj-cirrhosisban a diabetes mellitus gyakoribb, mint a nem cirrhosisos populációban. *Conn* (10) a cirrhosisosok 16,5⁰/₀-ában, *Magenat* (11) 21⁰/₀-ában, *Boulet* (12) 10,9⁰/₀-ában, *Perreau* (13) 13,4⁰/₀-ában, *Creutzfeldt* (14) 12,3⁰/₀-

ában talált diabetes, szemben a diabetes 3—7⁰/₀-os gyakoriságával (10, 14).

A cirrhosishoz társuló „hepatogen diabetes” sajátosságainak tanulmányozására végeztünk cukoranyagcsere vizsgálatokat, a következő kérdésekre keresve választ:

1. Milyen a cirrhosisos betegek szénhidrát-toleranciája?
2. A májbetegség súlyosságával összefüggést mutat-e a cukoranyagcsere megváltozása?
3. A szénhidrát-tolerancia csökkenésében milyen tényezőknek tulajdonítható fontosabb szerep?
4. A máj-cirrhosisban kialakult diabetesnek milyen sajátosságai vannak?

Beteganyag és vizsgálati módszer

A vizsgálatokat 1972—1977 közt osztályunkon kezelt 51 máj-cirrhosisos betegen és 6 egészséges, normális cukoranyagcserejű egyénen végeztük. Cirrhosisos betegeink nem szerinti megoszlása: 16 nő, 35 férfi. Átlagéletkoruk 53 év (42—70 év) volt. A vizsgálatokba csak azokat a betegeket vontuk be, akiknek a felvétele előtt nem volt ismert diabetes, diabetesre pozitív családi anamnézise, elhízása, zsíryanagcsere-zavara (normális koleszterin, triglycerid érték). Kizáró ok volt még a recidiváló vagy régebben lezajlott akut pancreatitis, gyomor-bél resectio, heveny gastrointestinalis vérzés, megelőző mellékvesekéreg-hormon kezelés. A betegek anamnézisében kivétel nélkül jelentős értékű (1—2 l bor/nap) alkohol tartós fogyasztása szerepelt. Eseteink 60⁰/₀-át a kórboncolás is igazolta, a többin máj-biopsia támasztotta alá a klinikai és laboratóriumi diagnózist. A cirrhosis klinikai stádiumai a következők voltak: cellularisan és vaszkulárisan dekompenzált: 29 beteg, kompenzált: 22 beteg. A következő vizsgálatokat végeztük el:

Májfunkciós próbák: kolloid próbák, enzimek (SGOT, SGPT, alk. ph., gamma-glut. transzpeptidáz), fehérjekép (összfehérje, elfo, immunelfo), BSP retenció, szérum bilirubin, ammónia, alvadási vizsgálatok (prothrombin, alvadási, vérzési idő, thrombocyt) hepatitis B antigén, LE sejt, nyelöcső, gyomor rtg-vizsgálat, máj-biopsia, szövettani vizsgálat.

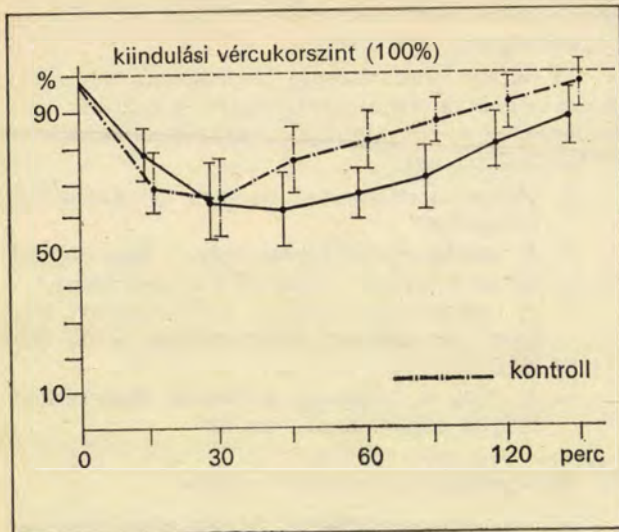
Vér elektrolit vizsgálatok: Na, K, Cl.

Zsíryanagcsere vizsgálatok: koleszterin, triglycerid, 12 esetben szabad zsírsav (FFA).

Dextrose terhelés: 100 g glucose orális adásával. A vizsgálatot megelőzően 3 napig szénhidrátdús (300 g/die) diétát kaptak a betegek. A terhelést követő vércukor vizsgálatok időpontjai: 30., 60., 90., 120. perc. A vércukor meghatározás enzimátikus módszerrel történt. Az értékelést a *Rost*, *Honigmann* és *Schliack* (15) által szerkesztett táblázat alapján végeztük. A cukorbetegség stádiumának megállapításában a WHO által javasolt beosztást (16) vettük figyelembe.

1. táblázat. Cirrhosisos betegeink szénhidrát toleranciája

Cirrhosis stádiuma	Szénhidrát tolerancia		
	normális	szubklini- kus dia- betes betes	manifeszt diabetes
kompenzált (esetszám)	11	9	2
vaszkulárisan dekompenzált (esetszám)	9	13	7
Összesen:	20	22	9



1. ábra: Normális szénhidrát-toleranciájú cirrhotikus betegek és a kontrollok tolbutamid terhelési görbéi
A grafikon a 20 normális szénhidrát-toleranciájú cirrhotikus beteg és a 6 kontroll eset vércukorcsökkenés értékeit mutatja be ($X \pm S_x$) a vizsgált időpontokban, a kiindulási vércukor értékek százalékában kifejezve

Tolbutamid terhelés: 1 g tolbutamid (Rastinon, Hoechst) intravénás adásával, 3 napos szénhidrátújs étkezést és 12 órás éhezést követően végeztük. A vércukor meghatározások időpontjai: 0., 20., 30., 40., 60., 90., 120., 180. perc. Értékelése Unger és Madison (17) szerint történt.

Plazmainzulin meghatározás: 16 normális cukoranyagcseréjű és 16 csökkent szénhidrát-toleranciájú (6 manifeszt és 10 szubklinikus diabetes) cirrhotikus betegen és 6 kontrollon történt a tolbutamid terhelés 0., 20., 30., 40., 60., 90. percében. A vizsgálatot kórházunk laboratóriuma 1975-től végezte RIA módszerrel (18) (CIS—RIA kit).

Vizeletcukor vizsgálat: OTD módszerrel, gyűjtött vizeletről.

Szemfenéki vizsgálat: diabeteses szemfenéki elváltozások keresése.

A statisztikai analízisre a Student-féle „t” próbát használtuk.

Vizsgálati eredmények

Cirrhotikus betegek szénhidrát-toleranciáját mutatjuk be az 1. táblázaton.

Az éhomi vércukor, a dextrose terhelés és a vizeletcukor vizsgálat alapján a betegek összesen 60,8%-ában találtunk csökkent szénhidrát-toleranciát, ebből manifeszt diabetes 17,6%-ban fordult elő. Feltűnő, hogy a vaszkulárisan dekompenzált esetekben a glucose intolerancia kétszer gyakoribb mint a kompenzáltakban.

A Rastinon terhelési eredményeket mutatjuk be az 1. és 2. ábrákon.

A vizsgálat alatt 6 betegen észleltünk hypoglycaemiás tüneteket, 3 esetben cukor adására kényszerültünk.

A tolbutamid terhelés alatti maximális inzulinválasz értékeit a 3. és 4. ábra mutatja. A bazális inzulin és maximális inzulinválasz értéke szignifikáns differenciát nem mutatott a két cirrhotikus csoportban ($p > 0,05$).

Az inzulinválasz dinamikáját az 5. ábrán szemléljük. A 30., 40., 60 percen a csökkent szénhidrát-toleranciájú cirrhotikusok inzulin értékei szig-

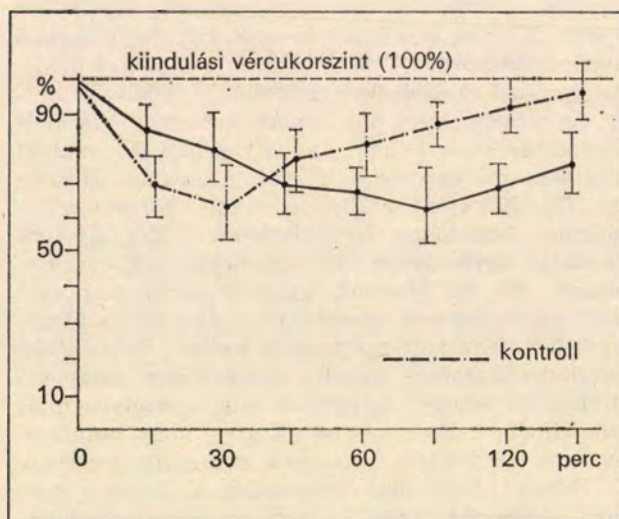
nifikánsan magasabbak mint a normális cukoranyagcseréjű cirrhotikus betegek értékei ($p < 0,01$).

Manifeszt diabeteses betegek terápiai adatai: csak diétás kezelést 6 beteg, diétát és orális antidiabetikumot 2 beteg, diétát és inzulint 1 beteg kapott.

Eredményeink megbeszélése

A „máj-diabetest” elsőként Naunyn (19) írta le 1906-ban. A diabetes mellitus gyakoribb előfordulását májbetegségekben számos irodalmi adat támasztja alá (10, 11, 12, 13, 14). Hosszú ideig a hasnyálmirigy-elégtelenség volt e tény magyarázata, mivel többen figyeltek meg pancreas-károsodást krónikus alkoholistákon (20, 21). Ismert a haemochromatosishoz társuló diabetes is, a közös noxa eredményeként. A cirrhotikusok diabetesében a pancreas-tényező nem az egyedüli pathogenetikai faktor. Inzuláris funkciójuk kielégítőnek látszik, sőt a cirrhotikusok és különösen a májelégtelenségben szenvedők hyperinzulinizmusát többen megfigyelték (22, 23, 24, 25). Felmerült az inzulinsekreció fokozódása (25), de a jelzett inzulin csökkent lebontását is több vizsgáló észlelte (24, 14). Johnston és mtsai (26) az utóbbi feltevést bizonyították C-peptid meghatározással. A csökkent szénhidrát-tolerancia nem magyarázható egyszerűen inzulinhiánnyal, relatív rezisztenciával állunk szemben, melynek hátterében extrapancreaticus és kontraintzuláris tényezők állnak. Ezek fontos szerepét mutatják a tolbutamid terhelés eredményei. A tolbutamid részben az inzulinsekreció stimulálásán, részben a glikogenezis gátlásán keresztül (27) okoz hypoglycaemiát. Ratzmann (28) szerint, ha a diabetoid szénhidrát-anyagcsere hátterében extrapancreaticus tényező is lehetséges, a tolbutamid próba negatív.

A csökkent szénhidrát-toleranciájú cirrhotikus betegekben is meghaladta a vércukorcsökkenés a diabetesre jellemző értékeket (2. ábra), egy esetben



2. ábra: Csökkent szénhidrát-toleranciájú cirrhotikus betegek és a kontrollok tolbutamid terhelési görbéi
A grafikon a 31 csökkent szénhidrát-toleranciájú cirrhotikus beteg és a 6 kontroll eset vércukorcsökkenés értékeit mutatja be ($X \pm S_x$) a vizsgált időpontokban, a kiindulási vércukor értékek százalékában kifejezve



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

Drázséenként 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 drázséig 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 à 0,3 draszé

Térités: 3,90 Ft

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 gyermek-praxisban ne alkalmazzuk. Gyermekek elől elzárva tartandó.

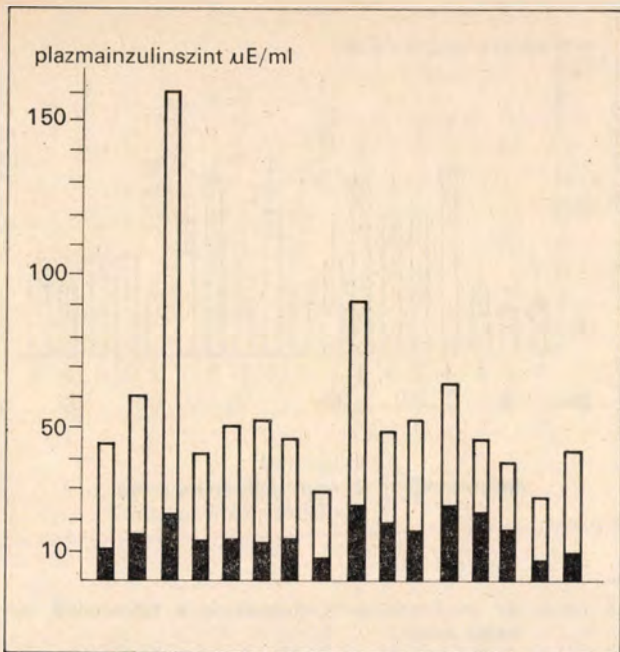
CSOMAGOLÁS

20 db tabletta

Térités: 3,90 Ft

MEGJEGYZÉS

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



3. ábra: Maximális inzulinválasz 1 g tolbutamid iv. adására a normális szénhidrát-toleranciájú cirrhotikus betegekben

Az ábrán a 16 normális szénhidrát-toleranciájú cirrhotikus betegünk bazális inzulin értékét (sötétített rész) és maximális inzulinválaszát (üres része) mutatjuk be

ket kivéve, aki később inzulin adására is szorult. Összehasonlítva a normális cukoranyagcseréjű cirrhotikusokkal, a vércukorcsökkenés mélypontja a 30. percről a 60., 90. percre tolódott el. A másik szembevetendő különbség a kifejezett, elhúzódó hypoglycaemiás hajlam, még a 180. percben sem tér vissza a vércukor értéke a kiindulásira. A két csoport bazális inzulin és maximális inzulinválasza között nem találtunk szignifikáns differenciát.

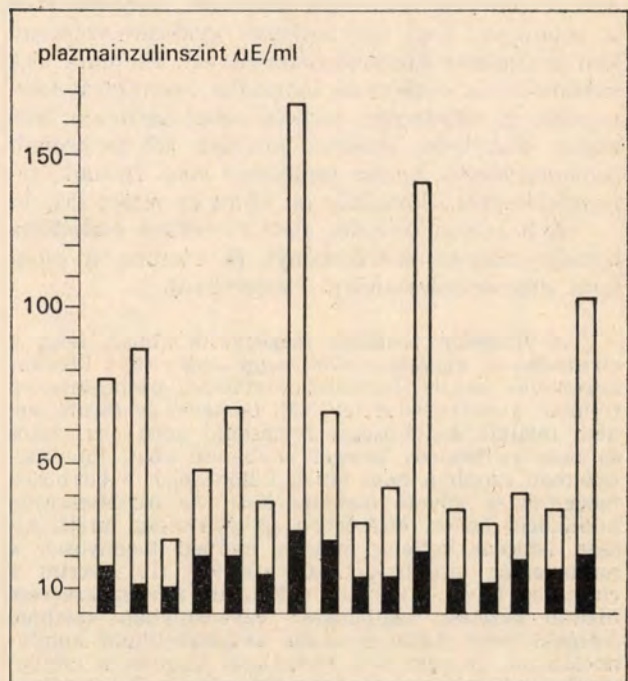
A 3. és 4. ábrán megfigyelhető, hogy egy betegcsoporton belül is jelentős különbség van az egyes betegek inzulinválaszában. Egészséges egyének stimulálászerre adott inzulinválaszában is jelentős különbségek észlelhetők, ezek alapján magas és alacsony válaszadókat különítenk el (29). Ezzel szemben diabetesben egyértelműnek látszik a relatív, vagy abszolút inzulinhiány. Eseteink zömében nincs szó inzulin deficienciáról. A hypoglycaemia mélypont késése létrejöhet a kontrainzuláris hatások vagy az inzulinszekréció késése következtében. Vizsgálatunkban, ha az inzulinszekréció nagyságában nem is marad el a csökkent szénhidrát-toleranciájú betegekben, az inzulinszükség ideje késésben volt (5. ábra).

Lehetséges, hogy a pancreas béta-sejtjeinek érzékenysége csökkent a tolbutamiddal szemben, tehát továbbra sem elhanyagolható tényező a cirrhotishoz társuló diabetes patomechanizmusában a pancreas-károsodás, amit az utóbbi évek irodalmi adatai kevésbé hangsúlyoznak. A kérdésre egyértelmű választ adni vizsgálatainkkal nem lehet, de fontos láncszem lehet a cirrhotikus betegek enyhébb fokú pancreas-károsodása, rigidebb inzulinszekréciója a diabetes kialakulásában.

Megfigyeléseink támogatják Creutzfeldt (30) és Kaplan (31) nézetét, hogy a tolbutamid-test elkülöníti a májbetegségeket kísérő glucose intoleranciát a valódi inzulin deficiens állapotoktól. A tolbutamiddal előidézett hypoglycaemia ellenregulációs mechanizmusokat indít el és a vizsgálat 90–120. percében a vércukor normalizálódik. Rossz májműködés miatt (glykogen raktár csökkenés, metabolikus zavar) hypoglycaemiás tendencia alakulhat ki, és mint az 1. és 2. ábrán bemutattuk a 180. percben sem éri el a vércukor a kiindulási értéket.

Határozott összefüggés észlelhető a diabetes gyakorisága és a vaszkulárisan dekompenzált stádium közt. A diabetes előfordulása a cirrhosis súlyosságával párhuzamosan növekszik (1. táblázat). Az étkezést követő glucosuria megfigyelése, portális truncusligatúrás kutyákon, a klasszikus Claude Bernard-kísérlet óta ismert. Conn (32) pozitív korrelációt írt le az orális és intravénás cukorterhelési görbék diabeteses anomáliái és a portális hypertensiós jelek közt. A művi anastomosis után is többen észlelték a diabetes gyakori megjelenését (33, 34, 35, 36). A porto-cavalis anastomosisok a májat részlegesen kizárják a keringésből. A glucose hepaticus felvétele csökken, jelentős étkezést követő vércukor-emelkedés alakul ki, mely maga után vonja az inzulinszekréció fokozódását és idővel a béta-sejtek kimerülését is.

Az ismert és több szerző által leírt inzulinrezisztencia háttérben kontrainzuláris hormonokat kell keresni. Egyik legfontosabbnak a magasabb HGH szint (human growth hormone) látszik (37, 38, 39, 40). Kóreredete pontosan nem tisztázott, feltehetően valódi túlprodukciónak van szó. Pimstone és mtsai (41) magasabb HGH szintet találtak Kwashiorkóros betegekben. Samaan (37) cirrhotikus anyagában a legnagyobb HGH emelkedést a hypalbuminaemiás betegekben észlelte, és ezzel párhuzamosan viselkedett a



4. ábra: Maximális inzulinválasz 1 g tolbutamid iv. adására a csökkent szénhidrát-toleranciájú cirrhotikus betegekben

Az ábrán a 16 csökkent szénhidrát-toleranciájú cirrhotikus betegünk bazális inzulin értékét (sötétített rész) és maximális inzulinválaszát (üres része) mutatjuk be

glucose-tolerancia. A hypalbuminaemiának jelentőségét tulajdonítanak a HGH hiperszekréciónak. Néhány esetben lehetőségünk nyílt növekedési hormon meghatározásra is, de a kisszámú eset miatt értékeléstől eltekintettünk.

A másik fontos kontrainzuláris hatású hormon a *glukagon*. Cirrhisos betegeken többen figyeltek meg magasabb glukagon szintet (39, 42, 43), főleg a porto-cavalis anastomosisok jelenlétében. Az alfa-sejtek hyperplasiája máj-cirrhisosban régóta ismert (44). A hyperglukagonaemia oka a hormon hepatikus lebontásának elégtelensége is lehet (42). A glucose hepatikus produkcióját az inzulin és a glukagon szabályozzák. A magasabb glukagon szint, a megváltozott inzulin-glukagon arány diabetogen szerepet játszhat. Érdekes ellentmondásnak tűnik, hogy a cirrhisos betegeken végzett glukagon terhelés a gluconeogenesis és a glikogenolízis jelentős deficijtét mutatja. A hepatikus érintettség éppen gátolja a glukagon vércukoremelő hatását (45). Ezért a vizsgálat májfunkciós próbaként is alkalmazható (46, 47).

Mellékvesekéreg-hormonok: a májban a cortisol-lebontás csökken, maga után vonva az ACTH produkció csökkenését. Később a cortisol-termelés is csökken és új egyensúlyi helyzet alakul ki (48). A cortisol-szekréciónak máj-cirrhisosban nem emelkedett (49), így kóros szerepe kétséges. Nagyjából jelentőségű az aldosteron inaktiválás csökkenése, méginkább a hormontermelés fokozódása és a következményes káliumhiány. *Magnenat* (11) és *Conn* (50) szignifikáns szénhidrát-tolerancia-jávlást láttak orális dextrose terhelés után, ha káliumot is adtak.

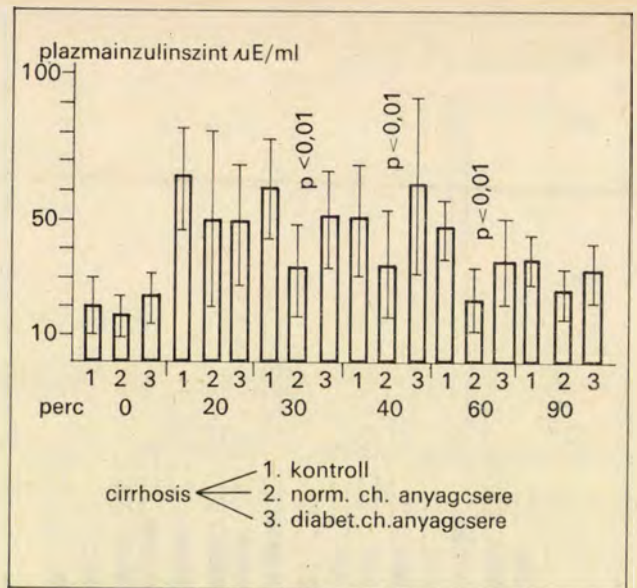
Diabetogen faktor a máj-cirrhisosban megfigyelt *magasabb szabad zsírsav szint* is (51, 52). Oka vitatott: talán a fokozott lipolízis (glukagon hatás), vagy a máj eszterifikáló működésének elégtelensége okozzák. Ismert a *Randle* (53) által leírt antagonizmus a szabad zsírsav szint és a perifériás cukorfelhasználás közt. A magasabb FFA-szint fontos tényezője lehet az inzulin rezisztenciának.

Az adatokból kitűnik, hogy a máj-cirrhisoshoz társuló cukoranyagcsere-zavar bonyolult és minden részletében maig sem tisztázott. Vizsgálataink is mutatják, hogy cirrhisosban gyakran számolni kell a diabetes különböző formáival. Eseteink 39,2 százalékában észleltünk normális szénhidrát-toleranciát. A tolbutamid terhelés ezzel szemben nem mutat diabetesre jellemző eltérést, sőt *protrahált hypoglycaemiás válasz figyelhető meg*. Hasonló tapasztalatokról számoltak be *Cohn és mtsai* (54) is.

A Rastinon terhelés alatt 6 esetben észleltünk hypoglycaemiás szövödményt (4 esetben a csökkent glucose-toleranciájú csoportban).

A vizsgálok többsége megegyezik abban, hogy a cirrhisosok diabetesese nem, vagy csak ritkán *inzulin-dependens*, enyhe, legtöbbször stabilis, párhuzamosan fejlődik a cirrhisossal (cit. 55). *Bastien* és *Pirart* (56) nem találtak különbséget a hasonló korú cirrhisos és nem cirrhisos betegek diabetesese közt, tanulmányukban azonban nem tettek különbséget a cirrhisist megelőző és követő diabetes közt. Az összehasonlító publikáció kevés, elsősorban az óvatosság miatt, hiszen ismerni kellene minden esetben bizonyosan a májbetegség elsőbbségét. *Creutzfeldt* (14) szerint a cirrhisist követő diabetes ritkábban tesz szükségessé inzulin kezelést, legtöbbször egyensúlyban tartható diétával vagy diéta és orális antidiabetikum kombinációjával. *Magyar* (57) vizsgálatai alapján a májbetegség mellett kialakult cukorbeteg sokszor éppen súlyosabb, de legtöbbször mégis befolyásolható orális antidiabetikummal.

A tolbutamid terhelés során észlelt elhúzódó hypoglycaemia arra figyelmeztet, hogy csak kellő megfontolás és korrekt indikáció alapján adjunk cirrhisos betegeknél hypoglycaemizáló szereket. Legtöbbször



5. ábra: Az inzulinszekréciónak dinamikája a tolbutamid terhelés alatt

Az ábra 6 egészséges, kontroll, 16 normális és 16 csökkent szénhidrát-toleranciájú cirrhisos beteg plazma inzulin szintjét ($\bar{X} \pm S_x$) mutatja be a vizsgált időpontokban. A kontroll és a normális cukoranyagcserejű cirrhisos esetekben a maximális inzulinválasz a 20. percen észlelhető, a csökkent szénhidrát-toleranciájú betegeken a 40. percen

ször a diétás kezelés elegendő. A napi szénhidrát-bevitelt 250–300 g-ban szabjuk meg, az esetek jelentős részében fehérjemegszorítás nélkül. A zsírbevitelt korlátozzuk.

Az orális antidiabetikumok többnyire a májban metabolizálódnak, egyedül a biguanidok lebontásához nincs szükség májműködésre. Eltérő az egyes készítmények felezési ideje is, a carbutamidé 40 óra, a tolbutamidé 3–6 óra, a chlorpropamidé 35 óra, a glybenclamidé 6 óra. Lebontási termékeik már nem hypoglycaemizálnak (cit. 58). A biguanidok felezési ideje 2–4 óra, nagyrészt változatlan formában ürülnek ki a vizelettel. Májtoxicitásuk nem ismert. Amennyiben orális antidiabetikumot kell alkalmazni, célszerűbb az enyhébb hatású, rövid felezési idejű tolbutamid vagy biguanid készítmény adása.

A bevezetőben feltett kérdésekre, megfigyeléseink alapján a következő válaszokat adjuk:

1. Cirrhisos betegeink több mint felében mutatható ki különböző fokú szénhidrát-tolerancia csökkenés, manifeszt diabetes előfordulása is gyakori (17,6%). A mindennapi gyakorlatban tehát számolni kell vele.

2. A diabetes előfordulása párhuzamot mutat a májbetegség előrehaladottságával, vaszkuláris dekompenzációban, porto-cavalis anastomosisok jelenléte esetén gyakoribb.

3. A szénhidrát-tolerancia csökkenésében, legalábbis a diabetes kezdeti szakában jelentős szerepet játszhatnak extrapancreatikus tényezők, kontrainzuláris hormonok, de nem elhanyagolható a pancreas károsodása sem, amit a rigidebbnek tűnő inzulinszekréción is jelez.

4. A cirrhisos mellett kialakult diabetes sajátosságai

a) a diabetes kórismezésében használatos tolbutamid próba többnyire nem jellemző inzulinhiányos állapotra.

b) általában enyhe, legtöbbször szubklinikus diabetes.

c) ritkábban tesz szükségessé a diéta mellett inzulin vagy oralis antidiabetikum kezelést.

d) a nem kellő körültekintéssel végzett terápia a legenyhébb hatású antidiabetikummal is nem kívánatos szövődményhez, hypoglycaemiához vezethet.

Összefoglalás. Szerzők 51 Laennec típusú cirrhotikus betegen végeztek szénhidrát-anyagsere vizsgálatokat. Az esetek több mint felében mutatták ki a szénhidrát-tolerancia csökkenését. Manifest diabetest 17,6⁰/₀-ban találtak. Az extrapancreaticus tényezők, kontrainzuláris hormonok fontos kóroki szerepe mellett pancreas-károsodást, rigidebb inzulinszekréciót is feltételeztek. A tolbutamid próba sem utalt inzulinhiányos állapotra, elhúzódó hypoglycaemiát eredményezett. A cirrhotikushoz társuló diabetes legtöbbször enyhe, ritkán tesz szükségessé a diéta mellett gyógyszeres kezelést.

Csak a kellő körültekintéssel végzett kezeléssel kerülhető el a nem kívánatos hypoglycaemia, amit a legenyhébb hatású oralis antidiabetikummal is előidézhetünk.

IRODALOM: 1. Moore, H. és mtsai: Brit. Med. J. 1934, 1, 225. — 2. Samson, R. I. és mtsai: Gastroenterology. 1967, 53, 291. — 3. Lindner, W.: Münch. med. Wschr. 1975, 117, 855. — 4. Laverdant, Ch., Fromantin, M.: Acta Gastroenterol. Hepatol. 1970, 6, 101. — 5. Müting, D., Kaufmann, M.: Münch. med. Wschr. 1975, 117, 1689. — 6. Madison, L. L. és mtsai: Diabetes. 1967, 16, 252. — 7. Heggarty, H. J.: Brit. Med. J. 1970, 1, 280. — 8. Melinkoff, S. M., Tumulty, P. A.: New Engl. J. Med. 1952, 247, 745. — 9. McFadzean, A. J. S., Tse, Y. T.: Arch. intern. Med. 1956, 98, 720. — 10. Conn, H. O. és mtsai: Amer. J. Dig. Dis. 1969, 14, 837. — 11. Magnenat, P. és mtsai: „Foie et Glandes endocrines” Expansion Scientifique, édit., Paris, 1967. 227. — 12. Boulet, P. és mtsai: Le Diabète. 1962, 10, 51. — 13. Perreau, P. és mtsai: Sem. Hôp. Paris. 1972, 48, 957. — 14. Creutzfeldt, W. és mtsai: „Progress in liver diseases” W. Heinemann, edit, Londres, 1970, 3, 371. — 15. Rost, G. és mtsai: Zschr. Inn. Med. 1966, 21, 289. — 16. World Health Organisation: Techn. Report Ser. Nr. 310. 1965. — 17. Unger, R. H., Madison, L. L.: Diabetes. 1958, 7, 455. — 18. Yalow, R. S., Berson, S. A.: J. Clin. Invest. 1960, 39, 1157. — 19. Nannyn, D.: Der Diabetes melitus, ed. 2., Vienna: Holder, 1906. 128. — 20. Sobel, H. J., Wayne, J. D.: Gastro-

enterology. 1963, 45, 541. — 21. Stergmann, F., Chung, K.: Amer. J. Gastroenterol. 1962, 38, 40. — 22. Aron, E. és mtsai: Méd. Int. 1972, 7, 549. — 23. Collins, J. R., Crofford, O. B.: Arch. intern. Med. 1969, 124, 142. — 24. Devrim, S., Seneer, E.: „Diabetes” Excerpta Med., Amsterdam, 1974. 130. — 25. Megyesi C. és mtsai: Lancet. 1967, 2, 1051. — 26. Johnston, D. G. és mtsai: Lancet. 1977, 1, 10. — 27. Halmos T.: A felnőttkori spontán hypoglycaemiás tünetegyüttes. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1977. — 28. Ratzmann, K. P.: Z. ärztl. Fortbild. 1974, 68, 891. — 29. Cerasi, E., Luft, R.: Acta endocrinol. 1967, 55, 278. — 30. Creutzfeldt, W. és mtsai: Dtsch. Med. Wschr. 1962, 87, 2189. — 31. Kaplan, N. M.: Arch. intern. Med. 1961, 107, 212. — 32. Conn, H. O. és mtsai: Amer. J. Dig. Dis. 1971, 16, 227. — 33. Hearn, G. W., Paton, A.: Brit. Med. J. 1963, 2, 96. — 34. Lemaire, A. és mtsai: Presse Médicale. 1965, 73, 2075. — 35. Lang, S. T. és mtsai: Amer. J. Physiol. 1954, 177, 447. — 36. Esser, G., Schreiber, H. V.: Langenbeck's Arch. klin. 1965, 41, 312. — 37. Samaan, N. A. és mtsai: Arch. intern. Med. 1969, 124, 149. — 38. Conn, H. O., Daughaday, W. H.: J. Lab. Clin. Med. 1970, 76, 678. — 39. Gagnoli, G. és mtsai: „Diabetes” Excerpta Med. Amsterdam, 1974. 131. — 40. Hernandez, A. és mtsai: J. Lab. Clin. Med. 1969, 73, 25. — 41. Pimstone, B. és mtsai: Lancet. 1967, 2, 1333. — 42. Sherwin, R. és mtsai: New Engl. Med. 1974, 290, 239. — 43. Marco, J. és mtsai: New Engl. J. Med. 1973, 289, 1107. — 44. Moretti, G., Staeffen, J.: Arch. Mal. App. Dig. 1959, 48, 1470. — 45. Danowski, T. S. és mtsai: Yale J. Biol. Med. 1956, 29, 361. — 46. Tornóczky J. és mtsai: A XXV. Dunántúli Belgyógyász Vándorgyűlésen elhangzott előadás. Szombathely, 1978. — 47. Verhaegen, H. és mtsai: Postgrad. Med. J. 1971, 47, 108. — 48. Szarvas F.: Magyar Belorvosi Archivum. 1977, 30, 113. — 49. Peterson, R. E.: J. Clin. Invest. 1960, 39, 320. — 50. Conn, H. O.: Amer. J. Med. Sci. 1970, 259, 394. — 51. Berkowitz, D.: Amer. J. Dig. Dis. 1969, 14, 691. — 52. Stormont, J. M. és mtsai: Proc. Soc. Exp. Biol. 1961, 106, 642. — 53. Randle, P. J. és mtsai: Lancet. 1963, 1, 785. — 54. Cohn, H. J. és mtsai: J. Clin. Endocrinol. 1964, 24, 28. — 55. Guillon, J., Charbonnel, B.: Diabete & Metabolisme (Paris) 1975, 1, 191. — 56. Bastenie, P. A., Pirart, J.: „Les Hémochromatoses” Rapports du 34. Congrès Français de Médecine, Masson & Cie, édit. Paris, 1963, 1, 399. — 57. Magyar I.: Diabetes mellitus. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1963. — 58. Zrínyi T.: Magyar Államvasutak Egészségügyi Intézményeinek Tudományos Közleményei, 1977, IX, 45.

„Az egyik nem zedék azon utat építi,
melyen a következő utazik.” *Kínai közmondás*

NAPROSYN

tabletta

mV 200

Antirheumatica

ÖSSZETÉTEL: 1 tabl. 250 mg naproxent tartalmaz.

HATÁS: A Naprosyn tablettá gyulladásgátló, láz- és fájdalomcsillapító hatású, 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 gyulladásgátlóékhoz – nem ismert, de feltételezhető, hogy a prosztaglandin-szintetáz gátlásának nagy szerepe van a gyulladáscsökkentő hatás kialakulásában. A többi nem steroid gyulladásgátlóhoz viszonyítva kevésbé bizonyult ulcerogen 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, spondylosis, spondylarthrosis, extraarticularis rheumatismus különböző formái (lumbago, egyéb myalgia, fibrositisek, neuralgiák, bursitisek, peri-arthritis 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 fiatalokorokon 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 össz-dózis) a fájdalom 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 határokron belül változtatható, a megfelelő adagokat ugyan-csak naponta kétszer kell beadni.

MELLEKHATÁSOK: Ritkán gyomorégés, gyomorfájás, telítettségi érzés, enyhe szédülés vagy rosszullet, fejfájás, a gyomor-béltraktusban átmeneti jellegű vérzés. Igen ritkán bőrküütés, thrombocytopenia.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK

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);
- difenilhidantoinnal (ennek szérumszintjét toxikusig emelheti);
- szulfonamidokkal (ezek toxicitását fokozhatja).

FIGYELMEZTETÉS: Szalicilérzékeny egyéneknél urtikáriát, asztmás rohamot válthat ki.

Tartósabb alkalmazásakor a vérzési idő meghosszabbodását okozhatja.

Gyomor- vagy nyombélfekély esetén, vagy ha a betegen 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) ismételhető.

CSOMAGOLÁS: 30 db tablettá 22,- Ft.

FORGALOMBA HOZZA: Alkaloida Vegyészeti Gyár, Tiszavasvári, Syntex licencia alapján.

ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR, TISZAVASVÁRI



A sürgősségi cardioversióval és defibrillálással szerzett tapasztalataink

Kenderesi Péter dr.

A szív ritmus-zavarainak gyógyításában alkalmazott elektroterapiás beavatkozások két csoportra oszthatók. Az egyiket a szíven belül alkalmazott, kis energiával végzett pitvari vagy kamrai (páros, ismételt) ingerlés alkotja, a másikhoz a zárt mellkason keresztül végzett külső nagy energiájú beavatkozások, a cardioversio és a defibrillálás tartoznak. Az utóbbiakkal hazánkban is több szerző foglalkozott (2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 14, 16, 17, 21, 24).

Osztályunkon 1967 januárjában alakítottuk ki coronaria őrző egységünket és azóta foglalkozunk a szív elektroterapiájával. Kezdetben csak váltóáramú defibrillátorral rendelkezünk és ennek megfelelően eredményeink rosszak voltak. Munkánkban az egyenáramú készülékkel elért eredményeinkről számolunk be.

Beteganyag és módszer

Az 1972—1978-ig terjedő időszakban 77 esetben alkalmaztuk a sürgősségi elektroterapiát. Betegeink ritmus-zavarok szerinti megoszlását az 1. táblázatban tüntettük fel. Sürgősségi cardioversiót 33, defibrillálást 44 esetben végeztünk.

A cardioversiót minden alkalommal anaesthesiológus nővér vagy orvos jelenlétében, a Lown és mtsai (19) által megadott módon végeztük. Betegeinktől minden esetben megszereztük írásos hozzájárulásukat a beavatkozáshoz. Kórelőzményüket digitalis készítményekre vonatkozóan gondosan értékeltük, ionogrammot készítettünk, vérgáz-analysist végeztünk. A cardioversio előtt intracardialis EKG control mellett, a post-conversio asystolia kivédésére pacemaker elektródát (Cordis typus F 4) vezetünk a medialis könyökvénán át a jobb kamrába Just (13) módszere szerint. Közvetlenül a cardioversio előtt megkezdjük a 4,2%-os natrium bicarbonát és a Lidocain (0,1 mg/min/kg) infundálását. A postconversio fázisban a Lidocain adagját Lown beosztását figyelembe véve módosítottuk: 0 fokozat: 0,1 mg, 1—2. fokozatban: 0,25 mg, 3—4/a fokozatban: 0,5—1,0 mg/min/kg (12, 20).

Lown a tachycardiával kísért kamrai eredetű ritmus-zavarokat az ambulanter felvett 24 órás magnetofon tárolásos EKG vizsgálat alapján osztályozta: 0 fokozat: nincs ritmus-zavar; 1. fokozat: unifocalis kamrai ES (kevesebb mint 30/h, ill. 1/min); 2. fokozat: unifocalis kamrai ES (több mint 30/h, ill. 1/min); 3. fokozat: multifocalis kamrai ES, 4. fokozat: a) kamrai tachycardia vagy b) salvekból jelentkező kamrai ES; 5. fokozat: korai kapcsolású kamrai ES-ek.

Mind a cardioversiót, mind a defibrillálást Hellige Servocard készülékkel végeztük. A defibrilláló kanalak

anterior-posterior helyzetben voltak. Az energia erősséget a ritmus-zavar természete szerint választottuk meg, de figyeltük a Geddes és mtsai (11), valamint Tacker és mtsai (23) által javasolt testsúlykilogrammra számított energiaigényt is.

Defibrillált betegeinken az ébredési fázisban észlelt nyugtalanságot Seduxennel ellensúlyoztuk, de előfordult, hogy morphiomot is kellett adnunk. Az agy-oedemát intravénás Furosemiddel (80—120 mg) mérsékeljük és minden alkalommal azonnal 4,2%-os natrium bicarbonátot és Lidocain infúziót (1 mg/min/kg) kezdünk el, melynek tempóját 4—5 perc után 0,5—0,25—0,1 mg/min/kg-ra csökkentettük. Már enyhe tüdőpangás esetén is adagoltunk K-Strophanosidot (1/8 mg/12 óra) és intermittálóan orrszondán vagy Bird—Mark 8 respirátorral maszkon át oxygen-inhalációt alkalmaztunk assistált lélegeztetéssel.

Betegeinket a stabil sinus ritmus helyreállása után 48—72 óráig tartottuk őrzőnkben.

Eredményeink

Eredményeinket a 2. táblázatban összegeztük. Az egyes ritmus-zavarokat illetően a következő tapasztalatokat nyertük:

1. Fibrilloflattern

Mind a hat betegünkön myocardialis infarctus heveny szakaszában, 24—48 órán belül alakult ki a ritmus-zavar, szapora kamrai működéssel. A heveny bal szívfél elégtelenség kifejezett tünetei miatt a cardioversio előtt betegeinknek K-Strophanosidot és vízhajtót adtunk. A beavatkozást Dolargan, Seduxen előkészítésben végeztük. 100 Ws energiával első ütésre 4 betegünk esetében azonnal sikerült a ritmus-váltás. Két betegünkön ismételt ütéssel (200 Ws) csupán átmenetileg tért vissza a sinus ritmus és mindkét betegünket befolyásolhatatlan cardiogen shock tünetei közt elvezítettük. A kórboncolás egyikükön septum perforációt, másik esetünkben antero-lateralis infarctust igazolt. A négy gyógyult beteg 6—18 hónap óta sinus ritmus áll fenn.

2. Pitvari flattern

A három eredményesen gyógyított beteg közül egy aorta műbillentyűvel él, a másik kettőnek mitralis vitiuma (domináns stenosis) volt. Ezen utóbbi két betegünk szívbetegségéről nem tudott és a ritmus-zavarral együtt jelentkező heveny bal szívfél elégtelenség miatt fordult orvoshoz. Digitalis készítményt nem szedtek. 25—50 Ws energia egyszeri alkalmazással elégséges volt a ritmus-zavar rendezésére. Fenntartó kezelésként digitalizálást javasoltunk és betegeinket szív-műtetre előjegyeztettük. 8—12 hónapos utánkövetéssel mind egyikükön sinus ritmust észleltünk. Egyik ered-

1. Táblázat A betegek ritmuszavar szerinti megoszlása

Fibrilloflattern	6
Pitvari flattern	3
Supraventricularis tachycardia	3
Kamrai tachycardia	21
Kamraflatteratio	44
Összesen:	77

2. Táblázat **A sürgősségi cardioversio és defibrillálás alkalmazásával elért eredményeink az 1972–1978-ig terjedő időszakban**

	Elektrotherapia		A túlélők megfigyelési periodusa (hónap)	Sinus rhytmus
	eredményes	exitus		
Fibrilloflattern	4	2	6–18	4
Pitvari flattern	3	—	8–12	3
Supraventricularis tachycardia	3	—	6–14	3
Kamrai tachycardia	20	1	5–60	19
Kamrafibrillatio	29	15	9–72	18
Összesen:	59	18		47

ményesen gyógyított esetünk EKG-ja látható az 1. ábrán.

3. Paroxysmalis supraventricularis tachycardia

A három eredményesen gyógyított betegünkön ismételtelen eredménytelen vagus ingerlés és gyógyszeres próbálkozás után, a rhytmus-zavar kezdetétől számított 12–24 óra elteltével végeztük a cardioversiót. Betegeinken vitiumot, myocardium laesiót nem találtunk. Egy alkalommal intravénás Seduxen, két esetben Sombrevin narcosisban végeztük az elektrotherapiát, 50–100 Ws kezdő energiával. 6–14 hónapos utánkövetéssel mindegyükön sinus rhytmust észleltünk. Fenntartó kezelésként Visken terapiát javasoltunk. Egyik eredményesen gyógyított betegünk elektrotherapia előtt, közben és után felvett EKG-ját bemutatjuk (2. ábra).

4. Kamrai tachycardia

20 esetben eredményesen alkalmaztuk a cardioversiót. Az alapbetegség háromban régebben lezajlott, kettőben heveny myocardialis infarctus, ötben hypertonia, egyben congestiv cardiomyopathia, a többi esetben coronariasclerosis volt. Átlagos életkoruk 59 év volt. A rhytmus-zavar kialakulását követően átlag 4–6 órán belül lehetőségünk volt elvégezni a cardioversiót. 12 betegen Sombrevin, 3 betegen Seduxen, 6 betegen Dolargan, Seduxen együttes adásával végeztük a narcosist, illetve biztosítottuk az amnesiát. A sinus rhytmus helyreállítását 9 betegen 100 Ws-mal végzett első ütéssel, 6 betegen 200 Ws-mal második ütéssel, 5 betegen 300 Ws-mal alkalmazott harmadik ütéssel tudtuk elérni. A fatalis kimenetelű esetünk 28 éves Marfan-szindrómás beteg volt, akin kétoldali előrehaladott bronchopneumoniához társult a befolyásolhatatlan cardiorespiratorikus elégtelenség és betegségének

végállapotában jött létre a kamrai tachycardia. 5–60 hónapos utánkövetéssel 19 betegünkön sinus rhytmust észleltünk. Egy 63 éves betegünk két évvel a cardioversio után otthonában hirtelen meghalt. Fenntartó kezelésként az egyéb gyógyszerek mellett Procainamid tartós szedését javasoltuk.

5. Kamrafibrillatio

44 esetben végeztünk defibrillálást kamra-fibrillatio miatt. 31 alkalommal őrzőszobában fekvő betegen, 14 esetben őrzőn kívül (3. táblázat). Az alapbetegséget tekintve a 31 beteg közül 21 heveny myocardialis infarctus, 5 status anginosus, 5 lezajlott angina pectoris miatt állott őrzőnkben megfigyelés alatt. Betegeink túlnyomó többségében a felvételt követő első hat órán belül alakult ki a rhytmus-zavar, de észleltük jelentkezését heveny myocardialis infarctusban az első hét végén és a harmadik héten is. Betegeink átlagos életkora 57 év volt az őrzőnkben, őrzőn kívül 61 év. Az elektrotherapiát minden esetben 400 Ws-mal kezdtük. Őrzőn kívüli betegeink többsége hypertoniás, chronikus ischaemiás szívbeteg volt. Ezen 13 beteg közül 8 nem említett kórelőzményében anginás panaszokat, előrehaladott cardialis elégtelenségben nem szenvedett. Két beteg K-Strophanthosid kúra alatt állt. Őrzőnkben elhunyt betegeinken a kórboncolás minden alkalommal igazolta a heveny myocardialis infarctust, mely túlnyomó többségükben súlyos előrehaladott coronariasclerosisra társult. Őrzőn kívül elhunyt betegeinken két alkalommal ép coronaria rendszert (csupán nagyfokú bal kamra hypertrophiát), egy alkalommal intima-vérzést, több esetünkben egy nagy coronaria ág sclerosisát igazolta és egyetlen alkalommal sem talált heveny myocardialis infarctust, csupán jelentősnek mondható dif-fusus myocardium fibrosist.

Elsődlegesen eredményesen kezelt 29 esetünk közül 9–72 hónapos utánkövetés szerint 18 betegünk él stabil sinus rhytmussal chronikus cereb-ralis laesio nélkül. Három betegünk fél, egy évvel a kórházi kezelés után otthonában hirtelen elhunyt.

A cardioversio után infarctusos beteganyagunkban nem értékeltük az enzimváltozásokat. Az egyéb alapbetegségben szenvedőkön pár napig emelkedett SGOT, SGPT értékeket észleltünk. A postconversió fázisban egy betegünkön észleltünk gyorsan rendezhető tüdővizényőt és egy betegünknek kellett jelentős hypotonia miatt Isuprel infusiót adnunk. A postconversió arrhythmiaik közül a leggyakoribbak a kamrai ES-ek voltak, melyeket a Lidocain adagolásával minden esetben rendezni lehetett.

3. táblázat. **Kamrafibrillatio miatt elektrotherapiában részesült betegeink korai és késői eredményei 1972–1978 években**

	Esetszám	Elsődlegesen eredményes	Túlélési idő			Életben van 12–72 hónap múlva
			24 h-ig	2–14 napig	30 napon túl	
Őrzőben:	31	25	3	2	20	17
Őrzőn kívül:	13	4	1	2	1	1
Összesen:	44	29	4	4	21	18

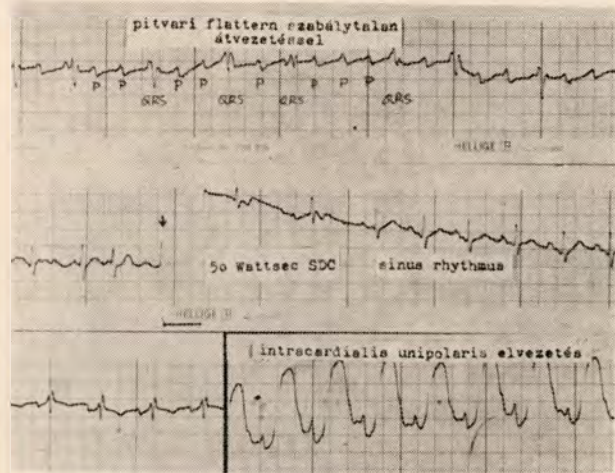
Megbeszélés

A bemutatott rhythmus-zavarokban az elektrotherapiát tapasztalataink szerint is előnyben kell részesíteni a gyógyszeres rhythmus-rende-zéssel szemben. Kivételt képez a supraventricularis tachycardia, melyben csak ismételt eredménytelen vagus ingerlés, gyógyszeres próbálkozások után súlyos hypotonia, keringési elégtelenség veszélye miatt alkalmaztunk elektrotherapiát.

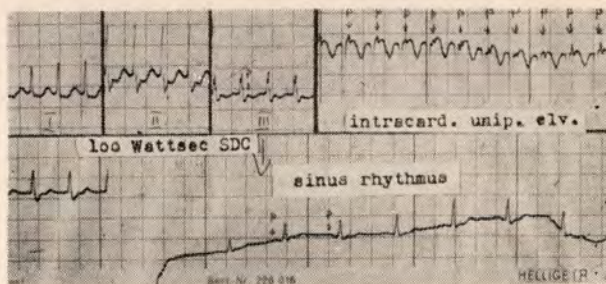
A kamrafibrillatio gyógyításában hangsúlyozzuk az időfaktor jelentőségét. Ezt jól jellemzi coronaria őrzőkön kívül észlelt eseteink közt a lényegesen nagyobb halálozás. Őrzőn belül a beteget idővesztés nélkül azonnal defibrillálva a tudatzavar szinte pillanatos, súlyosabb keringési szövődmény nem alakul ki (15). Spontán légzés mellett végezve a defibrillálást, szintén jónak mondható az eredmény és bár a tudatzavar tartósabb, eseteink zömében 14–30 perc után már múltóban volt. Őrzőkben 3 percen belül elértük betegeinket és intubálásra nem volt szükség. Resuscitatio kapcsán súlyos centralis és periferiás keringési elégtelenség miatt sympathicomimeticumot két esetben alkalmaztunk. Mindkét betegünket ismétlődő kamra-fibrillatio és tüdővizényő tünetei közt vesztítettük el. Hasonló esetekről számolt be Szám és Csapó (22). Megjegyezzük, hogy infarctusban szenvedő betegeinken a már Lidocainnal megkezdett prophylactikus antiarrhythmias kezelés alatt alakult ki kamra-fibrillatio (25). Lie és mtsai (18) 212 myocardialis infarctusos betegen kettős vak kísérlettel igazolták a nagy adagú Lidocain (3 mg/kg/min) kamra-fibrillatiót kivédő hatását. Ilyen adagok alkalmazásakor a mellékhatások megszorodásával kell számolni. Babbs és mtsai (1) állatkísérletben igazolták a Lidocain defibrillálást elősegítő hatását.

Nem tartjuk a gyakorlatban hasznosnak a test-súly után alkalmazott nagy energiát (1 A/kg), melyet Geddes és mtsai (11) javasoltak, mert ezzel a beavatkozás veszélyei is fokozódnak.

Az elhunytak csoportjában hét betegünkön többszörösen visszatérő kamra-fibrillatiót észlel-



1. ábra: B. K.-né, 38 éves (82 kg). Pitvari flattern szabálytalan átvezetéssel. 187/min pitvari, 60–100/min kamrai működés. Tacker szerint szükséges energia 287 wattsecundum, de 50 wattsecundum elégséges volt a sinus rhythmus helyreállítására



2. ábra: N. J., 41 éves férfi (70 kg). 214/min szaporaságú supraventricularis tachycardia (feltehetően nodalis eredetű). Tacker szerint 240 wattsecundum az energiaigény, de 100 wattsecundum elégséges volt

tünk, melyet az acidosis kezelésével, Epanutin, Novocamid, Lidocain adásával nem tudtunk kivédeni.

Az őrzőn kívül létrejövő kamra-fibrillatiós eseteinkben a rosszabb eredményt tehát azzal magyarázzuk, hogy a defibrillálás akár a gép, akár a beteg szállításával, mindenképpen jelentős idővesztést jelent, nem beszélve az egyéb újraélesztési beavatkozásokról. Ezekben az esetekben az intubálással végzett gépi lélegeztetés sem javított az életkilátásokon.

A rhythmus-zavarok rendezésére, a sinus rhythmus racionális helyreállítására gyógyszeres és elektrotherapiás beavatkozások állnak rendelkezésünkre. Közleményünkkel a rhythmus-zavarok elektrotherapiás gyógyításához kívántunk adatokat szolgáltatni.

Összefoglalás. A szerző 1972–1978 között hat esetben fibrilloflattern, három esetben pitvari flattern, három betegen supraventricularis tachycardia, 21 esetben kamrai tachycardia miatt alkalmazott cardioversiót és 44 esetben kamra-fibrillatio miatt végzett defibrillálást. A cardioversio pitvari flattern és supraventricularis tachycardia mindegyik esetében eredményes volt. A fibrilloflattern hatból négy, a kamrai tachycardiát 21-ből 20 esetben sikerült megszüntetni. Defibrillálás nyomán a 44 kamrafibrillatióban szenvedő beteg közül 29 esetben tért vissza a sinus rhythmus. Eredményei alapján úgy véli, hogy a heveny myocardialis infarctushoz társuló pitvarfibrillatiós arrhythmia abszolútában, pitvari flatternben, kamrai tachycardiában az elektrotherapiát előnyben kell részesíteni a gyógyszeres kezeléssel szemben. A coronaria őrzőben és azon kívül észlelt kamrafibrillatio miatt végzett elektrotherapiás eredményekben mutakozó különbségek alapján felhívja a figyelmet az időfaktor jelentőségére.

IRODALOM: 1. Babbs, C. F. és mtsai: Circulation. 1977, 55, Suppl. III., 226. — 2. Bajkay G. és mtsai: Magy. Belorv. Arch. 1971, 24, 149. — 3. Bajkay G.: Orvosképzés. 1975, 50, Suppl. 5. 53. — 4. Bajkay G., Török E.: Magy. Belorv. Arch. 1969, 22, 134. — 5. Buday G., Kerkovits Gy.: Előadás. Magyar Kardiológusok Társasága tudományos ülése, Balatonfüred, 1975. Előadáskivonatok, 73. old. — 6. Buday G., Mázsár M., Kerkovits Gy.: Előadás. Magyar Kardiológusok Társasága tudományos ülése, Balatonfüred, 1970. Előadáskivonatok, 44. old. — 7. Büky B.: Kísérlet. Orvostud. 1970,

22, 536. — 8. *Csapó Gy.*: Orvostudomány. 1971, 46, 289.
 — 9. *Csapó Gy.*: Orv. Hetil. 1972, 113, 617. — 10. *Csiky M.*: Acta Chir. Acad. sci. Hung. 1969, 10, 85. — 11. *Geddes, L. A. és mtsai*: J. Clin. Invest. 1974, 53, 310.
 — 12. *Jelínek, M. V., Lohrbauer, L., Lown, B.*: Circulation. 1974, 49, 659. — 13. *Just, H.*: Intenzívmedicina. 1972, 9, 209. — 14. *Kalmár I. és mtsai*: Anaesth. intenz. Ther. 1974, 4, 69. — 15. *Kenderesi P.*: Med. Univ. 1977, 10, 235. — 16. *Kiss J., Kékes E., Bán I.*: Magyar. Belorv. Arch. 1970, 23, 331. — 17. *Kőrösi F. és mtsai*: Baranya

megyei Tanács Kórházának 2. évkönyve, Pécs. 1972. 117. old. — 18. *Lie, K. I. és mtsai*: New Engl. J. Med. 1974, 291, 1324. — 19. *Lown, B. és mtsai*: J. Amer. med. Ass. 1962, 182, 548. — 20. *Lown, B., Wolf, M.*: Circulation. 1971, 44, 130. — 21. *Ludány A. és mtsai*: Card. Hung. 1974, 3—4, 293. — 22. *Szám I., Csapó Gy.*: Magyar. Belorv. Arch. 1967, 20, 80. — 23. *Tacker, W. A. és mtsai*: Amer. J. Card. 1974, 33, 172. — 24. *Tóth K., Bukosza I.*: Orv. Hetil. 1977, 118, 3027. — 25. *Wirth, F., Kenderesi P.*: Orv. Hetil. 1975, 116, 2975.

**MAGYAR ÉS IDEGEN NYELVŰ ORVOSI SZAKKÖNYVEK
 ÉS EGÉSZSÉGÜGYI KIADVÁNYOK GAZDAG VÁLASZTÉKÁVAL**

VÁRJA ÖNT A

Semmelweis orvosi könyvesbolt!

Szolgáltatásaink: Előjegyzés • Postai szállítás •
 Antikvár könyvek vétele—eladása •
 Nyugati kiadású orvosi könyvekre megrendelést
 felveszünk

Címünk:

**SEMMEIWEIS
 ORVOSI KÖNYVESBOLT**

Budapest VIII.,
 Baross u. 21. 1088
 Telefon: 331-718

**SZEREZZEN
 ZENÉT... MAGÁNAK**

STRAVINSKY

Versenymű zongorára és fúvós hangszerekre
 Mouvements zongorára és zenekarra

SCHÖNBERG

Zongoraverseny Op. 42.
FELLEGI ÁDÁM /zongora/
 A Magyar Rádió és Televízió
 Szimfonikus Zenekara
 Vezényel: **FISCHER IVÁN**

SLPX 12021. ÁRA: 70 Ft



LÁNG ISTVÁN

Hegedűverseny
PAUK GYÖRGY /hegedű/
 A Budapesti Filharmoniai Társaság
 Zenekarának szólistái

Vezényel: **LEHEL GYÖRGY**

III. fúvósötös
 Magyar Fúvósötös

Két előjáték egy utójátékért
JANOTA GÁBOR /fagott/,
BARTA MIHÁLY /hegedű/,
FIAS GÁBOR /mélyhegedű/,
DEVICH JÁNOS /gordonka/.

SLPX 12051. ÁRA: 70 Ft



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 ereken 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 2x1 tablettát, 3—5 napon át.

Amoebiasisban

Felnőtteknek

- symptomamentes cysta-ürítők esetében 5—7 napon át 2—3x2 tablettát
- krónikus amoebiasisban (hepatosis esetén is) 5—10 napon át 3x2 tablettát
- invazív formában, akut amoebás dysenteriában, tünetmentességig 3x3 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) ismétlődő.

CSOMAGOLÁS 20 tablettát 6,60 Ft

Orsz. Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet
(mb. főigazgató főorvos: Schweiger Ottó dr.)

Gépi lélegeztetés status asthmaticusban

Böszörményi-Nagy György dr.
és Falus Ferenc dr.

A status asthmaticus gyógykezelését legjobb a kialakulása előtt három nappal elkezdni — idézik gyakran a régi mondást, s valóban alig vitatható, hogy az asthmás statusok többsége megelőzhető, a már kialakult roham broncholytikus gyógyszerekkel, nagy adag steroiddal, folyadékbevitellel, fizioterápiával oldható, és igen ritkán válik gépi lélegeztetés szükségessé.

Status asthmaticusnak az elhúzódo (legalább 24 órán át tartó), a szokásos hörgőtágítókra nem reagáló súlyos asthmás rohamot nevezünk (9, 15, 20).

Az asthma bronchialéra jellemző légzésmechanikai zavart az intrabronchiális váladék-retentio, a hörgőfal gyulladásos oedemája, a bronchus-izomzat spasmusa következtében kialakult nagy légúti áramlási ellenállás, tüdőterfogat- és légzésimukanövekedés okozza. A status asthmaticust az egyszerű, gyorsan oldódó asthmás rohamtól elkülönítő jellegzetesség a segment-hörgőktől a terminális bronchiolusokig intraluminárisan elhelyezkedő sűrű nyák, amely a kisebb légutak fokozatos eldugulását eredményezi. A broncholyticumok hatástalanságát tehát a nagy összkeresztmetszetű kis hörgők jelentős részének teljes elzáródása magyarázza, s ugyanez vezet a gázcsere súlyos zavarához is.

Hypoxaemia, hypocapnia, respiratorikus alkalosis a jellemző vérgázeltérések akut asthmás rohamban. A hypocapnia normalizálódása, majd enyhe hypercapnia kialakulása fenyegető tünetként értékelendő, mert a ventilációs tartalék kimerülésére utal (11, 20, 21). Az állapot súlyosbodása ezután igen gyors lehet, a perifériás légutakban felhalmozódott sűrű nyák miatt egy idő után még erősebb, technikailag optimálisan folytatott lélegeztetés sem képes a fulladásos halált kivédeni (1, 4, 9).

Beteganyag és módszer

Az elmúlt 4 évben (1974—1978) az Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet I. belgyógyászati osztályán 73 beteget, 189 alkalommal kezeltünk status

asthmaticus miatt (28 férfi, 45 nő, életkor x 44,6 SD \pm 3,6). 6 esetben a gyógyszeres kezelés eredménytelensége, gyógyszerelési hiba, sedálás miatt súlyos légzési elégtelenség alakult ki, kontrollált gépi lélegeztetést kellett folytatnunk. A 6 intubált beteg közül 2 meghalt. A táblázaton a lélegeztetett betegek adatait összesítettük, 2 beteg adata az ábrán láthatók. A gépi lélegeztetés megkezdése előtt összes betegünk nagy adag corticosteroidot (az intubálást megelőző 24 órában átlagosan 360 mg Di-Adreson F aquosumot iv.) kapott. Mindegyik esetben sympathicomimeticum túladagolás történt, és 4 esetben erős sedálás is (Seduxen, Pipolphen, Haloperidol im.).

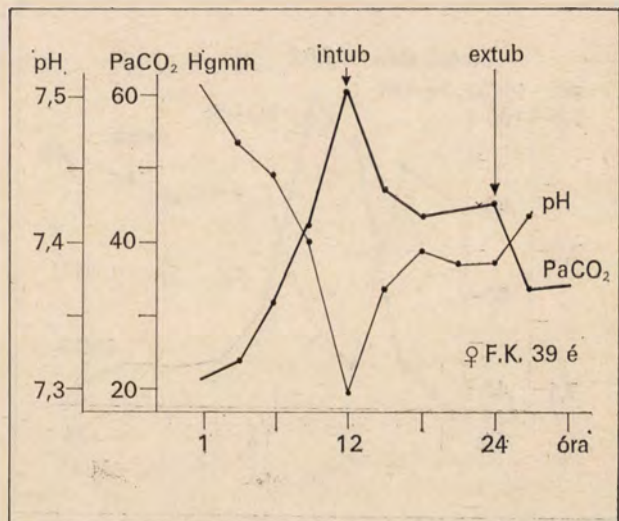
Mindkét halálozás alveolaris hypoventilatio, anoxiás encephalopathia következménye volt (az 1. betegben a respirátor működési elégtelensége miatt). Az előbbi két esetben megkísérelt bronchus-öblítés (a főhörgőkbe felváltva fecskendezett, majd visszazívott 15—20 ml folyadékkal) eredménytelen volt. Boncoláskor cerebrális oedemat és a kis légutakban a lument teljesen kitöltő, üveges, alig kimosható nyákot találtak. Mások korábbi beszámolóival megegyezően anyagunkban is megfigyeltük a technikai komplikációk, szövődmények halmozódását (összehasonlítva a chr. bronchitis, bronchopneumonia miatt intubált eseteinkkel). A szövődmények többsége az intubálást követő első órában jelentkezett:

1. Alveolaris hypoventilatio (minimum 10 Hgmm-rel magasabb PaCO₂, mint a gépi lélegeztetést megelőző érték): 4 eset.
2. Hypotensio: 4 eset.
3. Az endotrachealis tubus tömítetlensége: 2 eset.
4. Arrhythmia: 2 eset.

A fenti szövődmények és a lélegeztetés vezetésének technikai nehézségei nyilvánvalóan a magas inspiratorikus nyomással kapcsolatosak (16). Az intubációt követő első órában az inspiratorikus nyomás átlaga 46 H₂Ocm volt (900 ml átlagos légzési térfogat mellett), de előfordult, hogy 70 H₂Ocm-es nyomással kellett tartósan lélegeztetni.

Megbeszélés

Eseteink elemzése és az irodalmi közlések alapján a következő irányelvek követését javasoljuk asthmás betegek gépi lélegeztetésekor:



1. ábra: A 2. esetben hypocapniát (PaCO₂ 22 Hgmm), respirációs alkalosist (pH 7,51) mértünk, majd fokozatosan (kb. 10 óra alatt) normalizálódott a pH és a PaCO₂. Ezt követően a beteg állapot gyorsan súlyosbodott (a légúti spasmus gyengült, légzése felületessé vált), 60 Hgmm-es PaCO₂ érték mellett gépi lélegeztetést kezdtünk el

Gépi lélegeztetés status asthmaticusban

Életkor (év)	nem	Kiváltó ok	Lélegeztetés időtartama (óra)	Kimenetel	PaO ₂ (Hgmm)	PaCO ₂ (Hgmm)	pH	O ₂ (l/min.)	Sedativum az intubálás előtt.	
1.	48	nő	∅	3	meghalt	68	148	7,00	3	Seduxen, Pipolphen
2.	39	nő	felső légúti infekció	12	oldódott	56	60	7,29	2	∅
3.	40	nő	amidazophen túlérzékenység	9	meghalt	85	105	7,10	3	∅
4.	21	férfi	∅	26	oldódott	71	103	7,17	4	Pipolphen
5.	51	nő	felső légúti infekció	23	oldódott	60	78	7,25		Seduxen,
6.	22	férfi	steroid elvonás	20	oldódott	61	93	7,13	3	Haloperidol Seduxen, Pipolphen

Az intubálást megelőző vérgázértékek. Az oxygent minden esetben orrszondán adagoltuk és így kielégítő PaO₂-t lehetett elérni. A 2. eset kivételével (ahol a légzési elégtelenség osztályunkon alakult ki) a betegeket más osztályról, gyógyszeres terápiára resistens asthmás statusban vettük át.

1. Indikáció: a) erélyes gyógyszeres terapia ellenére emelkedő PaCO₂ (50 Hgmm-nél magasabb és az emelkedés 5–10 Hgmm óránként); b) orrszondán vagy maszkon adagolt oxygennel nem korigálható hypoxaemia; c) apnoe. Hangsúlyozzuk, hogy a beteg kimerültsége intubatiót tehet szükségessé már enyhe hypercapnia esetén is, tehát hiba a gépi lélegeztetés megkezdését ún. kritikus PaCO₂ vagy PaO₂ értékhez kötni (14, 15, 16, 17, 18, 19).

2. A lehető legnagyobb kaliberű endotracheális tubust helyezük be (minimálisan 8 mm átmérőjűt). A vékonyabb tubusok emelik a légúti áramlási ellenállást, így tovább nőhet a tüdőterefogat és a szívás is nehezebb. A tubus bevezetésekor a nasotrachealis utat használjuk, főként a tubus jó rögzíthetősége miatt.

3. Feltétlenül nagy erejű, a kívánt térfogatot teljesíteni képes respirátor szükséges (az elterjedtebb assistorokkal pl. Bird, Bennett PR–2, Eupulm stb. asthmás beteget lélegeztetni kockázatos). Betegeinket RO–3 és RO–5 típusú respirátorokkal lélegeztettük (3, 6, 12, 13).

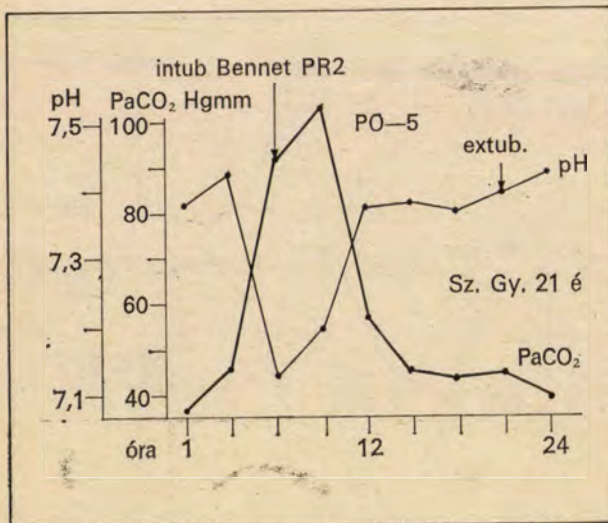
4. A lehetőség szerinti legalacsonyabb inspiratorikus nyomással, alacsony légzési frekvenciával (12–15/min), hosszú exspiriummal (exsp./insp. = 3/1) lélegeztessünk (16).

5. A magas PaCO₂-ot ajánlatos óvatosan csökkenteni (óránként 5–8 Hgmm-rel (a hypocapniás alkalosis veszélye miatt) (7).

6. A magas spontán légzési frekvenciát általában szükséges mérsékelni sedativumokkal, hogy hatékonyan lélegeztethessünk. A morphium és succinylcholin histamint szabadít fel, így adásuk asthmában kontraindikált (2). Helyettük diazepam (Seduxen iv.), pancuroniumbromid (Pavulon iv.) használható (8).

A status asthmaticus azon rendkívül ritka esetekben tehát, amikor a broncholytikus kezelés, a nagy adag corticosteroid nem oldja az obstrukciót vagy — ami jóval gyakoribb — iatrogen okok vezetnek légzési elégtelenséghez, időben gépi lélegeztetést kell kezdeni (5). Elsősorban a PaCO₂ változásának gondos követésével lehet az intubálás optimális idejét meghatározni. Ha elkésünk a gépi lélegeztetés megkezdésével, a perifériás légutak kiterjedt elzáródása miatt még igen nagy inspiratorikus nyomással sem javítható az alveolaris ventilatio.

Összefoglalás. A szerzők 4 év alatt 189 esetben kezelték betegeket status asthmaticusban. Hat alkalommal került sor gépi lélegeztetésre az erélyes gyógyszeres kezelés ellenére kialakult légzési elégtelenség miatt. A súlyos klinikai kép kifejlődését részben iatrogen okok magyarázták. Hat lélegeztetett betegük közül 2 meghalt. Eseteiket elemzik és ismertetik a gépi lélegeztetés indikációit, technikai nehézségeit. Hangsúlyozzák, hogy a status asthmaticus súlyos eseteiben alveolaris hypoventilatio alakulhat ki, melyet a magas lég-



2. ábra: 4. esetünkben a fiatal férfit eszméletlen állapotban tüdőosztályról vettük át. Intubálás után Bennett PR–2 respirátorral próbáltuk lélegeztetni, eredménytelenül (a PaCO₂ 90 Hgmm-ről 105 Hgmm-re emelkedett). Ezután RO–5 respirátorral, 60–70 vízcmm-es inspiratorikus nyomással sikerült a vérgázértékeket normalizálni

úti áramlási ellenállás miatt csak nagy erejű „tér-
fogat garantált” respirátorral lehet eredményesen
kezelné. A gyakori szövődmény (hypotensio, ar-
rhythmia, ptx. stb.) a magas inspiratorikus nyomás
következése.

IRODALOM: 1. *Ambivagar, M., Sherwood-Jones, E.*: Anesthesia. 1967, 2, 375. — 2. *Blumberg, M. Z.*: N. Engl. J. Med. 1973, 50, 288. — 3. *Boda D., Murányi L.*: Respirációs therapia. Medicina, Bp., 1963. — 4. *Dunill, M. S.*: The pathology of asthma. Transactions of World Asthma Conference. Ed.: Heart and Chest Association, London, 1965. — 5. *Hutás I., Herjavec I.*: Orv. Hetil. 1978, 119, 2147. — 6. *Kavetzky, M. S.*: Lancet. 1975, 1, 828. — 7. *Kilburn, K. H.*: Ann. Intern. Med. 1966, 65, 977. — 8. *Levin, N., Dillon, J. B.*: JAMA. 1972, 222, 1265. — 9. *Marchand, P., Van Hasselt, H.*: Lancet. 1966, 1, 227. — 10. *McFadden, E. R. Jr., Lyons, H. A.*:

J. Appl. Physiol. 1969, 27, 452. — 11. *McFadden, E. R. Jr., Kiser, R., deGroot, W.*: N. Engl. J. Med. 1973, 288, 221. — 12. *Mushin, W. W. és mtsai*: Automatic ventilation of the lungs. Blackwell, Oxford, 1969. — 13. *Peslin, R. L.*: Anesthesiology. 1969, 30, 315. — 14. *Rebuck, A. S., Read, J.*: Amer. J. Med. 1971, 51, 788. — 15. *Safar, P.*: Sequential steps of emergency airway control. In Advances in cardiopulmonary resuscitation. Ed.: Safar, P., Springer, 1977. — 16. *Scoggin, Ch. H., Sahn, S. A., Petty, Th. L.*: JAMA. 1977, 238, 1158. — 17. *Sheehy, A. P. és mtsai*: Arch. Intern. Med. 1972, 130, 37. — 18. *Széll K.*: Orv. Hetil. 1973, 114, 1467. — 19. *Széll K.*: Tartós mesterséges gépi lélegeztetés. Az orvostudomány aktuális problémái. Medicina, Bp. 1974. — 20. *Weiss, E. B.*: Status asthmaticus. In Bronchial asthma. Ed.: Weis, E. B., Segal, M. S., Little, Brown and Co., Boston, 1976. — 21. *Woolcock, A. J., Read, J.*: Amer. J. Med. 1966, 41, 259.

DIBIOMYCIN retardált hatású szemkenőcs

Antibioticum ophthalmicum

ÖSSZETÉTEL

1 tubus (3,0 g) 30 000 NE (30 mg) chlortetracyclinum basicumot tartalmaz lanolin-vazelin alapú vivőanyagban.

HATÁS

A *Streptomyces aureofaciens* által termelt antibiotikum spektruma megegyezik a többi tetraciklinével.
Az N,N'-dibenzil-etiléndiaminnal alkotott komplexből a hatóanyag fokozatosan szabadul fel, így a készítmény retardált hatású.

JAVALLATOK

Trachoma. Tetraciklinekre érzékeny kórokozók által kiváltott conjunctivitis, blepharitis, keratitis, folliculitis palpebrarum. Ulcus corneae.

ALKALMAZÁS

Akut gyulladások esetén naponta egyszer, egyébként másodnaponta egyszer borsónyi mennyiséget felkenünk a felső szemhéj alá, majd a csukott szemhéj könnyed masszírozásával egyenletesen eloszlatjuk a kenőcsöt. Trachomában a kezelés időtartama 2–5 hónap.

MELLÉKHATÁSOK

Igen ritkán dermatitis jelentkezhet. Tartós (7–9 hónapos) adagolás esetén allergiás conjunctivitis léphet fel.

RENDELHETŐSÉG

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

CSOMAGOLÁS

1 tubus (3,0 g)

Tértési díj: 2,- Ft

Forgalomba hozza:

GYÓGYÉRT

Információ: MEDEXPORT Tudományos Ismertető Iroda

Budapest, Bálassi Bálint u. 25. 1055

Telefon: 122-867, 316-531

Exportálja: V/O MEDEXPORT, Moszkva

HALOPERIDOL tabletta, injekció és cseppek



**Kőbányai Gyógyszerárugyár,
Budapest X.**

ÖSSZETÉTEL

1 amp. (1 ml) 5 mg haloperidolum-ot,
1 tabl. 1,5 mg haloperidolum-ot,
1 üveg (10 ml) 20 mg (10 csepp = 1 mg) haloperidolum-ot tartalmaz.

HATÁS

A haloperidolum a butyrophenon csoportba tartozó neuroleptikum. Hatásmechanizmusa még nem pontosan tisztázott. A psychés és más eredetű túlmozgásokkal járó körkékben és állapotokban kiemelt jelentőségű. Specifikus hányáscsillapító hatása alacsony dózisban is érvényesül.

JAVALLATOK

Minden olyan kórkép, amely motoros és psychés agitációval jár, mania, oligophrenia, paranoid hallucinatoros állapotok és epileptiformis psychosisok, delirium tremens, Huntington-chorea, csillapíthatatlan hányás.

ELLENJAVALLATOK

Izomtónus fokozódással járó extrapyramidalis megbetegedések és az anamnézisben megismert ilyen jellegű mozgászavarok. Depressiók és depressív hangulattal járó elmeegógyászati tünetcsoportok.

ADAGOLÁS

Az injekció alkalmazása általában akkor javallt, amikor az orális adagolás valamilyen okból lehetetlen (pl. nagyfokú agitatio). Adagja ilyenkor intramuscularisan 1 ampulla (5 mg). Felnőttek átlagos orális napi adagja 4,5–18,0 mg (3–12 tabl.), az egyéni tűrőképesség és szükséglet figyelembevételével, egyenlő részekre elosztva.

Gyermekek napi orális dózisa 5 éves korig átlagosan 0,5–1 mg ($\frac{1}{3}$ – $\frac{2}{3}$ tabletta vagy 5–10 csepp); 6–15 éves korig 1–2 mg (10–20 csepp).

Krónikus hányásban általában 2×10 cseppet (2 mg) adnak naponta.

MELLÉKHATÁSOK

Huzamosabb ideig tartó kezelés után a betegek nagy részénél akinesia, tremor, izom-hypertonia vagy egyéb parkinsonszerű tünetek léphetnek fel. Ezek a tünetek az adag csökkentésére vagy a kezelés átmeneti abbahagyása után spontán megszűnnek, illetve antiparkinsonos szerekkel küpírozhatók.

KÖLCSÖNHATÁSOK

A Haloperidolt ne alkalmazzuk együtt:

- anticholinerg készítményekkel (növekedhet az intraocularis nyomás),
- központi idegrendszeri bénítókkal (hatásfokozódás),
- MAO inhibitorokkal (hatásfokozódás),
- antihipertenzívumokkal (hatásfokozódás),
- triciclikus, depresszió elleni szerekkel,
- orális anticoagulansokkal együtt adva újra be kell állítani a beteg anticoagulans adagját.

FIGYELMEZTETÉS

A gyógyszer bevétele, ill. alkalmazása után 8–10 órán belül, vagy folyamatos szedése, ill. kezelés esetén a kúra időtartama alatt járművet vezetni, magasban vagy veszélyes gépen dolgozni tilos. Alkalmazásának, ill. hatásának tartama alatt tilos szeszes italt fogyasztani.

MEGJEGYZÉS

✱ A tablettát és a cseppeket az orvos akkor rendelheti, ha azt a területileg, illetőleg szakmailag illetékes fekvőbeteg-ellátó osztály, szakrendelés (gondozó) szakorvosa javasolja.

Az injekciót az a szakrendelés (gondozó) szakorvosa rendelheti, aki a gyógyszer javallatai szerinti betegség esetén a beteg gyógyszerelésére területileg és szakmailag illetékes.

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

CSOMAGOLÁS	5 ampulla (1 ml)	térítési díj: 2,20 Ft
	50 tabletta	térítési díj: 2,10 Ft
	1 üveg (10 ml)	térítési díj: 2,60 Ft

Városi Kórház, Szentés,
 Általános Sebészeti Osztály
 (főorvos: Gergely Mihály dr.),
 Röntgenosztály
 (főorvos: Csipő László dr.),
 Kórbonctani-Kórszövettani Osztály
 (főorvos: Benkó Gábor dr.)

Hyperacut colitis ulcerosa, vagy colitis pseudoulcerosa?

Elek László dr., Csipő László dr.,
 Villányi Erzsébet dr. és Gergely Mihály dr.

A colitis ulcerosa talaján kifejlődött carcinoma a betegség közismert szövődménye (2, 4, 5). Sokkal kevésbé ismert az a tünetegyüttes, amely mint a vastagbél ischaemiás-ulcerosus lobja, akár a toxicus megacolon képét is magára öltve, közvetve jelzi a vastagbél organikus, rendszerint tumoros szűkületét. A stenosis okozhatja még a diverticulitist, hernia, coprolithiasis, Hirschsprung-betegség, műtét vagy besugárzás utáni állapot, Chagas-kór (3, 8, 10, 11). Ez a több elnevezéssel is jelölt ún. pseudo-ulceratív, lényegében ischaemiás, colitis élesen elkülönítendő az idiopathiás colitis ulcerosától, miután kezelésük is eltérő. A fő veszély, hogy a klinikailag subileus tüneteibe burkolózó vastagbélgyulladás okoznak és nem következménynek vélik; az aborális colon-szakasz tumora vagy egyéb szűkítő elváltozása pedig rejtve marad (17, 18).

Talán e súlyos, de szerencsére ritka kórállapotot és nem könnyű megoldását mutatjuk be egy betegünk kórlefolásának ismertetésével, valamint a későbbiekben egy másik, már jellegzetes eset leírásával.

Esetismertetés

K. B.-né, 63 éves beteget 1976. május 13-án vettük át kórházunk II. belgyógyászati osztályáról, subileus, haematemesis, melaena körjelzéssel. Belosztályi felvételét megelőző napon székletével nagy mennyiségű vér távozott. Anamnézisében hasi görcsök szerepeltek, de *székelési rendellenességet addig soha nem észlelt*. Megfigyelése alatt az egyik röntgenvizsgálat alkalmával resuscitálni kellett. A végül is elvégzett gyomor-bél passage a vastagbélben nem jelzett organikus szűkületet. Átvétele előtti napon hasa erősen

meteorisztikussá vált, többször volt híg, bűzös széklete, néhányszor hányt.

Felvételi statusából: kövér, elesett, sápadt nöbeteleg. RR.: 120/80 Hgmm, pulzus: 100/min, temp.: 36 °C. Nyelve száraz, mellkasa emphysemás, rekeszek felnyomottak. Hasa elődomborodó, meteorisztikus, alig érzékeny, időnként renyhe bélhangok hallhatóak. Rectalis vizsgálat: negatív.

Laboratóriumi vizsgálataikból: fvs.: 32 000, htk.: 43%, se. bi.: ind. 0,5 mg%, se. összfehérje: 6,8 g%, se. vas: 56 γ%, se. K: 3,2 meq/l.

Miután többször ürített hasmenéses, bűzös székletet és hasának körfogata is csökkent, egyelőre konzervatív kezelés mellett döntöttünk. Átmeneti javulás után hasa ismét puffadtabbá vált, ezért *mellkas- és nativ has átvilágítás* történt: mindkét pleurasinus elmosódott, a rekeszek felnyomottak. A hasban a haránt colon és a coecum igen tág, meteorisztikus, több mozdulatlan niveau-képződéssel.

Irrigoscopia: a colon descendens a bal flexurától csaknem a sigmaig teljesen haustratio-mentes, csőszerűen merev, fala megvastagodott; eredeti nyálkahártya-rajzolata sehol sem ismerhető fel, kontúrján defektusok, helyenként spiculumszerű telődési többletek láthatók. Az orálishan fekvő vastagbélszakasz, elsősorban a haránt-colon hatalmasán tágult, de hausratiója megtartott (1. ábra).

Ekkor distenziós colon-elhalás, illetve átfúródás veszélye miatt 1976. május 19-én a hatalmasan tágult haránt-remesén tű-punctio után anus praeternaturalist készítettünk. A bélfal a distensio dacára vastag, vizenyős.

A bél megnyitáskor falából *biopsiát* végeztünk. A *szövettani lelet:* colitis ulcerosa; peritonitis (e per-migratione?).

A kétnyílású vendégbél megoldotta a beteg súlyos toxicus állapotát, így lehetőség nyílt az aborális colon-szakasz pontosabb vizsgálatára. Két héttel a műtét után *rectoscopiát* végeztünk: a rectum nyálkahártyáján kiterjedten véres, helyenként fibrines lepedékekkel fedett változó nagyságú, szabálytalan alakú fekélyek láthatóak.

Az *ismételt irrigoscopia* 1976. június 11-én a sigma és a descendens változatlanul szűk, merev, csőszerű képét mutatta, eltűntek azonban a múlt alkalommal leírt spiculumok és a kontúr-defektusok. A rectum—sigma határon egy kb. 12 cm hosszú, körülírt szűkebb szakasz látható, amely lehet az alapbetegség következménye, de teljes biztonsággal malignitás nem zárható ki (!).

A *jobb colon-fél irrigoscopyja* a kissé vastosabb redőzeten kívül kórosat nem jelzett.

Közben folytattuk a kirekesztett bélszakasz speciális beöntésekkel való kezelését.

Az *ismételt rectoscopia* június 22-én a rectum gyulladásos folyamatának gyógyulását mutatta, a fekélyek behámosodtak. Magasabbra hatolva 20 cm magasságban ventrálishan dudoros neoplasmát észleltünk, amelyből kimetszést végeztünk. A *szövettani kórisme* adenocarcinoma volt.

A tennivaló most már nyilvánvaló volt, ezért 1976. június 28-án elvégeztük a *második műtétet*, a bal colon-fél eltávolítását a gyulladáson szűkült colon descendenssel és a tumoros sigma-végszakasszal együtt, az anus praeternaturalistól a rectumig, mindkét ponton vakon zárva a bél lumenét; tehát lényegében Hartmann-műtétet végezve (2. ábra). Áttéteket a hasüregben nem észleltünk.

A felvágott vastagbél-rezekátum nyálkahártya-redőzete kisebb szakaszokon megtartott volt, másutt a mucosa kifekélyesedett és azt szürkésbarna, fibrines lepedék borította. Ezek a helyeken a lumen csőszerűen beszűkülött. A vastagbél egyik végső szakaszán gyermektenyérszerű polypusos, részben kifekélyesedett daganat volt észlelhető. *A daganatos terület és az előbb említett fekélyes nyálkahártya-elváltozás között a mucosa szabályos redőzetű, ép! Szövettanilag* a daganat egyértelműen adenocarcinoma papillare coli sigmae; míg a másik colon-elváltozásnak megfelelően a submucosa szélesebb, vizenyős, helyenként heges, a mus-

cularis réteg érintetlen. A bél mucosája részben sorvad, mérsékelt gömbsejtes, eosinophil granulocytás beszűrődést látni, a felszínen kisebb kifeléyesedések is előfordulnak. A submucosában nagyobb csoportokban látni többmagvú idegentest-óriássejteket, amelyek többnyire barnás, törmelékes anyagot vesznek körül. Kórisme: *colitis ulcerativa chronica*.

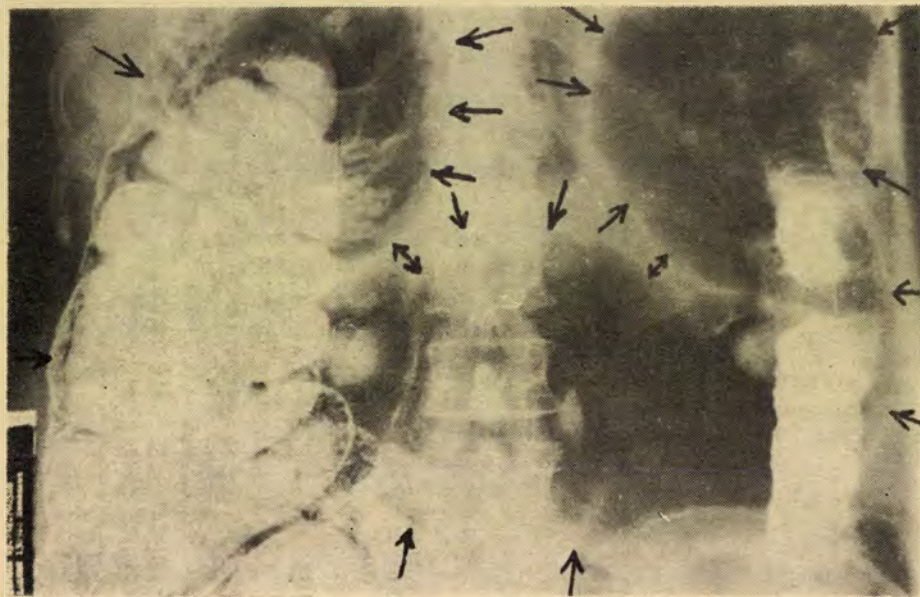
Elsődlegesen gyógyult sebbel, változatlanul jól működő anus transversusszal 1976. július 12-én távozott osztályunkról.

A beteget több alkalommal ellenőriztük; állapota kifogástalan volt, hízott, rectum-csonkja lob- és recidivamentesnek bizonyult. *Egy év múlva, 1977. augusztus 1-én* ismét felvettük osztályunkra. A tükrözés változatlanul ép viszonyokat igazolt a rectum-csonkban, ezért biopsiát sem végeztünk innen.

1977. augusztus 5-én elvégeztük a tervezett beavatkozást (3. műtét): a feltárás alkalmával tumor-

Rutledge 4, Glotzer és mtsai 6, Stellamor és mtsai 7 betegen találtak ilyen elváltozást (17, 11, 19). Schwartz 90 colonischaemiás beteg között kilencben talált obstruáló daganatot (18). A magyar irodalomban Gál és Németh 1972-ben számoltak be sigmatumorhoz csatlakozó colon descendens elhálásról (9). Szabó és Mezgy szerint az elváltozás korántsem olyan ritka, mint gondolnánk, csak rendszerint nem ismerik fel (19/a).

Pathomechanizmus. Hurwitz és Khafif szerint a főfaktor a distensio és a bakteriális stasis (14). Glotzer a vastagbélben létrejött emelkedett intraluminalis nyomás és distensio következményének tartja a fekélyeket (12). Schwartz kísérletekkel iga-



1. ábra. Az irrigoscopia után 2 órával készült rtg-felvételen jól látható a kontrasztanyag maradéka a csőszerűen szűkült colon descendensben, valamint a tág coecumban; a hatalmasan túltágult, gázos haránt-colon kontúrait nyilakkal jeleztük

recidivát nem találtunk, az ileo-rectostomiát szovjet KC-60-as bélvarrógéppel készítettük el és az ileum aboralis végét vakon buktattuk.

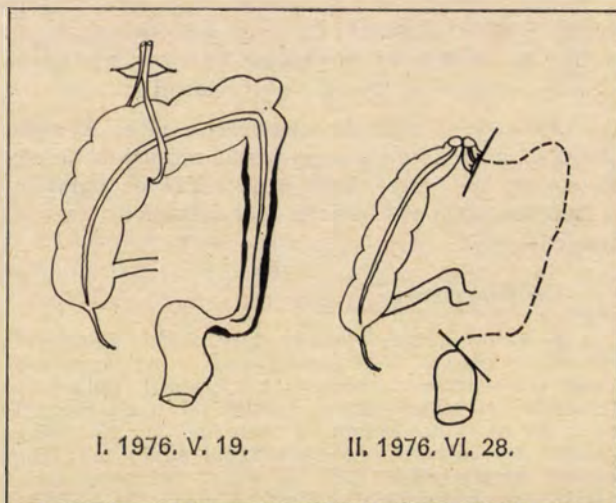
A műtétet lényegében eseménytelen postoperatív szak követte; széklete első ízben a műtét utáni 3. napon volt. Meglepően hamar kialakult, jóformán normális székelési habitussal, elsődlegesen gyógyult sebbel a 14. napon távozott osztályunkról.

Az utolsó, 4. műtétre 1977. november 19-én került sor: a megmaradt defunctionált jobb colon-felet a vakon lezárt terminalis ileum-szakasszal és az anus transversusszal együtt távolítottuk el (3. ábra). E műtétet is eseménytelen kórlefolyás követte.

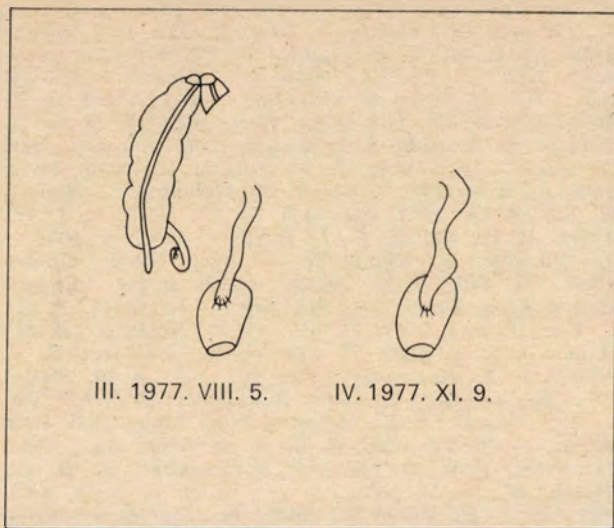
Azóta rendszeresen ellenőriztük: panaszmentes, hízott, naponta 1–2 alkalommal van formált könnyű széklete. *Rectoscopya* (1979. VII. 18.): a kb. 12 cm hosszú, makroszkóposan ép nyálkahártyájú rectum-csonk ventrális falán anastomosis-nyílás; több helyről biopsiát végzünk. Szövettanilag gócosan kissé atrophias nyálkahártya, idült lobos jelenségekkel (plasma-sejtek, lymphocyták), e területeken a muscularis mucosaeban hegesedés észlelhető. A leírt góccok között szabályos nyálkahártya látható.

Történeti áttekintés. Hurwitz és Khafif az elsők között mutattak rá a béllument szűkítő carcinomától orálisan kialakuló vastagbélgyulladás jelentőségére (14). Ennek a kórállapotnak több synonymája is ismeretes: ischaemiás eredetű ulceratív colitis (18), ischaemiás-ulcerosus bélfal-laesio (19), proximalis colon ulceratio (11), proximalis ischaemiás colitis (10), pseudoulceratív colitis (17),

zolta, hogy az intraluminalis nyomás emelkedése a mesenterialis arteriális véráramlás csökkenéséhez vezet, ami a túlnyomás megszűnésekor normalizálódik. Ismételt trauma esetén azonban az ischaemia tartama elhúzódó (18). Boley intestinalis



2. ábra: Az első két műtét vázlata: I. a toxikus megacolon megoldására végzett anus transversus; majd II. a lényegében Hartmann-műtétnek megfelelő b. o. hemicolectomia



3. ábra: A befejező műtétek vázlatai: III. a varrógéppel végzett ileo-rectostomia, majd IV. a maradék colon és a vendégbél eltávolítása utáni állapot

hormonok hatását veti fel (cit. 19). *Herman és mtsai* szerint a colon lezáródása miatt megnövekedett nyomás a bélfal vénáiban pangást és stasist okozva vezet necrosishoz (13). *Johnson* szerint a bélfalban az emelkedett vénás nyomás arteriola-összehúzódást von maga után (cit. 23). A kórkép kialakulásában alapvető fontosságú a bél nyálkahártyájának nagyfokú érzékenysége a hypoxiával szemben.

Mikroszkóposan korai elváltozás a mucosa és submucosa vizenyője, hyperaemiája, ennek progressiója révén alakul ki a nyálkahártya gócos elhálása és kifelégyesedése.

Több szerző is leírja, hogy a tumortól orálisan néhány centiméternyi ép bélszakaszt követően jelentkezik az ulcerosus elváltozás (9, 11, 17). Ez fontos szempont az idiopathiás colitis ulcerosa elkülönítésében.

Klinikai tünetek. Az obstruáló carcinoma jelei mellett jellegzetes tünete nincs. A gyulladás toxicus megacolon képében is jelentkezhet, de a gyulladás első megnyilvánulása lehet akár maga az

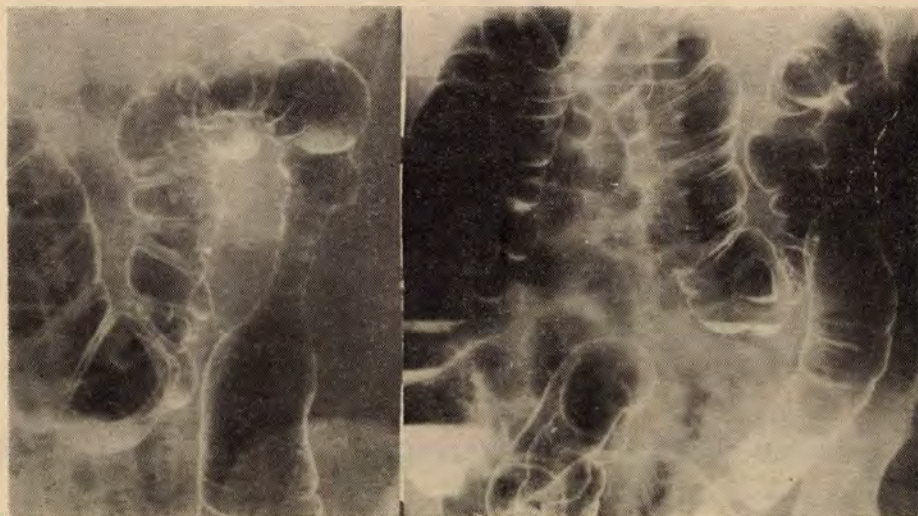
ischaemiás szűkület. A betegek általában nem lázasak. Hasmenés a betegek mintegy felében és főként a bal colon-fél tumorainál fordul elő. A kórkép diagnózisában alapvető a röntgenvizsgálat és a sigmoidosopia.

Therapia. A teendők szempontjából fontos a kórkép helyes megítélése. Ha a tumor idiopathiás colitis ulcerosa talaján alakult ki, akkor teljes proctocolectomiát kell végezni végleges ileostomiával, vagy *Drobni* áthúzásos eljárásával, a sphinctert megtartva (6). Az obstruáló carcinomát operáló sebészek a várható anastomosis-szövődmények miatt is kell gondolni az ischaemiás colitisre (19). Amennyiben a gyulladás miatt rezekció nem lehetséges, akkor anus prae átmeneti alkalmazását javasolják. *Rutledge* súlyos gyulladás esetén Hartmann-műtétet végez és egy későbbi időpontra halasztja a végső megoldást (17).

Megbeszélés

Betegünkkel lényegében ez utóbbi történt: a tehermentesítő anus praeternaturalis megoldotta a beteg súlyos toxicus állapotát, majd a gyulladásos destrukció miatt tönkrement bal colon-fél eltávolítását (Hartmann-eljárással) követte, végül az ileo-rectostomia. Az ileo-rectostomiával kapcsolatban utalunk az irodalmi adatokra (1, 2, 5, 6, 20, 21).

Esetünkben több tényező szól amellett, hogy az egyébként szövettanilag igazolt colitis ulcerosa másodlagos következmény lehetett csupán: 1. az anamnesisben a székelési panaszok hiánya, 2. az anus transversussal történt decompressio, illetve a bal colon-fél resectiója után a rectum-folyamat végleges gyógyulása, 3. a tumor és a kifelégyesedett terület között egy teljesen ép colon-szakasz volt észlelhető, 4. a submucosa vénáiban, ha nem is thrombosis, de stasis volt kimutatható, 5. az eltávolított jobb colon-fél teljesen ép volt. Megemlítjük, hogy a nem specifikus gyulladásos bélbetegségek mintegy 10–20%-a egyáltalán nem klasszifikálható („colitis indeterminate”; 16). Mindazonáltal egy hyperacut idiopathiás colitis ulcerosa lehetőségét mégsem zárható ki. *Varró* is hangsúlyozta a beteg további gondos ellenőrzésének szükségességét (7, 22). Befejezésül röviden ismertetjük



4. ábra. A 2. beteg irrigoscopiájának relief-képe: a sigma-tumortól orálisan jól látható a flexura lienalisnak a harántcolonra is kiterjedő jellegzetes szűkülete

következő esetünket, amely az ischaemiás colitis (12/a) példája lehet:

A 60 éves nőbeteg anamnesisében 1978 decembereben erős hasi görcsökkel kísért, két hétig tartó hasmenéses periódus szerepelt, véres széklete sohasem volt. Az *irrigoscopia* 1979 februárjában a sigma tumoros szűkületétől orálisan a colon flexura lienalisán kiterjedt, jellegzetes ischaemiás stenosiszt jelzett (4. ábra). A műtéti lelet ennek megfelelő volt. A műtéti praeparatumban az ischaemiás szűkületben jellegzetes kifeléyesedés volt észlelhető. Szövettanilag a tumor adenocarcinomának bizonyult. A beteg simán gyógyult.

Összefoglalás. A szerzők egy betegük körlefolysa kapcsán az obstruáló colon-ráktól orálisan kialakuló ún. colitis pseudoulcerosa pathogenesisét és felismerésének jelentőségét tárgyalják. Az elváltozást általában az obstructio, illetve a szűkület következtében kialakult ischaemiás bélkárosodás következményének tartják; az ehhez vezető segmentális colitis ez esetben nem ok, hanem az alapbetegség következménye. Betegüket több ülésben végzett totalis colectomiával gyógyították meg. A kérdés jelentőségének alátámasztására még egy észlelésről számolnak be.

IRODALOM: 1. Adson, M. A., Cooperman, A. M., Farrow, G. M.: Arch. Surg. 1972, 104, 424. — 2. Aylett, S. O.: Brit. med. J. 1966, I, 1001. — 3. Bryk, D.: Radiology. 1968, 91, 786. — 4. de Dombal, F. T. és mtsai: Brit. med. J. 1966, I, 1442. — 5. Deucher, F., Nöthiger, F.: Chirur. 1977, 48, 563. — 6. Drobny, S.: Surgery

of the Intestines. Akad. Kiadó, Bp., 1976. — 7. Elek L., Gergely M.: előadás a Szegedi OTE tud. ülésén. 1978, márc. 21. — 8. Feldmann, Ph. S.: Dis. Colon Rect. 1975, 18, 601. — 9. Gaál Cs., Németh L.: Magy. Seb. 1972, 25, 54. — 10. Ganchrow, M. I., Clark, J. F., Benjamin, H. G.: Dis. Colon Rect. 1971, 14, 38. — 11. Glotzer, D. J., Roth, S. I., Welch, C. E.: Surgery. 1964, 56, 950. — 12. Glotzer, D. J., Pihl, B. G.: Arch. Surg. 1966, 92, 8. — 12/a. Gore, R. M., Calenoff, L., Rogers, L. F.: JAMA. 1979, 241, 1171. — 13. Herman, J. W., Paine, J. R., Stable, N. J.: Surgery. 1965, 57, 647. — 14. Hurwitz, A., Khafif, R. A.: Surg. Gynec. Obstet. 1960, 111, 749. — 15. Müller, G. és mtsai: Langenbeck's Arch. Chir. 1977, 343, 243. — 16. Price, A. B.: J. Clin. Pathol. 1978, 31, 567. — 17. Rutledge, R. H.: Amer. J. Surg. 1969, 35, 384. — 18. Schwartz, S. S., Boley, S. J.: Radiology. 1972, 102, 249. — 19. Stellamora, K. és mtsai: Fortschr. Röntgenstr. 1977, 126, 556. — 19/a. Szabó László, Mezey Károly: Magy. Seb. 1979, 32, 52. — 20. Turnbull, R. B. Jr. és mtsai: Surg. Clin. N. Amer. 1970, 50, 1151. — 21. Turnbull, R. B. Jr., Hawk, W. A., Weakley, F. L.: Amer. J. Surg. 1971, 122, 325. — 22. Varró V.: elnöki hozzászólás a Szegedi OTE tud. ülésén. 1978. márc. 21. — 23. Winter M., Könyves A.: Orv. Hetil. 1967, 108, 1016.

Megjegyzés a korrektúránál: a közelmúltban két olyan közlemény jelent meg, amelyek a téma gyakorlati jelentőségét alátámasztják. Az Orvosi Hetilap hátsólapján olvashattuk Balázs M. kitűnő tanulmányát két eset elemzése kapcsán (1980, 121, 27.), míg a Der Chirurgban svájci szerzők 10 év alatt észlelt 113 (!) esete (Saegesser, F. és mtsai: Chirurg. 1979, 50, 759.) ad alapot azon kijelentésüknek, hogy "... Minden 50 évnél idősebb atypusos colitisszel jelentkező beteg a legvalószínűbben ischaemiás colitisben vagy proctitisben szenved és nem colitis ulcerosában vagy Crohn-betegségben, ahogy azt oly gyakran kórismézik."

VENORUTON

gél

H 600

Antivaricosica

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 mikrocirkulációs keringési zavarok (pl. fagydaganat).

ELLENJAVALLATOK:

Jelenleg nem ismeretesek.

ALKALMAZÁS:

Reggel és este a kezelendő területre 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) ismételtető.

CSOMAGOLÁS:

40 g-os tubus, térítési díja: 4,60 Ft.

Előállító: BIOGÁL Gyógyszergyár, Debrecen, ZYMA AG licencia alapján.

Ortopédsebészeti beavatkozások lehetőségei a veleszületett csípőficam kezelésében felnőttkorban

Udvarhelyi Iván dr.

A luxatio coxae congenita kezelése csecsemő-, ill. gyermekkorban hazánkban csaknem megoldottnak tekinthető. Napjainkban 15–20 éves korban már alig találkozunk csípőficammal, még kevésbé annak következményeivel. A felnőttkori csípőpanaszok jelentős százalékát azok az esetek jelentik, ahol gyermekkorban a csípőficamot nem kezelték, vagy az nem történt megfelelő módon.

A csípőficam időben megkezdett és megfelelő kezelését követően is találkozunk azonban a felnőttkorban problémákkal. Ezeket okozhatják a displasiás vápa, a coxa valga, a fokozott antetorsio miatt kialakult secundaer arthrosisos panaszok, a rossz végtagterhelésből adódó fájdalmak.

A congenitalis luxatio utáni arthrosis, instabilitásból, vagy a korábbi műtétek eredménytelenségéből eredő panaszok konzervatív, ill. műtéti kezelése rendszerint nem szokványos feladat, annak ellenére, hogy műtéti lehetőségeink kiszélesedtek, különösen a plasztikai műtétek elterjedése óta.

A klinikai tünetek középpontjában legtöbbször a fájdalom szerepel, de sokszor nehezebb feladatot jelent a rövidülés és instabilitásból eredő panaszok kezelése. Bármennyire kiegyenlíthető pl.: ortopéd cipővel a végtaghozszkülönbség, sőt ez egy ideig elegendő lehet a rövidülés okozta gerinc és bizonyos arthrosis jellegű csípőpanaszok megelőzésére is, mégis jogos a beteg kívánsága, ha ennél többet igényel, a műtétet is vállalva.

A magas luxatio műtéti kezelésében korábban elsősorban Schanz-osteotomiát végeztünk. Jelenleg a mozgásszervi status, a radiológiai kép, a foglalkozás, az életkor és a műtéti módszerek ismeretében, a technikai lehetőségek birtokában mozgásmegtartó, arthrodesist célzó, korrekciós és plasztikai megoldások közül választhatunk. E műtétek a fájdalmas panaszok csökkentésében és a rekonstrukciós feladatok megoldásában egyaránt eredményesek lehetnek.

A műtéti indikációt és tervet jelentősen befolyásolja, hogy egy- vagy kétoldali-e a csípőficam. Egyik oldali ép csípő mellett, az ellenoldalon akár mobilizációra, akár arthrodesisre sor kerülhet. A



1. ábra: Kétoldali csípőficam gyermekkori kezelése után kialakult coxa valga, fokozott antetorsio

kétoldali folyamatoknál azonban legalább az egyik oldal mobilizációs műtétje elkerülhetetlen. A displasiás csípőtől a magas luxatióig az egyes fokozatokat tekintve, különböző típusú műtéteket végezhetünk a korábban felsorolt szempontoktól függően.

Az időben elvégzett műtét nemcsak csökkenti, ill. megszünteti a panaszokat, hanem a súlyosabb arthrosisos panaszok kialakulását is megelőzi vagy késlelteti. A varisalo-derotációs femur osteotomia az említett panaszok csökkentésén kívül tökéletes rekonstrukciós műtét is lehet! A terhelési viszonyok javítása mellett, a csont vérkeringésében is változást hozhat, ami kedvező, és sokszor radiológiai is egy-egy arthrosisos cysta kitelődésével lemérhető. Számos példa bizonyítja, hogy érdemes abban az időben elvégezni a műtétet, amikor még súlyosabb — radiológiai is kimutatható — arthrosisos jelek nincsenek, de a fájdalom és mozgáskorlátozottság már figyelmeztető jel.

B. B.-né, 24 éves nőbeteg kétoldali csípőfájdalmakkal vettük fel osztályunkra. 2 éves korában vették észre csípőficamát, ekkor repositio, gipszrögzítés történt. A beteg évekig panaszmentes volt. 18 éves korában jelentkeztek fájdalmai mindkét csípőjében, elsősorban terheléskor. Konzervatív-fizioerápiás kezelésben részesült 1–2 évig eredményesen. *Felvételi státusában* mko.-i csípőízületben koncentrikusan beszűkült mozgások, a mozgások végpontjain fájdalom. *Rtg:* mko.-i displasiás vápa, coxa valga, fokozott antetorsio. Arthrosisra utaló rtg-jel nem látható (1. ábra).



2. ábra: Kétoldali varisalo-derotációs osteotomia után a csípők középállásban

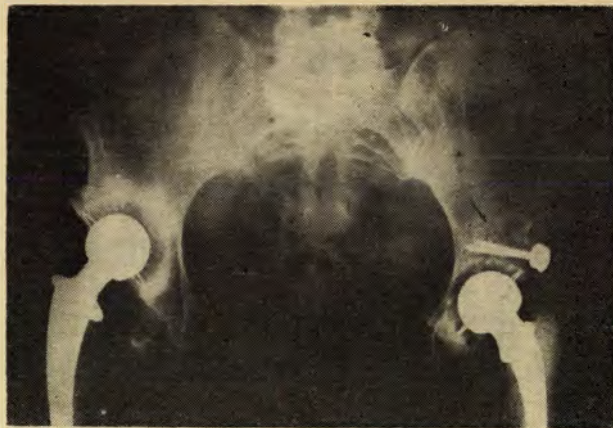
Tekintettel az eredménytelen konzervatív kezelésre, a funkcionális felvételek szerinti kedvező repositiós helyzetre, 1978. II. 2-án bal oldali, 1978. IX. 22-én jobb oldali varisalo-derotációs osteotomia (2. ábra).

Kétoldali luxatiónál előfordulhat az is, hogy korán súlyos arthrosisos panaszok jelentkeznek, destruktív rgt-tünetekkel együtt. Ennek megfelelően a csípőficam és következményeinek műtéti kezelése sokrétű feladat megoldását jelenti. A műtétnek biztosítania kell a dysplasiás vápa megfelelő kiegészítését a műanyag vápa befogadására, és a femur mobilizálhatóságát a repositio érdekében, amennyiben plasticai megoldásra kerül. A dysplasiás vápa kiegészítésére, ha nem kell 1 cm-nél nagyobb hiányt pótolni, a vápatetőben elhelyezett csavarokat, és ezt körülötvé Palacost alkalmaztunk. A femur mobilizációját a m. rectus femoris, a m. psoas és a kirotator izmok átmetszésével értük el. Mindezeket úgy kell elvégezni, hogy a vápa a primer vápa helyére kerülhessen, így nemcsak a stabilitást biztosítjuk, hanem az izmok lefutását és helyzetét közelítjük a fiziológiához, ami a funkciók javítását jelenti. Azokban az esetekben, amikor a dysplasiás vápa a legkisebb méretű műanyag vápa befogadására sem alkalmas, a vápatetőképzést a resecált femurfejből kiképzett csonttal végeztük el. Itt sok műtéttechnikai mozzanat jelentős, ami biztosítja az implantált csont stabilitását, a megfelelő vápa kialakításának lehetőségét.

A luxatiós betegek gyakori panaszja a végtag-rövidülés. Ez részben statikai okok, részben a következményes arthrosisos csípőpanaszok, derékfájdalmak miatt, de néha kozmetikai szempontból is igényli a kezelést. Kb. 5 cm-ig lehet idegkárosodás nélkül a végtagot hosszabbítani, de sokszor izomleválasztások és speciális prothesisek alkalmazása szükséges a repositio érdekében. Ha mindkét csípőízületben plasticai műtétet végzünk, akkor 3–6 hónap körüli időeltolódással végezzük el a másik oldali műtétet. Rövid idő alatt az operált csípő panaszmentes lesz, kézenfekvő, hogy a beteg a még operált csípő kímélésére ezt jobban terheli, ami a prothesis kilazulását okozhatja. A kétoldali luxatiók vizsgálatában gyakran találkozunk olyan betegekkel, akiken csecsemő-, ill. gyermekkorban repositiós kísérlet és gipszrögzítés történt, de az egyik oldalon volt csak eredményes. Így az egyik oldalon



3. ábra: Jobb oldalon súlyos postluxatiós arthrosis, bal oldalon magas luxatio



4. ábra: Mko.-i csípőben arthroplastica utáni állapot. A bal oldalon a vápa kiegészítésére a nyilakkal jelzett helyen csontot ékeltünk be csavarokkal rögzítve

postluxatiós arthrosis, a másik oldalon inkább az instabilitásból eredő panaszok sürgetik a műtéti kezelést.

N. M., 52 éves nőbeteg veleszületett luxatio után felnőttkorban kezdődött fájdalmas panaszokkal került osztályunkra. Gyermekkorban repositio, gipszrögzítés. A j. csípőjében a felvételét megelőző 6 évig panaszja nem volt, a bal alsó végtag 5,5 cm-es rövidülése miatt ortopéd cipőt hordott. Az utóbbi 2–3 évben, mivel j. csípőjét a fájdalmak miatt nehezen tudta terhelni, panaszok jelentkeztek bal oldalon is.

Ízületi mozgások: j. oldalon 10–50°, bal oldalon 10–70° közötti flexio, egyéb mozgás Ø, bal oldalon 5,5 cm végtagrövidülés.

Rtg: j. oldalon postluxatiós arthrosisnak megfelelő kép, az ízület rész beszűkült, subchondralisan cysták, kiterjedt csontfelrakódások. Bal oldalon magas luxatio (3. ábra). 1978. X. 18-án arthroplastica coxae l. d.

L. a. műtét, normál típusú szár és vápa beragasztásával. A beteg néhány hét alatt e csípő vonatkozásában panaszmentes lett, a másik oldali csípő műtétjére 5 hónappal később került sor. 1979. III. 9. arthroplastica coxae l. s. Plastica acetabuli (4. ábra).

A műtéttechnikai feladatot a következőképpen oldottuk meg: a vápát a primer vápa helyén alakítottuk ki, de ez a 44 mm-es vápa befogadására sem volt elegendő, így a resecált csonttal vápatetőképzést végeztünk. Nem volt lehetőségünk speciális dysplasiás szárkomponens alkalmazására, így már a vápa stabilitását is tovább kellett növelni. A vápatető felett ék alakban bevettünk, a csont-implantátumot így helyeztük be, és csavarokkal rögzítettük. A beteg klinikailag is jól van, mozgásai csaknem szabadok.

A betegek foglalkozásától, a klinikai status-tól, életkortól és a rgt-képen látható destrukció mértékétől függően arthrodesisre is sor kerülhet. Ha a csípőben csak minimális mozgás van, ez fájdalmat okoz — nem utolsósorban a beteg már hozzászokott funkcionálisan is a mozgáskorlátozottsághoz — ugyanakkor foglalkozása a fizikai megterhelést is igényli, elsősorban arthrodesis végzünk. Kétoldali luxatiónál kézenfekvő sokszor az egyik oldal elmerevítése. Így még fiatalabb korban is nyugodtabban várhatjuk az éveket, hiszen az elmerevített csípő jó terhelhetősége biztosítja a másik oldali csípő bizonyos mértékű kímélését. Más-kor, ha mindkét csípő magasan luxált, érdemes járásstabil arthrodesist végezni az egyik oldalon, mert nem közömbös, hogy mennyire veszi igénybe

a másik oldali csípőjét, de ugyanakkor lényeges kérdés a kétoldali luxált csípő műtéti kezelésében, hogy melyik műtétet végezzük előbb és miért. Korábban úgy tartottuk, hogy a mobilizációval kell kezdeni a műtéti tevékenységet. A kétoldali, fájdalmas mozgáskorlátozottsággal járó kórformákban azonban érdemesebb előbb az arthrodesist elvégezni. Így annak ellenére, hogy a beteg átmeneti ideig a fájdalmakat és a járásképeséget tekintve rosszabb helyzetbe kerül, de az esetleg korábban behelyezett endoprothesist nem tesszük ki túlzott igénybevételnek.

S. J.-né, 54 éves betegen évtizedekkel ezelőtt Schanz-osteotomiát végeztek magas luxatio miatt, 6 éve permanens fájdalmai vannak, kezdetben bal, rövidebb később j. oldalon. Reumatológiai-balneoterápiás kezelésben részesült, az utóbbi 3 évben eredménytelenül. Fájdalmai fokozódtak, a mozgáskorlátozottság nőtt, a beteg 2 bottal nehezen járt.

Felvételi status: a beteg 2 bottal jár, járása instabil, terhelni egyik végtagját sem tudja. Trendelenburg mko.-on pozitív, a csípők külső oldalán p. p. gyógyult műtéti hegek.

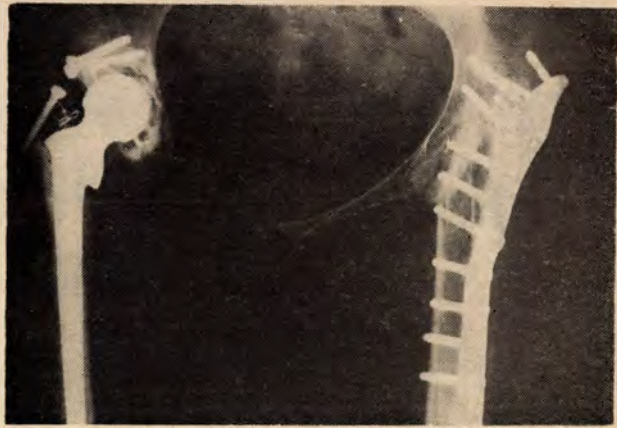
Rtg: mko.-on magas luxatio, az ízületi vápa hypoplasiás, a femorszár elvékonyodott, a combfejek gracilisak (5. ábra).

A beteg foglalkozása részben fizikai munka, önmagát el kell látnia.

Első szakaszban 1977. XI. 16-án bal oldali arthrodesist végeztünk. Az arthrodesis indikációjában figyelembe kellett venni, hogy olyan módszert alkalmazunk, ami a legrövidebb időn belül járásstabil arthrodesist jelent, ugyanis a beteg a másik végtagját sem tudta terhelni, így ez jelenti a mobilizálhatóságot. Az arthrodesist Kreuzplatteval, compressióval végeztük, a femur proximális végéből kb. 5 cm-t resecáltunk, a primer vápának megfelelő helyen képeztük ki a beültendő femrucsonk ágyát. A beteg a műtétet követően 6 héttel panaszmentesen járt, fél évvel később a végtag középállásban ankylosisban volt. Ezt követően került sor a másik csípőizület mobilizációs műtétjére.



5. ábra: Mko.-on magas luxatio, a primer vápa kitöltött, bal oldalon ennek helyén álizület, Schanz-osteotoma utáni állapot mindkét oldalon. A combfejek gracilisak, a femorszárak elvékonyodtak



6. ábra: A bal csípőizületben Kreuzplatteval arthrodesis, a jobb oldalon arthroplastica. Itt a vápatető-képzés csavarokkal rögzített csonttal, speciális dysplasiás szár alkalmazása

1978. XII. 1. arthroplastica coxae l. s. Plastica acetabuli (6. ábra).

Resectio és a korábban már leírt módon elvégzett vápatetőképzés és szár előkészítés után speciál dysplasiás prothesist (Waldemar Link 15—1603.) alkalmaztunk.

A műtétet követően 8 héttel kielégítő mozgásfunkciók, aktív flexio és néhány fokos abd. is kivihető.

A csípőizületi arthroplastikák total endoprothesissel komoly fegyvert adtak kezünkbe a post-luxatiós deformitások kezelésében is. Nem szabad azonban figyelmen kívül hagyni, hogy egy időben elvégzett intertrochantericus osteotomia — ha ez lehetséges — többet jelent sok más műtétnél. Ugyanakkor az arthrodesist is legalább olyan súlylyal kell mérlegelni a műtéti terv kialakításában. Olyan műtéti tervet kell tehát kialakítani, és helyesen megoldani, ami a fájdalmak enyhítésén, a munkaképesség helyreállításán kívül, valóban rekonstrukciót jelent.

Összefoglalás. A szerző ismerteti a luxatio coxae congenita okozta panaszok műtéti kezelését felnőttkorban. Tárgyalja az utóbbi években elterjedt plasticai műtétek jelentőségét és a műtéttechnikai feladatok megoldását.

IRODALOM: 1. Axer, A.: J. Bone Jt. Surg. 1961, 43-A, 492. — 2. Barmada, R., Abraham, E., Ray, R. D.: J. Bone Jt. Surg. 1976, 58-A, 541. — 3. Charnley, J., Feagin, J. A.: Clin. Orthop. 1973, 91, 98. — 4. Dunn, H. K., Hess, W. E.: J. Bone Jt. Surg. 1967, 58-A, 838. — 5. Eftekhari, N. S., Stinchfield, F. E.: Orthop. Klin. North America. 1973, 4, 483. — 6. Harris, W. H., Jones, W. N.: Clin. Orthop. 1975, 106, 117. — 7. Harris, W. H., Crothers, O., Indong, O. H.: J. Bone Jt. Surg. 1977, 59-A, 752. — 8. Hess, W. E., Umber, J. S.: J. Bone Jt. Surg. 1978, 60-A, 948. — 9. Schneider, R.: Reconstr. Surg. Traumat. 1974, 14, 1.

Rövid határidővel, olcsón, szakszerűen vállaljuk

a ROVAROK és RÁGCSÁLÓK irtását

Szerződés esetén árengedmény!

„AGROSZER” Önálló Közös Vállalkozás. (Rovarirtó részlege)

Budapest XIV., Lumumba u. 209.

Telefon: 630-985.

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 ismeretesek.

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 gyulladásos – 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: BIOGÁL Gyógyszergyár, Debrecen, ZYMA AG licencia alapján.

Aerob spórás baktériumok mint gyulladások okozói

Nikodemusz István dr.,
Zimmermann Erzsébet dr.,
Fekete Csaba dr. és Fenyvesi Csaba dr.

A *B. anthracis* felfedezése után rövidesen hasonló saprophyta ún. anthracoid baktériumokat írtak le (1, 2). Bár az elmúlt 70—80 év alatt kb. 200—250 anthracoid baktériumok által előidézett betegséget ismertettek, e mikroorganizmusokról kialakult vélemény mégsem változott meg, mivel gyakori előfordulásuk mellett (talaj, víz, levegő, élelmiszerek) csak nagyon ritkán szerepeltek mint kórokozók (3). Az utóbbi 20—30 év alatt azonban a *Bacillus* genus eddig apathogennek tartott tagjai az embergyógyászatban fontossá váltak; részben mert egyre több csoportos és tömeges ételmérgezésben voltak kórokozóként kimutathatók, részben mert kórházi fertőzésekben, amelyek csökkent ellenállású egyéneknek következnek be, mind több aerob spórás baktériumot lehetett találni, mint kórokozót (3, 4, 5). A spórásokra vonatkozó adatok ma még hiányosak, egyelőre nem minden orvos ismeri fel azokat, vagy ismeri el kóroki jelentőségüket (6).

Az eddigi állatkísérletek alapján a *Bacillus* genuson belül feltétlen kórokozó a *B. anthracis*, amelynek egyetlen sejtje elpusztítja az egeret; feltételes kórokozó a *B. cereus*, amelynek 10^5 — 10^7 -es csíraszámú parenterális inokuluma megöli a rácsálókat. A többi faj (*B. subtilis*, *B. megaterium*, *B. pumilus*, *B. mycoides*, *B. alvei* stb.) nem pathogen állatokra (7, 8, 9).

Hazánkban évente 5—12 emberi lépfene fertőzést jelentenek be (10), más spórások által előidézett megbetegedésekről — a fent említett okok miatt — ritkán értesülünk. E betegségek lehetnek ételmérgezések, a köztakaró gyulladásai és haematogen szóródások; ezen utóbbiak kivételosen halálos végűek lehetnek (3, 6, 17).

A ma már nagyszámú irodalmi adat közül csak a hazai vonatkozásúakat emeljük ki. *Jármay* írja, hogy az anthracoid baktériumoknak a *B. anthracis*-tól való elkülönítésére a pathogenitás hiánya a legbiztosabb jel (11). *Fleischner* ezzel szemben arról számol be, hogy a *B. subtilis* nagy csíraszámában elpusztítja a rácsálókat (12), azonban sem pontos diagnózist, sem a törzsek leírását nem melléli. Más adatok alapján a *B. cereus* viselkedik így (3, 6, 17). Az első hazai, spórás által okozott megbetegedést *Kelemen* (13) írta le 1924-ben. A fertőzés műtéti sebből indult ki és halálos tüdőgyulladással végződött. Egyikünk 1944 nyarán figyelt meg ugyancsak halálos kimenetelű gyermekági lázat, amely során prae- és postmortalisan a

vérből haemolysalo spórás baktérium tenyésztett ki (6). *B. cereus* okozott hazánkban mellhártya-, mandula- és középfülgyulladást (14). Újabban *Lázár* és *Jurcsák*, továbbá *Melles* és *Mtsai* közöltek spórások, elsősorban *B. cereus* által előidézett gyulladásokat (15, 16).

Esetismertetés

Közleményünkben két esetet ismertetünk, amelyeket aerob spórás baktériumok okoztak.

1. eset: 6 éves fiú kertben, játék közben jobb lábát fadarabbal megszurta. Még aznap jelentkezett sebéseten, ahol sebét ellátták és tetanus toxoidot kapott. Tíz hétig kezelték járóbetegként, mert a seb nem gyógyult be, belőle nyomásra genny ürült. A gyerek helyileg tetran port, szájon át tetran és gentamycin tablettát kapott. A váladékból hat héten át több ízben Gram-pozitív pálcika nőtt ki, amely véres agaron erőteljes béta típusú haemolysist mutatott s tojássárgája agaron bontotta a lecithint. Tenyésztésben órákon belül spórát képezett. *Dg.*: *B. cereus*. E mikroba bontotta a tejfehérjét és a zselatint, a szénhidrátok közül savat képezett dextroseból. A többször elvégzett antibiotogram alapján chloramphenicolal, tetracyclinnel, carbenicillinnel, gentamycinnel, furadatoinnal, kanamycinel és ampicillinnel szemben volt érzékeny. A helyi kezelés hatására (tetran por) a 10. héten a sebüregből egy 10—11 mm hosszú tüskét lehetett eltávolítani. Néhány napon belül a gyulladás megszűnt s a *B. cereus* többé nem volt kimutatható.

A 2. eset egy asszony esete. Ő 12 napot töltött a MÁV Kórház sebészeti osztályán egy hónapok óta növekvő nyaki terime műtéti megoldása végett. A kóros képlet bronchiogen cystának felelt meg, amelynek belsejéből haemolysalo aerob spórás baktériumot mutattak ki. E mikroba nem bontotta a lecithint, hydrolyszálta a caseint és a zselatint, felhasználta a citrátot, mint egyetlen szénvegyületet, savat termelt gáz nélkül dextrose-ból, arabinose-ból, mannitból és xylose-ból, de nem bontotta a keményítőt. Agar lemezen sárgás, intracelluláris festéket termelt. *Dg.*: *B. pumilus*. [E festéket csak e species képez a *Bacillus* genuson belül (6).]

A baktériumot 5 nap múlva ismét kimutatták a sebüregből, az újabb 5, majd 4 nap múlva elvégzett vizsgálatok is azonos eredményt adtak. A váladék mennyisége és a mikrobák száma állandóan csökkent, majd az utolsó alkalommal — elsősorban a helyi chloramphenicol kezelés hatására — a seb meggyógyult s a baktériumot a továbbiakban nem lehetett kimutatni. A beteget végeredményben a beavatkozástól számított 42 nap múlva bocsátottuk el gyógyultan.

Megbeszélés

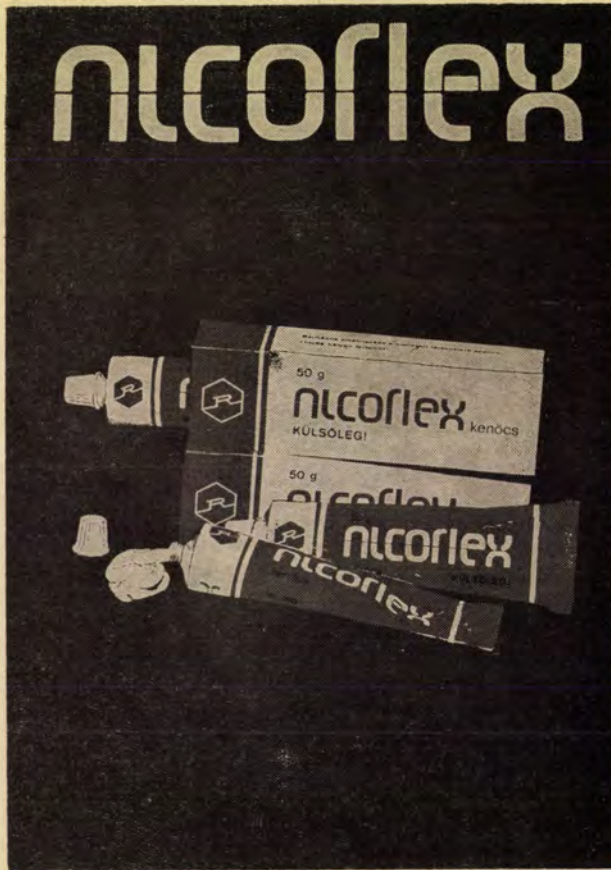
Az ismertetett két beteg parenterális gyulladásában az aerob spórás baktériumok kóroki jelentősége vitathatatlan. Az első esetben a fertőzés mechanizmusa tisztázott, a *B. cereus* az idegentesttel jutott be, a másodikban a fertőzés eredetének felderítése majdnem lehetetlen volt. Nem zárható ki, de nem is bizonyítható, hogy a *B. pumilus* a diagnosztikus punkció során jutott a cystába. Egyik betegség sem volt súlyos lefolyású, nyilvánvaló, hogy a spórások normális ellenállású egyéneknek okoztak gyulladást. Alapbetegség vagy más miatt legyengült szervezetben az előidézett kórképek másképpen alakulhattak volna. Az első esetben *B. cereus* volt a kórokozó, e species feltételes pathogenitása többé-kevésbé bizonyított. A *B. pumilus*-ról ilyen adatok még nincsenek, a kórlefolás alapján a pathogenitás bizonyítottnak látszik. Minden-

esetre szükség lenne olyan biológiai — esetleg serológiai próbákra —, amelyek a *Bacillus* genus eddig saprophytának tartott fajai kórokozóképességét igazolják.

A szerzők itt mondanak köszönetet *Richard J. Gilbert dr.* és *Turnbull, P. C. B. dr.* (Bacillaceae Reference Center, Public Health Laboratory Colindale, London) kollégáknak a diagnózisok alátámasztásáért és a tipizálásért.

Összefoglalás. Két parenterális gyulladással járó fertőzés került ismertetésre, amelyekért aerob spórás baktériumokat (*Bacillus* genus) lehetett felelőssé tenni. Mindkét eset jóindulatú, bár elhúzódó lefolyású volt. A gyógyulás a célzott antibiotikum kezelés hatására jött létre. Az első esetben *B. cereus* volt a kórokozó, a második esetben *B. pumilus*. Az előbbi mikroba feltételes kórokozóképessége bizonyított, az utóbbiról ilyen adatok alig vannak.

IRODALOM: 1. *Went I.*: Általános kórtan. Egyetemi Nyomda, Debrecen, 1943. — 2. *Fodor F., Vedres I.*: A közegészségtan és járványtan alapvonalai. Medicina, Budapest, 1974. — 3. *Nikodemusz I.*: Kandidátusi értekezés. Budapest, 1964. — 4. *Nikodemusz I. és mtsai*: Zbl. Bakt. I. Orig. 1962, 184, 462. — 5. *Losonczy Gy.*: Iatrogen infekciók. Medicina, Budapest, 1976. — 6. *Nikodemusz I.*: Labor. Diagn. 1975, 2, 17. — 7. *Burdon, K. L.*: J. Bacteriol. 1956, 71, 25. — 8. *Nikodemusz I., Gonda Gy.*: Zbl. Bakt. I. Orig. 1963, 189, 298. — 9. *Lamanna, C., Jones, L.*: J. Bacteriol. 1963, 85, 532. — 10. *Bach I. és mtsai*: Orv. Hetil. 1978, 119, 1793. — 11. *Jármay K.*: Zbl. Bakt. I. Orig. 1913, 70, 72. — 12. *Fleischner, R.*: Ibid. 1928, 99, 546. — 13. *Kellemen E.*: Gyógyászat. 1921, 64, 512. — 14. *Lakatos M.*: Személyes közlés. — 15. *Lázár J., Juresák L.*: Zbl. Bakt. I. Orig. 1966, 199, 59. — 16. *Melles Z., Nikodemusz I., Ábel A.*: Ibid. 1969, 212, 174. — 17. *Nikodemusz I., Gonda Gy.*: Ibid. 1963, 190, 237.



kenőcs

**V OOO 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 aethylenglycolium 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 bőrfelületet 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.

MELÉKHATÁSOK:

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.

TERÍTESI DIJ:

5,— Ft/tubus

Lamarck emlékezete

(A származástan megalapítója halálának
150. évfordulójára)

A köztudatban a fejlődés: evolúció fogalma *Darwin* nevével kapcsolódik össze és a származástant a darwinizmussal tartják azonosnak. *Darwin* felülmúlhatatlannak mondható jelentősége semmivel se csökken annak a történeti ténynek belátásával, hogy a fejlődés és a leszármazás gondolatának tudományos szintű hirdetőjeként *J. de Lamarck* ke-rek ötven évvel megelőzte.

Érdemes tisztázni az oly sokszor összekevert fogalmakat. Az „evolúció” szó értelme az idők folyamán többször változott. A régi latinban az *evolvere* = kigöngyölni igéből származott és az írástekerceseket olvasás közben kigöngyölnítették. Így *Cicero* egyik írásában a „*poetarum evolutio*” olvasást jelent.

Sok évszázados lappangás után a 18. század szenvedélyes embriológiai vitáiban új értelmet nyert. „Kibontakozásnak” nevezték a petesejtből újszülötté válási folyamatot abban a hitben, hogy a petesejtből preformáltan jelen van az ember miniatűrízálva, ami csak méreteiben bontakozik ki (*A. v. Haller*). E bizzar nézet ellenzői *C. F. Wolff* az élen epigenesisnek nevezték az embriogenezis folyamatát, amelyben amorf élő anyagból fokozatosan alakul ki a magzat. Igaz, hogy e folyamat fő ható tényezőjének az életerőt (*vis vitalis*) tartották, mégis a később ontogenesisnek nevezett magzatfejlődés (egyéni fejlődés) modern értelmezése előfutárának számít *Wolff* tana.

Külön tanulmányt igényelne nyomon követni egyetlen szó: az „*evolutio*” jelentésváltozásait, amíg mai értelmében kikristályosodhatott. A latin, német és egyéb általános, valamint szakszótárakban többféle jelentése volt, leginkább *Cicero* szerinti, de a francia katonai nyelvben még csapatmozgást kifejező értelemben is. Nehéz megállapítani, hogy ki és mikor határozta meg mai biológiai jelentését. Mindenesetre a múlt század közepétől, vagyis *Darwin* és *Haeckel* fellépése óta a progresszív változások folyamatát, az egyszerűbből összetettebbé, bonyolultabbá válást, röviden a *fejlődést* jelenti, akár a magzati életre (ontogenesis), akár pedig nemzedékek során át egy új faj képződésére (phylogenesis) vonatkoztatva. Ez utóbbi folyamatot mint törzsfjlődést tárgyalja a *származástan* (*descendentia* tana), a Föld geológiai rétegeiből kiásott ősmaradványok fejlődési sorba rendezése révén.



Amikor világossá vált a paleontológusok előtt, hogy tanulmányuk tárgyai, a kőületek évmilliók változásait képviselik, kialakult a fajformálódás, a változékonyság problémája is. Sokáig dogmatikus merevséggel érvényesült *Linné* híres, sokszor idézett definíciója, amely szerint „*Species tot numeramus, quot ab initio creavit infinitum Ens*”. Vagyis: „annyi fajt számlálunk, amennyit kezdetben teremtett a végtelen Szellem”. Ezt *Linné* a *Philosophia botanica* c. művében fogalmazta meg 1751-ben (*id. Entz Géza* szerint). Bár ő maga is felismerte a változékonyság lehetőségét és kortársai közül is többen pedzették a fajfejlődés gondolatát, a probléma csak a 19. században alakult ki. Hogyan változhatnak meg a fajok, hogyan származhatnak egyik (alacsonyabb rendűnek, vagyis egyszerűbb szerkezetűnek tartott) fajból egy másik (magasabb rendű) faj? Ezt válaszolta meg *Lamarck* és *Darwin*, főműük megjelenése között ötven év különbséggel. *Lamarck* magyarázata még inkább csak előre látó, hypothetikus jellegű bizonyító eljárása hiányosságai és olykori naivitása miatt is. *Darwin* jóval később, kora gazdagabb ismeretanyagával felvértezve, lenyűgöző bizonyító eljárással fejtette ki tanát. Így alakult ki a lamarckizmus és a darwinizmus, amelyek közül az első névadójára emlékezhetünk most, halála után százötven évvel.

A hazai szakirodalom lényegesen kevesebb lamarckista közleményt mutathat fel, mint darwinistát. Ennek oka főleg az, hogy *Lamarck* idejében a magyar szaksajtó még gyermekcipőben járt, ilyen témával is csak kevés „kiművelt emberfő” foglalkozott, míg fél évszázaddal később *Darwin*

nemzetközi sikerére fogékony, képzett elmék már nálunk is bőven akadtak. *Lamarck* jelentőségének oly szegényes felismerése azonban nem csak a mi, *Széchenyi* szerint „csúnyácska kis hazánk”-ra volt jellemző, hanem sokáig — sajnos — saját hazájára, Franciaországra is. A franciák igazában akkor kaptak észbe, hogy hiszen volt nekik egy *Lamarck*jük, amikor *Darwin* eszméje szinte egész Európát meghódította. Később, a századforduló táján nálunk *Francé Rezső*, *id. Entz Géza*, majd *Fülöp Zsigmond* és *Haner Viktor* (utóbbi fordítóként), továbbá *Méhely Lajos* ismertették bővebben a lamarcki tanokat. Az első világháború utáni nemzedékből *Fejérváry Géza Gyula* bizonyult a leghozzáértőbb interpretálónak (maga is foglalkozván a fajkeletkezés problémájával), míg korunkban *Benedek Istvánnak* köszönhetünk alapos *Lamarck* élet- és korrajzot (1963, 1975).

Lamarck életrajza lexikális tömörséggel így kezdődik: elszegényedett nemesi család korán elárult fia, aki rövid jezsuita noviciusság után csekély apai örökségét egy lóba fektette és tizenhét évesen felcsapott az épen dülő „hétéves háború” önkéntes katonájának. Fiatalsága ellenére is határozott, bátor egyéniség volt és így egy csatában, alakulata összes tisztje elesvén, az életben maradt katonák élére állt és vakmerően manőverezve kitarthattak a felmentő csapat érkezéséig. Tény, hogy ezután a vezénylő marsall hadnaggyá léptette elő. Sokáig azonban nem vitézkedhetett a harctéren, mert „kitört a béke”. A garnizonéletet unta, sokat betegeskedett is, ezért nyugdíjazását kérte. Erre volt lehetőség, de csak fél zsoldot kaphatott, ami nem volt elég a megélhetéshez. Felkerülve Párizsba, orvosi tanulmányokba kezdett és eddig lappangó érdeklődésének megfelelően botanikai cikkeket kezdett írni — már csak szerény jövedelme gyarapítására is. Írásaival magára terelte *Buffon* gróf (1707—1788) figyelmét. *Buffon* a 18. század nagy hatású egyénisége volt, nemcsak a szalonéletben, alkotó tudósként is. Támogatása megnyitotta *Lamarck* előtt a tudományos élet (mondhatni: akadémikus tudomány) kapuját. *Lamarck* ekkor már a híres *Jardin du roi* (Királyi fűvészkert) munkatársa volt és rövidesen megírta első nagyobb művét a francia flóráról (*Flore française*. 1778). *Buffon* erre hivatkozva ajánlotta a következő évben akadémiai tagságra.

Így kezdődött az 1774. augusztus 1-én Bazentinben született *Jean Baptiste Pierre Antoine de Monet, chevalier de la Marck* tudományos kARRIERE.

Továbbiakban akadémiai tagsága mellett professzorként is működhetett. A nagy forradalom idején a francia tudományos intézményeket is átszervezték és a Királyi Kertből „Museum d’Histoire naturelle” lett. Ennek gyűjteményei keretében egy szabadegyetem jellegű intézményt is szerveztek, amelynek tanszékeiből a „vértelen állatok anatómiáját” kapta. 1795-ben meg is kezdte a tanítást, és rendszertani tevékenységében sürgősen új nevet adott az Aristoteles-féle „vértelen állatok”-nak: a ma is használt „gerinctelenek”-et. *Lamarck* tehát elérte a tudományos hierarchia legmagasabb polcait. Későbbi főműve címlapján felsorolta ösz-

szes címét és tagságát. Ezek közt szerepel a már említettek mellett a Becsületrend és a legtöbb európai tudományos akadémia, Moszkvától Bordeaux-ig. Ennek ellenére hosszú életét (meghalt: 1829. december 18. Párizs, 85 évesen) sok nehézség keserítette meg. A nevével fémjelzett tant kortársai nem értették meg, népes családját nehezen tartotta el, mert bár rengeteget írt, a tudományos műveket akkor se honorálták bőkezűen. A legnagyobb csapást utolsó éveinek vaksága jelentette. Ő mégis tovább dolgozott, két leánya *Cornélie* és *Rosalie* odaadó támogatásával. Az 1909-ben állított emlékmű egyik domborműve ezt szépen jelképezi. A vak tudós mellett álló lánya mondja: „La postérité vous admirera, elle vous vengera, mon père!” (Az utókor csodálni fog és elégtételt ad Neked, Atyám”).

Rendkívül gazdag és sokrétű szakirodalmi munkásságából csak néhány témát lehet itt megemlíteni. A francia flóra után 8 kötetes Növénytani szótárt is írt. Éveken át rendszeresen gyűjtött meteorológiai adatokat és azokat évkönyvekben tette közzé, megkockáztatva a jóslást is. *Hydrogéologie* c. könyvében (1801) utalt később kifejtett szándékára, hogy *Biologia* címen az életre vonatkozó minden ismeretet felölelő munkát ír majd. Erre ugyan nem került sor, de *Th. Roose* (1797) és *Treviranus* (1802) mellett ő is úttörője a biológia modern fogalomköre kialakításának.

„*Tanulmány az élőlények szerveződéséről*” (1802) a főmű előfutárának tekinthető, míg a később, 1815 és 1822 között megjelent hétkötetes „*Gerinctelen állatok természetrajza*” (*Histoire naturelle des Animaux sans Vertèbres*) eszméinek bővebb kifejtése, az egyébként hamarosan elavuló rendszertan mellett.

Amikor kinevezték a gerinctelen állatok anatómiája professzorának, valósággal beletanult az új szakmába. Sok új fajt írva le, rájött a Linné-féle (lényegében mesterséges) rendszer elégtelenségére és ekkor új rendszertani csoportokat különített el. Első műveiben még szigorúan alkalmazta *Linné* fajállandósági elvét, amikor azonban jobban elmélyedt a zoológiai munkában, felülkerekedett benne a fajok változékonyságának elismerése. Ennek gyümölcse az 1809-ben megjelent „*Philosophie zoologique*” c. korszakalkotó és tudományteremtő műve. Ez szó szerint „állattani filozófia”, már csak azért is, mert az állattanból vett példák-
kal próbálta bizonyítani eszméit. Átvitt értelemben viszont „Természetbölcsélet”-nek fordíthatnánk (*Benedek István* értelmezésében), ami azért jogos, mert elméleti fejtegetése az egész élővilág fejlődésére vonatkozik, az ősnemzéstől, a növény- és állatvilágon át az emberig.

A mű első részében fejtette ki azokat az elveket és törvényeket, amelyek miatt őt a származástan megalapítójának tekintjük, még ha ezt a tudománytani kifejezést ő nem is használta. Felismerésének lényege: az élet valamikor élettelen anyagból keletkezett (ősnemződéssel), tehát nem teremtési aktus gyümölcse; a kihalt fajok a ma élők őseinek tekintendők; a faji különbségek abból adódnak, hogy a környezethez alkalmazkodás során megváltozott a szervek működése és ennek nyomán az

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 anticoagulans-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, gyulladással kísért ekzémák és mycosisok, hallójárat mycosisok.

ADAGOLÁS ÉS ALKALMAZÁS

Bőrinfectiók esetében: naponta 1–2 alkalommal kenjük be a kezelendő bőrfelületet Mycosolon kenőccsel.

Köröm-infectiók esetében: a megbetegedett körömrészek eltávolítása után occlusiv kötés formájában alkalmazzuk a készítményt. A kezelést megszakítás nélkül folytatjuk a köröm teljes regenerálódásáig. Fül-infectió esetén: naponta kétszer vezetünk fel a külső hallójáratba a készítménnyel átitatott gaze-csíkot 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



KÖBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST

anatómiai forma is. A *Lamarckismus* lényeges fogalmai és elvei: környezeti hatásokhoz alkalmazkodás (adaptatio), szükséglet, a test alapterve, belső érzés (sentiment intérieur), és hogy az újonnan szerzett, bár nagyon lassan kialakult új tulajdonságok öröklődnek és mindezen tényezők eredménye az új faj keletkezése.

Két törvénye tömören tartalmazza a használat elvét és a szerzett tulajdonságok átöröklési lehetőségét. „Első törvény: Minden állatfajnál, amelyik fejlődésének tetőpontját még nem haladta túl, valamelyik szervnek gyakori és tartós használata lassanként megerősíti azt... Egyes szervek állandó nem használása... fokozatosan csökkenti a képességeit és végül elenyészeti azt.” A Második törvényből: „Minden, amit az egyének a viszonyok befolyása által” és a szervek használata vagy nem használata révén szereztek vagy elvesztek: „a szaporodás következtében átöröklik az utódokra... ha a szerzett változások mindkét nemnél, vagyis az egyének nemzőinél közösek...”

Bizonyító példái is jellemzők, mégha néha túl naivak, sőt — saját korában is — nevetségesek. Már kortársait is megneveztette, hogy a zsiráf rossz környezeti viszonyok közt a magas lombkoronájú fák legeléséhez addig nyújtogatta nyakát, hogy az megnyúlt és ez átöröklődött az utódokra.

Könyve 2. és 3. részében élettani és pszichológiai nézeteit fejtette ki és sokkal később ezeknek nagyobb hatása volt a századfordulói neo- vagy psycholamarckismus feléledésére.

Életművét tehát közzétette, de kortársai nem értették meg. Kritikájuk javára írható, hogy naiv bizonyításait kipellengézték, mégis vakoknak bizonyultak a lényeg meglátásában, hogy *Lamarck* kétséssé tette a fajállandóság dogmáját és a valódi értelemben vett fejlődésre próbálta terelni a figyelmet. Legharcosabb ellenfele az egyébként szinte hozzá hasonló jelentőségű *G. Cuvier* (1769—1832) volt, aki az őslénytani (paleontológia) megalapításával az ősmaradványok rendszeres tanulmányozása előtt nyitotta meg az utat. Világnézetet érintő kérdésekben azonban konzervatív volt és ragaszkodott *Linné* elvéhez.

Haláluk után *Lamarck* szinte feledésbe merült, olyannyira, hogy később sírja is felszámolódott a Montparnasse temetőjében. Csak néhány természetbúvár utalt néha jelentőségére, pl. *Ch. Lyell* (1797—1875), a geológia nagy angol reformátora.

Annak idején többen szemére vetették *Ch. R. Darwinnak* (1809—1882), hogy 1859-ben megjelent korszakalkotó könyvében (*The origin of species*) nem méltányolta kellően *Lamarckot*. *Darwin* történeti áttekintésében utalt az elődre, de itt és más megnyilatkozásaiban többször hangsúlyozta, hogy elmékedéseit a fajkeletkezés lehetőségeiről nem befolyásolta a lamarcki tan. Ismerve az ő becsültségét tudományos kérdésekben, hitelt kell adni nyilatkozatának.

A századfordulón kibontakozott „új hullám” azon az alapon tűzte zászlajára *Lamarck* nevét és tanát, hogy egyes biológusok elégtelennek vélték *Darwin* fajkeletkezési magyarázatát és újra hangsúlyozni kezdték az életműködésbeli változások és az alkalmazkodási mechanizmusok jelentőségét.

Főleg paleontológusok aránylag egzakt alapon kritizálták a szelekció darwini elvét, mondván, hogy ez nem teremthet új fajt, csak a meglévőt őrzi meg. De jelentkezett egy világnézeti színezetű irányzat is, a *psycholamarckismus*, amely — főpropagátora, a botanikusból „biofilozófussá” lett *Francé* (1874—1943) szavával — „meglelkesítette” az egész élő világot és lelki funkciót tételezett fel még az állati és növényi testszövetek sejtjeiben is. Ezt a sejtelket összefüggésbe hozták *Lamarck* régi „belső érzés”-ével és rá hivatkoztak misztikus neovitalista nézeteik hirdetésekor. Minderről *Lamarck* természetesen nem tehet. Idézeteiből is érezhető materialisztikus hajlama és a törekvés, hogy az életjelenségeket fizikai és kémiai elvekkel magyarázza meg. Persze ezt ő még csak hypothetikusán tehette meg.

A fajkeletkezési mechanizmus sokkal bonyolultabb mint ezt a két legnagyobb hatású elmélet, a lamarckismus és darwinismus elképzelhette. Ma már tudjuk, hogy egy új faj, de akár csak egy új tulajdonság keletkezése is csak a genetikai állomány, tehát a DNS szerkezeti megváltozásával lehetséges. E változást általában mutációnak tartják, de az is valószínű, hogy nem ez az egyetlen fajformáló mechanizmus. A származástan nagy úttörő magyarázataiból pedig maradandónak bizonyult a lamarcki alkalmazkodási elv, de csak az egyedi élet módosulásaira vonatkoztatva, míg a darwini szelekciós elv kétségtelenül lényeges tényező magában az evolúciós folyamatban.

Az orvosi műveltségnek ma is értékes komponense lehetne a származástani elméletek ismerete. Az Orvosi Hetilap első szerkesztői tudták ezt és többször is hírt adtak az akkor aktuálissá vált darwinismus irodalmából. *Lamarck* funkcionális szemlélete pedig manapság különösképpen nem lehet idegen az orvosi korszellemtől, még ha be is kell látni a struktúra primer jelentőségét. A mostani évforduló is alkalmat adhat *Lamarck* kedves lánya jóslatának beigazolódására: „Az utókor... elégtételt ad Neked, Atyám!” *Lambrecht Miklós dr.*

Georg Händel (Händel apja, a „hallei chirurgus”)

Az egyetemes kultúrtörténelemben a Saale folyó partján, a mai NDK területén fekvő Halle főleg két szempontból foglal el nevezetes helyet. Évszázadok óta virágzik egyeteme, ahol nagyon sok magyar diák is folytatta tanulmányait, továbbá itt született *Georg Friedrich Händel*. A városba látogató idegent a zenetörténet óriásának, *Händel*nek 1858-ban *Hermann Heide*l által készített bronzszobra fogadja a főtéren. A hallei Béke Színház és a koncertterem állandó repertoárdarabjai *Händel* operái, oratóriumai. *Händel* édesapja pedig a híres „hallei chirurgus”, akiről az alábbiakban emlékezünk meg.



A Händel-ház Halle/Saale-ben

A Händel család

Az 1544-ben Breslauban (régebben és jelenleg is Lengyelországban Wroclaw, középkori magyar néven Boroszló) kelt okmányok *Valentin Hanndel* néven egy rézművest említenek. A hallei városi levéltárban az első bejegyzés *Händel* névről 1609-ből származik: egy 1582-ben Breslauban született *Händel*ről található írás, szintén *Valentin* keresztnévvel, foglalkozásként rézművességet jelölve. A Nicolai-negyedben lakik. Felesége *Anna Beichlinger*, *Samuel Beichlinger* eislebeni rézműves lánya. Hat gyermekük született, közülük kettő igen korán elhunyt. *Händel* 1636. augusztus 20-án hunyt el, 1 leányt és 3 fiút hagyott hátra, *Valentint*, *Christophot* és *Georgot*. Az előbbi két fiú követte édesapjuk foglalkozását; *Valentin* fiatalon, *Christoph* 66 éves korában halt meg.

Georg Händel 1622. szeptember 24-én született Halleben. Mint említik, „akaratos fejű” gyermek volt; számára édesapja, rézműves foglalkozása nem felelt meg; seborvos akart lenni. Előbb a hallei seborvosnál, *Andreas Begernél* tanult, majd „felszer” lett a harmincéves háborúban. Ezután Hamburgba és Lübeckbe ment, ahol *Andreas König* sebésznél tanult. A továbbiakban „hajóborbélyként” Portugáliába utazott. Családja többszöri írásos unszolására 1640 körül tért vissza Halleba. Orvosi tudásának fejlesztése érdekében még tanult, a hallei „borbély és sebész” *Adam Albrechtnél*.

1643. február 20-án, 21 éves korában a neumarkti (akkoriban Halle mellett levő, a 19. században ahhoz csatolt település) *Christoph Oettinger* seborvos *Georg Händelnél* idősebb özvegyét vette feleségül és átvette *Oettinger* praxisát. 1643-ban házat szereztek Neumarktban. Egy korabeli kiadvány azt is megemlíti, hogy Neumarktban még egy házuk volt: „Am Steige” (Az ösvényen). Mindez arra utal, hogy *Händel* sikeres, anyagilag kedvező helyzetben levő seborvos volt.

1645-ben „tiszti orvos” lett Giebichensteinben (Halle elővárosa, a 19. században Hallehoz csatolták). 1660-ban a szász udvarba került, amelynek akkor Halleban volt a rezidenciája, *August von Sachsen* herceg udvari orvosaként. 1666. június 30-án hallei városi polgár lett, amint ezt a városi levéltár kötete igazolja.

1666-ban költözik „A sárga sarvashoz” elnevezésű házba, a Nicolai-negyedbe. Időközben orvosi

tudása révén széles körben elismertté, híressé vált. Városában aktív munkát végzett, pl. azon 19 tagú városi bizottság tagjaként is működött, amely 1682-ben a pestis elleni védelmet irányította. Az 1679-ben kelt, ún. Drachstedt-Krónika a következőket írja: egy gonosztevő sarlóval 19 csapást mért egy giebichensteini szolgálóra, akit csak *Georg Händel* seborvosi jártassága mentett meg a haláltól.

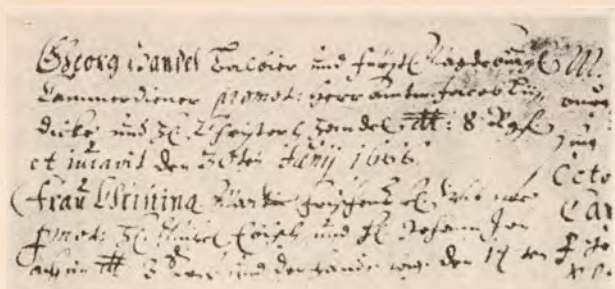
Az 1688–1689-ből kelt iratok kitérnek arra, hogy *Georg Händel* anyagiakat bocsátott a szegénygondozás rendelkezésére. Házasságában 6 gyermek született, közülük csak egy leány, *Dorothea Elisabeth*, és egy fiú, *Karl* maradt életben. *Karl Weisenfelsben*, Halletől 32 km-re délre a hercegi udvar kamarása lett. 1682. október 2-án meghalt felesége, ekkor *Händel* 60 éves volt. 1683. április 23-án, 61 éves korában kötötte második házasságát a 32 éves *Dorothea Tausttal*.

A Taust család régóta Halle környékén, ill. Halleban élt. *Dorothea* édesapja, *Georg Taust*, plébános volt Oppinban, Dieskauban és Giebichensteinben. *Dorothea* egyik fiútestvére, *Johann Gottfried Taust* prédikátorként működött Oppinban; értékes könyvtárral rendelkezett és irodalmi hajlamait is kiélte. *Dorothea Taust* 1651-ben született és 1730-ban hunyt el.

Georg Händel és *Dorothea Taust* házasságából származott *Georg Friedrich Händel*, aki 1685. február 23-án Halleben született. (Halálának éve 1759.) Édesapja ekkor 63 éves volt. A gyermekek 1685. február 24-én keresztelték meg a Mária-templomban. Több forrás téves születési dátumot



Georg Händel képe Halle/Saale-ban a Händel-házban



1666-ban kelt bejegyzés Georg Händel polgárról

jelöl meg: 1684. ill. 1686. február 24-ét. A házasságban még két leány is született: *Dorothea Sophia* (1687—1718) és *Johann Christiana* (1690—1709), édesapjuk 65, illetve 68 éves korában.

Georg Händel 1697. február 17-én halt meg. Feleségének testvére, *Johann Gottfried Taust* költeménnyel búcsúztatta.

Georg Händel és Georg Friedrich Händel kapcsolata

Mint említettük, *Händel* 63 éves volt, amikor *Georg Friedrich* született. A gyermek „erős felépítésű, szőke, kék szemű” volt. Vele kapcsolatban két alapvető tényt jegyzett fel a krónika: korai zenei érését (5 éves korában már zenélt) és kedvetlenül kapcsolatát édesapjával.

Az idősebb *Händel* jogásznak szánta a fiát, akiről hamar kiderült zenei érdeklődése. Bár a szülők aktívan nem zenéltek, a család barátai között akadtak zenészek is. *Händel* azonban nemcsak a zene hallgatásától tiltotta el fiát, hanem elnevezte bármilyen hangszer otthoni elhelyezését is. A rokonoknak és a barátoknak megtiltotta, hogy hangszert hozzanak. A gyermek nem mehetett olyan házba, ahol hangszer volt. A fiúcska azonban mégis hozzájutott egy clavicordiumhoz, amelyet a ház padlásán rejtett el. Éjszakánként játszott rajta, amikor már minden családtag aludt. Később azonban, amikor a fiú nyilvánosan játszott, édesapja megváltoztatta álláspontját. A művészi kiteljesedést azonban már nem érthette meg, hiszen halálakor *Georg Friedrich* mindössze 12 éves volt.

A Händel-ház

Halle/Saaleban a hallei chirurgus házában, ahol *Georg Friedrich Händel* született, jelenleg emlékmúzeum található, *Händel-ház* néven; a mai cím: *Grosse Nicolajstrasse 5*. A ház késő barokk stílusú, 1771—1772-ben átépítették. Itt működik a *Händel Társaság* titkársága is, amely összefogja a zeneszerzővel kapcsolatos kutatásokat, irodalmi és zeneműkiadásokat, valamint a rendszeres emlékünnepeket szervezi.

A *Händel-ház* emeletén múzeum kapott helyet, amely képek, tablók segítségével idézi fel a *Händel* család történetét, természetesen főképpen a zeneköltővel foglalkozva. A házban zenei könyvtár, stúdió, hangszergyűjtemény is található, az utóbbi keretében igen értékes régi hangszereket láthatunk (csembaló 1599-ből, spinét 1604-ből, virginál 1610-ből, orgona az 1700-as évekből). A múzeumlátogatók helyiségről helyiségre járva anyanyelvükön,

többek között magyarul hallhatják a vezetést, amelynek szerves részeként több örökbecsű *Händel*-műből is felhangzik részlet.

A *Händel-ház* megemlékezik *Georg Händel*ről, a seborvosról is. Az első táblán a felirat: *Georg Händel* (1622—1697) 1645-től giebichensteini hivatali sebész, 1660-tól *August von Sachsen* herceg orvosa és annak halála után ugyanazon minőségben *Johann Adolf von Sachsen-Weissenfels* hercegnél működik. A második táblán a szöveg arról az 1679-ben súlyosan sérült giebichensteini szolgáloról számol be, akit *Händel* orvosi jártassága tartott életben. A harmadik tábláról megtudjuk, hogy *Georg Händel* 1683. április 28-án a *Bartholomäus*-templomban vette feleségül a giebichensteini plébánosi leányát, *Dorothea Taustot*, aki a második felesége volt. A negyedik tábla egy kérvény szövegét mutatja be. A múzeumban látható *Georg Händel* képe is, valamint bronzszobra, amelyet *Gottfried Albert* készített.

Vértes László dr.

Köszönetnyilvánítás. *Edwin Werner* tudományos munkatárs, *Gerald Richter* főiskolai tanár és *Walter Danz* értékes segítségét a szerző ezúton is köszöni.

IRODALOM: 1. *Der Bezirk Halle*. Akademie Verlag, Berlin, 1979. Seite 155. — 2. *Hünicken, R.*: Im Elternhaus (in: *Georg Friedrich Händel*. Származás és ifjúkor. Ünnepi kötet *Georg Friedrich Händel* 250. születésnapja alkalmából) Hallei Városi Levéltár, Halle/Saale, 1935. Seite 37. — 3. *Piechocki, W.*: Das Geschlecht der Händels in Halle. Hallesche Monatsheft, 1955, 2, 4. — 4. *Serauky, W.*: Die Familien Händel und Taust (in: *Georg Friedrich Händel*. Származás és ifjúkor. Ünnepi kötet *Georg Friedrich Händel* 250. születésnapja alkalmából) Hallei Városi Levéltár, Halle/Saale, 1935. Seite 3. — 5. *Siegmund, W., Schultze, K.S.* (Hrsg.): *Georg Friedrich Händel*. Beiträge zu seiner Biographie aus dem 18. Jahrhundert. Verlag Philipp Reclam jun. Leipzig, 1977.

Adatok a splenectomia történetéhez Magyarországon

Ma, amikor a malignus lymphomák, elsősorban a Hodgkin-kór kezelése során a lép műtéti eltávolítása rutin sebészeti beavatkozás, nem érdektelen egy 1877-es leírás ismertetése annál is inkább, mert valószínűleg ez tekinthető az első Magyarországon végzett és közölt splenektomiának.

A 103 évvel ezelőtt, 1877-ben az Orvosi Hetilap 21. kötetében megjelent: „Óriási sejtülékplédes lépdag; Kiirtás, — splenotomia; — halál” c. dolgozat szerzője *Pollák László tr.* „Biharmegyei közpórháza — N.-Váradon” „női osztályának orvosa, megyei tiszt. főorvos”, a műtétet *Fuchs József tr.* Kórházi-főorvos végezte, munkatársaival.

A dolgozat bevezetésében a szerző rövid epidemiológiai leírást ad „mocsárláz, köznyelven hideglelés, és annak hű kísérője, a lépdag, népies kifejezéssel a sérvés” előfordulásáról a „magyar

Biharmegyei közkórháza N.-Váradon.

Úrúri, sejtülkórházak: kiürítés, — splenotomia; — hullás.

Műtette Fuchs József tr. kórházi orvos.

Kórházi Pollák László tr. a kórházban név osztályának orvosa, meggyűlt úrúri, főorvos.

A magyar alföldi sík rónáinak és árteres lapályainak, sok helyütt mocsaras vidékének állandó telcplírnyese a mocsárság, környelven hideglés, és annak há kiürítés a lépda, népies kifejezéssel a *strúda*.

A ki nálunk boncolásokkal foglalkozik, béméva tapasztalja, hogy alig van oly kór, mely után a lépnek tetemes megnagyobodását, elhajlását, túltengését vagy gyurma szétmállását találni nem lehetne. Élettanilag, úgy tárgozati körülményekre, mint alkati tulajdonságaira néve rendszer lép alig található.

A kórházi eseteket ugyanarról tonnek tanúságot, mert a legvilágosabb kórházaknál, melyek közülben a lép duzzadásával és alakváltozással nem is járnak, majd mindig találni kisebb-nagyobb mérvű lép daganatokat, melyek jelenléte maguknak a betegnek is feltűnik.

Hogy a 70-es évek eleje óta, midőn a váltóház oly roppant járványként dühöngött és még a cholera máltával is gyakorolta sanyvasztó szerepét, az említett esetek úgy súlyosakra mint számra néve jelentősen meggyűdtek és csoportok: szinte fölértelenültem.

Kórházunk is ez idő óta számtalan váltóháznyves és lépda betegnek lett gyűlbélyűvé és voltak hetek, hónapok, midőn egyes kórszobák csupán ily szerencsétlenekkel voltak befektetve, természetesen a pór nép és szegény osztályok azon köréből, melyek a hideglés ellen ezen utolsó időszakig soha segílyt nem keresnek.

Ezen, eléggő hosszú meggyűyelési idő alatt mindannyiszor szomorúan kellett tapasztalunk, hogy összes gyógytani tevékenységünk mily kevés sikert képes felmutatni az ily általánosított és előhaladt kórházak ellenében, s mennyire híú azon soknemű gyógybeavatkozás, melyet az újabb tudományos hitadás a gyakorlati úton is keszünkbe szolgáltatott, mert kivétel eseteket leszámítva, általában nem voltunk oly helyzetben, hogy a mi

alföldi sík rónáinak és árteres lapályainak a területén. Az esetek az 1870-es évek eleje óta szaporodtak: „Kórházunk is ez idő óta számtalan váltóháznyves és lépda betegnek lett gyűlbélyűvé és voltak hetek, hónapok, midőn egyes kórszobák csupán ily szerencsétlenekkel voltak befektetve, természetesen a pór nép és szegény osztályok azon köréből, melyek a hideglés ellen ezen utolsó időszakig soha segílyt nem keresnek.”

A beteg, 40 éves nő, 1877. „február 17-kén vétetik fel”. A hasat kitöltő daganat differenciáldiagnosztikailag „ikrekkel terheesség” vagy „nagyszerjedelmű petefészek-tömlő” gyanúját vetette fel, de „a megtapintás egyszerre meggyűzött, hogy egy oly lépda daggal van dolgom, milyent a 70-es évek daczára ily nagyságban és kiterjedésben észlelni alkalmam nem nyílt, s milyenről enemű bő irodalmi olvasottságom daczára is alig volt fogalmam” — írja a Szerző. Ezt részletes belvizsgálati leírás követi, melyet a „biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet” előtti bemutatás egészített ki. Ennek alapján „az egyszerű idült léptúltengéses dag (pseudo-leucämia) közmegegyezéssel állapított meg”. „Pseudo-leucämia” alatt ez időben, és még később is a malignus lymphoma kórképeket foglalták össze (1, 2). Arra, hogy ilyen kórképek tartották a leírt esetet is, utal, hogy a boncoláskor „némi csekély fokú fehérvérűség is volt jelen, mert bár az élő külleméből azt nem következtethetve, a vérvizsgálatot elmulasztottuk, a szívüregben talált és a vongálás közben keletkezett rostonyás habarczok hamuszürke színezete a fehérvérsejtek túlszaporodására utalt”.

A beteget belgyógyászati kezelésben részesítették, de annak eredménytelensége miatt az orvos-egylet „csaknem egyhangúlag hozzájárult a kórházi orvosi személyzet által kifejtett azon nézethez,

hogy e nőn a műtét javalva van, s annak végrehajtása ellen semmi alapos és indokolt kifogás nem tehető”. A javallat kérdésének tárgyalása után a műtét leírása következik, mely a „biharmegyei közkórház 15-ik számú tág, világos, jól szellőzhető szobájá”-ban ment végbe, „ $\frac{1}{4}$ 11-től 12-ig”. A műtétet négy orvos: Fuchs József, Korda Kálmán, Pollák László és az „éppen honn levő” Ercsey Ernő végezte, számos orvos-megfigyelő jelenlétében. A hatalmas lépét gondos vérzescsillapítással távolították el. A beteg a műtét után „gyorsan magához tért”. A beteget azután „Korda tr. kórházban bennlakó ügyfelünk” tartotta megfigyelés alatt, a beteg másnap reggel 6 órakor bekövetkezett haláláig. A műtét után 4 órával 40,5 °C-os láz lépett fel, nagy fájdalmak, keringési zavarok kíséretében, amelyek a halálhoz vezettek.

A boncoláskor pericarditist találtak, mely „az élőben soha legkisebb physikai jel által magát el nem árulta”. A halál oka a hatalmas lép eltávolítása következtében kifejlődött keringési elégtelenség volt.

A dolgozat végén irodalmi összefoglalást közöl a Szerző, mely szerint a „belbetegségek következtében hasmetszés által tett lépkiirtások száma Billroth által ez év január 27-kén műtett esettel együtt 8-ra megy, melyeket, mint kilenczedik, a mienk követett”. Közülük „kettő maradt életben és gyógyult meg teljesen”. Idézi is Billroth véleményét, amely szerint a leukémia nem ellenjavallata a lépkiirtásnak, gyenge általános állapot mellett sem, és levonja azt a következtetést a jövőre, hogy „...hol belgyógyászatiilag hatni nem lehetend és hol sebészileg a gyógyjavallat nem kifogásoltatik, jövőben főleg annak kellend az elbírálásánál döntő súlyúnak lenni, mely időben kell már és mily fokú dagnál lehet még a műtétet végrehajtani; mert kétségtelen, hogy e kezelés még eldöntve nincs, holott ebben fekszik a dolog lényege, s az alkalmas időpont eltalálása az eredményeket is más arányúakká fogja változtatni”. A lépkiirtás műtete e kezdeti kísérletek után sokáig nem tudott elterjedni. Ennek oka a nagy műteti beavatkozás és a számos komplikáció mellett a belgyógyászati kezelés hatásosabbá válása volt. Jellemző, hogy a „pseudo-leukaemiák” kezelésében a XX. századra is átterjedő hatással, a sebész Billroth ajánlotta az arzént. A gyakran észlelt jó hatás eredményeként írta Jendrassik, hogy „sem a mirigyek, sem a lép operatio tárgyát nem képezhetik” (3).

Gyenes György dr.

IRODALOM: 1. *Ángyán Béla*: Orv. Hetil. 1887, 29, 82. — 2. *Feldmann Ignác*, Dr. *Körmöczy Emil*: Magyar Orvosi Archivum. 1899, 8, 468. — 3. *Jendrassik Ernő*: A fehérvérűség. Pseudo-leukaemia. In A belgyógyászati kézikönyve. Szerkesztik: Bókai Árpád, Kétyi Károly, Korányi Frigyes. II. kötet, 1895. 121. old. Budapest, Dobrovsky és Franke kiadása.



tetés: egy általános kórházi osztályon a digitális kezelés letalitása jóval nagyobb lehet.)

Gelléri Dezső dr.

Iatrogen ártalmak

Életveszélyes digitalis-intoxicációk tartós saluretikus terapia mellett és anélkül. Lehmann, H. U. és mtsai (III. Medizinische Klinik, Rudolf-Virchow-Krankenhaus, Berlin): Deutsche Medizinische Wochenschrift, 1978, 103, 1566.

A digitalis intoxikációk incidenciáját 10–30%-ra becsüli az irodalom. Ezen nagy eltérések abból adódnak, hogy nincs digitalis specifikus ritmus-zavar, mivel a digitalis arrhythmiai (blockolt pitvari tachycardia, multifocalis ventricularis ES-ek, bi- és trigeminia stb.) szinte minden szívbetegségben előfordulhatnak. A digitalis intoxicatio diagnózisa így a ritmus-zavaron kívül egyéb neurotoxikus tünetekre támaszkodik, valamint arra, hogy digitalis kihagyása után ezek visszafejlődnek. Értékes adatot szolgáltat a radioimmunoassay is, de ezt csak a klinikai tünetek birtokában szabad értékelni.

A szerzők egy cardiopulmonológiai osztály 7 éves beteganyagát vizsgálták, amiből 1 év prospektív vizsgálat volt. Ez idő alatt 7104 beteget kezeltek, akik közül 4608-an (64,9%) kaptak tartósan digitalist. (A digitalizált betegek átlagos életkora 70 év, a nők—férfiak aránya 1,68:1 volt.) 603 beteg (13,1%) léptek fel digitalis intoxikációs tünetek, ami miatt 286 beteget (6,2%) közvetlen vagy potenciális életveszély miatt intenzív osztályon kellett kezelni.

A 4608 digitalizált beteg közül 1758 (38,1%) részesült különböző okokból tartós saluretikus terapiában is. Ebben a csoportban az életveszélyes digitalis intoxikációk gyakorisága 7,7% (135 beteg), míg a digitalizált, de saluretikus terapiában nem részesült csoportban (2850 beteg) ez csak 5,3%-ban (151 beteg) fordult elő. (A különbség szignifikáns $\alpha < 0,01$.) Az egyidejű saluretikus terapia tehát 45%-kal emeli az intoxikációs rizikót. A saluretikummal, illetve anélkül fellépő digitalis intoxikációk a ventricularis ES-ek fellépési gyakoriságában különböztek elsősorban egymástól. Egyidejű saluretikus terapia mellett 52%-ban, anélkül 36%-ban léptek fel kamrai ES-ek. Hasonlóan nagy volt a különbség a kamrai flutter, flimmern, valamint a bradycardiás kamrai automacia között. (A saluretikus csoportban 19%, a másokban 11%.) Kevésbé kifejezett az eltérés supraventricularis ES-nél és av. blockban, de ezek a ritmus-zavarok is gyakoribbak voltak a saluretikus csoportban.

Adams—Stokes-syndroma egyidejű saluretikus terapia mellett 14,8%-ban, míg saluretikus terapia nélkül 9,3%-ban fordult elő. Életveszélyes ritmus-zavarokkal intenzív osztályon kezelt betegek letalitása a saluretikus csoportban 8,2%, míg a másik csoportban 4,0% volt.

A saluretikumok ritmus-zavart indukáló hatásukat a hypokalaemia révén fejtik ki. A saluretikus csoportban a szérumban kálium szint $3,9 \pm 0,7$ mmol/l, míg a saluretikummal nem kezelt csoportban $4,3 \pm 0,7$ mmol/l volt. Ventricularis ES-ek, bigeminia, pacemaker kezelés szignifikánsan gyakoribb volt a hypokalaemiás csoportban. A többi ritmus-zavarból is több fordult elő egyidejű hypokalaemia mellett, a különbség azonban nem szignifikáns.

31 beteg J 125 radioimmunoassay-módszerrel szérumban digoxin meghatározások is történtek. Az átlagos digoxin-szint $2,73 \pm 1,07$ ng/ml volt. (A „therapiás” digoxin-szint: 2,5 ng/ml alatt van.) Saluretikummal kezelt betegeken (szérumban kálium $3,4 \pm 0,3$ mmol/l), viszont már $1,76 \pm 0,17$ ng/ml-nél középsúlyos ritmus-zavarokat észleltek. Ezzel ellentétben veseelégtelenségben (szérumban kreatinin: 217 ± 89 μ mol/l) emelkedett szérumban kálium szint mellett ($4,7 \pm 1,0$ mmol/l) igen magas ($3,20 \pm 0,89$ ng/ml) digoxin-koncentrációnál is csak enyhe ritmus-zavarok jelentkeztek. A legsúlyosabb ritmus-zavarok akkor léptek fel, ha a veseelégtelenségben szenvedő beteg egyidejűleg saluretikumot is kapott. A szérumban kálium szint $4,04 \pm 0,53$ mmol/l, a digoxin-szint $3,59 \pm 1,30$ ng/ml volt ebben a csoportban.

Tanulásgként a szerzők megállapítják, hogy ha a digitalizált beteg egyidejűleg saluretikus terapiában is részesül, a káliumpótlást már a normális alsó határan levő szérumban kálium szintnél meg kell kezdeni, és addig kell folytatni, míg az a normális felső határáig nem emelkedik.

(Ref.: Célszerűnek látszik a digitalis kezelés közben meghalt betegek számát az összes — tehát nemcsak az intoxikált — digitalizált betegek számához viszonyítani. Ebből ugyanis kiderül, hogy a digitalis kezelés letalitása idős beteganyagban saluretikus kezeléssel 0,63%, míg saluretikus kezelés nélkül 0,21%. Az egyidejű saluretikus kezelés a letalitást tehát háromszorosára emelte. És mindezek az adatok egy jól felszerelt cardiopulmonalis osztályra vonatkoznak! Megengedhető követke-

Stercoralis perforatio gyógyszer okozta impactio miatt. Cass A. J. (Charing Cross Hospital, London): Brit. Med. J. 1978, 2, 932.

A vastagbél stercoralis átfúródása ritka szövődménye a széklet-impactionnak s gyakran életveszélyes hashártyagyulladásokhoz vezet. Erre utal a szerző észlelése is.

A 74 éves, előzőleg aktív életet élő nőt 4 órával azután szállították be az osztályra, hogy hirtelen súlyos hasi fájdalmak keletkeztek, melynek középpontja a bal oldali csípőárokban volt. Ezt megelőzően kevés vér, valamint skybala távozott tőle. Megjegyzendő, hogy már gyermekkor óta székrekedésben szenvedett, 4 hónapja pedig naponként szed amitriptylint depressiója miatt. Ezen időszak folyamán obstipatioja fokozódott. Fentiekén kívül még benyomat-szuspensiót szedett időnként hátfájása miatt. Felvételekor súlyos betegnek látszik, beesett arccal és szederjes végtaggal; vérnyomása 200/100 Hgmm, érverése 100/min. Vizsgálatakor általános peritonitisre utaló kép látható, rectalisan véresen csikozott széklet. Műtét előtti kórisme: diverticulum-átfúródás. A műtét alkalmából generalizált, faecalis peritonitist találtak, 2 cm-nyi, kerek perforatíós nyílással a rectum-sigma határon; ezenkívül a medencében néhány skybalát. A colon kezdeti része, valamint a terminalis ileum 90 cm-nyi szakasza egyöntetűen ki volt töltve széklettel; más kóros elváltozás nem volt. Kezelés: peritonealis mosás + iv. antibioticumok + metronidazol. A postoperatív szakot sebterelőzés és a 11. napon mélyvénás thrombosis zavarta. Utána a beteg állapota rendeződött, de persisztáló obstipatioja miatt colostomiával távozott.

Eddig az irodalomban közel 40 stercoralis perforatíót közöltek. Azokban az esetekben, melyekben vastagbél-átfúródás és faecalis peritonitis volt, a halálosabb a leggyakoribb kezelés mellett is kb. 50%. A perforatio leggyakrabban a rectumban és a sigma közepe táján fordul elő, de esetenként a caecumban is fellelhető; oka: az impactált faeces által a bélfalra kifejtett nyomás, mely elhaláshoz vezet. A háttérben mindig kimutatható tartós székrekedés. Ehhez gyakran obstipatíós hatású szerek szedése is hozzájárul (főleg az opiátok). Újabban mind a faeces-impactio, mind a perforatio előfordul vesetransplantált betegeken, akik rendszeresen szednek alumíniumtartalmú antacidokat. A szerző betegének obstipatioja is súlyosbodott az antidepressív kezelésre. Ayd (1961) szerint a triciklikus antidep-



ressiv szereket szedők 60%-a obstipál, sőt egyesek a kezelésre atóniás ileus kifejlődésével reagálnak. Ezért nyilvánvaló hogy tartós székrekedésben szenvedő betegeknek olyan készítmények rendelése, melyek kifejezetten gátolják a bélmotilitást, nem mentes a kockázattól.

Major László dr.

Súlyos leukaemoid reactio cytomegalovírus okozta mononucleosisban. Akun, D. B., Tanaka, K. R. (Dept. of Medicine, Harbor General Hospital, Torrance, California): JAMA, 1978, 240, 1888—1889.

A cytomegalovírus (CMV) emberben az Epstein-Barr-vírus által okozotthoz teljesen hasonló mononucleosis idézhet elő. Előidézésében a CMV-val fertőzött vérkonverveknak van legnagyobb szerepük. Jellemző a kialakult kórképre a relatív vagy abszolút lymphocytosis, az atypusos lymphocyták megjelenése a perifériás vérben, és az, hogy ezen vérvkép eltérés a gyógyulást követően hónapokon át persistál.

A szerzők egy 20 éves férfibeteg esetét ismertetik, aki közlekedési balesetet követően ismételt nagy mennyiségű vért kapott. Ekkor splenectomiára is sor került. A postoperatív időszakban a beteg 14 palack teljes vért, 5 palack fagyaszott plasmát, 2 palack thrombocytasuspensiót kapott 36 óra alatt. Tizenhét nappal a baleset után lázas lett, fehérvérsejt-száma 40 000 fölé emelkedett, nyaki nyirokcsomói megnagyobbodtak, a perifériás vérvképben a fvs-ek 72%-át atypusos mononuclearisok képezték. (A fvs-szám még tovább emelkedett és maximálisan 125 000-es értéket ért el. Ekkor 85% volt az atypusos mononuclearisok száma.) A complementkötési reactio CMV fertőzést igazolt. A csontvelői vizsgálat hypercellularitást és a csontvelő lymphocytás infiltrációját mutatta, de nem utalt sui generis haematológiai megbetegedésre. A beteg a transfusiókat követő 44. napon gyógyultan távozott, a complementkötési reactio azonban hónapok múlva is magas CMV ellenes antitest-titert mutatott.

Kiemelik, hogy a postplenectomiás állapotra jellemző a magas fvs- és lymphocytaszám, esetükben azonban serologiatlan bizonyítani lehetett, hogy az extrém lymphocytosisért CMV fertőzés volt felelős. A lymphocytaszám alakulása kimerítette a lymphocytaleukaemoid reactio kritériumait. A morfológiai kép sem hagyott kétséget afelől, hogy lymphocytás leukaemoid reactióról volt szó, és nem akut lymphocytás leukaemiáról. A két állapot elkülönítése egyébként igen nehéz lehet, s ebben a CMV-titer alakulása volt segítségükre. Berkessy Sándor dr.

Toxoplasmosis vértranszfúzió után? R. Werk, W. Bommer: Deutsche med. Wochenschr. 1978, 103, 1598.

A szerzők HPRS-1 tyúktumor T-sejtek, az egér mastocytoma, a Friend-vírus transzformált erythroleukaemia sejtek valamint a normál emberi, egér- és tyúk-vörösvérsejtek toxoplasmával szembeni érzékenységét vizsgálták. Az eredmények arra utaltak, hogy azok a T-sejtek és azok a mastocytoma sejtek, amelyek a fehérvérsejt rendszerhez számíthatók, a toxoplasmával való inkubáció után a legnagyobb mértékben fertőzöttek voltak. Kisebb mértékben érintette a fertőzés a Friend erythroleukaemia sejteket. Az ember, egér és tyúk érett vörösvérsejtjei ezzel szemben refraktereknek bizonyultak. A szerzők azt a következtetést vonták le, hogy a fehérvérsejt rendszer sejtjei a toxoplasma infekcióval szemben érzékenyek, a magtartalmú éretlen vörösvérsejtek még fertőzhetőek, míg az érett vörösvérsejtek a toxoplasmával szemben rezisztensek. A szerzők véleménye szerint a toxoplasmosis vértranszfúzióval való átvitelének lehetőségéhez ma már nem fér kétség.

Az elmúlt évek során állatkísérletekkel többen igazolták, hogy fertőzött állatok vérével akut és krónikus toxoplasma infekció vihető át az egészséges állatokra, és hogy a Toxoplasma gondii a perifériás vér leukocytáiban megtalálható. Embereknél is bizonyítást nyert, hogy transzfúzió után hosszan tartó parazitaemia következett be, mely a klinikailag latens toxoplasma fertőzések esetén is mintegy 14 hónapig tartott. Hasonló módon igazolták a toxoplasma fertőzést azoknál az akut leukaemiás betegeknél, akik leukocytatranszfúziót kaptak.

A szerzők sejt szuszpenzió kultúrákkal (5 különböző sejtfeleséggel), továbbá emberi, egér- és tyúk-vörösvérsejtekkel végezték kísérleteiket. Az így végzett kísérletek eredményeit statisztikailag értékelve és fényképfelvételekkel demonstrálva alátámasztják és megerősítik a fent említett in vivo megfigyeléseket. Földes József dr.

Túlhevített dialyzáló oldat okozta haemolytikus anaemia. Lynn, K. L. és mtsai (Dept. of Medicine and Haematology, Charing Cross Hospital Medical School, London): Brit. med. J. 1979, 1, 306.

A haemodialysisnek számos szövődménye lehet. A szerzők egy igen ritka szövődményről számolnak be. 57 éves betegük otthonában végezte a dialysiseket („home dialysis”) hetenként kétszer 10 órán keresztül. Rendszeresen járt kórházi ellenőrzésekre. Egy alkalommal — addig szokatlan jelenségként —

3,4 g%-os Hgb-értéket találtak az addig panaszmentes betegen. Perifériás vérképében microspherocytosis és schistocytosis láttak magas vörösvértestek kíséretében. Serum bilirubin értéke is magasabb volt, de a G-6-PDH normálisnak bizonyult. Csakhamar újra jelentkezett, ekkor már 3,0 g%-os Hgb-értékkel, mely alkalommal megemlítette, hogy a dialyzáló berendezésből visszafolyó vért a szokásosnál melegebbnek érezte. A lakásán levő készüléket megvizsgálva azt találták, hogy a dialyzáló oldat hőmérsékletét szabályozó berendezés meghibásodása miatt a dialyzáló oldat 58 fokra melegedett fel. Kísérleti körülmények között már 55 fokos dialyzáló oldattal is súlyos haemolysist tudtak kiváltani. Tudomásuk szerint az irodalomban ez volt a harmadik eset, amikor a túlhevített dialyzáló oldat haemolytikus anaemiát idézett elő.

Berkessy Sándor dr.

Gyógyszer okozta tüdőelváltozások. Rosenow, E. C.: Ill. Clin. Notes on Respir. Dis. 1977, 16, 3.

A gyógyszerek által okozott tüdőbetegségeket vizsgálják klinikai, radiológiai és aetiológiai szempontból. A gyógyszerek által kiváltott, nem terápiás hatások két nagy csoportba oszthatók, egyik, amelyek mindenkién létrejöhetnek, másik, amelyek csak az érzékeny betegeknél jönnek létre. Az első csoportba tartoznak a túldozírozás, mellékhatások, másodlagos gyógyszerhatások és gyógyszerinterakciók. A második csoportba tartozik az egyéni intolerancia, idiosyncrasia és allergia vagy túlérzékenység.

A tüdőbetegséget okozó gyógyszerek a következő csoportokba sorolhatók: tüdőparenchyma elváltozást, pleuralis effusiót, bronchospasmust és légzőizom paralyssist okozók.

A kemoterapeutikumok közé cytotoxikus és nem cytotoxikus gyógyszerek tartoznak. A cyclophosphamid, busulfan és bleomycin histológiai változásokat okoz, amely a köpet és bronchusos folyadék sejteiből diagnosztizálható. E gyógyszerek aránylag típusos röntgenképet okoznak, amely a gyógyszereszedés megkezdése után néhány hónappal alakul ki, és gyorsan progrediál. A busulfan alveolaris és interstitialis folyamatot okoz. Szigifikáns pulmonalis fibrosis jön létre a bleomycint szedők kb. 1%-ában. 450 mg összdózis fölé, vagy ha a beteg 60 évnél idősebb. A gyógyszer okozta infiltratumot gyakran infekciós eredetűnek tartják (pl. Pneumocystis carinii vagy tuberculosis), esetleg magának az alapbetegségnek tulajdonítják (pl. lymphangitis carcinomatosa vagy leukaemiás infiltráció). Ásványi olaj aspiratio igen gyakran okoz tüdőelváltozást. A gyakran használt gyógyszerek közül a

nitrofurantoin pneumonitist kiváló hatása közismert.

Igen súlyos tüdőelváltozásokat okoz a heroin. Az általa kiváltott tüdő-oedema 24–48 óra alatt rendeződik, megfelelő terápiával. Az ilyen betegekben a gyomortartalom aspirációja tovább rontja a klinikai képet, illetve bonyolítja a röntgenelváltozásokat.

Az aspirin asthmát és egyéb mellékhatásokat okoz, pl. orr polyposis, dermatitis, gastrointestinalis zavarok. Salicylat túladagolás tüdő-oedemát is kiválthat.

A corticosteroid okozta tüdőelváltozásokat két csoportba oszthatjuk: praedispositio tüdő inféciókra és mediastinalis lipomatosis. Az előbbiben leggyakoribb kórokozók a Pneumocystis carinii, Mycobacterium tuberculosis, Nocardia, Cryptococcus és vírus inféciók, mint cytomegalovírus és herpes. A mediastinalis lipomatosis diagnózisa általában akkor állítható fel könnyebben, ha a betegnek cushingoid megjelenése van. A lipomatosis okozta mediastinum kiszélesedést elsősorban a mediastinalis lymphadenopathiától nehéz elkülöníteni. Segíthet az, ha az apicalis pericardialis zsírmennyiség is fokozott.

A tüdőelváltozások nagy részéért a nitrofurantoin felelős. A gyógyszer bevétele után néhány óra–néhány nap múlva dyspnoe, köhögés, láz és bronchospasmus képződhet. A mellkasfelvételen diffúz infiltrátum és pleuralis folyadék látható. Az alapelváltozás valószínűleg a nem cardialis eredetű tüdő-oedema, amely a gyógyszer elhagyása után 72 órával múlik el. Még fontosabb komplikáció a krónikus, diffúz, interstitialis pneumonitis és fibrosis, amely megjelenésében a Hamman–Rich-szindrómához hasonlít.

Az oxigén toxikus hatása jól ismert, függ az oxigén belégzés koncentrációjától és időtartamától. 50%-nál nagyobb oxigén koncentráció, 3 napnál hosszabb ideig: károsítja a tüdőt.

A methysergid a tüdő fibrotikus reakcióját és pleuramegvastagodást okozhat. A folyamat nem látszik összefüggésben állni a retroperitoneális fibrosissal. Az elváltozás nem progrediál és reverzibilis.

Gyógyszer okozta systemás lupus erythematosusban a tüdő és a pleura az esetek több mint 80%-ában érintett.

Demeter Jolán dr.

Gentamicin ototoxikus hatása. Klinikai megfigyelések gyermek-kórházban. Echeverria, P., Fina, D., Norton, S. (Children's Hosp. Med. Cent. Boston/Mass. USA): Chemotherapy, 1978, 24, 267–271.

A szerzők 374 betegen vizsgálták a gentamicin halláskárosító hatását, és 374 gyermek meghatározták a gyógyszer vércentrációját parenterális bevitel után a hatások csúcspontján és 30 perccel előt-

te; 37 betegen (életkoruk 9 és 17 év között) két vagy több audiogramot vettek fel, ezek közül 9-en halláscsökkenést észleltek, 2 esetben ez a csökkenés súlyos volt és tartós.

A halláscsökkenést elősegítő tényezők közé tartoztak a veseműködés zavarai, diuretikus szerek egyidejű adagolása és az a tény, ha a gyógyszer vérsavó koncentrációja magasabb volt, mint 12 µg/ml. Másodlagos halláscsökkenés a gentamicin miatt a kezelték 2,4%-án fordult elő.

Nikodemusz István dr.

A penicillamin toxikus hatásáról. Halverson, P. B. és mtsai (Dept. of Medicine, Rheumatol. Section, Medical College, Wisconsin); JAMA, 1978, 240, 1870–1871.

A penicillamin a rheumatoid arthritis kezelésére évek óta eredményesen alkalmazzák. Számos közlemény jelezte azonban, hogy várt hatása mellett mellékhatásai is lehetnek. A szerzők 150 rheumatoid arthritisben szenvedő betegen végeztek megfigyeléseket. A 250 mg-os kezdő penicillamin adagot fokozatosan napi 1,0–1,5 g-ra emelték fel. A megfigyelt reakciók: gastrointestinalis, dermatológiai, haematológiai és veseműködési rendellenességek. Ezek az esetek 68%-ban voltak megfigyelhetők, s 36%-ban a kezelést meg is kellett szakítani. A renalis következmények 14%-ban jelentkeztek proteinuria formájában, ami a súlyos nephrosis syndroma ismérveit is kimerítette. A vesebiopsiás vizsgálatok a folyamat immunopathológiai hátterét bizonyították, amennyiben kimutatható volt a glomerularis basalmembranon történt immunoglobulin és complement depositio. A kis arteriolákban vasculitis jeleit lehetett találni. A szer kihalása után néhány hónappal a súlyos renalis tünetek teljes regressióját is észlelték. Haematológiai eltéréseket 11%-ban figyeltek meg: ezek thrombocytopenia és leukopenia formájában jelentkeztek. Az esetek 28%-ában mucocutan toxikus reakciókat láttak. A gastrointestinalis tünetek elsősorban gyógyszer intoleranciában nyilvánultak meg. Megjegyzik, hogy a betegek rheumatoid arthritisre a kezelés hatására javult, s a toxikus tünetek a napi dosis növelésével arányosan léptek fel. ill. szaporodtak. Megelőzőként azt ajánlják, hogy a napi maximális dosis ne legyen nagyobb 750 mg-nál.

Berkessy Sándor dr.

Erythro-myeloid aplasia D-penicillamin therapia következményeként. Jones, S. és mtsai (Dept. of Medicine and Haematology, Royal Free Hospital, London): Postgrad. Med. J. 1978, 54, 834–835.

A D-penicillamin terapiát nem ritkán komplikálja thrombocytope-

nia és leukopenia kialakulása. Ezek a szer elhagyását követően reversibilis elváltozásoknak bizonyultak. Agranulocytosis rendszerint a kezelés első évében manifesztálódik, míg a vvt-aplasia csak hosszabb kezelés eredményeként jön létre. A szerzők primer biliaris cirrhosisban szenvedő betegnek adagoltak napi 300 mg D-penicillamint. A 34 éves nőbeteg a kezelés 5. hetében hirtelen kezdett anaemizálódni, majd fehérvérsejt-száma is rohamosan csökkent. Thrombocyta-száma nem változott. Csontvelő vizsgálat alkalmával az erythroid és myeloid precursorsok számának igen nagyfokú csökkenését találták, de a megakaryocyták és a thrombocyta-képzés normálisak voltak. A kialakult erythro-myeloid aplasia miatt a beteget félszerű környezetben izolálták, antibiotikumokat, vvt és fvs koncentrátumokat alkalmaztak. Tíz nap múlva már jelentős javulást tapasztaltak, mind az erythroid, mind a myeloid sor teljes mértékben restitválódott. A D-penicillamin oki szerepe kétségtelennek látszott. A kialakulás mechanizmusát illetően inkább idiosyncrasiára, mint cytotoxikus hatásra gondolnak.

Berkessy Sándor dr.

INH okozta májgyulladás. Koppanoff, D. E. és mtsai (Research and Development Branch, Tuberculosis Control Division, Bureau of State Service, Center for Disease Control, Atlanta, Ga. 30333): American Review of Respiratory Disease, 1978, 117, 991–1001.

Washington egyik üzemében 1970 februárjában 7 friss tbc-s beteget szűrtek ki. Az üzem 2321 dolgozóján INH chemoprophylaxist kezdtek el. Kilenc hónap múlva 19 dolgozón jelentkeztek májbetegség tünetei. 13 dolgozó sárgaságos lett és keletű meghalt. Ekkor egy bizottságot bíztak meg az INH májkárosító hatásának a tanulmányozásával. E munkában 21 város 26 egészségügyi hivatala vett részt. Egy éven át 13 838 résztvevőnek naponta 300 mg INH-t adagoltak. A résztvevők 44%-a fekete, 37%-a fehér és 19%-a keleti, 53% férfi és 47% nő volt. 77% 20–64, 5% 64 évnél idősebb és 18% 20 évnél fiatalabb volt. Ebből 92 esetben valószínűleg INH okozta májgyulladásról, 82 esetben lehetséges, hogy INH okozta májgyulladásról, 19 esetben nem INH okozta májgyulladásról volt szó. 21 eset nem bizonyult májgyulladásnak és 22 esetben az adatok nem voltak kielégítőek. A valószínűleg INH okozta májgyulladásos betegek vérsavójában a glutamin oxalsav transaminas, a teljes bilirubin és az alkalikus foszphatas érték 92–92 esetben, a lehetséges INH okozta májgyulladásos esetekben pedig ugyanezek a próbák 82–82 esetben pozitívak voltak. Az INH okozta májgyulladást 20 éven aluliakon nem észlelték. 64 éves élet-

körig viszont számuk egyenletesen emelkedett. A májgyulladás kockázata a két nemben azonos volt. A férfiakon azonban a faj szerint különbség volt: 1000 egyenként a keletiek gyakorisága 31,2, a fehérekén 20,9 és a feketékén 17,1 volt. A földrajzi terület szerint lényeges volt a szórás, aminek az oka ismeretlen. A májgyulladás az INH szedés első hónapjaiban volt a leggyakoribb. Italoizokon kétszer, idült alkoholistákon pedig négyszer gyakrabban észlelték májgyulladást, mint a nem ivók. A „valószínű” csoportban 7, a „lehetőséges” csoportban pedig 1 ember halt meg INH okozta májkárosodásban. Ezek 38—65 évesek, átlag 54 évesek voltak. A betegek az első tünet jelentkezése után átlag 12 hét múlva haltak meg. A halál az INH szedés abbahagyása után 5—36 nap múlva következett be. Az INH chemoprophylaxis mindezek ellenére hasznos és szükséges preventív eljárás, a 35 éven felüli alkoholistákat azonban különös gondtal kell figyelemmel kísérni.

Pongor Ferenc dr.

A májgyulladást elősegítő tényezők a tbc INH-rifampin kezelése kapcsán. Grönhagen-Riska, C. és mtsai (Mjölbolsta Hospital, Chest Department, 10350 Mjölbolstasjukhus, Finland); American Review of Respiratory Disease, 1978, 118, 461—466.

A tbc-sek INH-rifampin kezelése kapcsán májkárosodás jöhet létre. A szerzők INH-val és rifampinnal kezelt betegek közül 75 betegen, 14%-ban enyhe: literenként 150 egység alatti transzaminas értéket, 13 betegen, 4%-ban pedig magas: literenként 150 egység feletti transzaminas értéket észleltek. 261 beteg májfunctiója normális volt. A kockázatos csoportba az idős nők, az alkoholisták és azok tartoztak, akiknek előzetesen máj- vagy epeútbetegsége volt. A 261 beteg közül, akiknek a májműködése normális volt, 57%-os lassú INH acetyláló volt. Ezeket két csoportba: alacsony és magas transzaminas értékkel reagálóakra osztották. A lassú acetylálók az utóbbi csoportban voltak túlsúlyban. INH chemoprophylaxis kapcsán sem a lassú, sem a gyors acetyláló tulajdonság nem befolyásolta a májkárosodás gyakoriságát. A rifampin anyagcsereje független az acetyláló folyamattól, INH-rifampin kombináció esetén mindkét gyógyszer felelős a májkárosodásért és ez különbözik attól a májgyulladástól, amit a két gyógyszer külön-külön okoz. A rifampin kezelésben részesülő tbc-s betegek közül az idős nők, a volt máj- és epeútbetegek, az alkoholisták és a lassú INH-acetylálók májműködését különös gondtal kell ellenőrizni.

Pongor Ferenc dr.

Lactacidosis biguanid-kezelésben: diagnosis és therapia. Zähringer, J., Cyran, J., Lüderitz, B. (Med. Klinik I. der Univ. München, Klinikum Grosshadern); Schweiz. med. Wschr. 1978, 108, 1838—1846.

A közleményben a szerzők 4 biguanid-tejsavacidosisos cukorbeteg esetüket a világirodalom eddigi 179 esetével hasonlítják össze. Az eddig ismertett esetek többségében a lactacidosis létrejöttében kiegészítő betegségek, mint vese- és szívelégtelenség, májbetegségek, alkoholizmus, tartós koplalás, shock, pneumonia stb. is szerepet játszottak. A javasolt terapiában pedig jelentős eltérések állanak fenn. Így az acidosis kiegyenlítésére bicarbonatot, a redox potenciál javítására metilénketet, a mikrocirkuláció javítására nitroprussidot javasolnak, glucose/insulin adásával pedig az abszolút és relatív insulinhiány megszüntetésére törekszenek. Ugyanakkor haemodialysissel, peritonealis dialysissel, erőltetett diuresissel a biguanidok eltávolítását igyekeznek elérni. Mind ez ideig azonban a bicarbonat, valamint a glucose- és insulin-adás maradt a lactacidosis kezelésének az alapja. *Oliva* meghatározása szerint lactacidosisról akkor beszélünk, ha az arteriális lactat-tűkör 2,0 mM/l felett, az arteriális pH pedig 7,37 alatt van. A magasabb lactat szintet acidosis nélkül hyperlactataemiának nevezzük.

A szerzők 1975—1977 között 2 év alatt a klinikájukra felvett 9711 beteg között 4 biguanid-indukálta lactacidosisot diagnosztizáltak (= 1:2400). A serum átlagos lactat-koncentrációja 18,2 mM/l, átlagos pH értéke pedig 6,87 volt. Az 50—76 életév közötti betegek 2—22 éve állottak biguanid kezelés alatt, és 1 phenformint, 3 buformint kapott. Mind a 4 betegen a vesefunctió beszűkülését lehetett kimutatni és közülük 3-nak még szívelégtelensége is volt. A biguanid kezelés mellett további pathogenetikusan tényezőként még soványító kúrát, tartós hányással járó nagyfokú exsiccitást, akut pneumóniát és pyelonephritist tudtak kideríteni. A klinikai felvételnél mind a 4 beteg somnolens, illetve comatosus és két-két közülük shockban volt. Alapkezelésként bicarbonatot, illetve glucose/insulint adtak, egy esetben pedig haemodialysist is alkalmaztak. A 4 betegük közül 2 halt meg.

A halálozás az irodalmi adatok szerint is szoros összefüggésben áll a pH-értékekkel, mivel az acidosis a szénhidrátnyagcsere kulcsenzimjeinek gátlásával még tovább fokozza a lactat-képződést. Kezelésében ezért a circulus vitiosus áttörésére a pH-t legalább 7,1-re kell emelni. A lactacidosis halálózása és a serum biguanid szintje között az irodalmi adatok szerint sem lehet pozitív összefüggést találni, amiből az következik, hogy egyedül a biguanid-tűkörből magát

a gyógykezelést és a szövődmény prognózisát nem lehet meghatározni. Tény, hogy eddig leggyakrabban a phenformin kezeléstől láttak lactacidosisot és ennek, valamint a metformin-lactacidosisnak a halálózása is valamivel magasabb volt, mint a buforminé. Kiderült továbbá, hogy az idült májbetegség lactacidosis halálózása duplája, az idült szívbetegek pedig 50%-kal nagyobb, mint a kísérőbetegségben nem szenvedőknek.

A súlyos lactacidosis kezelésében az acidosis kiegyenlítése a legfontosabb feladat és ebben a bicarbonat adása vált be, de az alkalosis veszélye miatt a pH ne legyen 7,25-nél több és emelésének sem szabad túl gyorsan, vagy túl erőltetetten történnie. Az ezzel kapcsolatban kockázatosabb korai bicarbonat kezelést megelőző haemodialysissel lehet jelentősen csökkenteni, bár ennek nyilvánvaló előnyét az irodalomban még vitatják. A szerzők tapasztalataik alapján ezzel kapcsolatosan két szempontot hangsúlyoznak: 1. Anuriás betegeken, ahol a diuresis nem lehet erőltetni, a haemodialysis már egészen korán elvégzendő. 2. Azokon a betegeken, akiket a diuresis forszírozható, a haemodialysistől el lehet tekinteni addig, amíg a volumen- és elektrolyt-javítás azt nem indikálja. Az irodalmi adatok szerint a haemodialyzált betegek halálózása alatta maradt a peritonealis, vagy egyik módszerrel sem dialyzált betegek letalitásának. Kiderült továbbá, hogy a rutinszerűen alkalmazott glucose/insulin kezelés is javítja a túlélés esélyeit.

[Ref.: A lactacidosisnak a szívelégtelenség mellett az alkohol-fogyasztás s alkohol-intoxicatio is kedvez, de erről nincs adat a közleményben. Mindenesetre éppen a szövődmény elkerülésére a biguanid kezelés kontraindikált a vese- és májműködés zavarában, szívelégtelenségben, alkoholizmusban, valamint minden olyan betegségben és gyógyszer-szedésben, amely az extracellularis volumen csökkenésével jár. A lactacidosis magas, 50—60%-os halálózása miatt e kontraindikációkra feltétlenül ügyelni kell.]

A jelen közleménytől eltekintve a veszélyesebb phenformintól eddig 200 lactacidosisot közöltek, a metformintól viszont csak 14-et (Brit. med. J. 1977, 2, 1436.) Ezért az előbbi alkalmazását már Angliában és az Egyesült Államokban is korlátozták. Nálunk Adebit formájában a butylbiguanid (buformin) van forgalomban.]

Angeli István dr.

Költség és haszon

Koponya computer tomograph készülékek kihasználtsága. R. G. Evens, R. G. Jost (Mallinckrodt Institute of Radiology, St. Louis); Radiology 1979, 131, 691.



CHINOIN BUDAPEST

SENSIT[®]

draszē

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, tárgítja 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

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

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



CHINOI
BUDAPEST

CHINOFUNGIN®

spray

FUNGICIDA TOPICA



A tolnaftat fungicid és fungisztikus hatású vegyület. Hatásos számos dermatophytia lokális kezelésében, elsősorban *Trichophyton mentagrophytes*, *Trichophyton rubrum*, *Misrosporon 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 (köhögtesztő) lehet. Vigyázni kell arra, hogy a permet a szembe ne kerüljön!

MEGJEGYZÉS

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

CSOMAGOLÁS

125 g fémpalackban

Térités: 8,60 Ft

A computer tomographia megjelenése és elterjedése éppen arra az időszakra esett az Egyesült Államokban, amikor a figyelem előtérbe került az egészségügyi költségek tetemes növekedése. Így érthető, hogy a CT hamar az egészségügyi tervezés és költségvetés egyik központi kérdésévé vált. A szerzők legalább 2,5 éves tapasztalattal rendelkező CT részlegeken mérték fel a kihasználtsági adatokat és költségkihatásokat, és ezeket összehasonlították az 1976-ban végzett hasonló felmérés adataival. A felmérésben 98 CT részleg vett részt. A készülékek átlagos működési ideje 60 óra hetente, ezalatt átlag 63 beteget vizsgálnak. A vizsgálatok csaknem felében a natív scant kontrasztfokozódással egészítik ki, így az egy betegre jutó vizsgálati idő átlag 53 perc. Egy készülék teljes évi műszaki költsége 383 ezer dollár. Ezek a költségek az 1976. évben kimutatottakhoz képest némileg csökkentek, de a személyzettel kapcsolatos kiadások növekedtek. A kiadások mindenütt meghaladták a biztosítható költségvetési maximumot. Az egyes készülékek kihasználtsága, a vizsgálatok módja között helyenként jelentős eltérések vannak. Az elvi követelmény heti átlag 50 beteg vizsgálata, ez általában megvalósítható.

Laczay András dr.

A számítógépes rétegvizsgálat költségei és hatékonysága. Abrams, H. L., McNeil, B. J. (Dept. of Radiology, Harvard Medical School and Peter Bent Brigham Hospital, Boston, USA): Am. J. Roentgenol. 1978, 131, 81—87.

Az egészségügyi kiadások növekedésében a döntő tényező a kórházi kezelés költségeinek növekedése, melynek 50%-a az új technikai eljárások bevezetésének a következménye. A számítógépes rétegvizsgálat kifejlesztése olyan időszakokra esik, amikor a költségmegtakarítás szempontjai előtérbe kerülnek; ez indokolja a jelen vizsgálódást.

Az első CT egységek (egésztest) kb. 350 000 dollárba kerültek, a mai készülékek ára 550 000—750 000 dollár. Egyelőre nincs jele annak, hogy az árak a verseny következtében csökkenni fognak, ez nem is várható, míg a kereslet a jelenlegi szinten marad. Ugyanakkor nem hagyható figyelmen kívül a hagyományos röntgenfelszerelés árának nagy emelkedése sem. Egy agy-scanner (100 000 dollár) fele annyiba kerül, mint egy modern gastrointestinalis vizsgálat. Egy agy- és egésztest-scanner egy nagy kórház röntgenológiai költségeinek 15%-át használja fel.

Egy agy-scanner átlagos évi működési költségeit 300 000 dollárra becsülik, az egy vizsgálatra jutó átlagköltség 226 dollár. Érthető, hogy a tervezők a készülék intenzív kihasználását javasolják, leg-

alább 40 órás heti működtetéssel. Javasolják továbbá, hogy a gépidő 35%-át ambuláns vizsgálatokra fordítsák, hogy a felesleges — csak a CT miatti — hospitalisatiót elkerüljék.

Az USA-ban jelenleg egy gépen átlag heti 63,7 órában 50—55 beteget vizsgálnak, azaz 2600—2860 beteget évente. Bár kívánatosnak tartják a heti gépidő további növelését, kérdéses, nem gyorsulna-e a gépek elhasználódása és meg tudnák-e oldani személyzettel való ellátását. Tény, hogy az egy vizsgálatra jutó költségeket a vizsgálatok számának emelésével 160 dollárra lehetne csökkenteni.

Az egésztest-vizsgálatok drágábbak, mert hosszabb ideig tartanak, több felvételt igényelnek, szükséges az orvos jelenléte az egész vizsgálat ideje alatt. Az adatok értékelése rendkívül időigényes.

Az USA hatóságai nemrég a következőkben állapították meg a CT készülékek szükségességének kritériumait: 1. a készülék végezen évente legalább 2500 orvosilag indokolt vizsgálatot, 2. ne állítsanak fel addig új készüléket, amíg a meglévő nem teljesíti az előírt számú vizsgálatot, 3. a telepítési hely kiválasztásakor vegyék figyelembe a lakosság számát és földrajzi megoszlását. Az USA-ban 235 000 lakosra jut egy készülék.

A mai feltételezés szerint a CT használata következtében kevesebb lesz a kórházi felvétel, az invazív beavatkozás, rövidebb lesz a kórházban fekvés, kevesebb az indokolatlan terápiás erőfeszítés és főleg sok diagnosztikus beavatkozás lesz helyettesíthető a CT vizsgálatokkal. A tények azonban azt mutatják, hogy a hagyományos eljárásokat a CT nem helyettesíti, hanem kiegészíti, ugyanakkor nem pótolja a histológiai vizsgálatot (sebészi feltárás és/vagy biopsia). Ezért a CT kapcsán nem a költségmegtakarítást, hanem a költség-hatékonyságot kell vizsgálni.

A hatékonyság mérésére diagnosztikus eljárások esetében az egészség visszanyerésének vizsgálata nem megfelelő, mert sokszor nem a diagnosztikus színvonal, hanem a betegség természete szabja meg a beteg sorsát. Ezért választották a gyógyulástól független kritériumokat: a diagnosztikus értékelés pontosságát, és a CT vizsgálat hatását a kezelési tervre. A koponya-scan 90—98% pontossággal használható intracranialis térfoglaló folyamatok felismerésére. A test-scan sensitivitása és specificitása kb. megegyezik a hagyományos vizsgálatokéval, a máj, vese, pancreas esetében! A koponyasérültek 94%-ának, a központi idegrendszeri betegségekben szenvedők 30%-ának kezelésében döntő a scan eredménye. A test-scanek kb. 24%-ban döntőek a kezelési mód, illetve a besugárzási kapuk megválasztásában.

A koponya számítógépes rétegvizsgálata tehát elsőrendű fontosságú vizsgálati eljárás, a testé viszont még nem találta meg a helyét a többi vizsgálati eljárások között, de valószínűleg nagy jelentőségű lesz, elsősorban az onkológiai diagnosztikában. Palkó András dr.

Egésztest computer tomograph készülékek kihasználtsága. R. G. Evens, R. G. Jost (Mallinckrodt Institute of Radiology, St. Louis): Radiology 1979, 131, 695.

Jelenleg mintegy 1000 CT készülék működik az Egyesült Államokban. Számuk 1980-ban előreláthatólag 1500 lesz vagy annál is több. Az elmúlt években a koponya CT készülékekkel szemben egyre inkább előtérbe került az egésztest vizsgálat berendezések beállítása, és ennek az irányzatnak erősödése várható. A szerzők 74 egésztest CT készülék kihasználtsági és költségkihatási adatait elemezték, és az adatokat összehasonlították 1977-ben nyertekkel. Az új felmérés legalább másfél év tapasztalattal rendelkező CT részlegekre vonatkozik. Egy készülék átlagos működési ideje heti 52 óra. Ezalatt 34 beteg vizsgálata történik meg. A vizsgálatok 55%-a koponya, 38%-a hasi és medencei scan. Ilyen betegforgalom mellett az évi műszaki költség 384 ezer dollár. Ez az 1977. évihez képest 5%-kal csökkent. A műszaki és személyzeti költségek a nagy intézményekben alacsonyabbak. Az egésztest CT költségei meghaladják a jelenleg megengedhető költségvetési maximumot. Az elvi követelmény minden CT készülékre vonatkoztatva évi 2500 beteg vizsgálata lenne, ami heti 50 betegnek felel meg. Ezt annál nehezebb elérni, minél több a koponyánál időigényesebb hasi, medencei és egyéb vizsgálat. Az évi 2500 betegvizsgálatot csak a CT készülékek 17%-ával tudták teljesíteni.

Laczay András dr.

A csont-izom betegségek computer tomographiája. J. S. Wilson és mtsai (Dept. of Radiology Univ. of California School of Medicine, San Francisco, USA): Am. J. Roentgenol. 1978, 131, 55—61.

Az utóbbi években tekintélyes vita bontakozott ki a computer tomographia (CT) szerepéről, jelentőségéről, a betegségek diagnózisát és a kezelést illetően, különösképpen a koponyán kívüli vizsgálatokban. A szerzők, orthopaed betegségek értékelése kapcsán szerzett korai tapasztalataikat írják le.

Intézetükben 1976. júliustól 1977. júniusig CT-vizsgálatra 70 beteg jelentkezett, de csak 55-nek volt megfelelő a dokumentációja. A legtöbb beteg annak reményében került vizsgálatra, hogy betegségük-ről több információt kapnak, illet-

ve hogy pontosabban sikerül meghatározni a károsodás kiterjedését. Néhány vizsgálat kétségtelenül az eljárás újszerűsége miatt történt. A betegek életkora 8–75 év volt; közülük 32 a férfi és 23 a nő. AMI 5000, EMI 5005 és GE CT/T scanner-t használtak. 10–13 mm vastag rétegeket készítették, 1 cm távolságokban az ismert vagy gyanús elváltozások felett és alatt. Végtagvizsgálatoknál összehasonlítást végeztek. A betegeket a következő szempontok szerint csoportosították: 1. a betegség milyensége (neoplastikus vagy nem); 2. a csont localisatiója (pl.: végtag, gerinc); 3. a károsodott szövet milyensége (csont, lágyszövet). A benignus elváltozások, desmoid, haemangioma, osteoid osteoma, lipoma és cysta voltak. A malignusok csont-sarcoma és lágyszövet-sarcoma, illetve súlyos fibrosus histiocytoma. A nem malignus csoportban infectious betegek és különféle károsodások (pl. Baker-cysta) voltak, illetve normális esetek.

A szerzők először a hagyományos röntgenfelvételeket értékelték, majd ezeket összehasonlították a CT-scannel, végül a klinikusokkal történt megbeszélés alapján állapították meg a CT hasznosságát.

Akkor ítélték a vizsgálatot hasznosnak, ha az kétségtelenül hozzájárult 1. a helyes diagnózishoz, 2. a betegség kiterjedésének meghatározásához, vagy 3. befolyásolta a kezelési tervet. Nem tartották hasznosnak, ha az csak megerősítette az egyéb módon kapott eredményeket.

A következőkben eredményeikről számolnak be. 25 betegnél (45 százalék) a pontos kórismét a CT sajátos adatai adták. 43 betegnél (78%) a CT pontosabban határozta meg a károsodás helyét és kiterjedését. 43-ban hasznos segítséget nyújtott az ideális kezelési terv felállításához: a kiterjedés pontos meghatározása gyakran hasznosabb volt, mint a diagnózis pontos felállítása.

Egyik betegükben a haemangioma pontos kiterjedését adta meg a vizsgálat, másikban egy desmoid tumor kocsányos tapadását mutatta ki, hasonlóan, kiterjedést kirajzolva csökkentette a sebészeti kimetszés nagyságát, illetve sugárkezelés esetén az optimális sugárkapu megtervezéséhez járult hozzá.

5 betegből csak 3-ban nem adott hasznos segítséget. A szerzők véleménye szerint a CT sajátos információja, nagyszámú beteganyagot figyelembe véve, értékes lehet a csont-izom betegségek diagnosztizálásában és kezelésében.

Schanzl Antal dr.

A koponya rutin computer tomographiája neurológiai tünetek nélküli elsődleges tüdőrákos betegekben. A. R. Butler és mtsai (New York University Medical Center, New York): Radiology. 1979, 131, 399.

A tüdőráknak nagyon gyakori az agyi áttételezése, ezért kézenfekvő a tüdőrákos betegek műtete előtt ezek után kutatni. A szerzők 55 műtét előtt álló tüdőrákos beteg koponya CT vizsgálatát végezték el. Egyiknek sem voltak neurológiai tünetei. 3 esetben találtak a CT scan alapján agyi metastasist, ami a tervezett műtétet feleslegessé tette. Ezen 5% pozitív eredményt alapul véve, számításokat végeztek a vizsgálat gazdaságosságát illetően. Mindent számítva egy pneumonectomia vagy lobectomia költsége 1976-ban 8112 dollár volt, jelenleg 11 112 dollár. A diagnosztika költsége mintegy 5000 dollár esetenként, vagyis pozitív esetben ez 6112 dollár megtakarítást jelent. 1000 műtetre kiválasztott tüdőrákos betegre kivéve a CT költsége 200 ezer dollár összesen. 5% pozitív eredményt alapul véve a műteti költségek megtakarítása 305 600 dollár, tehát az össz megtakarítás a CT költségek levonása után 105 600 dollár. Eszerint tehát ilyen esetekben a CT rutinszerű alkalmazása nemcsak a betegek érdekeit szolgálja, megkímélve őket esetleges műteti beavatkozástól, hanem gazdaságilag is előnyös.

Laczay András dr.

Koponyatrauma utáni röntgenfelvételek. Eyes, B., Evans, A. F. (Sutton General Hospital, Department of Radiodiagnosis, University of Liverpool): Lancet. 1978, II, 85–86.

A szerzők 504 fejsérült beteg natív koponya röntgenvizsgálatait elemzik, és azok hatását az alkalmazott kezelésre.

A betegek 25%-a (129) került kórházi felvételre. Közülük 93-at megfigyelés, illetve felületes sérülések ellátása után, 24 órán belül elbocsátottak. 36 beteget kezeltek hosszabb ideig, 31-nél a koponyasérülésen kívül fennálló egyéb sérülés indokolta a tartós kezelést. Az 504 beteg közül csak 1,9%-nak (9) a natív koponya röntgenfelvételein volt kimutatható törése. A betegek fele tünetmentes volt, egyharmadának csak felületes bőrsérülése, egyharmadának csak subcutan haematómája volt. Nem találtak összefüggést a klinikai neurológiai tünetek és a koponyatörés jelenléte között sem.

Ezek alapján szükségesnek tartják a natív koponya röntgenvizsgálat indiciójának felülvizsgálatát. A „rutin” koponya röntgenfelvétel feleslegesen terheli a beteget, a radiológiai osztályt, és jelentős anyagi kiadással jár. Ha a fejsérült beteg panaszmentes és a

megfelelő klinikai vizsgálat is negatív, még igazságügyi vonatkozásban is megkérdőjelezik a koponya natív röntgenvizsgálatának szükségességét.

Lányi Ferenc dr.

Orr-fül-gégebetegségek

Az expozíciós idő és életkor befolyása a zajkárosodásra. Welle-schik, B., Raber, A. (Bécsi Fül-orr-gége Klinika Audiologiai Osztálya és Általános Balesetbiztosítási Intézet): Laryng. Rhinol. 1978, 57, 1037–1048.

A zajártalom kialakulását vizsgáló közlemények aránylag kisebb számú betegen nyert tapasztalatokról számolnak be. A szerzők a bécsi Balesetbiztosítási Intézet anyagát dolgozták fel, amely zajban dolgozók sorozatvizsgálatából származik. 25 544 zajos munkahelyen dolgozó munkás (19 700 férfi és 5844 nő) anyagát dolgozták fel. Az életkor, expozíciós idő és a 0,5–4 kHz közötti hallásküszöb összefüggését vizsgálták. A hallásküszöb 0,5–1 kHz között gyakorlatilag nem változott a zajban töltött évek során. A vizsgált üzemi dolgozók 95%-ában itt a halláscsökkenés kisebb mint 25 dB. 2 kHz-től kezdve a halláskárosodás a zajban töltött évekek arányosan meredeken nő, 85 dB (A)-nál magasabb zajszintben dolgozók hallásküszöbét összehasonlították a 85 dB (A)-nál kisebb expozíciónak kitett dolgozókéval. A zajexpozíció hatása a hallásra minden életkorban hasonló, és a zajban töltött évek számával lineárisan növekvő halláscsökkenést mutat. A hallásküszöb 3–4 kHz-en értelemszerűen csak a fiatalabb korosztályban egyforma, az idősebb korosztályban (46–55 év között, ill. 55 év felett) pedig egy sajátos képet mutat. A hallásküszöb lényegesen nem rosszabb a 15 évet zajban töltött dolgozónál, mint a zajban nem dolgozónál. A 45 évesnél idősebb zajos helyen dolgozók hallása, szemben a zajexpozíciónak nem kitett munkásokkal, csak akkor mutat szignifikáns rosszabbodást, ha már 45 éves koruk előtt károsodásuk volt. A vizsgálatokból megállapítják, hogy a feldolgozott kollektívában nem ismerhető fel a zaj okozta nagyot-hallásban fáziszerű lefolyás. A presbycusis és zaj okozta nagyot-hallás, úgy tűnik, nem összegeződve hatnak.

Tolnay Sándor dr.

Kísérlet a zaj okozta maradandó halláskárosodás prognózisára. Fritze, W. (Bécsi Fül-orr-gége Klinika): Laryng. Rhinol. 1978, 57, 1049–1052.

250 Hz-es hanggal végzett kísérleti hangbehatás 2 helyen okoz sülyedést (TTS = Temporary Threshold Shift) a küszöb audio-

gramban. Az első a mély hangok területén, a második 4 kHz-nél jön létre. A magas hangok területén keletkezett sülyedés normál halló zajos üzemi dolgozók (zajresistens személyek) körében szignifikánsan alacsonyabb, mint a lakosság átlagában. Így ez a sülyedés kísérletileg a prognózis szempontjából felhasználható. Vizsgálati módszerként frekvencia-konstans Békésy-audiometriával alkalmazták. A paraméterekben a TTS₂-n kívül a csipkenagyság változását, valamint mindkettőnek a 3. percig való visszaállítását is figyelembe veszik. A szerzők szerint azonban a teszt prognózis szempontjából való használhatóságának megítéléséhez 2–3 év szükséges.

Tolnay Sándor dr.

Az 1,5 kHz-es hallásküszöb mint a zajártalom fokmérője. Schwetz, F. (Bécsi Fül-orr-gége Klinika Audiologiai Osztálya): *Laryng. Rhinol.* 1978, 57, 1052–1058.

Ausztriában a zajkárosodás megítélését eddig az Általános Balesetbiztosító Intézet keretében szakorvosi csoport végezte. Az új törvény szerint ezt a feladatot a minisztérium által megbízott üzemorvosok kapták meg, akik nem fülész szakorvosok. Mivel részükre beszéd-audiometriás lelet nem áll rendelkezésre, szakvéleményükben csupán a tisztahang audiometriás hallásgörbére támaszkodhatnak. Így merül fel az az igény, hogy egyedül tisztahang audiogramból is következtetni lehessen a zajártalom mértékére. A tisztahang hallásból a beszédérthetőségre következtetni nem könnyű, ennek nehézségei ismertek. A zajártalom, szokásos tisztahang görbéjével még leginkább nyújt lehetőséget erre.

A szerző erre vonatkozóan végzett vizsgálatokat. 500 szakvéleményezésre váró, tiszta zajártalomban szenvedő dolgozó adataival multiplex regressziós analízist végzett. A vizsgálati adatok igazolták a gyakorlati megfigyelést: a tisztahang audiometriás hallásveszteség 1,5 kHz-nél szorosan összefügg az osztrák nyelv discriminációs képességével, így utal a zajkárosodás fokára.

Tolnay Sándor dr.

A zajártalom szakértői megítélése egyidejűleg fennálló más fülmegbetegedés esetében. Plath, P. (Fül-orr-gége, fej- és nyaksebészeti Osztály, Prosper Hospital, Recklinghausen): *Laryng. Rhinol.* 1978, 57, 1058–1065.

A zajártalom szakértői megítélése akkor okoz különösebb nehézséget, ha egyidejűleg más olyan hallászervi megbetegedés is fennáll, ami a zajártalom típusos tüneteit elfedi, és az eredeti zajártalom foka nem ismerhető fel.

A foglalkozási betegség felismerése csak akkor lehetséges, ha a zajártalom és mértékének kimutatása nagy valószínűséggel sikerül. A munkahely viszonyainak ismerete ehhez egyedül nem elég. Az orvosszakértőnek ilyen esetben a részletes audiológiai vizsgálat és a zajbehatás pontos ismerete mellett a nagyothallás lefolyását és az egyéb halláskárosító okokat is figyelembe kell venni.

A cikk részletesen ismerteti a szakvéleményezéshez szükséges tényezőket, melyek röviden a következők: 1. káros zajhatást zajmérési adatokkal kell bizonyítani, szükség esetén munkahelyenként mérve. A Dierof- és Meissner-táblázat alapján ki kell értékelni, milyen nagy a hallásveszteség 4000 Hz-nél tekintetbe véve az életkori korrekciót. 2. Az audiometriás leletnek a zajártalom jeleit kell mutatni, magas hang veszteséggel és szörsejt-károsodással. Ez kombinált károsodásnál is lehetséges. 3. A kor befolyását, legalábbis a zajos munkaviszony idején, a zaj okozta halláscsökkenés megítélésében és a keresőképesség-csökkenés meghatározásában nem szabad csökkentő tényezőként figyelembe venni. Az időskori nagyothallás általában kisebb discriminációs veszteséget okoz a beszédaudiogramban, mint hasonló korúaknál a zajártalom. Ezért jogos, ha a zajbehatás után észlelt discriminációs veszteséget a zajártalom következményeként könyvelik el. 4. Ha audiometriával nem kapunk kielégítő bizonyítékot a zajártalomra, és az előzmények szerint más hallászervi megbetegedés is előfordul, a megfelelő rendelkezések szerint foglalkozási árthatalmat nem, vagy csak részben állapíthatnak meg.

Tolnay Sándor dr.

Arcduzzanat sialadenosisban. Donath, K. (Egyetemi Pathologiai Intézet, Hamburg): *HNO*, 1979, 26, 112–118.

Sialadenosis fogalma alatt Rauch meghatározása szerint (1956) a nyálmirigyek kétoldali, recidiváló duzzanatát értjük. Mivel ez a meghatározás nem gyulladásos és gyulladásos nyálmirigy-megbetegedéseket is magába foglal, 1960-ban Seifert újra meghatározta a sialadenosis fogalmát: olyan nem gyulladásos nyálmirigy-megbetegedés, mely anyagcsere- és secretio-zavaron alapszik, és legtöbbször recidiváló, nem fájdalmas nyálmirigy duzzanatban, különösen parotis duzzanatban jelentkezik. 1972-ben az Egészségügyi Világszervezet is átvette a sialosis elnevezést, az addigi „asymptomatic salivary enlargement” helyett. Biopsiás anyagban a nyálmirigygyulladások és tumorok után a sialadenosis képezi a nyálmirigy-megbetegedések harmadik legnagyobb csoportját. A sialadenosisban megbetegedett be-

tegek 50%-ában megfelelő alapbetegség található, ennek megfelelően a következő formák különíthetők el: 1. endokrin, 2. dystrophiás-metabolikus és 3. neurogen sialadenosis.

Minden klinikai formában egyékes morfológiai kép található: tetemesen megnagyobbodott, granulummal telt acinussejtek, a myoepithel sejtek és vegetatív idegrendszer degeneratív elváltozásai. A granulum fajták szerint 3 morfológiai sialadenosis formát (granulált, puha és kevert) különböztetnek meg. Összefüggés a klinikai formákkal nincs.

Állatkísérletben a sialadenosishoz hasonló elváltozást leginkább a sympathikus idegrendszeren végzett beavatkozással lehet elérni. A vizsgálatok szerint a sialadenosis feltehetően a vegetatív idegrendszer primer neuropathiájának eredménye.

Tolnay Sándor dr.

Arcduzzanat nyálmirigygyulladásban. Seifert, G. (Egyetemi Pathologiai Intézet, Hamburg): *HNO*, 1979, 27, 119–128.

Az acut vagy chronikus parotitis az a nyálmirigygyulladás, mely leggyakrabban okoz arcduzzanatot. A parotis pathogenesisében két tényező jelentős: a nyálmirigy immunrendszere és a secretió zavarok.

A fertőzések elhárítására a nyálmirigyben speciális helyi immunrendszer fejlődött ki, mely két fő tényezőtől áll: immunglobulin A- és secretorikus komponens. A nyál IgA-ja a mirigyállomány plasmasejtjeiben képződik, a secretorikus komponens az epithelben. Nyálmirigygyulladásban az IgA koncentráció megemelkedik a nyálban. A kis nyálmirigyeknek komoly immunológiai jelentősége van, mert a nyál IgA-jának 35%-a itt képződik, és a secretum IgA koncentrációja négyszer nagyobb, mint a parotisé. Kóros immunreakciók a nyálmirigyek speciális immunbetegségeihez vezetnek, így immunsialadenitishez is.

A nyálmirigygyulladás zavarai fontos szerepet játszanak a nyálmirigygyulladásban. Sialadenitisben a nyálelfolyás korlátozott és a fehérjekoncentráció emelkedik a nyálban. Az ún. elektrolyt sialadenitisben secretum rögök és kristályos mikrolithek keletkeznek a nyálcsövekben, melyek mucoproteid komplexből állnak és mészsókat raktároznak. A pancreashoz hasonlóan leírják elmeszesedett parotist is. Sugár sialadenitisben a mirigyacinusok és a járat epithel súlyos secretió zavarának jelei találhatóak.

Az etiológiai osztályozás szerint az acut parotitis túlnyomóan bacterialis vagy vírusos eredetű. Ide tartozik az acut gennyes-abscedáló (postoperatív) parotitis, a pa-

rotitis epidemica és a cytomegalia. Az idült gyulladásokban jelentős szerepet játszanak az immunológiai tényezők és a secretiós zavarok. Ez éppúgy érvényes mind a chronikus-recidiváló parotitisre, mind a myoepithelialis parotitisre. Differenciáldiagnosztikailag a chronikus parotitist a fültömirigy tájon levő primer nyirokcsomó-folyamatól, és a ritkább nyálmirigy infarctustól (necrotizáló sialometaplasia) kell elkülöníteni.

Tolnay Sándor dr.

Dermatogen arcduzzanatok differenciáldiagnózisa. Hornstein, O. P. (Egyetemi Bőrklínika, Erlangen): HNO, 1979, 27, 129—137.

Didaktikailag a dermatogen arcduzzanatot okozó bőrmegbetegedéseket 3 csoportba oszthatjuk: 1. a veleszületett, 2. tumoros, 3. gyulladáshoz kapcsolódó arcduzzanat. Ad. 1. Ide tartozik a hemihypertrophia faciei és a Sturge-Weber-Krabbe-szindrómában található, legtöbbször egyoldali naevus flammeus.

Ad 2. Haemo- és lymphangioma, lipoma, és más mesenchymalis tumorkok, lympho- és reticularis rendszer neoplasiái (beleértve mykosis fungoides), lágyrész sarcomák (beleértve a reticulumsejtes sarcomát is), malignus haemoblastosisok bőrinfiltrátumai (különösen chronikus lymphoid leukaemia).

Ad 3. Igen terjedelmes csoport. Ide tartozik a bacterialis fertőzés, akne vulgaris súlyosabb formái, herpes zoster a 2. trigeminus-ág területén, tuberculosis luposa, arc erysipelas, rosacea, az ún. dermatitis steroidogenes, lupus erythematosus, toxikus kontakt dermatitis, allergiás kontakt-ekcema, allergiás gyógyszer exanthema (beleértve acut urticaria), Quincke-oedema, Melkersson-Rosenthal-szindróma.

A szerző részletesen foglalkozik az utóbbi időben egyre szaporodó dermatitis steroidogenesszel, ami a corticosteroidok hosszadalmas vagy helytelenül javallt külső alkalmazásakor lép fel. Tünetei: diffúz bőrpír számos teleangiectasiával, az epidermis elvékonyodása és atrophiaja, a faggyúmirigyek megnagyobbodása és megszorodása, lanugo növés.

Tolnay Sándor dr.

Arcduzzanat differenciáldiagnózisa (a nyálmirigydaganatok kivételével) a fül-orr-gégész szemszögéből. Haubrich, J. (Városi Egészségügyi Intézetek Fül-orr-gége Klinikája, Krefeld): HNO, 1979, 27, 138—141.

A nem daganatos nyálmirigy-megbetegedéseket a következőképpen csoportosíthatjuk:

A/1. nem specifikus (bacterialis) sialadenitisek: a) akut, bacterialis sialadenitis, b) postoperatív parotitis, c) chronikus, recidiváló parotitis, d) „Küttner-tumor”, e) sugár-sialadenitis.

2. vírusos megbetegedések: a) parotitis epidemica, b) cytomegalia, c) Cocksackie-A-sialadenitis.

3. specifikus sialadenitisek: a) tbc, b) sarcoidosis, c) actinomykosis, d) leus.

4. Rheumas-allergiás sialadenitisek: a) myoepithelialis sialadenitis (Sjögren-szindróma), b) allergiás sialadenitis (élelmiszerek, gyógyszereszek).

B) Sialadenosisek: 1. Hormonális. 2. Neurogen. 3. Dystrophiás-metabolikus sialosis.

A szerző ismerteti a rendelkezésre álló diagnosztikai módszereket, ezek lehetőségeit. A legbiztosabb eredményt a próbaexcisio adja. Kitér a gyógyítás lehetőségeire. Néhány speciális körképet részletesen tárgyal. Foglalkozik az utóbbi időben gyakrabban észlelt, az antihypertensiv terapia következtében fellépett sialosissal. Ennek tünetei: szájszárazság, legtöbbször csak enyhe fájdalom rágáskor a parotis tájon. Ez reserpin készítmények mellékhatásaként eddig is ismert volt, de még fokozottabban jelentkezik methyldopa és guanethidin készítményekre. Oka a vegetatív idegrendszeri hatás, mely a guanethidin készítmények esetében a postganglionaris sympathikus rostok elpusztításában jelentkezik.

Tolnay Sándor dr.

Akusztikus trauma állatkísérletben. Theonold, H. N. (Müncheni Fül-orr-gégeklínika): Laryng. Rhinol. 1978, 57, 892—903.

A zaj okozta morfológiai elváltozásokat vizsgálták tengerimalacok cochleájában. Az állatok egy csoportját különböző frekvenciájú (1000, 3000, 5000 Hz) és intenzitású (85—130 dB) tisztahang hatásnak, másik csoportját 105 dB erősségű „rózsaszín zajnak” (180—5600 Hz) tették ki különböző ideig. Morfológiai technikával, így elektronmikroszkóppal is megvizsgálták a Corti-szerv azonnali és késői elváltozásait, különösen a szőrsejtek és támasztósejtek területén. Rövid ideig tartó nagy hangnyomással végzett ingerlés okozta sejtkárosodás mérete megfelelt ugyanazon frekvenciával 85 dB-en 5 napig végzett ingerlés okozta károsodásnak. 105 dB-es „rózsaszín zajjal” 61 óráig károsított hallószervben a csiga több kanyarulatára ráterjedő pontszerű elszórt szőrsejtkárosodást találtak. Sinus hangingerlés után nem észleltek biztos hangtöpus összefüggést a morfológiai-lag talált elváltozással. 1000, 3000, és 5000 Hz-cel végzett túlingerlés a Corti-szervben általában a basalis kanyarulat végén, a 2. kanyarulat átmenetében hozott létre átlománykárosodást. Elvégzett vizsgálataikat több kitűnő elektronmikroszkópos felvétellel mutatják be.

Tolnay Sándor dr.

A hallás-csökkenés kezelése oxycarbon beléggzéssel. Giger, H. L. (Fül-orr-gége Klinika, Zürich): HNO, 1979, 27, 107—109.

A legtöbb esetben a hirtelen megsüketülést virális okra vagy hirtelen belsőfül keringési zavarra vezeti vissza. Ennek megfelelően a terapia is főleg értágítókból áll. Fisch és munkatársai megfelelő mikroelektród segítségével állatkísérletben és emberben megmérték a perilympha oxigén nyomását. Megállapították, hogy a 95% oxigénből és 5% széndioxidból álló oxycarbon gázkeverék biztosítja a perilympha legjobb oxigenizációját. Ennek alapján prospektív randomizált tanulmányt végeztek 55 betegen, akiket vagy oxycarbon beléggzéssel, vagy Eupaverin és Rheomacrodex infúzióval kezeltek. A statisztikai elemzés a kezelés megkezdése után 5 nappal nem mutatott lényeges különbséget a 2 módszer között. Egy évvel később viszont az oxycarbonnal kezelt betegek hallása statisztikailag szignifikánsan jobb volt. A kapott eredmények bizonyítják, hogy a hallás-csökkenés kezdeti spontán gyógyulási tendenciája oxycarbon beléggzéssel jól támogatható.

Tolnay Sándor dr.

Egészséges és kóros hangképzésű betegek vizsgálata pneumotachographiával. Hippel, K., Mrowinski, D. (Fül-orr-gége Klinika, Klinikum Charlottenburg, Freie Universität Berlin): HNO, 1978, 26, 421—423.

Kóros hangú betegek vizsgálata és kezelése a foniatríai és logopédiai gyakorlatban a respiratio megítélése nélkül elképzelhetetlen. Az aerodynamikus paraméterek objektív megítélésére kell törekedni a fonációról, hogy a kontroll vizsgálatok során összehasonlítható értékeket kapjunk.

Az aerodynamikai értékek mérésére nyújt lehetőséget a pneumotachographia. Ez az eljárás 1933 óta ismert, és az utóbbi években kezdtek ismét alkalmazni a foniatríai gyakorlatban.

A szerzők 22 egészséges és 33 kóros hangú beteget vizsgáltak pneumotachographiával. A levegő áramlási sebességének értékeit fonációkor, a fonáció levegővolumenét és tartalmát hasonlíttatták össze statisztikailag 19 ép hangú egyénben, 17 kóros hangú egyénben teljesen zárt glottis mellett, és 16 egyénben nem teljesen zárt glottis mellett.

A következő eredményeket kapták: 1. A paraméterek függetlenek a fonáció intenzitásától. 2. Az egészséges csoport és a teljesen zárt glottis mellett mért dysphoniás betegek értékei hasonlóak. 3. A nem teljesen zárt glottis mellett mért dysphoniás betegek értékei szignifikánsan különböznek a másik két csoporttól.

A pneumotachographia tehát segítséget ad a gége funkciójának

megítéléséhez. Előnye, hogy mérhető értéket ad, ami különösen kontrollnál fontos. Természetesen csak a teljes foniatriai vizsgálat részeként alkalmazható.

Tolnay Sándor dr.

Új kombinált műszer („mother- and baby scope-optic”) a dobhártya és dobüreg endoscopos vizsgálatára. Eickner, H. (Müncheni Fül-orr-gége Klinika): Laryng. Rhinol. 1978, 57, 872—876.

A szerző a dobhártya és dobüreg endoscopos vizsgálatára szerkesztett optikai rendszert ismertet.

A kombinált „mother- and baby scope-optic” nevű műszert a Wolf-cég közreműködésével dolgozták ki. Az anya-optikával („mother scope”) a dobhártya vizsgálható. Ebbe vezethető be a kisebb optika („baby scope”), mellyel a dobhártya perforation keresztül vagy műtét során a dobüregbe tekinthetnek be. Az anya-optika fixálja a bevezetett kisebb optikát, ezáltal a beteg fejmozgásait mindkét optika együtt követi, így a dobüregben külön nem mozoghat, és sérülést nem okozhat. A rendszerhez fényképező és filmfelvevő gép jól csatlakoztatható, foto-dokumentációra igen alkalmas. A kisebb optika arcüreg antroscopiában is felhasználható.

Tolnay Sándor dr.

Kénhexafluorid injectio a dobüregbe, a dobüregi atelectasia megakadályozása céljából. Andreasson, L. és mtsai (Fül-orr-gége Klinika, Malmö): Laryng. Rhinol. 1978, 57, 865—868.

Az idült tuba-elzáródásban szenvedő betegek dobüri levegőztetésére számos eljárást alkalmaznak, ami a normális hallást rendszerint csak rövid időre állítja helyre. A szerző a dobüri atelectasia megelőzésére kénhexafluorid (SF₆) gázt injiciál a dobhártyán keresztül a dobüregbe. Ez a nagy molekulású, nehéz gáz csak kismértékben reszorbeálódik a szövetekbe és hosszú ideig a dobüregben marad. A gáz visszaáramlást a tű okozta nyíláson a dobhártyára vitt collodium elasticum réteggel akadályozták meg. Az eljárást 2 betegen alkalmazták, és a hallásjavulás 6—10 hétig tartott. Továbbiakban a módszert serosus középfülgyulladásban is alkalmazni kívánják.

Tolnay Sándor dr.

Congenitalis cysta az ovalis ablakban. Lahovari, A. (Fül-orr-gége, nyak- és arcbélszeti Klinika Inselspital Bern): HNO 1978, 26, 419—420.

Egy 3 éves gyermek középfülében észlelt congenitalis liquor-sipolyt ismertet a szerző. Az elváltozás recidiváló pneumococcus me-

ningitis következménye volt. A gyermeket halláscsökkenése miatt vizsgálták és a dobhártya mögött folyadékot észleltek. Paracentesis után vízszertü tiszta folyadék áramlott ki. Ezt tamponra felfogva a mérés liquor-fistulát bizonyított. Középfül revisiót és mastoidectomiát végeztek. A facialis és kengyel között liquor cystát találtak, amit megérintve a dobüreg liquor árasztotta el. A kengyelt luxálva látták, hogy a talp középső része reszorbeálódott. A liquor cystát eltávolították, az ovalis ablakot fascia transplantatummal zárták, ismét ráhelyezték a stapet és az üllőt. A postoperatív sükettség és vestibularis kiesés gyanúját a néhány hónappal később elvégzett otoneurologiai vizsgálat megerősítette. A gyermek recidiva mentes.

A congenitalis vagy idiopathikus liquorrhea igen ritka, a szerző a világirodalomban 20 körüli esetet talált. A cikkben kifejti, milyen úton jöhetett létre az elváltozás.

Tolnay Sándor dr.

Segédeszköz laryngectomizált betegek vízben tartózkodásához. Plath, P., Wagner, W. (Fül-orr-gégeosztály, Prosper Kórház, Recklinghausen): HNO, 1979, 27, 103—104.

Laryngectomizált betegek számára többek között igen hátrányos, hogy fürdéskor, úszáskor egész testükkel nem merülhetnek vízbe. Az ismertett készülék lehetővé teszi a veszélytelen vízben való tartózkodást gégekiirtás után is. Egvéni szükséglet szerint, részekből összerakható és a stoma részt vízmentesen lezáró cső a tracheát a szájjal köti össze. A belégzés az orrgarat—szájüreg—készülék—trachea úton történik, a kilégzés ugyanazon úton visszafelé. 2 év óta 70-nél több laryngectomizált beteg használja a készüléket, melynek alkalmazása megfelelő kiiktatás után veszélytelen. Úszáskor elővigyázatosabbnak kell lenni, a beteg csak kísérővel ússzon, és csak olyan mély vízben, ahol leállva a stoma a víztükör fölé ér.

Tolnay Sándor dr.

Gastroenterologia

Helyettesíteni fogja-e az endoscopia a gyomor-bélrendszer röntgenvizsgálatát? — Kísérlet helyük meghatározása. R. Ammann (Universitátspszpital Zürich): Schweizerische medizinische Wochenschrift 1979, 109, 381—383.

Néhány évvel ezelőtt a radiológia a gyomor-bélrendszeri betegségek felderítésében egyeduralgó szerepet játszott. A száloptikás endoscopok megjelenése és elterjedése ezen változtatott. A jobb feloldóképesség, a térbeli szemlézés és

a kis nyálkahártya-elváltozások kimutatásának lehetősége, biopsia és cytologiai vizsgálat biztosítása, a sugárterhelés hiánya az endoscopia vitathatatlan előnyei. A gyakorló orvos számára felmerül a kérdés, melyik betegét milyen módszerrel vizsgálta, hiszen mindkét eljárás minden esetben való elvégzése már anyagi okokból sem lehetséges. A kérdést kielezi a mindkét oldalon előforduló elfoglaltság. Szélsőséges endoscoposok szerint a röntgenvizsgálatoknak nincs jövője, szélsőséges radiológusok pedig hasonlóan lekicsinylik az endoscopia eredményeit. A kérdésnek tehát nemcsak metodikai-technikai, hanem egyéb motivációja is van. Így pl. Svájcban a röntgenvizsgálatok szerepének csökkenésében közrejátszik az, hogy a gastroenterológusok és radiológusok interdisciplináris kapcsolata laza, ugyanakkor általában gastroenterológusok az endoscopia művelői elsősorban. A konkurencia helyes mindaddig, amíg mindkét tábornak jobb teljesítményre sarkallja. A végső cél azonban csak az lehet, hogy a beteg érdekében mindig azt a eljárást alkalmazzák, amely az adott esetben gyorsan és biztosan vezet kórisméhez. A két módszer teljesítménye a különböző klinikai kérdéscsoportok esetén nem azonos. A felszínes nyálkahártyafolyamatok kimutatásában és azonosításában az endoscopia a vezérszerep általában, a fali folyamatok terén viszont a röntgenvizsgálaté. Felelős szerepe lesz tehát a gyakorló orvosnak, akinek feladata a beteg megfelelő szakvizsgálatra való irányítása. Az optimális szemlélet csak a klinikus, radiológus és az endoscopiát végző orvos megfelelő együttműködésével alakítható ki.

Lacay András dr.

Az oesophagus tamponádja vérző varixok esetében. (Kontrollált kezelés Sengstaken—Blakemore és Linton—Nachlas tubussal.) J. Teres és mtsai (Liver Unit, Clinico Provincial, University of Barcelona Medical School, Barcelona): Gastroenterology, 1978, 75, 566.

A Sengstaken—Blakemore-féle kétballonos szonda használata óta ez a leggyakrabban alkalmazott nem sebészi beavatkozás a vérző varixok esetében. A Sengstaken—Blakemore szonda (SB-szonda) két ballonnal a vérzést közvetlenül tamponálja. A módszer hatásosságát különböző szerzők 50—92% között adják meg.

A Linton által kifejlesztett egyballonos, háromfuratú szonda (LN-szonda) alkalmazásáról először 1955-ben számoltak be. A nagy volumenű (600 ml) gyomorballon, állandó húzás mellett kifejezett nyomást fejt ki a cardia környékére, megszakítva az oesophagus submucosus vénás áramlását és feltehetően így befolyásolja a varixok vér-

zését. A közleményben a két szonda eredményességét és a szövődemények arányát vizsgálták 79 oesophago-gastrikus varixokból eredő vérzés esetében. A tamponádot 86%-ban észlelték hatásosnak (68 beteg). A hatás 38 betegen (48%) csak átmeneti volt. A beavatkozás sikerességét befolyásolta: a hypovolaemia foka, a kezelés elkezdésének ideje, a tamponád időtartama és a májkárosodás mértéke.

A két módszer hatásosságát döntően a vérzés helye befolyásolta. Két olyan betegük halt meg, akinek a halála összefüggésben volt a tamponáddal (egy nyugtalan beteg kirángatta az SB-szondát, és az oesophagus ballon elzárta a légcsőbemenetet, és egy másik beteg az LN csoportból aspirációs pneumoniában hunyt el). Az SB csoport 1/3-án mutattak ki aspirációs pneumoniát. Az LN csoportban ez csak 10% volt. Az SB csoportban az aspiratio, a mellkasi fájdalom és nyugtalanság szignifikánsan ritkábban volt észlelhető, ha nem alkalmazták állandó húzást. Állandó külső húzás nélkül ebben a csoportban a vérzés 70%-ban volt befolyásolható, míg állandó külső húzás mellett csak 31,3%-ban ($P < 0,05$). Megállapítható, hogy az elsődleges tamponád sokkal sikerebb volt, ha a hypovolaemia kevéssé volt kifejezett. Ha a vérzés gyomor varixokból eredt, akkor az LN-szonda sokkal hatásosabb volt. Oesophagus eredetű vérzés esetében azonban az SB-szonda nyújtotta a nagyobb segítséget. Az LN-szondás vérzéscsillapításhoz állandó külső húzás szükséges, míg az SB tubus esetében a külső húzás csökkentette (szignifikánsan) a tartós vérzés megállást és növelte a kellemetlen mellékhatásokat (mellkasi diszkomfort, aspiratio).

Valamennyi betegüket májbetegre specializált intenzív osztályon kezelték, és a szondák levelezését minden esetben gyakorlott team végezte.

(Ref.: Ez a közlemény érveket sorol fel a két különböző szonda különböző alkalmazási területei mellett, és egyúttal a cirrrosisokban jelentkező felső gastrointestinális vérzések korai endoscopos vizsgálata mellett is. A Linton-szonda beszerzésével remélhetőleg hazánkban is tovább tudjuk növelni az oesophago-gastrikus varixokból eredő vérzések tamponkezelésének hatásosságát.)

Ujszászy László dr.

Vérző oesophagus varixok kezelése somatostatinnal. Tydén, G. és mtsai (Serafimer Hospital, Stockholm, Sweden): N. Engl. J. Med., 1978, 299, 1466—1467.

A stockholmi Serafimer kórház munkacsoportjának még nem közzétett adatai szerint a somatostatint drasztikusan képes csökkenteni a mesenterialis és portalis területen

átfolyó vérmennyiséget úgy, hogy közben a verőterefogatot és arteriális nyomást nem csökkentti. Ebből a megfigyelésből kiindulva gondoltak a svéd kollégák arra, hogy a somatostatint kipróbálják oesophagus-varixból származó vérzés befolyásolására.

Egy 67 éves férfibeteg került sor a terápiás kísérletre, akinek közel 2 literes felső tápcsatornai vérzése volt, s ezt az endoscopos vizsgálat varixokból származtatva, ulcust a gyomorban nem találtak. Vérpótlás mellett bolusként 250 µg somatostatint adtak, majd óránként ugyanennyit infúzióban 5 órán át. Sajnos, a vérzés csak az infúzio idejére állt meg, utána hamarosan ismét kb. másfél liter vért hányt a beteg. Ekkor 100 µg/óra somatostatint infúziót indítottak újból és 15 órán keresztül folytatták ezt a kezelést, amelyre a vérzés végérvényesen megszűnt.

Mivel a beteget portacavalis shunt-műtetre alkalmasnak vélték, praoperative portogramot készítettek, s egyidejűleg nyomásmérést végeztek a vena hepatica-ban és megmérték az aorta középnyomását is. Somatostatintól 1 µg/kg/perc volt az infúzio adagja. A portalis nyomás 35%-kal csökkent, az aorta középnyomása minimálisan emelkedett.

Ezek az adatok megerősítették, hogy a somatostatint adott esetben alkalmas az oesophagus-varixokból származó vérzések megállítására, annál is inkább, mivel a keringésre gyakorolt hatása a splanchnicus területen érvényesül és tartós infúzió során sincs komolyabb mellékhatása.

Iványi János dr.

A haemorrhagiás gastritis kezelése cimetidinnel. Dunn, D. H. és mtsai (Dept. of Surgery and Medicine, University of Minnesota, Minneapolis): Surgery, Gynecology and Obstetrics, 1978, 147, 737—739.

A haemorrhagiás gastritis gyakori szövődménye különböző stresszállapotoknak, sepsisnek, shocknak, műtét vagy trauma okozta megterheléseknek. Magas mortalitása sebészeti beavatkozással sem csökkenthető, ezért merül fel annak szükségessége, hogy a vérzést gyógyszerrel szüntethessük meg. Erre a célra — elméleti megfontolásokból — a H-2 antagonisták cimetidin kínálkozik lehetőségként. A szerzők 13 súlyos állapotban levő, haemorrhagiás gastritis miatt sebészeti osztályra szállított betegnek végeztek megfigyeléseket. A haemorrhagiás gastritis fennállását 12 esetben gastroscoppal is igazolták. Kezelésként jéges vízzel történő gyomoröblítéseket, antacid szereket, a gyomormosó folyadékhoz adott noradrenalinot, ill. cimetidint alkalmaztak. A cimetidinből az első alkalommal 300 mg-ot, majd óránként 75—100 mg-ot adtak iv., addig, amíg a vérzés meg-

szűnt, majd 8 óránként 300 mg-os adagban a beteg elbocsátásáig. A cimetidin terápia bevezetése után 12 órán belül 12 esetben megszűnt a vérzés, és a transfúziók mennyiségét is 1/3-ával tudták csökkenteni. Véleményük szerint a cimetidin a haemorrhagiás gastritis kezelésének csak egyik módja, az antacid szerek alkalmazása nem mellőzhető. Ha szükséges, a vagotomia elvégzését indokoltnak tartják. Tapasztalataik szerint a kritikus állapotban levő betegek a cimetidin terápiát igen jól tűrik.

Berkessy Sándor dr.

Gyomorfekély képződése anaemia perniciosa-ban. Logan, R. F. és mtsai (Gastrointestinal Unit, University of Edinburgh): Brit. Med. J. 1979, 1, 308.

A tapasztalat szerint ma is érvényes az az 1910-ből származó megállapítás, mely szerint savsecretio nélkül nincsen fekélyképződés. E megállapítás ellen egyedül azok a megfigyelések szólnak, melyek szerint histamin refracter anacid anaemia perniciosa-sokon is előfordulhat gyomorfekély. A szerzők 63 éves, több éve anaemia perniciosa (ezen kívül hypothyreoidismusban és insulin dependens diabetesben szenvedő) beteget gyomorfekélyre gyanús panaszokkal került kivizsgálásra. A gyomorfekély fennállását — histamin refracter anaciditása mellett röntgenvizsgálattal és endoscoppal is igazolni lehetett. Az anaemia perniciosa — ezen észlelés alkalmával — bizonyítható volt a vér B₁₂-vitamin és folat tartalmának adataival (a beteg ugyanis B₁₂-vitamin és folsav terápiaiban részesült). A praepylorikusan elhelyezkedő ulcus incomplet stenosis okozott, ezért Pólya szerinti resectiót végeztek. A műtét óta — egy éve — a beteg panaszmentes. Perniciósáját B₁₂-vitammal és folsavval kell továbbra is egyensúlyban tartani.

Feltételezik, hogy a praepylorikus ulcus kialakulásában a duodenum felől regurgitált epesavaknak lehetett oki szerepe.

Berkessy Sándor dr.

A gyomor vérátáramlásának változása experimentális májcirrhosisban. Manabe, T. és mtsai (Dept. of Surgery, University of Kyoto, Japan): Surgery, Gynecology and Obstetrics, 1978, 147, 753—757.

A májcirrhosis nem ritkán tárul gyomorfekély képződésével. Ennek kialakulásában sokak szerint a gyomornyálkahártya véráramlásának megváltozása játszik szerepet. A feltételezésen túl kevés bizonyított adat áll rendelkezésünkre. A szerzők nyulakon végeztek kísérleteket olyképpen, hogy im. széntetrachlorid segítségével idéztek elő májcirrhosist. A gyomor

nyálkahártyájának vérátáramlását radio-fibrinogénnel, ill. műanyag micro-particulákkal vizsgálták. A gyomor-nyálkahártya vérátáramlásának változása a gyomor teljes területén mindenütt létrejött, a shuntök kialakulását — melyek megkerülték a nyálkahártyát — jól ki lehetett mutatni. Leginkább az antrum nyálkahártyája vált ischaemiássá a shuntök okozta keringésváltozás következtében. A corpus nyálkahártyája relatíve változatlan maradt, ezzel magyarázható a cirrhosis mellett is fennálló hypersecretio, ill. hyperaciditás. E megmaradó hyperaciditás játszhat szerepet a fekély kialakulásában, amelynek leggyakoribb helye az antrum. A gyomor muscularis rétege keringésváltozásával kapcsolatos megfigyeléseikről később fogunk beszámolni. *Berkessy Sándor dr.*

A gyomorgátló polypeptid (GIP) szelektív felszabadító intraduodenalis aminosav perfúzióval emberben. Thomas, F. B. és mtsai (The Ohio State University, Columbus, Ohio): *Gastroenterology*, 1978, 74, 1261—1265.

12 egészséges önkéntesen (7 férfi, 5 nő) végezték vizsgálataikat. Polyvinyl szondán át a duodenum középső szakaszába kétféle aminosav összetételű, 37 C fokú, 6-os pH-jú, isomolaris oldatot infundáltak 10 ml/perc sebességgel 60 percen át.

1. aminosav-infúzió összetétele: methionin, phenylalanin, tryptophan, valin, 2. aminosav-infúzió összetétele: arginin, histidin, isoleucin, leucin, lysin, threonin.

Az 1. aminosav-infúzió, amely cholecystokinin (CCK) felszabadító aminosavakat tartalmazott, csak kismértékben emelte meg a serumban a GIP szintet és mérsékelten fokozta a serumban az immunoreaktív insulin (IRI) koncentrációt.

A 2. aminosav-infúzióra, amely nem tartalmazott CCK felszabadító aminosavakat, szignifikánsan megemelkedett a serum GIP és IRI szintje. Minden esetben a maximális IRI koncentráció 15—30 perccel a csúcs koncentráció létrejötté után következett be.

Az aminosav-infúziók alatt a serum IRI koncentrációk növekedése ellenére a serumban a glucose szintek nem változtak szignifikánsan és relatíve állandóak maradtak.

A 2. aminosav-infúzió után a teljes integrált serum GIP és IRI secretio szignifikánsan nagyobb, a GIP közel 6-szor, az insulin secretio közel 3-szor magasabb volt, mint az 1. aminosav-infúzió után.

Az 1. aminosav-infúzió intraduodenalis adására a duodenum aspiratumban a trypsin ürítés az első 15 percben gyorsan emelkedett, majd az infúzió alatt mindvégig magas maradt ellentétben a 2. aminosav-infúzióval, ahol az első 15 perces

gyors emelkedés után a trypsin ürítés gyorsan esett, ez utóbbi a washout mechanizmussal függött össze. Az 1. aminosav-infúzió után a trypsin csúcs és teljes duodenalis ürítés szignifikánsan magasabb volt, mint a 2. aminosav-infúzió után.

A legmagasabb GIP secretiót különben a zsír és a glucose hozzájárulása, az aminosavak csak kisebb mértékben szabadják fel a GIP-et.

A szerzők tehát megállapították, hogy az arginin, histidin, isoleucin, leucin, lysin és threonin tartalmú aminosavoldat jelentősen megemelte az integrált GIP és insulin secretiót, de a trypsin ürítésre alig volt hatással. Ez utóbbi arra utal, hogy ezek az aminosavak nem szabadják fel a CCK-t.

A methionin, phenylalanin, tryptophan és valin tartalmú oldat csak minimális hatással volt a GIP secretióra és csak mérsékelten stimulálta az insulin secretiót, így csak gyenge insulinotropikus hatással rendelkezett. A létrejött magas pancreatikus trypsin ürítés viszont indirekt bizonyítéka volt ezen aminosavakra bekövetkező CCK felszabadulásnak.

Kisfalvi István dr.

Ulcus pepticum nagyon tartós cimetidin kezeléssel. Cargill, J. M. és mtsai (Ninewells Hospital, Dundee): *Lancet*, 1978, 2, 8100, 1113—1115.

Összesen 96 betegen kezdték a vizsgálatokat, közülük 89 nyombélfekélyben szenvedett. A betegeket 4 csoportra osztották, a csoportok a cimetidin kezelés időtartamában különböztek: 3, 6, 9, 12 hónapig tartott az egyes csoportokban a kezelés.

A cimetidin kívül a betegek szükség szerint antacidot szedtek. A fekélyt endoscopyon vizsgálták, havonta egy alkalommal a gyógyulásig, az endoscopy vizsgálatot a kezelési időtartam végén, majd utána 3—6 hónap múlva megismélték. Újabb panasz esetén ezen kívül is történt endoscopy.

A cimetidin dózisa 1000 mg volt naponta, rezisztensebb esetekben 1600 mg-ig emelték. A gyomor-nyomó secretióját többször is ellenőrizték.

A 96 beteg közül 72-t tudtak értékelni. 1 betegen műtétre lett szükség, 2 beteget mellékhatás miatt kellett a vizsgálatból kizárni.

A 4 csoport különböző idejű kezelési periódusai alatt, ill. a kezelés befejezése után még 6 hónapig vizsgálva összesen 56 esetben észlelték ulcus kiújulást. A 3 hónapig tartó kezelést követően 2-nél a kezelés alatt, 15-nél pedig a 6 hónapos utánvizsgálat idején lépett fel az újabb fekély. A 12 hónapig tartó kezelést követően 8-on a kezelés alatt már relapsus támadt, újabb 8-on pedig a kezelés abba-

hagyása után néhány hónapon belül. Megjegyzendő, hogy a fekély-kiújulások 1/3-a nem járt panaszszal.

Általában a cimetidin hatása függött a betegek kezelés előtti gyomorsecretió értékétől, továbbá akiken a cimetidin nagyobb secretió gátlást okozott, azokon nem jött létre relapsus.

A szerzők megállapítják, hogy a cimetidin minden fekélyt képes meggyógyítani, de a fekélyek kis hányada a kezelés alatt, más része a kezelés után kiújulásra hajlamos. A tartós cimetidin kezelés ideje alatt a relapsus frekvencia mintegy felére csökken. Relapsus esetén tovább adva a cimetidint (szükség szerint az adagot 1,6 g-ra növelve) az újabb fekély is gyógyul.

(*Ref.: Saját kontrollált vizsgálataink szerint a gyomorsav termelésének gátlása cimetidinnel, vagy lekötése antaciddal egyaránt hatásos gyógy mód ulcus pepticum esetén. Mivel jelenleg a cimetidin nehezen beszerezhető és igen drága, ezért rutin kezelésre nem javasoljuk. Betegeink túlnyomó többségét a megfelelő antacid — atropin-kezelés remisszióba hozza. Cimetidint adunk beszűkült vesefunkciók esetén, ha a nálunk kapható antacid tej-alkáli syndroma okozója lehet, akut stress fekély esetén, vagy annak megelőzésére, postsecretió ulcus jejuni esetén, ill. a hagyományos kezelésre rezisztens esetekben.*)

Jávör Tibor dr.

A gyomor-bélcsatornán kívüli kórfolyamatok által kiváltott gyomor-bélrendszeri vérzések — kivéve a portalis hypertensiót. H. Platzbecker és mtsai (Medizinische Akademie „Carl Gustav Carus“ Dresden): *Radiologia Diagnostica* 1979, 20, 174—181.

333 heveny gastrointestinalis vérzés miatt végzett sürgős gastroscopia során 43%-ban fekélyt, 20%-ban erosiv gastro-duodenitist, 11%-ban nyelőcső- vagy gyomorvaricositást, 4%-ban különböző elhelyezkedésű tumort, 2%-ban Mallory-Weiss syndromát találtak, egyebé vérzésforrás 70%, nem tisztázott 40%, vérzést nem találtak 90%-ban. Az endoscopy bizonytalansága esetén hatékonynak bizonyult az angiographia. E két módszer együttes alkalmazása 90%-ban diagnosztikus biztonságot eredményezett. Ezért a heveny vérzések tisztázásában nem érvényes a régi szabály: előbb röntgenvizsgálat, aztán endoscopy.

214 heveny gastrointestinalis vérzés miatt intenzív röntgenvizsgálatokon átesett beteg között 24 esetben a vérzés oka a gyomor-bélcsatornán kívüli kórfolyamat volt. A kórokok megoszlása: heveny hasnyálmirigylob 1, idült hasnyálmirigylob 4, elsődleges érrendszeri elváltozás 3, külső tumor betörése a gyomor-bélrendszerbe 5, aorta-szakadás 2, májon belüli kórfolyamat

9. Utóbbi csoporton belül érdős májattét 2, májtályog 2, tompa sérülés utáni elhalás 3, éles sérülés 1, aneurysma 1. Mindezen vérzések okának tisztázásában a hagyományos röntgenvizsgálatok mellett döntő szerepet játszott az angiographia.

A heveny vérzésektől eltérően az időt, nem súlyos vérzések okának felderítésében a fő szerep változatlanul a hagyományos röntgendiagnosztikáé. A bariumos nyelőcsőgyomor-bél passage és a beöntéses vastagbélvizsgálat esetenként nem kielégítő eredménye után jöhetnek csak szóba a további vizsgálómódszerek.

Lacszay András dr.

Pancreas-necrosis. Halálokok, túlélés és a műtési időpont megválasztása. Höfler, H. (Patologisch-Anatomisches Institut der Universität, A—8010 Graz): Dtsch. med. Wschr. 1979, 104, 315—317.

Az acut pancreatitis prognosisa több tényezőtől függ: elsősorban a szövetségi necrosis kiterjedtsége, a kezelés megkezdésének időpontja és a műtési beavatkozás időzítése látszik döntő jelentőségűnek a beteg túlélése szempontjából.

A retrospektív tanulmány célja elsősorban a legmegfelelőbb műtési időpont meghatározása volt. A vizsgálat anyagát 35 392 boncolt esetből kigyűjtött 270 acut pancreatitis eset képezte — közelebről, ezek közül is 203 eset, melyben a kórkép vezető szerepet játszott a halálos kimenetelben.

Valamennyi eset a kórkép II. és III. stádiumának felelt meg, a letalitás a II. stádiumban 58,3%, a III. stádiumban 93,1% volt. Élőben a helyes klinikai diagnózist a II. stádiumú esetek 29,5%-ában, a III. stádiumú esetek 64,1%-ában sikerült felállítani.

Közvetlen halálóki szempontból az esetek többségében a vezető helyet a shock és az intoxicatio foglalta el (57,6%).

134 időrendben is pontosan követhető esetben az átlagos túlélés az első tünetek kialakulásától számítva 13 nap volt. A halálesetek egyharmada az első 5 napban, további egyharmad a 6—14. nap között, a többi későbbi időpontban következett be.

Az első 5 napban bekövetkezett halálozás gyakorlatilag kizárólagos oka az elhúzódó shock, ill. a korai intoxicatio volt — az utóbbi elsősorban a toxikus hatású enzymszéklet visszahatására vezethető vissza, a kialakult szövetkárosodás mértékének függvényében.

Időrendben követve a halálozások számának alakulását, figyelem-

re méltó a 6—7. napon szignifikánsan mutatózó csökkenés, melyet a 8. naptól kezdődően újabb emelkedés követ, a 10. napon bekövetkező csúcscsal. Ezen időszakban az egyéb szövödmények mellett, vezető halálókként a necrotikus szövetekből felszívódó bomlástermékek következtében kialakuló késői intoxicatio mutatható ki, ami a parenchymás szervek degeneratív károsodásából adódó, irreversibilissé váló vese-, máj-, központi idegrendszeri, tüdő- és szívizom-funkciós zavarok útján vezetett a betegek halálához.

Tekintettel arra, hogy konzervatív terápia mellett a korai stádiumot túlélt betegek kórjósolata még mindig igen rossz, a beteg sorsa nagymértékben függ a toxikus forrást képező necrotikus szövetek műtési eltávolításától.

A halálozási halmozódások időrendi alakulásából arra lehet következtetni, hogy a műtést feltétlenül a 8. nap előtt kell elvégezni, amikor a késői intoxicatio hatása még nem érvényesül, de nem a korai időszakban, amikor az elhúzódó elsődleges shockfolyamat még ugyancsak fokozottan kedvezőtlen viszonyokat teremt.

A halálozási görbe alapján az 5—7. nap közötti időszak kínálkozik a legmegfelelőbbnek — a szerzők azonban felhívja a figyelmet arra, hogy mivel az acut pancreatitis kórlefordulása teljesen merev sémába nem szorítható, feltétlenül szükséges az esetek individuális értékelése a műtési időpontjának helyes megválasztása szempontjából.

Rohonyi Béla dr.

Szerkesztőségi megjegyzés: A legfontosabb a műtési javallat megállapítása, mert a könnyű esetek konzervatív kezelésre gyógyulnak.

Az irritabilis colon syndroma. F. H. Franken (Krankenhaus St. Josef, Wuppertal-Elberfeld): Deutsche med. Wschr. 1978, 103, 665—668.

A szerzők összefoglaló cikkük bevezető részében az irritabilis colon syndroma fogalmát határozták meg. Áttekintést adnak a syndroma régebben — de még helyenként ma is — használt szinonimáiról. Az irritabilis colon syndroma diagnosztikájának felállítását kizárólagos alapon történik. Tekintettel arra, hogy a diagnosztikai lehetőségek egyre javulnak, a syndroma gyakorisága a gastroenterológiai beteganyagban belül egyre csökken. A szerzők saját gastroenterológiai ambulanciájuk beteganyagában az irritabilis colon syndromában szen-

vedő betegek számát 6,5%-nak találták. A betegség a 30—60. év között a leggyakoribb, a férfiak és nők aránya 2:3.

A továbbiakban az aetiológiai és pathogenetikai tényezőkről kapunk áttekintést. Az irritabilis colon syndromában szenvedők között nagyobb számban fordulnak elő psychopathológiai eltérések, mint normál populációban, vagy a colitis ulcerosa beteganyagban. A colon hypermotilitása megnövekedett intracolikus nyomással bizonyított tényező a panaszok kiváltásában. A bizonyítás colon-katéter és radiotelemetria útján történt. A gastrointestinalis hormonok, valamint az insulin esetleges pathogenetikai szerepe mint vitatott. Az étel-intolerancia mint kórok, valószínűleg alárendelt szereppel bír. Nincsenek egyelőre bizonyítékaink, hogy az irritabilis colon syndroma kiváltásában, vagy manifesztálódásában acut enteritiseknek (bact., viralis, toxikus) szerepe lenne.

A következőkben a tarka tünetegyüttest elemzik. Megemlíti a panaszok évek óta fennálló, intermittáló, vándorló, főként napközben jelentkező jellegét. A további panaszokat jó általános állapot, megtartott étvágy, vért nem tartalmazó székletürítési rendellenességek, nyálkás széklet képezik. A tünetek ismertetése után összefoglaló táblázatot adnak az irritabilis colon syndroma elkülönítő diagnosztikájáról. A syndroma gyógyítására therapiás útmutatót kapunk. A betegek psychés vezetésén kívül esetenként életmód-változtatást, a nikotin- és alkoholfogyasztás mérséklését, salakdús ételeket, lenmag, korpa, methylcellulose tartalmú anyagokat, a colon belsejének nyomását csökkentő anticholinergikumokat ajánlják, de megemlíti, hogy a gyógyszeres kezelés alig, vagy egyáltalán nem hoz szignifikáns javulást placebóként adott szerekekkel szemben. Hasonló az enzymszékletanyagok alkalmazásának eredménye.

A betegség prognosisa jó, de a panaszok többnyire az egész életen át fennmaradnak; az idő előrehaladtával spontán javulással lehet számolni. Oki összefüggés sem a colitis ulcerosával, sem vastagbélrákkal nincs. Még vitatott, hogy a megnövekedett intracolikus nyomás miatt nem fejlődik-e ki a későbbiekben vastagbél diverticulosis. Annyi bizonyos, hogy az idős korban diagnosztizált colon diverticulosisban szenvedő betegek jó részének nem volt régebben hasi panasz.

Salacz András dr.
Simon László dr.



A **Korányi Frigyes Tbc és Tüdőgyógyász Társaság**, a **Magyar Gyermekorvosok Társasága** **Gyermektüdőgyógyász Szekciója**, a **Szabolcs-Szatmár megyei Tanács Kórház-Rendelőintézet Tudományos Bizottsága** 1980. április 17–18-án Nyíregyháza — Sóstógyógyfürdőn, a Megyei Tanács Továbbképző Intézete előadótérképében — a nyíregyházi Gyermektüdőosztály 25 éves működése alkalmából — tudományos ülést tart.

1980. április 17., 14 óra

Üléselnök: *prof. Schweiger Ottó, Andrásföszky Barna dr.*

Magyar János dr.: Üdvözlés.

Loós Tibor dr.: Visszapillantás a Gyermektüdőosztály 25 éves működésére.

I. A gyermekkori gümőkór pre-epidemiológiájának, diagnosztikájának, epidemiológiájának aktuális kérdései.

Prof. Ole Wasz-Höckert (Helsinki): A BCG-vakcinációt követő osteitisek (angolul).

Loós Tibor dr., Nagy Olga dr., Galambos Teodóra dr., Szabó István dr. (Nyíregyháza, Budapest): Az újszülöttkori BCG-vakcinációt követő suppuráló lymphadenitis gyakorisága 1960–1978-ig Szabolcs-Szatmár megyében.

Alf Backman dr. (Helsinki): A „Chamber Tuberculis Test”. Új fájdalommentes kvantitatív módszer (angolul).

Szűnet

Prof. Erdős Zoltán, Póder György dr. (Budapest): BCG allergia, vagy szuperinfekció.

Kiss Ilona dr., Müller Mária dr., Kemenczei Zsuzsanna dr. (Budapest): Tuberkulózis, mint differenciáldiagnosztikai probléma.

Madách Adám dr., Szőke Gyula dr. (Budapest): A serdülőkori tüdőgümőkór alakulása az elmúlt 5 évben kezelt betegek adatai alapján.

Molnár Zsuzsa dr. (Budapest): A 0-18 éves kontaktok becsült tbc-s fertőzöttségének és gümőkóros megbetegedések alakulása Budapest tíz kerületében 1974-től 1979-ig.

Vita — Szűnet

Üléselnök: *prof. Berencsi György, Simon György dr.*

II. *Mycoplasma pneumoniae* megbetegedések a gyermekkorban.

Szabó István dr., Szabó Nóra dr. (Budapest): A *Mycoplasma pneumoniae* megbetegedések gyermekkori epidemiológiája és korszerű laboratóriumi diagnosztikája.

Loós Tibor dr., Beke Klára dr., Szabó Nóra dr. (Nyíregyháza, Budapest): Kisgyermek *Mycoplasma pneumoniae* által okozott betegségek klinikai tünetei.

Székely Aron dr. (Budapest): Tapasztalataink a gyermekkori légúti mycoplasma fertőzésekben.

Király László dr. (Budapest): A *Mycoplasma pneumoniae* histológiája.

Szlávik Mária dr., Ivánfi Ferenc dr., Borbás Katalin dr., Reiner Éva dr. (Mosdós): *Mycoplasma pneumoniae* által okozott infekciók betegünkben.

Vita

1980. április 18., 9 óra

Üléselnök: *prof. Mihóczy László, Szócska Miklós dr.*

III. A status asthmaticus terápiaja.

Biró Éva dr., Madácsy László dr., Lombay Béla dr., Petrassy Klára dr. (Miskolc): A gyermekkori status asthmaticus kezelése intenzív osztályunkon.

Mérth István dr., Hajdu Júlianna dr., Bittera István dr. (Szeged): Az asthmás roham kezelési elveinek változása gyakorlatunkban.

Osváth Pál dr., Medek Sarolta dr., Sik Ildikó dr., Tóth László dr., Szakáll István dr. (Budapest, Nagykanizsa dr.): Súlyos status asthmaticus resuscitációja és intenzív ellátása.

Medgyessy Erzsébet dr., Galambos Teodóra dr. (Nyíregyháza): 1979-ben asthmás panaszok miatt ápolott betegek kezelésében szerzett tapasztalataink.

Szűnet

Üléselnök: *prof. Karmazsin László, Székely Edgár dr.*

Kelemen József dr., Erdős Zoltán dr., Cserhádi Endre dr. (Budapest): „Status asthmaticus” fiatal csecsemőkörben.

Cserhádi Endre dr., Mezei Györgyi dr., Kelemen József dr. (Budapest): A status asthmaticus késői prognózisa.

Endre László dr., Facht József dr., Náfrádi József dr. (Budapest, Szeged): Tengerimalac kísérlettel nyert adatok az asthma kialakulásához.

Szigethy Gyula dr., Gódi Katalin dr., Pecsvácz Katalin dr. (Pécs): Obstruktív légúti megbetegedésben szenvedő betegek gyógykezelésében szerzett tapasztalataink.

Andrásföszky Barna dr., Pap Szekeres Klára dr. (Mosdós): A status asthmaticus kezelési elve intézetünkben.

Vita

Mindennemű felvilágosítást *Loós Tibor dr.* (Nyíregyháza, Sóstói u. 62. 4412) ad.

A **Főv. Heim Pál Gyermekkorház-Rendelőintézet** 1980. április 11-én, délután 14 órakor, a Kórház előadótérképében (VIII., Üllői u. 86., „H” ép. tudományos ülést tart.

1. *Réti Csaba dr., Kickinger Antal dr., Förfeteg Attila dr.*: Szövődményes mastoiditisek.

2. *Lellei István dr., Sellyei Ferenc dr.*: A tartós intubáció szövődményei és megoldási lehetőségei.

3. *Pataki László dr., Hirschberg Jenő dr.*: Vox humana (hangosmozgófilm a fonációról.)

4. *Hirschberg Jenő dr., Pataki László dr.*: Helyzetkép az európai foniatriáról az UEP 8. Kongresszusának tapasztalatai alapján.

5. *Tary Erzsébet dr., László Veronika*: Számítógép alkalmazása az ajak- és szájpadasadékosok gondozásában.

6. *Farkas Zsolt dr., Tary Erzsébet dr.*: Tympanometria a gyermek fül-orr-gégészeti gyakorlatban.

7. *S. Nagy Erzsébet, Szabó Sz.*: A hallásfejlesztés eredményei pedaudiológiai állomásunkon.

A **Magyar Fül-Orr-Gége Orvosok Egyesülete** 1980. április 12-én (szombat) de. 10 órakor Vácott, a Zeneiskolában (Konstantin tér 8.) tudományos ülést tart.

1. *Bauer Miklós dr.*: Tympanosclerosis és a hallásjavítás lehetőségei.

2. *Ribári Ottó dr.*: A stapes pótlására használatos anyagok klinikai és kísérletes vizsgálata.

3. *Székely Tamás dr.*: A fültömrigy-sebészet néhány aktuális kérdése.

4. *Faragó László dr.*: Beszámoló a váci Szőnyi Tibor Kórház Fül-orr-gége osztály 10 éves működéséről.

A **Dohányzást Ellenzők Társasága** és a **Mosdósi Megyei Tüdőgyógyintézet**, a Somogy megyei Tanács Egészségügyi Osztálya, a Művelődésügyi Osztálya, a Somogy megyei KÖJÁL Egészségnevelési Osztálya, a TIT, a Vöröskereszt és a MÁOTE Somogy megyei Szervezetei közreműködésével 1980. április 12-én 10 órakor, a Mosdósi Megyei Tüdőgyógyintézetben **kekerekasztal-konferenciát** rendez.

Téma: Dohányzás vagy egészség — válasszon.

Moderátor: *Tahy Ádám dr.* (Mosdós).

Résztevők: *Angeli István dr.* (Kaposvár), *Csikós Tóth Ágnes* (Budapest), *Füsti Molnár Sándor dr.* (Budapest), *Hoffmann Artúr dr.* (Budapest), *Kelemen Sándor dr.* (Budapest), *Kerkovits Gyula dr.* (Budapest), *Orosz Ferenc* pszichológus (Mosdós), *Pákozdi Lajos dr.* (Kékestető), *Sótonyi Sándor dr.* (Kaposvár), *Vértés László dr.* (Budapest).

A rendezőség a hallgatóság aktív részvételére számít. Diapozitív vetítésére lehetőség van.

A Szociálrehabilitációs Szövetség Szociálgerontológiai Szakcsoportja 1980. április 14-én, 11 órakor Budapesten, a Vakok és Gyengénlátók Szövetsége kultúrtermében (XIV., Május 1. u. 47.) tanácskozást rendez.

Téma: Az öregek napközi otthonainak kihasználtsága és a gondozás színvonala közötti összefüggés.

Elnök: *Jakab Anna* (Eü. Min.).

Előadók: *Márton Sándorné dr.* (Eü. Min.), *Okolicsányiné Six Edit* (Vác), *Turinszki Ferenccé* (Miskolc), *Pesti Györgyné, Korpics Gabriella* (Körmend).

A Debreceni Orvostudományi Egyetem Női Klinika 1980. április 14-én, 14 órakor, a Klinika tantermében tudományos ülést tart.

1. *Lampé László dr.*: Bevezetés.
2. *Petrányi Győző dr.*: Immungenetikai alapismeretek.
3. *Stenszky Valéria dr.*: Az alloimmunizáció jelentősége.
4. *Simonovits István dr.*: Az Rh-szenzibilizáció megelőzésének tapasztalatai.
5. *Kozma László dr., Endrődi Imre dr., Stenszky Valéria dr.*: HLA-antigének és ellenanyagok jelentősége.

6. *Ruzicska Gyula dr.*: Sanarelli-Shwartzman jelenségek a szülészeti gyakorlatban.

7. *Sonkoly Ildikó dr., Deményi Marianne dr.*: Autoimmun betegségek és terhesség.

A Szegei Orvostudományi Egyetem Tudományos Szakcsoportja 1980. április 15-én, 16 órakor a Szegei Akadémiai Bizottság Székháza üléstermében (Somogyi B. u. 7.) tudományos ülést rendez.

1. *Somogyi I., Tamás A.*: Neurológiai és EEG vizsgálatok Dupuytren kontraktúrák eseteinkben.

2. *Nehéz M., Seuffler H., Selypes A.*: Triklórfon és dimetoát mutagén hatásának vizsgálata egér csontvelősejteken in vivo.

3. *Selypes A., Kékes-Szabó A., Nehéz M.*: Redentin mutagén hatásának vizsgálata egér csontvelősejteken in vivo.

4. *Barabás K., Matkovits B., Berencsi Gy.*: Paraquat interakciója kataláz bénítással.

5. *Lóza A., Kékes-Szabó A.*: A kolineszteráz enzim izoenzimek értéke különböző állatfajokban foszfationál történt mérgezéssel kapcsolatban.

6. *Selypes A., Nagymajtényi L., Berencsi Gy.*: Adatok a 3-4-benzo(a)pyrennek a kromozómákra kifejtett hatásáról.

A Magyar Gyermekorvosok Társasága 1980. április 17-én, csütörtökön, 14 órakor Budapesten, a Semmelweis-teremben (VIII., Szentkirályi u. 21.) tudományos ülést tart.

Paraicz Ervin, Nagy István: Compu-teres tomographia a gyermek-neurológiában.

Hári Mária, Hidegh Pál, Herczeg Mária, Horváthné Buzás Anna, Pancsovay Józsefné: A konduktív nevelő hálózat tapasztalatai.

Hári Mária, Kozma Gyuláné, Szenyán Józsefné, Kótkuti Dénesné: Mozgássérült gyermekek rehabilitációja (filmvetítéssel).

A Főv. János Kórház Tudományos Bizottsága 1980. április 17-én, 14 órakor, a Kórház kultúrtermében (XII., Diósárok u. 1.) tudományos ülést tart.

1. *Dömötöri J. dr.*: Programozott szülésvezetés, szülemegindítás.

2. *Kollai Z. dr., Terpitkó M. dr.*: Tapasztalataink az újszülöttkori sárgaság kezelésében.

3. *Szolnoki Gy. dr., Wabrosch G. dr., Tóth B. dr.*: Gomba sepsis eseteink urológiai gyakorlatunkban.

4. *Lukács J. dr., Sassy-Dobray G. dr., Szüle P. dr., Vezendi S. dr.*: Alveolaris proteinosis esete.

5. *Kenderessy J. dr., Balázs M. dr., Lövey Gy. dr.*: A káliumvesztő villosus adenomáról.

A Magyar Gyermekorvosok Társasága, a Magyar Ideg- és Elmeorvosok Társasága, a Magyar Idegsebész Társaság Gyermekneurológiai, Pszichiátriai és Idegsebészeti Sectiója, a Magyar Gyermeksebész Társaság, a Kaposvári Megyei Kórház 1980. április 18-19-én Kaposváron, a Megyei Könyvtár előadótermében (Könyvtár köz 2.) tudományos ülést rendez.

Téma: Neurotraumatológia a gyermekkorban.

Április 18. (péntek) délelőtt 10.30 óra

Paraicz Ervin, a sectio titkára: Üdvözlés.

Varga Levente megyei főorvos és *Nemes Tihamér*, a megyei kórház főigazgatója: Megnyitó.

1. *Paraicz Ervin, Kónya Eszter* (Budapest): A csecsemő- és gyermekkori koponyasérülések és ellátásuk (referátum).

2. *Pásztor András, Dobronyi Ilona, Czirják Sándor* (Budapest): Csecsemőkori epiduralis haematoma spontán decompressiójának kórképe és sajátos kezelése.

3. *Neuwirth Magda, Veres Éva* (Budapest): A vegetatív idegrendszer zavarai koponyatrauma után.

4. *György Ilona* (Debrecen): A perinatalis agysérülés liquordiagnosztikája.

5. *Kordás Mariann, Dobronyi Ilona* (Budapest): Epiduralis haematoma súlyos agytörzsi dislocatióval.

Hozzászólások — Szünet

6. *Kopa János* (Kaposvár): Cranionasalis liquor-fistulák korai és késői műtéti ellátása (referátum).

7. *Szarvas István, Selymes Zoltán, Rohonyi Judit* (Budapest): Súlyos homloktáji sérülések kezelési szempontjai.

8. *Selymes Zoltán, Rohonyi Judit, Szarvas István* (Budapest): Arckoponyasérülések ellátása.

Hozzászólások — Szünet
14.30 óra

9. *Kósik Gy.* (Kaposvár): A gyermektraumatológia anaesthesiológiai és intenzív therapiás vonatkozásai (referátum).

10. *Szép Erzsébet* (Kaposvár): Rövid narcosisok a gyermektraumatológiai ellátásnál.

11. *Baksa József* (Budapest): Encephalopathia a gyermekek égésbetegségében.

12. *Kaszás Tibor* (Siófok): A „majdnem vízbe fulladás” klinikuma és therapiája.

Hozzászólások — Szünet

13. *Ziszi Kleoniki, Dénes János* (Budapest): Koponyatraumát követő diabetes insipidus.

14. *Rohonyi Judit, Szarvas István, Selymes Zoltán* (Budapest): Koponyasérülések utáni késői elváltozások.

15. *Kiszely Katalin* (Budapest): Fejtraumák hatása a gyermekkori epilepsiák körlefoiyására.

16. *Szánáshy József* (Budapest): Posttraumas epilepsia néhány kérdéséről.

17. *Kaszás Tibor, Klabuzai Zoltán, Zsolnay László* (Siófok): A gyermekkori agykoponya sérülések gyakorisága és ellátása Siófok város és járás területén.

18. *Bartos László, Kaszás Tibor, Klabuzai Zoltán, Mikics Aranka, Rácz Jenő, Tunyogi Cs. Miklós, Vojkovic Imre*: Somogy megye gyermektraumatológiai eseteinek elemzése és ellátásuk szervezési problémái.

19. *Linka Zoltán* (Budapest): Perinatalis cerebralis sérülések gyermekpsychiátriai következményei.

20. *Rajkai Irén, Péley Iván, Pácsa Sándor, Varga Levente* (Pécs): Gyermekkori szerzett toxoplasmás encephalitis: diagnosztikai problémák.

Hozzászólások

Április 19. (szombat) délelőtt 8.30 óra

21. *Dankó János, Bukovinszky János, Baksa József, Nagymáthé Gyula* (Budapest): Koponya-agysérüléssel társult politraumatizatiók a gyermekkorban (referátum).

22. *Kiss Ákos, Vincze János, Győri Sándor* (Miskolc): Cranio-cerebralis traumák és társsérüléseik gyermeksebészeti osztályunkon.

23. *Dobronyi Ilona, Czirják Sándor, Pásztor András* (Budapest): Traumás agyi érelzáródások gyermekkorban.

24. *Paraicz Ervin* (Budapest): Néhány ritka agysérülés.

25. *Kónya Károly Csaba, Török Pál, Skapinyec János* (Miskolc): Elhúzódo agytörzsi tudatzavar gyermekeknél.

26. Véghe Miklós, Simon László, Balogh Erzsébet (Budapest): Súlyos tartós eszméletlenséggel járó sérülteink katamnesztikus vizsgálata.

27. Dobai József, Török Pál, Barla Sándor (Miskolc): Gyermekekori dermoid cystás esetek.

28. Barla Sándor, Várhelyi Zoltán, Bánvölgyi Ágnes (Miskolc): Arachnitis optochiasmatica gyermekkorban (esetismertetés).

29. Fehér Miklós, Molnár Ferenc (Budapest): Koponya- agysérülések rehabilitációjának kérdései.

Hozzászólások — Szünet

Kerekasztal-megbeszélés

Téma: A gyermekkori neurotraumatológiai ellátás és rehabilitációs szervezési kérdései.

Résztevők: Dénes János, Fehér Miklós, Kopa János, Paraicz Ervin.

Hozzászólások, szabad discussio

Zárszó

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

(392/b)

Tiszoroff Községi Közös Tanács elnöke (Tiszoroff, Szabadság tér 4. 5234) pályázatot hirdet a Tiszoraff községben nyugdíjazás miatt megüresedett körzeti orvosi állásra.

Bérezés a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM-MÜM sz. együttes rendelet, valamint a 20/1978. (Eü. Közlöny 19.) EÜM sz. utasítás szerint.

Szolgálati lakást csak 1981-ben tudunk biztosítani.

A pályázathoz részletes önéletrajzot és erkölcsi bizonyítványt kell csatolni és a tanácselnök címére lehet benyújtani.

Szász György
tanácselnök

(405/a)

A Sárospatak városi Tanács V. B. Egészségügyi Osztályának vezetője (Sárospatak, Kossuth u. 44.) pályázatot hirdet a 25 ágyas Városi Szülőotthon vezető főorvosi állására.

Besorolás és munkabér a 3/1977. (VIII. 9.) EÜM-MÜM együttes rendeletben foglaltak szerint.

A pályázat elnyerése esetén a tanács 3 szobás összkomfortos lakást biztosít. Az állás április 1-től elfoglalható.

A Sárospatak városi Tanács V. B. Egészségügyi Osztály vezetője (Sárospatak, Kossuth u. 44.) pályázatot hirdet 1 fő szülész-nőgyógyász szakorvosi állásra, a szakrendelésen. A kinevezésre kerülő szakorvos részére szülőotthoni munka és háttér biztosított.

Besorolás és bérezés a 3/1977. (VIII. 9.) EÜM-MÜM számú együttes rendelet alapján szolgálati időtől függően.

A tanács kétszobás összkomfortos lakást biztosít.

Kántor Irén dr.
osztályvezető főorvos

(406/a)

Kapuvár városi Tanács Kórház igazgató főorvosa (Kapuvár 9330) pályázatot hirdet megüresedett röntgen osztályvezető főorvosi állásra.

Illetmény kulcsszám szerint.

Mellékállás biztosítva: napi 2 óra.

Megfelelő lakást a városi tanács biztosít.

Fábián Ferenc dr.
igazgató főorvos
mb. városi főorvos

(407/a)

A Kazincbarcikai Városi Kórház-Rendelőintézet igazgatója pályázatot hirdet Borsodi Vegyi Kombinat üzemegészségügyi szolgálatánál megüresedett üzemorvosi munkakörre.

Bérezés a kulcsszám felső határán kerül megállapításra. Munkaköri pótlék, készenléti díjazás, bányavidéki jutalom biztosított.

Az üzem háromszobás összkomfortos lakást biztosít szolgálati jelleggel. A lakással kapcsolatos költségek nagy részét az üzem fedezi.

Pályázatot hirdetünk továbbá egy általános körzeti orvosi állásra személyi bérezéssel, mellékállási lehetőségekkel. Az álláshoz bányavidéki jutalom biztosított. Központi ügyeleti szolgálat működik.

Az álláshoz azonnal beköltözhető 2 szobás szövetkezeti lakást tudunk biztosítani.

Pályázatot hirdetünk továbbá a Kórház-Rendelőintézet II. Egységénél (Edeleány) megüresedett csoportvezető belgyógyász főorvosi állásra, maximális bérezés biztosításával.

Lakást az Edeleány Nagyközségi Tanács biztosítja megegyezés szerint.

Balogh Ernő dr.
kórházigazgató

(411)

Az Ajka városi Tanács Kórház-Rendelőintézet igazgató főorvosa pályázatot hirdet 1 fő bányaiüzem körzeti orvosi állásra az ajkai bányához.

Az állás azonnal betölthető. Fizetés kulcsszámnak megfelelően + iparvidéki pótlék.

A pályázatot a szolgálati út betartásával — a szükséges okmányokkal felszerelve — a kórház igazgatójához kell benyújtani a megjelenéstől számított 30 napon belül.

Barankay Bertalan dr.
kórházigazgató főorvos

(412)

Budapest III. ker. Tanács V. B. Egészségügyi Osztályának vezetője (Bp. III., Folyamőr u. 22. 1033) pályázatot hirdet a III. ker. Tanács Egyesített Feinótt Gyógyító-Megelőző Intézményénél betölthető üzemegészségügyi igazgatóhelyettesi állásra.

Az állás betöltéséhez üzemegészségügyi szakvizsga és legalább tíz év gyakorlat szükséges.

Pályázat elnyerése esetén orvosi magángyakorlat nem folytatható.

Kinevezés a 13/1975. (XII. 5.) EÜM számú rendelet értelmében, az illetmény megállapítása a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM-MÜM sz. együttes rendelet alapján a 2102/B kulcsszámon történik.

Pályázati kérelmeket a szolgálati út betartásával a hirdetés megjelenésétől számított 15 napon belül a III. ker. Tanács V. B. Egészségügyi Osztályának vezetőjénél kell benyújtani.

Fereneci Erzsébet dr.
ker. főorvos eu. oszt. vez.

(413)

Százhalombattai Egyesített Egészségügyi Intézmény igazgató főorvosa (Százhalombatta, Gesztenyés 10.) pályázatot hirdet az áthelyezés miatt megüresedett 1 fő üzemorvosi állásra a dunai Kőolajipari Vállalat központi üzemorvosi rendelőjében.

Üzemorvosi, általános orvosi gyakorlattal rendelkezők pályázhatnak.

Az álláshoz a vállalat összkomfortos lakást biztosít.

A pályázatot elnyerő az érvényben levő jogszabályoknak megfelelő besorolásban részesül. Evente egyszer nehézipari pótlék és más kedvezmények is biztosítottak.

Vajda Péter dr.
igazgató főorvos

(414)

A Heves megyei Tanács V. B. Egészségügyi Osztálya vezetője pályázatot hirdet a Megyei Kórháznál újonnan szervezett (szakfőorvosi) urológus osztályvezető főorvosi állásra.

Pályázati feltétel: urológiai szakképesítés, valamint 10 éves szakmai gyakorlat.

A pályázó részére lakást biztosítunk. Bérezés a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM-MÜM sz. együttes rendelet alapján, a szakké-

pesítés és a szolgálati idő figyelembevételével történik.

A pályázatot a hirdetés megjelenésétől számított 30 napon belül a Heves megyei Tanács V. B. Egészségügyi Osztályához kell benyújtani (Eger, Kossuth L. u. 9. 3300).

Szabó Ferenc dr.
megyei főorvos

(415)

Budapest Főváros Tanácsa V. B. Egészségügyi Főosztály vezetője (Budapest V., Városház u. 9/11. 1840) pályázatot hirdet a Fővárosi Bajcsy-Zs. Kórház-Rendelőintézet anaesthesiológiai osztályvezető állására.

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

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

A kinevezendő főorvos orvosi magángyakorlatot nem folytathat.

Varga Árpád dr.
fővárosi vezető főorvos

(416)

Budapest Főváros Tanácsa V. B. Egészségügyi Főosztály vezetője (Budapest V., Városház u. 9/11. 1840) pályázatot hirdet a Fővárosi Bajcsy-Zs. Kórház-Rendelőintézet Központi Laboratóriuma osztályvezető főorvosi állására.

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

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

A kinevezendő főorvos orvosi magángyakorlatot nem folytathat.

Varga Árpád dr.
fővárosi vezető főorvos

(417)

Budapest Főváros Tanácsa V. B. Egészségügyi Főosztály vezetője (Budapest V., Városház u. 9/11. 1840) pályázatot hirdet a Fővárosi Dél-pesti Kórház-Rendelőintézetben — újonnan szervezett — 2201. ksz. intézetvezető főgyógyszereszi állásra.

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

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

Pályázati feltétel: Kórházi gyógyszerész gyakorlat és gyógyszerhatástan-toxicológia, vagy szervezési szakgyógyszereszi képesítés.

Varga Árpád dr.
fővárosi vezető főorvos

(418)

Budapest Főváros Tanácsa V. B. Egészségügyi Főosztály vezetője (Budapest V., Városház u. 9/11. 1840) pályázatot hirdet a Fővárosi Bajcsy-Zsilinszky Kórház-Rendelőintézet Radiológiai Osztály vezető főorvosi állására.

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

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

A kinevezendő főorvos orvosi magángyakorlatot nem folytathat.

Varga Árpád dr.
fővárosi vezető főorvos

ELŐADÁSOK-ÜLÉSEK

Dátum	Helye	Időpont	Rendező	Tárgy
1980. április 11. péntek	Szájsebészeti Klinika VIII., Mária u. 52.	délelőtt 8.30 óra	Magyar Fogorvosok Egyesülete	1. Tóth András (Hévíz): Periostitis fogak gyökérkezelése N--vel. 2. Gáspár Lajos: Protézis-fibrómák klinikuma és patológiája
1980. április 11. péntek	Orsz. Orvosszakértői Intézet kistanácssterme VIII., Mező I. u. 19/a., I. em.	délelőtt 10 óra	Orsz. Orvosszak- értői Intézet	1. Prof. Szilárd János: A pszichiatriai betegek rehabilitációjának időszerű kérdései. 2. Mándi András: Munkaalkalmasság, keresőképesség, gondozás, rehabilitáció a légzőszervi megbetegedésekben
1980. április 12. szombat	Orvostovábbképző Intézet tanterme, XIII., Szabolcs u. 35., 3. ép.	délelőtt 10 óra	Orvostovábbképző Intézet Röntgenológia, Intézete	Bartha László: Kontrasztanyagok alkalmazása a gyermekkorban
1980. április 14. hétfő	Pécsi OTE Központi Épület	délután 16 óra	Pécsi Orvostudományi Egyetem Tudományos Szakcsoportja	1. Nagy Ibolya: Hereditár AT-defektus (esetismertetés). 2. Mester András: Sclerosis multiplexus betegek elektronystagmográfiai vizsgálata. 3. Tomcsány Tihámér: A messenger ribonukleoprotein szerkezete. 4. Radochay Lajos, Tarjánai József, Feith Sándor: A térd szalag-plasztikáinak eredményei. 5. Jádi Ferenc, Trixler Mátyás: Az alkoholos hallucinózisok körlélektani tartalma
1980. április 14. hétfő	Budapest, VIII., Szentkirályi u. 46., II. Belklinika tanterme	délután 18 óra	Magyar Kardiológusok Társasága	1. Szamara Elektra, Kerkovits Gyula: Szívinfarktusos betegek dohányzási szokásai. 2. Tahy Adám: A kép-asszociációs módszer alkalmazása a dohányzásról való leszoktatás során. 3. Pákozdi Lajos: A dohányzás elleni küzdelem helyzete Magyarországon
1980. április 15. kedd	Orsz. Közegészségügyi Intézet előadóterme, IX., Nagyváradi tér 2.	délután 14 óra	Orsz. Közegészségügyi Intézet	Várkonyi Tibor, Kertész Magdolna, Cziczó Tibor: A levegőszennyezettség rendje Magyarországon
1980. április 17. csütörtök	Szombathely, Markusovszky Kórház nagyelőadóterme	délután 14 óra	Vas megyei Tanács Markusovszky Kórház- Rendelőintézet	Prof. Magyar Imre (Bpest): Diabetes mellitus

MEGRENDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett

az ORVOSI HETILAP-ot

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

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



80.0838 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:

MARKUSOVSZKY 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

✧

15. SZÁM

✧

1980. ÁPRILIS 13.

TARTALOMJEGYZÉK

*Simonovits István dr., Garancsy László
és Böröcz Irén:*

Az Rh(D) inkompatibilitásból származó
újszülöttkori haemolytikus megbetegedés
megelőzésének hazai helyzete 875

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

*Streitman Károly dr., Beregi Edit dr.,
Hollós Iván dr., Kávai Mária dr.,
Szegeði Gyula dr. és Nagy Aranka dr.:*

Herpes immuncomplex nephritis 879

KLINIKAI TANULMÁNYOK

*Levendel László dr., Mühlbacher Szilvia dr.,
Szilágyi Géza dr. és Fodor Éva:*

Hörgi asztmás betegek plazma cortisol
szintje tartós corticosteroid kezelés után 885

Schmidt János dr. és Máté Károly dr.:

Köhögtetéssel indukált rhythmus-váltás 892

THERAPIÁS KÖZLEMÉNYEK

Godó György dr. és Sas Mihály dr.:

Az antiprolactinaemiás kezelés
klinikai jelentősége
functionalis meddőségben 897

GENETIKA

Kazi Zsuzsanna dr. és Czákó László dr.:

Familiaris renalis diabetes 901

RITKA KÓRKÉPEK

Goldschmidt Béla dr. és Koós Rozália dr.:

Alacsony intenzitású intravasculáris
coagulatio rhabdomyosarcomában 905

Beszámolók, jegyzőkönyvek 909

Folyóiratreferátumok 913

Levelek a szerkesztőhöz 925

Könyvismertetés 926

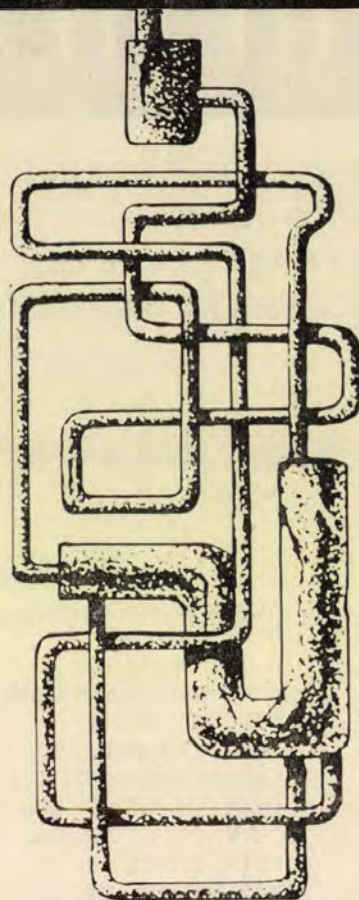
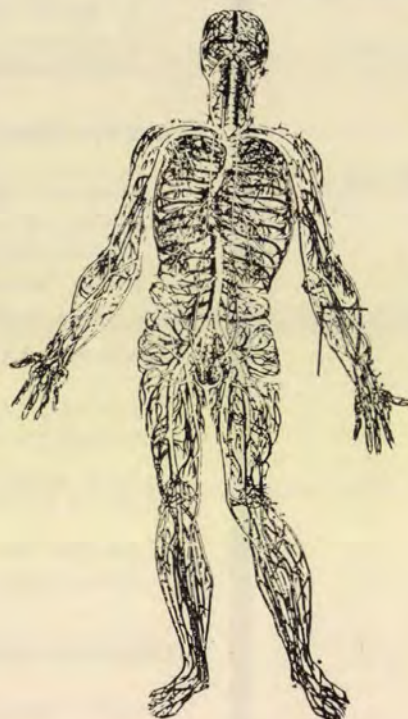
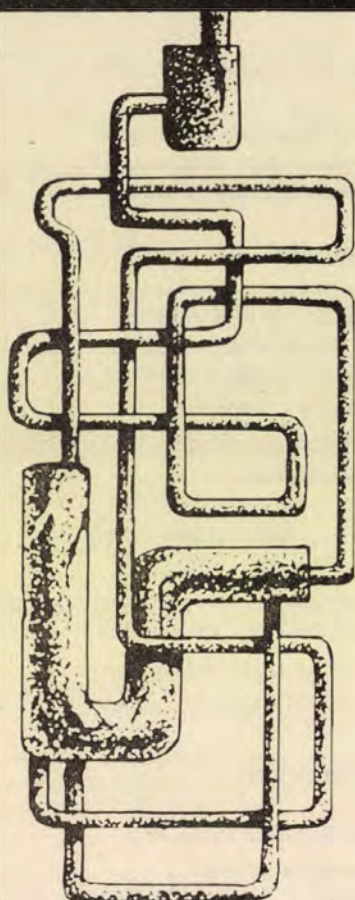
Hírek 928

Pályázati hirdetmények 908

Előadások, ülések 932

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 érfa simaizomzatára. A vérnyomást gyakorlatilag nem befolyásolja. Csökkenti a labyrinth 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 vénre adható ki, és az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtető.

CSOMAGOLÁS

50 tablettát, térítési díj: 4 Ft.

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.

Az Rh (D) inkompatibilitásból származó újszülöttkori haemolytikus megbetegedés megelőzésének hazai helyzete

Simonovits István dr., Garancsy László
és Böröcz Irén

A 60-as évek második felében vált ismeretessé Clarke és mtsáinak liverpooli beszámolója a „Combined study” (1), Freda és mtsáinak (2) New York-i, Schneider és Preisler (3) freiburgi közleménye, akik egymástól függetlenül, más-más elméleti úton közel egy időben jutottak elméletileg és gyakorlatilag egyaránt nagy jelentőségű felfedezéshez. Felfedezésük lényege, hogy sok családot sorscsapásként sújtó újszülöttkori haemolytikus megbetegedés (továbbiakban UHB) kivédhető azokban az esetekben, amelyekben a megbetegedés oka, hogy a terhes Rh(D) negatív, magzata pedig Rh(D) pozitív vércsoportba tartozik, ha tehát az UHB oka az, hogy a terhesség Rh(D) szempontból inkompatibilis.

A felfedezés elméleti (immunológiai) és gyakorlati jelentősége hamar nyilvánvalóvá vált. Ez indította az Egészségügyi Világszervezetet (WHO) arra, hogy már 1967 áprilisában szűkkörű szakértői bizottságot hívjon egybe Genfben az addigi vizsgálatok eredményeinek értékelésére, a védelem kiterjeszthetősége lehetőségeinek megtárgyalására. A szakértői bizottság megállapította (4), hogy az Rh(D) inkompatibilitás következtében fellépő UHB nagy biztonsággal kivédhető, ha az Rh(D) negatív anya Rh(D) pozitív magzata szülése után 72 órán belül anti-D immunglobulin (továbbiakban: anti-D IgG) védelemben részesül. A bizottság a továbbiakban megállapította a védelemhez szükséges anti-D IgG előállításának módját, a készítmény hatékonysága, tisztasága ellenőrzésének szabályait, a védelemhez szükséges anti-D IgG adagját.

A genfi szakértői bizottság megállapításairól a hazai irodalomban elsőnek Hollán (5, 6) számolt be, aki maga is tagja, illetve alelnöke volt a genfi szakértői bizottságnak.

Az Rh(D) inkompatibilitás alapuló UHB pathogenesisének lényege, hogy a magzat Rh(D) pozitív vörösvérsejtjei transplacentárisan az anyai vérkeringésbe kerülve az anyában az inkompatibi-

lis terhessegek egy részében immunválaszt válthatnak ki. A terhes immunizálódása az első inkompatibilis terhesség során csak igen ritkán: az esetek 0,5–1,0%-ában következik be. Így az első inkompatibilis terhességből az esetek túlnyomó többségében még egészséges gyermek születik. Az immunválasz általában az első terhesség befejezése utáni hónapokban jelenik meg. A vetélők immunizációja az első művi vetélések után a vetélők 2–4 százalékában, a szülő nők immunizációja az első Rh(D) inkompatibilis születek után az összes szülő nő 18%-ában bekövetkezhetik, ha a szülő nő másodlagos válaszát is számításba vesszük. A terhessegek számának növekedésével egy bizonyos határig tovább nő az immunizált asszonyok gyakorisága. A felső határt az Rh(D) negatívoknak az az immunológiai sajátossága szabja meg, hogy közülük kereken egyharmad nem immunizálható: immunológiai választ nem ad. Ezek a „non respondek”.

Az anti-D IgG védő hatása mindaddig érvényesül, míg a vetelő vagy a szülő nő nem immunizálódott. Tudnunk kell azonban, hogy a védelem céljából intramusculárisan beadott anti-D IgG csak pár hónapig kering a szervezetben. Egy anti-D injekció tehát csak egy terhességre nyújt védelmet. Ezért, hogy az UHB-t kivédhessük, minden vetélőt, minden Rh(D) inkompatibilis szülő nőt a vetélés, a szülés befejezésétől 72 órán belül anti-D IgG védelemben kell részesíteni.

Ha azonban a terhes már immunizálódott, minden újabb terhesség alatt magzata Rh(D) pozitív vörösvérsejtjei, transplacentárisan az anyába jutva erőteljesen fokozzák az anya ellenanyag-termelését. A második vagy későbbi terhességek során termelt anti-D IgG transplacentárisan átkerül a magzatba, a magzat vörösvérsejtjeit elpusztítva súlyos magzati anaemiát, erythroblastosist, hydrops foetalist hoz létre s a magzat intrauterin halálát okozhatja. Enyhébb esetben, az anya immunizáltságától függően, az újszülött különböző súlyosságú haemolytikus megbetegedéssel jöhet a világra és állapotától függően vércserére szorulhat. A védelem hatékonyságát, hatásmechanizmusát más helyen (7) tárgyaljuk részletesebben.

II. Az anti-D IgG prevenció hazai elterjedtsége, eredményei

1. Mint e tárgykörből írt első tanulmányunkban (8) arról beszámoltunk, e rendkívül jelentős felfedezést követve, az OHVI-ban Novák és Török-né már 1967-ben előállították az anyai immunizációt kivédő anti-D IgG-t. Készítményünk hatékonyságát nemcsak saját ellenőrző vizsgálataink (9), az Egészségügyi Világszervezet e készítmény ellenőrzésére létesített londoni referens laboratórium is kiváló minőségűnek találta. E vizsgálatok birtokában a magyar Vértranszfúziós Szolgálat 1968. január 1-től készen állott arra, hogy az ország valamennyi szülészeti intézetében Rh(D) pozitív gyermeket szülő Rh(D) negatív szülő nőt díjtalanul anti-D IgG védelemben részesülhessen. A védelmet javaslatunkra hamarosan kiterjesztettük minden Rh(D) negatív művi vetelőre is. Egyidejűleg az

1. táblázat 1975. IV. 1—1976. XII. 31. között
védelemben részesített és szerológiailag
ellenőrzött primigravidák

Anti-D IgG µg	Védettek közül ellen- őrzöttek	Immunizálódott		IAGT*	
		Papainnal kezelt vvs szám	%	szám	%
100	4473	9	0,201	5	0,111
200	962	2	0,208	1	0,104

* Indirekt Coombs test

OHVI-ből a vértranszfúziós állomások hálózatának segítségével országosan megszerveztük valamennyi szülészeti osztály díjtalan anti-D IgG ellátását. Ezzel Magyarország a világ első államai sorába lépett, ahol Rh(D) inkompatibilitásból származó újszülöttkori haemolytikus megbetegedés díjtalan kivédése megkezdődött, s a világ első állama volt, amely nemzetközi síkon is hangot adott annak, hogy a művi vetélők anti-D védelme ugyanolyan fontos mint a szülő nőké.

2. Az anti-D prevenció hatékonysága, a védelemhez szükséges adag nagysága. Első átfogó vizsgálatok

A védelemhez szükséges anti-D IgG adag nagysága a prevenció indulása elején ismeretlen volt. A védelem kezdetén még igen nagy adagokat: 1000—1500 µg anti-D-t adtak. De az ismeretek, tapasztalatok gyors szaporodása lehetővé tette, hogy már az Egészségügyi Világszervezet második Szakértői Csoportja (10) egységesen a következő anti-D IgG adagolását javasolja: szülés esetén 200—300 µg; művi ab esetén 50 µg.

Az ajánlott adagok esetén a védelem igen eredményes volt: első szülés után a veszélyeztetett szülő nők közül mindössze 0,22%-ban mutatható ki immunizáltság, ha a vizsgálatokat indirekt Coombs-testtel végzik. Hasonló eredményeket (0,23%-os immunizáltságot) mutattak saját összesített hazai vizsgálataink (11) az 1973-as esztendőről. Eredményeink a védelem első éveiben hatékonyságukban megegyeztek a legjobb nemzetközi eredményekkel.

3. Az anti-D IgG legkisebb, teljes hatású, adagjának megállapítása, szövődménymentes szülés esetén

Tekintettel arra, hogy az Egyesült Királyságban a védelem indulása kezdetén anti-D hiányában a védelemre szoruló primiparáknak csak mindössze 12⁰/₁₀-át tudták védeni, továbbá arra, hogy az anti-D IgG előállítását általában önként jelentkező férfiak aktív immunizálása útján történik és mert a készítmény előállítása költséges, már a védelem megindulása idején szükségessé vált annak megállapítása, mekkora az a legkisebb adag amely a védelemhez szükséges és elegendő.

A védelemhez szükséges legkisebb adagok pontos meghatározásához Angliát és Baltimore-t (USA) átfogó kutatócsoport alakult 1966-ban az M. R. C. (Medical Research Council) vezetésével. A gondosan követett vizsgálatba 1800 Rh(D) negatív primiparát vontak be, akik közül a vizsgálat időszakában 807

másodszor is Rh(D) pozitív újszülöttet hozott a világra. A Mollison által vezetett csoport minden kétséget kizáró prospektív vizsgálatainkban (12) megállapították, hogy a 100 µg-os anti-D IgG hatékonysága ugyanolyan jó mint a 200 µg-os adagé. Kiterjedt hasonló vizsgálatokat végeztünk mi is Magyarországon (13). Saját vizsgálataink teljes mértékben megerősítették a Mollison által hosszú éveken át végzett vizsgálati eredményeit. E vizsgálatok eredményei mind azt bizonyítják, hogy Rh(D) inkompatibilis szövődménymentes terhesség esetén az UHB kivédéséhez 100 µg anti-D IgG hatékonysága azonos értékű a 200 µg-os adaggal. Ezért 1975. április 1. óta szövődménymentes szülés esetén Magyarországon is 100 µg-os anti-D IgG adását javasoljuk. A beadott adag nagyságát a szülést vezető orvosra bíztuk.

Mint az 1. táblázat mutatja, a visszaérkezett jelentőlapok megerősítették az előzetes vizsgálatok jelentéseit.

A legjobb nemzetközi és saját kiterjedt hazai vizsgálatainkra támaszkodva az újszülöttkori haemolízist Magyarországon is 100 µg-os anti-D IgG adagolása Magyarországon az alábbiak szerint történik

- a) művi ab (terhesség első 3 havában) 50 µg
- b) szövődménymentes szülés, spontán ab 100 µg
- c) elhúzódo szülés, harántfekvés kézi vagy műszeres méhüri beavatkozás, császármetszés 300 µg

III. A hazai védelem eddigi eredményei

1. Sikereink az Rh(D) inkompatibilitásból származó UHB-k kivédésében

A közelmúltban (14) számoltunk be azokról az eredményekről melyeket 1977. év végéig tudtunk elérni az UHB visszaszorításában. Megállapíthatjuk, hogy az OHVI, az ország vértranszfúziós állomásainak és szülészeti osztályainak (intézeteknek) együttműködése eredményeképpen az Rh(D) inkompatibilis terhességből származó UHB megelőzésében igen jelentős eredményeket értünk el. Világosan mutatja ezt egyikünknek, Garancsynak (15) az 1978. évi jelentőlapokat is magában foglaló 2. táblázata.

A 2. táblázatból jól látható, hogy 10 éve folyó szervező munkánk eredményeképpen 1978. év végére 417-re csökkent az Rh(D) inkompatibilitásból származó UHB-ban szenvedő újszülöttek száma az 1974. évi 808 megbetegedéssel szemben.

2. táblázat Bejelentett UHB-k 1973-tól 1978-ig Magyarországon (Évi jelentések alapján)

Év	Rh(D) inkompatibilitás miatt	
	abszolút szám	100 000 élveszülöttre
1973	798	510,8
1974	808	433,9
1975	805	445,9
1976	609	328,5
1977	562	316,6
1978	417	280,2

3. táblázat **Anti-D IgG védelem fejlődése Magyarországon 1968–1977 (Évi jelentések alapján)**

Év	Védettek száma	
	szülés után	művi vetélés után
1968	72	6
1969	927	29
1970	2 369	335
1971	5 469	2557
1972	7 770	6538
1973	9 447	7538
1974	12 029	4741
1975	14 128	6387
1976	14 674	8908
1977	12 938	7707

Tekintettel arra, hogy az élveszületések száma 1974-től kerekén 20⁰/₀-kal emelkedett, majd ismét csökkent, az UHB-k számának alakulásáról reális képet csak az UHB-k 100 000 élveszületésre jutó aránya adhat. Ez az arány az 1973. évi 510,8 százalékról 1978-ra közel felére, 280,2 százalékre csökkent.

A védelem eredményeképpen 1978-ban nemcsak 400 veszélyeztetett újszülött teljes egészségét lehetett megmenteni. Közel hasonló jelentőségűnek kell tekintenünk azt a tényt, hogy ezzel egy időben még több Rh(D) negatív terhes immunizációját is kivédte a preventív célból beadott anti-D IgG.

Feldolgoztuk az Rh(D) inkompatibilitás miatti vércserék számának alakulását is. Vizsgálataink azt mutatják, hogy a 100 000 élveszületésre jutó Rh(D) inkompatibilitás miatti vércserék száma 1973-ban 356,4; 1978-ban 155,9. Ez a csökkenés közel 60⁰/₀-os.

2. A hazai védelem hiányosságai

Erőfeszítéseink eredményeképpen az UHB megelőzésében szép eredményeket értünk el. Ugyanakkor komoly hiányosságokat is találhatunk.

Hiányosságunk lényege, hogy eljárásunk nem tör kellő gyorsasággal utat magának. Ezt világosan mutatja a 3. táblázat.

A táblázatból leolvasható, hogy az Rh(D) negatív, veszélyeztetett terhesek közül

- anti-D védelemben részesült a védelemre szoruló szülő nők 74⁰/₀-a. Védelem nélkül maradt 26⁰/₀-uk, kerekén minden negyedik veszélyeztetett szülő nő;
- anti-D védelemben részesült országosan a védelemre szoruló művi vetélők 60⁰/₀-a. Védelem nélkül maradt a veszélyeztetettek 40 százaléka;
- a spontán vetélők közül a veszélyeztetettek kerekén kétharmada maradt védelem nélkül.

IV. Megbeszélés

1. Az előbbieken arra törekedtünk, hogy helyzetünkről országos átfogó képet adjunk.

A védelem az ország megyéiben nem egyenletes. Szülő nőknél akkor mondjuk jónak a védelmet, ha a szülő nők minden Rh(D) inkompatibilis

terhesség esetén védelemben részesülnek. Ez az összes terhességek 10⁰/₀-át teszi: a szülő nőknek, de az apáknak is 15⁰/₀-a Rh(D) negatív. Az apák egy része emellett heterozygota. Ezzel szemben a helyzet a következő: szülő nőknél legteljesebb a védelem Tolna, Vas és Zala megyében. E megyék szülészeti osztályain a védendő szülő nők több mint 90⁰/₀-a részesült szülés után anti-D védelemben. Sajnálatos módon a védelemben a legkedvezőtlenebb helyek egyikén Budapest áll, ahol a védendő szülő nők egyharmada nem részesül védelemben, annak ellenére, hogy a terhesgondozók gyakorlatilag minden terhesnél elvégzettetik a vércsoport-meghatározást, s így minden szülő nő terheskönyvében benne van a vércsoportja, annak ellenére, hogy minden szülészeti osztályon ott van a lyophilizált anti-D IgG.

Külön megbeszélést igényel az Rh(D) negatív művi vetélők helyzete. Minthogy a magzat vércsoportja nem ismeretes, minden Rh(D) negatív vetélt, az összes vetélők 15⁰/₀-át veszélyeztetettnek kell tekintenünk, védelemben kell részesítenünk. Országosan 1977-ben a védelem a legteljesebb Zala, Borsod-Abaúj-Zemplén és Heves megyében volt. Ezekben a megyékben az összes vetélők több mint 13⁰/₀-a részesült védelemben. Ezt a jó eredményt úgy érték el, hogy ezekben a megyékben az abortus bizottságok csak abban az esetben adják meg az engedélyt a művi vetélésre, ha a jelentkezőn előbb elvégzettetik a vércsoport-meghatározást.

Igen sajnálatos, hogy a művi vetélők védelmében is a legkedvezőtlenebb helyek egyikén Budapest áll. A szülészeti osztályok jelentései szerint a művi vetélők kétharmada marad Budapesten védelem nélkül. Ez annál sajnálatosabb, mert vizsgálataink szerint (7) a művi vetélők több mint egyharmadának életkora első vetélésük idején nem éri el a 20 esztendő. Ennek következményei különösen súlyosak, mert a művi vetélőknél az immunizáció veszélye első vetélésüket követően megközelíti a 3–4⁰/₀-ot. Ugyanakkor azoknál, akik vetélés után anti-D IgG védelemben részesülnek az immunizáció veszélye csupán 0,25⁰/₀, azaz minden 400 vetéltől csak 1 immunizálódik (16).

2. Gyakran hallani azt is, hogy helyzetünk a valóságban jobb. Hogy statisztikai jelentéseink nem megbízhatóak, mert orvosaink közismerten nem lelkesednek a statisztikai munkáért. Ebben a megállapításban kétségtelenül van igazság. De azt, hogy a valóságban az anti-D prevenció hogyan alakul, arra két adatból is lehet következtetni:

- hogyan alakul az Rh(D) inkompatibilitásból származó UHB-k száma;
- milyen az ország, egy-egy megye, kórház anti-D immunglobulin fogyasztása.

A következőkben a kérdés fontossága miatt megnéztük mindkét oldalról helyzetünket.

Ad a) Az Rh(D) inkompatibilitásból származó UHB-ben születettek száma, szép eredményeink ellenére, nem kielégítő. Bevezetőkben kiemeltük, hogy utolsó 10 esztendei védelmünk együttes eredményeképpen 1978-ban 400-zal kevesebb volt az Rh(D) inkompatibilitás következtében született UHB-ben szenvedők száma mint 1974-ben. De az 1. táblázat azt is mutatja, hogy hazánkban 1978-

ban még mindig 417 újszülött (100 000 élveszülöttből 280) született Rh(D) incompatibilitás okozta UHB-ben. Ugyanakkor Ecklund (17) finnországi beszámolója azt mutatja, hogy bár a védelmet a finnek későbbben kezdték mint mi, de azzal, hogy fegyelmesebben védték a veszélyeztetett terheseket, hogy a védelem Finnországban kezdettől országosan teljes körű, így elérték, hogy 1977-ben 100 000 újszülött közül mindössze csak 110 betegedett meg. Ha nálunk is ilyen jó eredményeket tudnánk elérni, évente további 200-zal születne kevesebb Rh(D) incompatibilitásból származó UHB-ben szenvedő újszülött.

Ad b) *Hogyan alakult az ország anti-D IgG fogyasztása?* 1968. január 1-től 1978. december 31-ig Magyarországon a művi vetélők száma 1 602 000 volt. Ha ebből a számból levonjuk a védelem első 3 évében 1968—1970-ben végrehajtott kereken 600 000 művi vetélést, 1971. január 1-től 1978 végéig még mindig kereken 1 millió művi vetelés történt. Ebből kereken 150 000 volt Rh(D) negatív. Az OHVI-tól ugyanezen idő alatt a 150 000 védendő művi vetélő közül mindössze 84 000 művi vetélő védelmére kértek anti-D IgG-t.

A szülő nők védelmét a következő számok mutatják: 1968. január 1-től 1978. december 31-ig Magyarországon az összes szülő nők száma 1 847 600, a spontán vetélők száma 311 000 volt. A genetikai és statisztikai számítások egyaránt azt mutatják, hogy az összes szülő nők 10⁰/₀-a olyan Rh(D) negatív vércsoportba tartozik, akiknek újszülöttjük Rh(D) pozitív. Ha csak az 1971 óta történt szülő nők számát nézzük, ha elhagyjuk a spontán vetélőket, 1971 óta kereken 1 500 000 szülési esemény történt. Ezek közül kereken 150 000 volt azon Rh(D) negatív szülő nők száma, akik Rh(D) pozitív újszülöttet hoztak a világra. Ugyanezen idő alatt az OHVI által a 150 000 veszélyeztetett szülő nő védelmére kiadott anti-D IgG adag száma csupán 100 000 volt. 1971. január 1. óta 50 000 veszélyeztetett szülő nő védelem nélkül maradt.

3. A már immunizált terhesek magzatainak védelme

A már immunizált terhesek magzatainak védelmét az anti-D IgG már nem biztosítja. A megelőzés mellett ezért igen fontos feladat, hogy optimális védelemben igyekezzünk részesíteni a már immunizált terhesek Rh(D) pozitív magzatát. Immunizált terhesek magzatának sorsát követve a tapasztalatok azt mutatták, hogy minél magasabb az anyai szervezetben a plazma anti-D IgG tartalma, annál súlyosabb szokott lenni az újszülöttek haemolytikus megbetegedése (Fraser) (18). Erről arra a következtetésre kellett jutni, hogy minden módszer, mely csökkenti az anyai plazma anti-D IgG tartalmát, kedvezően hathat a magzati UHB kialakulására. Erre a tapasztalatra építve a már immunizált terhesek magzatainak védelmére számos országban bevezették az intenzív plazmafere-

zist az immunizált terheseknél. Külföldi, elsősorban bristoli tapasztalatok alapján 1976-ban hazánkban is bevezettük immunizált terhesek intenzív plazmaferezisét. Ennek methodikájáról, e téren nyert eredményeinkről másutt számolunk be.

A kezelés a terhestől nagy áldozatot kíván: egy terhesség alatt kereken 30 liter plazma levételére kerül sor (19). Az intenzív plazmaferezis eredményeképpen a terhesek közel kétharmada egészséges gyermeket hoz világra. Az immunizált terhesek egy része, hogy gyermeket hozhasson a világra, ezt az áldozatot is vállalja.

Ez is mutatja a megelőzés fontosságát: a szülő nőket, vetélőket anti-D IgG védelemben kell részesíteni.

Összefoglalás. 1. Magyarországon az Egészségügyi Minisztérium támogatásával az OHVI a vértranszfúziós állomások közreműködésével 1968. január 1. óta megvan annak a lehetősége, hogy minden Rh(D) incompatibilitás következtében létrejövő UHB (újszülöttkori haemolytikus betegség) kivédhető legyen. 2. A védelem eredményeképpen 1978-ban az Rh(D) incompatibilitásból származó UHB-k száma az 1974. évi 808-ról 1978-ban 417-re csökkent. Közel 400-zal csökkent az UHB-ben megbetegedettek száma. Ez igen jelentős eredmény. Ha azonban a veszélyeztetettek prevenciója teljes körű lett volna, további 200 újszülöttkori haemolytikus megbetegedésben világra jött újszülött egészségét védhettük volna meg. 3. Lehetőségeink ellenére a veszélyeztetett Rh(D) incompatibilitásból származó újszülöttkori haemolytikus megbetegedés kivédése hazánkban nem teljes. 1977-ben országosan a védendő szülő nőknek csupán 74⁰/₀-a, a védendő művi vetélők 60⁰/₀-a, a spontán vetélők egyharmada részesült védelemben. 4. Jelentős eredményeink további javítása érdekében mindent el kell követnünk, hogy minden Rh(D) incompatibilis terhest az immunizálástól megvédjünk, az UHB-ben megbetegedett újszülöttek számát a minimumra csökkentjük.

IRODALOM: 1. „Combined study” Brit. med. J. 1971, 2, 607. — 2. Freda, V. J., Gorman, J. G., Pollack, W.: Transfusion (Philadelphia) 1964, 4, 26. — 3. Schneider, Preisler, O.: Blut. 1965, 12, 4. — 4. Wld. Hlth. Org.: Techn. Rep. 1967, 36, 467. — 5. Hollán Zs.: Előadás a Semmelweis Emlékünnepségen. 1968. — 6. Hollán Zs.: Orvosképzés. 1969, 3, 174. — 7. Simonovits I.: Doktori értekezés. 1975. — 8. Simonovits I., Penke Zs.: Transfusio. 1971, 5, 2. — 9. Simonovits I., Hollán R. S., Novák E., Dávid J.: Bibliotheca haemat. Vol. 38 pt. II. p. 845. Karger, Basel, 1969. — 10. Wld. Hlth. Org. Techn. Rep. No. 468. 1971. — 11. Simonovits I.: Transfusio. 1974, 8, 81. — 12. „Controlled Trial” Brit. med. J. 13. apr. 1974. p. 75. — 13. Simonovits I., Böröcz I.: Vox Sang. 1979, 36, 21. — 14. Simonovits I. és mtsai: Transfusio. 1978, 11, 103. — 15. Garancsy L., Simonovits I.: (Közlés alatt). — 16. Simonovits I.: Vox Sang. 1974, 26, 361. — 17. Ecklund, J.: Prevention of Rh immunization in Finland. A national study 1969—1977. Helsinki, 1978. — 18. Fraser, I. D. és mtsai: Lancet. 1976, 1, 6. — 19. Simonovits I., Lányi K., Vadródi K.: Transfusio. 1976, 10, 2.

Szegedi Orvostudományi Egyetem,
Gyermekklinika
(igazgató: Boda Domokos dr.),
Semmelweis Orvostudományi Egyetem,
Gerontológiai Központ
(igazgató: Beregi Edit dr.),
Országos Közegészségügyi Intézet,
Vírusosztály
(főigazgató: Tóth Béla dr.),
Debreceni Orvostudományi Egyetem,
Tüdőgyógyászati Klinika
(igazgató: Mihóczy László dr.),
Általános Belgyógyászat
(vezető: Szegedi Gyula dr.)

Herpes immuncomplex nephritis

Streitman Károly dr.,* Beregi Edit dr.,
Hollós Iván dr., Kávai Mária dr.,
Szegedi Gyula dr. és Nagy Aranka dr.

Virológiailag és serológiaiilag igazolt súlyos herpes simplex vírus (HSV) I típusú neuroinfectiók recidívái alkalmával két esetben észleltünk veseelégtelenséget. Felmerült annak lehetősége, hogy a vírus nemcsak az idegrendszert támadja meg, de bizonyos körülmények között a vesét is (27). Legutóbb arról számoltunk be, hogy a HSV I típusú fertőzve állatokat a 4–10 napos *acut* kísérletben a glomerulusokban vírusantigént és ellenanyagot sikerült kétséget kizáróan igazolnunk (28).

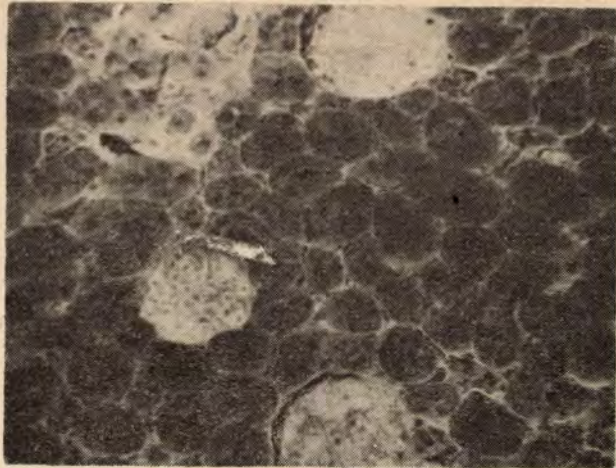
Jelen munkánkban a *chronicus* persistáló vírusfertőzés állatkísérletes eredményeiről kívánunk beszámolni.

Anyag és módszer

A *chronikus* kísérletben 11, 2,5 és 3 kg közötti súlyú New Zealand-i albinó nyulat kéthetes időközökben háromszor iv. fertőztünk HSV I típusúval. Magas infectivitású vírust alkalmaztunk (szövettenyészetű dozisa $TCD_{50} = 10^{6,75}/ml$). A HSV típusának izolálása *conjunctiva* mosófolyadékából HEP-2 sejten történt.

A vírusizolálást nyúlvese sejt kultúrán (2), illetve 11 napos friss tojások állégszákján (12), az azonosítást néhány esetben neutralizációs testtel végeztük, a vírus mennyiségét fias tojáson plaque-számlálással határoztuk meg (23). Az állatokat az első fertőzést követő

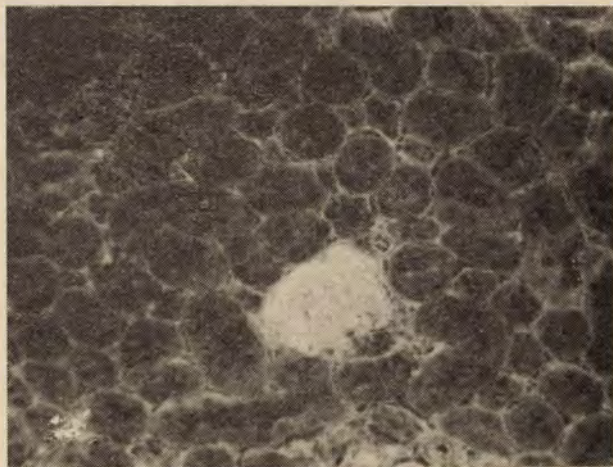
* *Jelenlegi munkahely:* Hódmezővásárhelyi Kórház gyermekosztálya.



1. ábra: 8 héttel az első vírusfertőzés után nagy mennyiségű nyúl gamma-globulin van a glomerulusokban

14–56 nap elteltével vizsgáltuk. Minden állatból agy-, vese-, vér- vizeletminta-vétel történt vírusvizsgálatra és a veséből immunfluorescens, fény-, elektronmikroszkópos vizsgálatot végeztünk. A vesét fénymikroszkópos és immunhistológiai vizsgálathoz hideg 70%-os alkoholban fixáltuk és *Sainte-Marie* (24) módszere alapján ágyasztuk be. A mikroszkópos vizsgálatokhoz Opton mikroszkópot, az immunhistológiai vizsgálatokhoz HBO 200 W Osram lámpát alkalmaztunk. Az immunkomplex formájában leköttődött nyúl ellenanyagot direkt immunfluorescentiás vizsgálattal mutattuk ki, fluorescein isothiocyanattal (FITC) jelölt nyúl IgG ellenes savóval (Travenol). A HSV antigént indirekt immunfluorescentiás módszerrel mutattuk ki a vese-szövetből, lyophilisált human eredetű ellenanyagot és először 2,5%-os glutaraldehid oldatban fixáltuk, majd pedig osmiumban. Az anyag beágyazása Aralditba történt. Ultravékony metszeteket a *Reichert*-féle ultramikrotomon készítettünk. A metszeteket olomcitráttal kontrasztoltuk és JEM 100 B elektronmikroszkópon vizsgáltuk. Minden állat szérumból szolubilis immunkomplex meghatározás történt *Onyewotu* módszerének (19) *Kávai* által (11) módosított változatával. A módszer elve: az immunkomplexekben (IC) levő immunoglobulin jobban kötődik a tengerimalac peritoneális macrophagjaihoz mint a natív vagy aggregált IgG, tehát a szérumban levő IC akadályozza ezek macrophag által történő felvételét.

Az erősebben kötődő IC mennyiségét kifejezhetjük ^{125}I -dal jelzett aggregált human IgG felvétele gátlásának százalékában, tehát a gátlás significansan na-



2. ábra: 8 héttel az első vírusfertőzés után nagy mennyiségű vírus antigen is található a glomerulusban

gyobb kóros szérumban mint a kontrolléban. Kontrollként 10 állat szerepelt.

Eredmények

A keringésben talált immuncomplexek (IC) mennyisége: 11 állatból 6-ban pathológiás (gátlás: 38—71%), 3-ban mérsékelten kóros (gátlás: 20—24%) és kettőben mérhetetlen, illetve alacsony szolubilis IC értéket találtunk. A kontroll szérumok gátlásának felső határa 15% volt. A 9 szolubilis IC-t mutató állat veséjében mind immunhistológiailag, mind fénymikroszkóposan kóros eltérést nem találtunk. A két alacsony IC szintet adó esetben pedig nem (táblázat). A 11 állatból egy az első fertőzést követő 14. napon encephalitises tünetek között elpusztult. A többinél enyhébb-súlyosabb neurológiai tünetet észleltünk.

Az emelkedett IC szintet mutató állatok elváltozásai: a 2. állat szérumában 54% IC gátlási értéket kaptunk és a glomerulus basalis membran (GBM) nagy mennyiségű granularis nyúl IgG-t és vírusantigént mutattunk ki. Fénymikroszkóposan a mesangiális sejtek felszaporodását, a mesangiális matrix kiszélesedését és 4 glomerulusban hyalinos átalakulást észleltünk. A szöveti kép mesangiális proliferatív glomerulonephritisnek felelt meg chro-

szérum IC szintje szintén kórosan magas volt (gátlás: 58%). Immunhistológiai vizsgálat alkalmával bőséges nyúl IgG-t és vírusantigént mutattunk ki a GBM-on. Fénymikroszkóppal mesangiális proliferatív glomerulonephritist észleltünk a GBM kiszélesedésével.

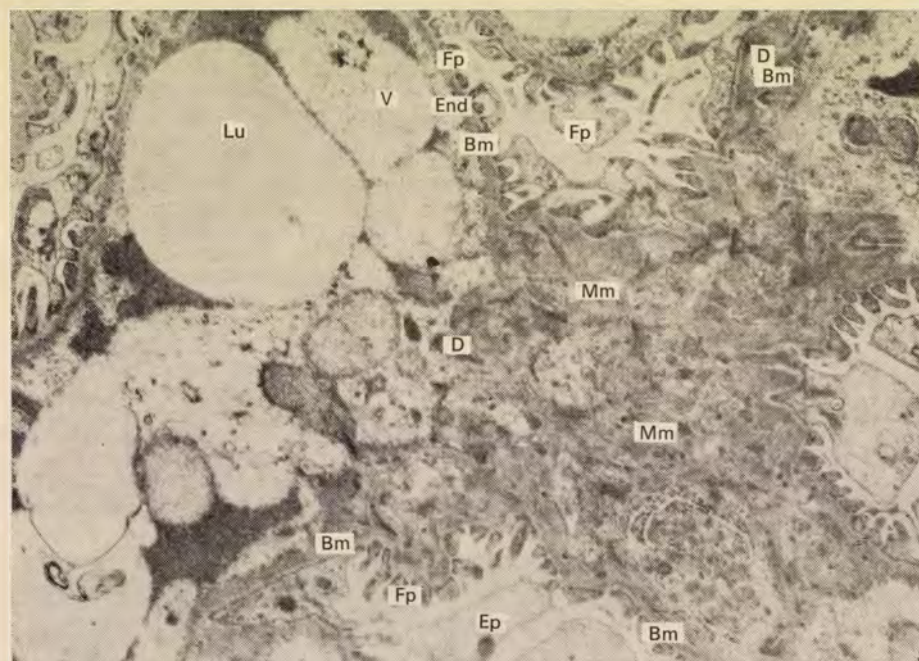
Az alacsony vagy IC-re negatív állatok elváltozásai: a 6., 7. állatban alacsonyabb IC értéket figyeltünk meg (gátlás: 38—39%), de az immunhistológiai és fénymikroszkópos vizsgálat kórosat mutatott.

Az egyik immunhistológiailag pozitív vesében 8 héttel a fertőzést követően elektronmikroszkópos vizsgálattal a glomerulusban electron dense depositumot, basalis membran kiszélesedést figyeltünk meg (3. és 4. ábra).

Az 1., 8. és a 9. esetben alacsonyabb IC értéket észleltünk (gátlás: 20—24%), mégis a glomerulusokban bőséges IgG-t és kevés granularis vírusantigént találtunk.

A 10. és 11. esetben a vese-, vér- és vizelet-vírus-titeretek emelkedettek voltak, de IC-t nem sikerült kimutatni és immunistológiailag kórosat nem mutattak.

A 6 magas és 3 alacsonyabb, átmeneti IC értéket mutató állat veséjében változó vírustiter érté-



3. ábra:

8 héttel az első vírus fertőzés után elektronmicroscopos vizsgálattal a mesangiális matrix (Mm) kiszélesedése figyelhető meg, melyen helyenként electron dense depositum (D) található.

Az endothel sejtekben néhol vacuolák (V) vannak, az epithel sejtek (Ep) oedemások. Rövidítések:

Bm = basalis membran; Fp = lábnyújtvány; Lu = lumen. (Nagyítás: 21 350 x.)

nicus átalakulás kezdeti jeleivel. A 3. állat szérumában 68% IC gátlási szintet találtunk és a GBM-on nagy mennyiségű granularis IgG-t és kevés vírusantigént mutattunk ki. Fénymikroszkóposan a glomerulusok megnagyobbodtak, sejtűdés volt, a mesangiális sejtek proliferálódtak és helyenként a mesangiális matrix is felszaporodott. A 4. állatban volt a legmagasabb az IC szint (gátlás: 71%). A glomerulusban nagy mennyiségben nyúl gamma-globulint és herpes vírus antigént mutattunk ki (1. és 2. ábra).

Fénymikroszkóposan typosos mesangiális proliferatív glomerulonephritist találtunk. Az 5. állat

keket észleltünk. Mind a 9 esetben sikerült kimutatni a GBM-on granularis nyúl IgG-t és indirect immunfluorescens módszerrel vírusantigént. Viraeamiát 9, viruriát 8 alkalommal igazolhattunk. Néhány vizelet- és vérminta technikai hiba folytán fertőzött volt, ezek vírustiterét megállapítani nem tudtuk. A vese-, vizelet- és vérvírus-titeretek, valamint az immunpathológiai folyamat súlyossága között összefüggést nem találtunk. Technikai okból rutin vizeletvizsgálat (proteinuria, haematuria) nem történt. A kontroll állatok veséje mind virológiai, mind immunológiai és immunhistológiai szempontból negatívak voltak.

Megbeszélés

A vírusok acut és chronicus vesekárosító szerepét állatban is, emberben is többen tanulmányozták. Az érdeklődés homlokterében azon *chronicus* vírusfertőzéseket követő immuncomplex nephritisek állnak, melyek pathomechanizmusa hasonló az emberi „autoimmun” immuncomplex nephritisekhez, tehát létrejöttükben számolni lehet vírus etiológiával.

A hetvenes évek eleje óta tudjuk, hogy bizonyos vírusok az állatokban IC nephritist hoznak létre. Ilyen *chronicus* persistáló infectio a lympho-

anyagot. Ha állatkísérletekben ez így van, reálisan számolni kell több emberi megbetegedésben a vírusetiológiával. Többen hangsúlyozzák, hogy a humán immuncomplex nephritis pathomechanizmusa azonos több vonatkozásban az experimentalis *chronicus* vírus immuncomplex nephritisszel. Több betegségben észleltek vírust, vagy arra emlékeztető particulumot. Hepatitis B felületi antigént (HB_s Ag) mutatott ki nephritisben Zuckermann (30), Combes (3), de hepatitisben is találtak a vesében HB_s Ag-t (8). Hazánkban Nagy J. és mtsai számoltak be hepatitis B vírus okozta glomerulonephritisről (31). Subacut progressiv panencephalitisben kanyaró-



4. ábra:

Electronmicroscoposan a basalis membran (Bm) néhol kiszélesedett, rajta electron dense depositum (D) található. A mesangialis matrix (Mc) felszaporodott.

Rövidítések:

E = epithel sejt; Fp = lábnyújtvány; Lu = lumen.
(Nagyítás: 29 050 x.)

cytás choriomeningitis vírusa (16), a lactát dehydrogenase vírus (17, 20), az equin anaemia vírusa (1), az aleutian nyércbetegség vírusa (22), a Grossleukaemia vírus (13). A fertőzések nyomán kimutathatók keringő szolubilis IC-k, melyek vírusantigénből, ellenanyagból állnak és a vesében granularis Ig depositumot, C₃-t és vírusantigént sikerült igazolni.

A New Zealand-i egerek glomerulonephritisében antivirális ellenanyagot (5, 13) és antinuclearis „auto”-ellenanyagokat mutattak ki, melyek bizonyítékul szolgálhatnak, hogy a vírusok aktívan közreműködhetnek az egyes autoimmun megbetegedések teljes képének kialakításában. A vírusok adott körülmények között exogen antigénforrásként, továbbá az endogen structura módosítóiként szerepelhetnek, de nem kizárt az a lehetőség sem, hogy a genetikai praedisponáltság mellett az immunregulatio egyensúlyának zavarát előidéző következményeikkel is számolni kell. A vírusantigének egy része a fertőzött sejtek membránjába kerül és így a sejtmembrán antigénsajátsága megváltozik. A meghibásodott „saját antigén” rendszer a megváltozott sejtmembrán ellen termel ellen-

anyagot észleltek a glomerulusokban (4). Oncorna vírust találtak lymphomában és leukaemiában szenvedő betegek veséjében immuncomplex depositum formájában (29). Valószínűsíthető a lupus immuncomplex nephritis víruseredete is. Györkey (9) és Sinkovics (26), Györkey és mtsai (10) elektronmikroszkópos vizsgálattal a glomerulusokban és tubulusokban myxo-paramyxo vírust mutatott ki.

Ezen állatkísérletes és humán megfigyelések ráirányították a figyelmet az immundeficiens állapotokban észlelhető acut vagy chronicus vírusfertőzésekre, ezen belül a herpesvírus csoportra. Fine és mtsai (6, 7) súlyos lefolyású cytomegalovírus infectiókat figyeltek meg vesetranszplantált gyermekekben. Sőt a cytomegalovírus fertőzést tették felelőssé a vesetranszplantátum kilökődéséért (25). Pien és mtsai (21), Montgomerie és mtsai (14), Spencer és mtsai (26) pedig enyhébb lefolyású herpes simplex fertőzést észleltek posttransplantációs szövődményként. Legutóbb Naraqui és mtsai (15) nagy anyagon tanulmányozták a herpesvírus csoport pathogenitását chronicusan haemodialysált és vesetranszplantált betegeken.

Állatok száma	A vizsgálat napja	Vírus-titer Vese (PFU/10 mg szövet)	(PFU/0,1 ml) Vizelet	Vér
1	14	4×10 ¹	bacteriálisan fertőzött	0,2×10 ³
2	56	6×10 ¹	0,2×10 ¹	0,2×10 ¹
3	56	1×10 ³	8,5×10 ³	3×10 ³
4	56	2×10 ³	5,5×10 ¹	2×10 ³
5	56	1×10 ¹	bacteriálisan fertőzött	bacteriálisan fertőzött
6	56	6×10 ³	2×10 ⁻	6×10 ¹
7	56	2,5×10 ³	bacteriálisan fertőzött	bacteriálisan fertőzött
8	56	3,6×10 ³	1,1×10 ³	4×10 ³
9	56	4,6×10 ³	1,3×10 ³	2,5×10 ³
10	56	3,7×10 ³	8×10 ³	4×10 ³
11	56	2×10 ³	4×10 ³	2,5×10 ³

Kórszövet-tani eltérések

Immuncomplexgátlás %-ban	Direct immunofluorescentia (nyul IgG)	Indirect immunofluorescentia (HSV antigén)	Fénymicroscop
24	+	+	+
54	+	+	+
68	+	+	+
71	+	+	+
58	+	+	+
38	+	+	+
39	+	+	+
20	+	+	+
22	+	+	+
3	neg.	neg.	neg.
0	neg.	neg.	neg.

A 11 állatot háromszor fertőztük 8 héig i.v. HSV I típusal. Különböző vesevírus titerrel mellett 6-nál pathológiás, 3-nál mérsékelt kóros IC szintet találtunk 2-nél nem volt kimutatható. A 9 kórosan emelkedett IC-t mutató állat veséjében minden esetben sikerült kimutatni a HSV antigént és a granularis nyul IgG-t. Fénymicroscoposan mesangiális proliferatív nephritist észleltünk. (PFU = az az infectív vírsmennyiség, amely szövetkultúrában 1 körülrít destruktív elváltozást eredményez.)

Megalapozott volt a kérdés, hogy vajon a HSV állatban létrehozható-e immuncomplex nephritist. Erre először *acut* kísérletünkben kerestünk választ. Az *acut*, 4–10 napos kísérletben a HSV antigént és a granularis IgG-t mutattuk ki a glomerulusokban. Csupán az immunpathológiai folyamat kezdeti állapotát igazoltuk, így fénymicroscoposan még nem találtunk glomerulusabnormalitást. A *chronicus*, 2 hónapos kísérletünkben 11 állat veséjéből 9-nél mesangiális proliferatív nephritist találtunk. Minden esetünkben pathológiás és mérsékelt kóros IC szintet mértünk, és a glomerulusban a vírusantigént és granularis IgG-t észleltünk. *Oldstone* (18) is igazolta egereken a herpes fertőzést követően a szolubilis immuncomplex létrejöttét. Az IC mennyisége és az immunhistológiai kép között szoros correlációt figyeltünk meg. Nem ta-

láltunk összefüggést a vese-, vizelet-, vér-vírusterrek és az immunpathológiai folyamat súlyossága között. A 11 állatból 9-nél változó mértékű viræmiát, 8-nál különböző fokú viruriát találtunk. Miután bizonyosra vehető, hogy a vírus csak károsodott glomerulusokon keresztül filtrálódhat, feltételezzük, hogy a virionok replikálódása révén károsíthatják a glomerulust és az immundepositum anaphylaxiás hatása érvényesül a többi esetben. Tehát az immundepositumok sejt-károsító hatása lényegesebb a kórkép kifejlődésében mint a hosszabb vagy rövidebb ideig tartó víruszaporodás.

Chronicus állatkísérletes eredményeink, azaz a szolubilis IC kimutatása a keringésből, a vírusantigén és a granularis Ig, valamint az electrondense depositum igazolása a glomerulusban, együttesen immuncomplex nephritisnek felelnek meg. Korábban közölt (27) humán észlelésünk, az *acut* (28) és *chronicus* kísérleti eredményeink felvetik annak lehetőségét, hogy adott körülmények között a HSV infectio is létrehozhat humán immuncomplex nephritist.

Köszönetünket fejezzük ki Prof. *Béládi Ilona dr.-nak*, hogy intézetében elvégezhetjük a virológiai állatkísérletes vizsgálatainkat, a tőle kapott HSV I típusú törzssel.

Összefoglalás. Legutóbb arról számoltunk be, hogy a herpes simplex vírus I típusal fertőzve állatokat a 4–10 napos *acut* kísérletben a glomerulusokban vírusantigént és ellenanyagokat sikerült kétséget kizáróan igazolnunk. *Chronicus* kísérletben 11 New Zealand-i nyulakat iv. fertőztünk 8 héten keresztül herpes simplex I típusal. 10 állat szerepelt kontrollként. 8 hét elteltével vese-, agy-, vér-, vizeletvizsgálat történt. Meghatároztuk a szolubilis immuncomplex mennyiségét és a kontrollokban talált 15%-os gátlási szintet véve alapul, 11 állatból 6-ban kifejezetten, 3-ban mérsékelt pathológiás immuncomplex értéket mértünk. 9 esetben a glomerulus basalis membranon vírusantigént és granularis IgG-t mutattunk ki és fénymicroscoposan vizsgálva mind a 9-ben, 2 hetes időközökben háromszor mesangiális proliferatív glomerulonephritist igazoltunk. A vesevírus-titer értéktől függetlenül 8 esetben viruriát találtunk. 2 esetben immuncomplexet nem sikerült kimutatni és a vesében sem volt morphológiai eltérés. Felvetjük annak lehetőségét, hogy nemcsak állatban, de emberben is előfordulhat immuncomplex nephritis.

IRODALOM: 1. *Banks, K. L. és mtsai:* Lab. Invest. 1972, 26, 701. — 2. *Beale, A. J., Christofinis, G. C., Furminger, I. G. S.:* Lancet. 1963, 2, 640. — 3. *Combes, B. és mtsai:* Lancet. 1971, 2, 234. — 4. *Dayan, A. D., Stokes, M. I.:* Brit. Med. J. 1972, 2, 374. — 5. *Dixon, F. J., Oldstone, M. B. A., Tonietti, G.:* J. Exp. Med. 1971, 134, 56. — 6. *Fine, R. N. és mtsai:* Am. J. Dis. Child. 1970, 120, 197. — 7. *Fine, R. N. és mtsai:* Arch. Surg. 1972, 105, 564. — 8. *Feizi, T., Gitlin, N.:* Lancet. 1969, 2, 873. — 9. *Györkey F. és mtsai:* New Engl. J. Med. 1969, 280, 333. — 10. *Györkey F. és mtsai:* Am. J. Med. 1972, 53, 148. — 11. *Kávoai M. és mtsai:* Orv. Hetil. 1977, 118, 2387. — 12. *Lennette,*

- E. H., Schmidt, N. J.: Am. Publ. Hlth. Ass. N. Y. 1969, 25, 641. — 13. Mellors, R. C. és mtsai: J. Exp. Med. 1971, 133, 113. — 14. Montgomerie, J. Z. és mtsai: Lancet. 1969, 2, 867. — 15. Naraqi, S. és mtsai: J. Infect. Dis. 1977, 136, 531. — 16. Oldstone, M. B. A., Dixon, F. J.: J. Exp. Med. 1969, 129, 483. — 17. Oldstone, M. B. A., Dixon, F. J.: J. Immunol. 1971, 106, 1260. — 18. Oldstone, M. B. A.: IInd International Congress of Immunology. Brighton, U. K. Abstract, 1974. 386. — 19. Onyewotu, I. I., Holborow, E. J., Johnson, G. D.: Nature. 1974, 248, 156. — 20. Porter, D., Porter, H. G.: J. Immunol. 1971, 106, 1264. — 21. Pien, F. D. és mtsai: Transplantation. 1973, 16, 489. — 22. Porter, D. D., Larsen, A. E., Porter, H. G.: J. Exp. Med. 1969, 130, 575. — 23. Roizman, B., Hoggan, M. D., Cornfield, J.: Virology. 1960, 11, 572. — 24. Sainte-Marie, G.: J. Histochem. Cytochem. 1962, 10, 250. — 25. Simmons, R. L. és mtsai: Ann. Surg. 1974, 180, 623. — 26. Spencer, E. S., Andersen, H. K.: Br. Med. J. 1970, 3, 251. — 27. Streitman, K., Svékus, A.: VIIth Annual Meeting of European Society for Paediatric Nephrology. Strbské Pleso, CSSR. Abstract 1973, 95. — 28. Streitman K. és mtsai: Orv. Hetil. 1976, 117, 2599. — 29. Sutherland, J. C., Mardiney, M. R.: J. Nat. Cancer Inst. 1973, 50, 533. — 30. Zuckerman, A. J.: in Miascher, P. A., ed. Immunopathology: Vth International Symposium, Basel, Schwabe, 1970, 436. — 31. Nagy J. és mtsai: Acta Morph. Acad. Sci. Hung. 1976, 24, 129.

U-VITAMIN tabletta

(Methylmethionin sulfonium chlorid)

Gyomor-bélrendszer gyógyszere

OSSZETÉTEL: 1 tablettá 50 mg methylmethionin sulfonium chloratumot tartalmaz.

HATÁS: A metilmethionin – a metionin aktivált formája – metildonorként szerepel. Energia-szintje magas – 12 kcal/mol. Elősegíti a gyomor-bélrendszer sérült nyálkahártyájának regenerálódását.

Metilálja, ezzel inaktíválja a hisztamint.

JAVALLATOK: Ulcus ventriculi és duodeni, krónikus gastritis, a gyomor-bélhuzam motoros és szekréciós funkciójának zavarai, gastralgia.

ADAGOLÁS: Egyszeri adagja általában 50–100 mg (1–2 tablettá), a napi adag 250 mg (5 tablettá) étkezések után. Kúraszerű alkalmazásának időtartama – 30–40 nap.

MELLÉKHATÁSOK: Émelygés, hányinger, hányás fordulhat elő. A tünetek az adag csökkentésével általában megszűnnek, ellenkező esetben a kezelést abba kell hagyni.

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

Az orvos akkor rendelheti, ha azt a területileg, ill. szakmailag illetékes fekvőbeteg-ellátó osztály, szakrendelés (gondozó) szakorvosa javasolja.

CSOMAGOLÁS: 100 tablettá (0,050 g)

Téritési díj: 14,80 Ft

Forgalomba hozza: GYÓGYÉRT

Információ: MEDEXPORT Tudományos Ismertető Iroda

Budapest, Balassi Bálint u. 25. 1055
Telefon: 122-867, 316-531

Exportálja: V/O MEDEXPORT, Moszkva





a SZAKKÖNYVSZOLGÁLAT ajánlata

- pld. Andor Miklós—Szatmári Mariann:
AZ ÁLTALÁNOS ORVOSTAN SAJÁTOS KÉRDÉSEI 17,— Ft
- pld. AZ ÉRTELMI FOGYATÉKOSSÁGOK KÖREREDETE
A „BUDAPEST-VIZSGÁLAT” TÜKRÉBEN
Szerk. Czeizel Endre, Lányiné Engelmayer Ágnes, Rátay Csaba ... 74,— Ft
- pld. GYAKORLÓ ORVOS ENCIKLOPÉDIÁJA 1—4. kötet
Szerk. Trencsényi Tibor 413,— Ft
- pld. Halmos Tamás
A FELNÖTTKORI SPONTÁN HYPOGLYKAEMIÁS
TÜNETEGYÜTTES 25,— Ft
- pld. Malomsoki Jenő: GYAKORLATI SPIROERGONOMETRIA 28,50 Ft
- pld. PERINATALIS ELLÁTÁS. Szerk. Véghelyi Péter 49,— Ft
- pld. SEBÉSZET. 2. Részletes sebészet. Szerk. Stefanics János 159,— Ft
- pld. Szántó László—Molnár István:
A BELGYÓGYÁSZATI ÜGYELET ABC-JE 47,— Ft
Függelék: Csiky Pál: A leggyakoribb heveny mérgezések
- pld. Szentágothay János: FUNCTIONALIS ANATÓMIA 1—3. kötet
Az ember anatómiája, fejlődéstana, szövettana és tájanatómiája ... 298,— Ft

A könyvek megrendelhetők postai levelezőlapon, az alábbiak szerint:

Egyéni vásárlóink részére készpénzfizetés esetén 200,— Ft felett a szállítás költségmentes.
Részletfizetésnél a postaköltséget, valamint a 3% kezelési költséget felszámítjuk.
Részletfizetési kedvezményeink: 400,— Ft felett 4 havi, 600,— Ft felett 6 havi törlesztés.

Címünk:

MŰVELT NÉP KÖNYVTERJESZTŐ VÁLLALAT
SZAKKÖNYVSZOLGÁLATA
Budapest 5. Pf. 370. 1370

MEGRENDELÉSI FORMA

Alulírott megrendelem postai szállításra a fenti műveket:

- * részletfizetéssel
 - ** készpénzfizetéssel
- (A nem kívánt feltétel törlendő)

Kelt

.....
a megrendelő aláírása

A megrendelő neve:

Címe (irányítószámmal)

Csak részletfizetés esetén töltendő ki!

Szül. hely, év:

Anyja neve:

A munkahely neve és pontos címe:

Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet
(főigazgató: Schweiger Ottó dr.),
Orvostovábbképző Intézet,
III. Belgyógyászati Klinika
(igazgató: Mosonyi László dr.),
Állatorvosi Egyetem,
Állathygiéniai Tanszék
(tanszékvezető: Kovács Ferenc dr.)

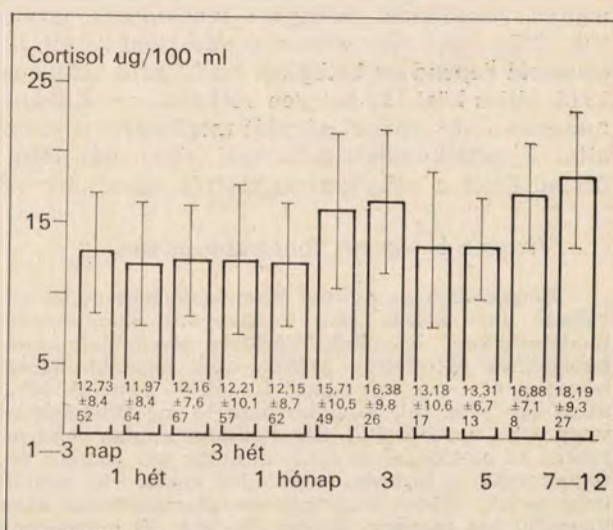
Hörgi asztmás betegek plazma cortisol szintje tartós corticosteroid kezelés után

Levendel László dr., Mühlbacher Szilvia dr.,
Szilágyi Géza dr. és Fodor Éva

Az asthma bronchiale steroid kezelésének immár több mint negyedszázados múltja van. Egyes irodalmi adatok alapján a hörgi asztmás betegek 10–20%-a igényel steroid kezelést (21), ezek többsége is csak az asztmás roham esetén. Az évek során a steroiddal kezelt betegek száma nőtt (20). 1976-ban végzett Pest megyei felmérésünk szerint (84) a nyilvántartott betegek 54,2%-a részesült tartós steroid kezelésben. A számszerű növekedésen kívül az adagok nagysága is nő (7). Ebben szerepet játszhatnak azok az adatok is, melyek alapján szinte minden hörgi asztmás beteg hypadreniát tételtek fel (28, 29, 58, 78), és ennek alapján úgy vélték, hogy a steroidok „pótlásával” a szervezet allergiás-hyperergias reakciója megszűnik. A későbbi vizsgálatok során kiderült, hogy az asztmás betegek eleve nem szenvednek hypadreniában (41, 61, 82, 83, 40, 45, 81, 53), szérumban cortisol szintjük normális (27) és ACTH terhelés során is normális a válasz, legalábbis a betegek nagy részében (42, 45, 59, 81); normális a cortisol metabolizációja, clearance-e (17, 61) és a cortisol-produkció is (61). A steroidok hatékony dózisa többnyire nem „pótlási”, hanem terápiás dózis és a steroidok terápiás hatása asztmásokon független a mellékvesekéreg állapotától (67, 31/a). Ezt megerősíti, hogy nem találtak összefüggést a betegség súlyossága és a plazma cortisol szintje között (12). Meg kell jegyezni azt is, hogy a szerzők sokszor csak kevés (10 alatti) eset alapján vonták le következtetéseiket. Ugyanakkor kitűnik az ugyancsak nagyszámú irodalmi

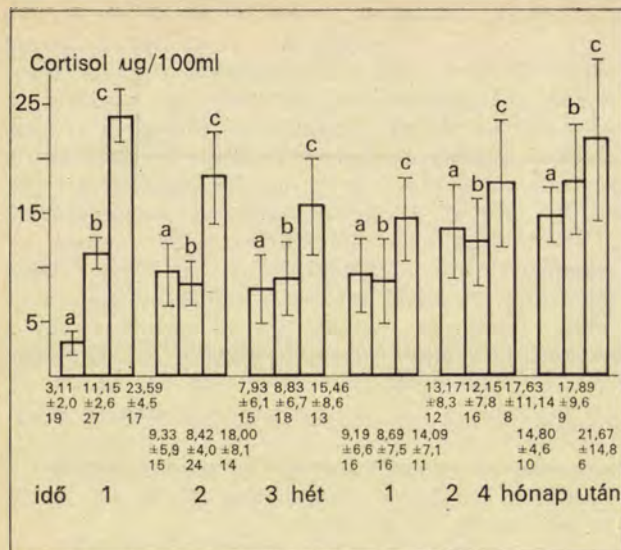
adatokból (71, 53, 59, 83, 5, 40, 81, 25, 45, 50, 31, 24), hogy a tartós és különösen a nagy dózisú steroid alkalmazása minden vonatkozásban rontja a hypothalamus-hypophysis-mellékvesekéreg rendszer (továbbiakban HHM) működését. Csökken a plazma cortisol szintje, a vizelet 17-OHCS kiválasztása, a plazma cortisol válasz az ACTH stimulációra (93, 82, 57, 70, 9), a cortisol clearance megnövekszik (85), csökken az eosinopeniás válasz cortisol injekcióra (17), és a Metopiron-teszt is kóros értéket jelez (82). A HHM rendszer működése szempontjából lényegesen jobb helyzetről számolnak be a szerzők intermittáló (kétnaponkénti) és kis dózisú corticoid terápiairól (1, 2, 4, 37, 42, 54, 70, 18, 67, 21, 81). Mások (56) viszont nem észlelték az intermittáló terápia eme előnyét. Ez a megfontolás indította el és ezért terjedt az utóbbi években a steroidok inhalációs alkalmazása (15, 6, 43, 11, 47, 36, 86, 64, 39, 26, 89, 73).

Kevés az irodalmi adat, hogy a corticoid-megvonás után hogyan alakul a HHM funkciója (60, 74, 59). A corticoid megvonást gyakran a prolongált corticoid kezelés okozta melléktünetek (osteoporosis, hypertonia, diabetes, ulcus, tbc, más infekciók, phlebitis, hirsutismus, obesitas, nephrolithiasis, cataracta stb.) teszik szükségessé (77, 51, 35, 30, 3). Hosszú, nagy adagú corticoid kezelés következtében mellékvesekéreg-atrophia keletkezhet (22). Az adrenalis suppressio foka függ az adagtól (16), az időtartamtól (87, 68), az adagolás módjától (1) stb. Intenzív steroid kezelés hirtelen megvonását több szerző ezért kockázatosnak tartja (22, 16, 75, 33, 8, 25, 31, 45). Leírják, hogy a HHM rendszer érzékenysége csökken a steroid megvonás után is. A feedback válasz gátlása még 12 hónap után is fennállhat (74). Ugyanakkor a hosszú corticoid terápia okozta HHM károsodásokat több szerző (8, 61, 23, 52, 92) reverzibilisnek tartja, általában 9 hónapban jelölve meg a regenerációs időt.



1. ábra: Plazma cortisol szintek a steroid kezelés elhagyása után különböző időpontokban (átlag fele nagyságban ábrázolt standard deviáció, eset-szám)

1 hét
7-12 hónap $p < 0,01$



2. ábra: Alacsony (a), normális (b) és magas (c) plazma cortisol értékkel bíró csoportok átlagainak változása az idő függvényében

idő	a	b	c	1 hónap	a	b	c
1 hét	a	b	c	a	b	c	n. s.
		p < 0,001					
	a	b	c	a	b	c	n. s.
		p < 0,001					
2 hét	a	b	c	a	b	c	n. s.
		n. s.					
	a	b	c	a	b	c	n. s.
		p < 0,01					
	a	b	c	a	b	c	n. s.
		p < 0,001					
3 hét	a	b	c	a	b	c	n. s.
		n. s.					
	a	b	c	a	b	c	n. s.
		p < 0,02					
	a	b	c	a	b	c	n. s.
		p < 0,05					

Kevés az adat a HHM funkció alakulásáról tartós corticoid kezelés elhagyása után; ezért ilyen irányú vizsgálatok elvégzését indokoltak tartottuk. Több mint 200 tartósan corticoiddal kezelt, ill. corticoid dependens betegünk közül 1976. május és 1978. július közt 102 betegen volt alkalmunk folyamatosan a vér cortisol szintjét meghatározni és ezáltal a mellékvesekéreg-funkció alakulását ellenőrizni. Erről a vizsgálati sorozatról számolunk be.

Vizsgált betegeink fontosabb adatai

Betegeinken az asthma bronchiale kórisméjét korábban már közölt (46) többszörös diagnosztikai módszerünkkel igazoltuk. Tartósan steroiddal kezelt betegeknek tekintettük azokat, akik legalább három hónapon át — de mint látni fogjuk — eseteink 90%-ában egy éven túli legalább napi 15 mg Prednisolont vagy azzal egyenértékű más steroidot kaptak rendszeresen. Az osztályunkon ápolat mintegy 400 asztmás betegből csak a tartósan steroiddal kezelt 102 adatait ismertettjük, akiken folyamatosan plazmacortisol szint vizsgálatokat tudtunk végezni. 34 férfi, 68 nőbetegünk volt, tehát nem szerint egyharmad—kétharmad arányban oszlottak meg.

Életkor szerint:

—20	21—30	31—40	41—50	51—60	61 év
5	15	17	35	19	11

Betegeink 70%-a 50 éven aluli volt.

Az asztmás betegség típusa szerinti megoszlás (anamnézis, tünettan, cutan próbák, IGE, Rast vizsgálat stb. alapján):

extrinsic	38 beteg
intrinsic	59 beteg
vegyes, nem tisztázott	5 beteg

Tehát betegeink egyharmada volt extrinsic asztmás, többségük, mint általában a tartósan steroid kezelt betegeknek, intrinsic asztmás volt. 29 betegen a megbetegedés elején, a tünetek jelentkezésekor már steroid kezelést kezdték.

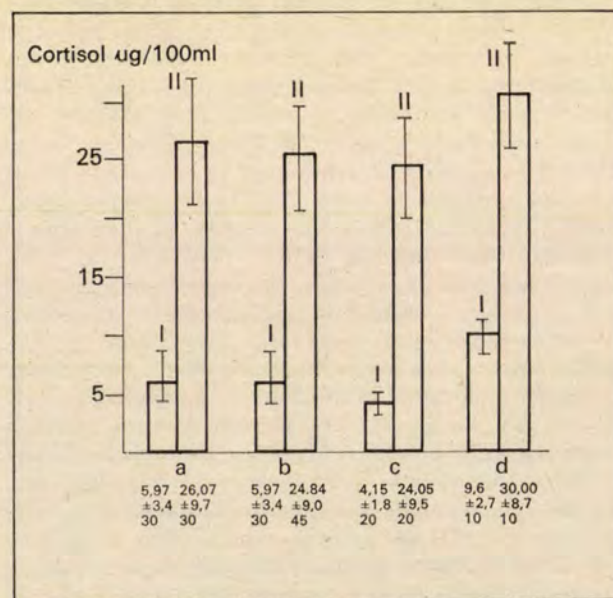
A steroid kezelés időtartama szerinti megoszlás:

3—12 hó	13—36 hó	3—5 év	5—7 év	7—10 év	10 év felett	össz
9	29	14	10	25	25	102

A betegek kb. fele-fele arányban kaptak 5 évnél rövidebb, ill. 5 évnél hosszabb ideig steroid kezelést. Csaknem egynegyedük 10 évnél is hosszabb ideig szedte a steroidokat.

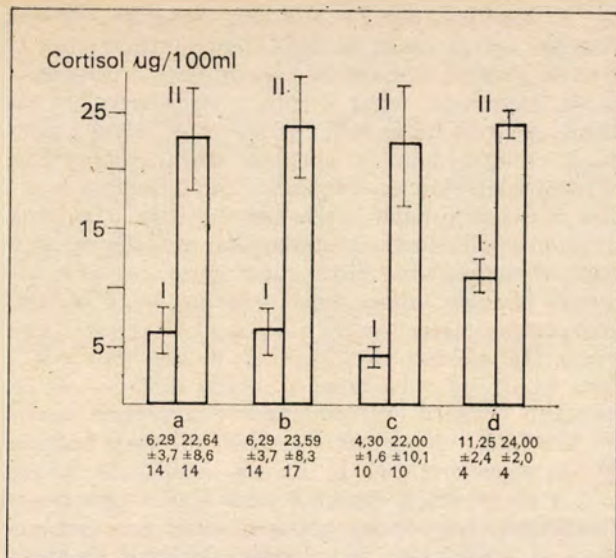
A hosszú steroid kezelés következtében betegeink sok melléktünetet mutattak. Ezek — gyakoriságuk sorrendjében:

Betegek száma	
osteoporosis	27
cushingoid tünetek (elváltozások)	24
hypertonia	20
manifest, ill. latens diabetes	24
ulcus	7
kifejezett hirsutismus	7
hajhullás nőknél	4
pajzsmirigy dysfunctio	1



3. ábra: Asthma roham előtti (I) és alatti (II) plazma cortisol értékek 30 betegen (a), a 30 beteg 45 rohamát alatti (b), a roham előtt a plazma cortisol érték alacsony (c), a roham előtt a plazma cortisol érték normális-magas (d)

a: I	b: I
II p < 0,001	II p < 0,001
c: I	d: I
II p < 0,001	II p < 0,001
c: II	d: II n. s.



4. ábra: Nem asthma okozta stress állapot előtti (I) és alatti (II) plazma cortisol értékek 14 betegen (a), 14 betegen 17 alkalommal (b), alacsony plazma cortisolról indulva (c), normális-magas plazma cortisolról indulva (d)

a: I	b: I
II	II
p < 0,001	p < 0,001
c: I	d: I
II	II
p < 0,001	p < 0,001
c: II	d: II
	n. s.

37 betegnek nem volt jelentős melléktünete, 38 betegnek egyféle; 28 betegnek kétféle; 5 betegnek háromféle; 3 betegnek négyféle; 1 betegnek ötféle melléktünete volt egyidejűleg, osztályunkra kerülésekor.

102 betegünkben 93 kapott egy évnél hosszabb ideig steroidot. Csak ezeket elemezve, osztályos ápolásunk ideje alatt 54 beteg már egyáltalán nem kapott steroidot, 16 beteg alkalmanként, állapotrosszabbodás esetén, 7 beteg csak inhalációs formában (Auxilolon, Becotid), 11 beteg inhalációs formában, vagy alkalmanként ACTH-t (Synacten) kapott. Ötön vissza kellett állítsuk a steroid kezelést. Távozásuk már egyáltalán nem kapott semmilyen formában steroidot 68 beteg (73,1%); csak inhalációs formában kapott 16 (17,2%); időnként ACTH-ra is szorult 3 beteg (3,2%); 5 beteg tovább szedte a steroidos készítményt. Egy betegünk meghalt, valószínűleg az adrenérgiás szerek túlzott használata miatt.

Összefoglalva megállapíthatjuk, hogy betegek nagy többsége hosszú anamnéziséű, régóta steroiddal kezelt, sok következményes melléktünetet mutató beteg volt, akiknek háromnegyedén sikerült a steroidokat tartósan elvonni. A steroid-elvonás módszerét mással ismertettük (48, 49). Az elhagyás állandó orvosi felügyelet mellett, kórházban, hirtelen történt.

Vizsgálati módszer

A betegeken reggel éhóra 8–9 óra között meghatároztuk a plazma cortisol szintjét a steroid kezelés kihagyásának első, második vagy harmadik napján, ezután 1 hónapig hetenként, majd egy éven át havonta. A plazma cortisol meghatározásokat *Murphy és mtsai* (66) módszere szerint végeztük 600 esetben (19). A vizsgált betegek egy részében megfigyeltük a napi ritmust is. A napi ritmus vizsgálata esetén a plazma cortisol szint meghatározás radioimmuno-assay (RIA) módszerrel történt. A „Biolab” cég (Bruxelles) „Biokit-Cortisol” készítménye felhasználásával 331 meghatározást végeztünk. Így a két módszert is alkalmunk volt összehasonlítani, mert egyes esetekben a reggeli plazmából mind a napi ritmus egyik értékének meghatározására, mind a Murphy-féle radio-assay (RA) módszer alkalmazására került.

Összesen 102 beteg plazmáját 931 esetben vizsgáltuk, de a betegeknek csak egy részét tudtuk végig követni.

A statisztikai értékelést részben a *Student*-féle t-próbával, részben varianciánálissal végeztük. Az ábrázolás során a szórást — önkényesen — felére kicsinyítve tüntettük fel, ábrázolástechnikai okokból.

A betegeken a kórlefolyás során asztmás rohamok is jelentkeztek, sőt ilyenkor — mint említettük — újabb, rövid ideig tartó steroid adására is kényszerültünk. Ezek a tények természetesen módosítják azokat a változásokat, amelyeket a hosszan tartó steroid kezelés elhagyásának következményeiként vizsgáltunk (nincsenek „tisztá” kísérleti feltételek). Az újabb steroid-adás után azonnal vett plazma cortisol értékeket a statisztikai számításba azonban nem vettük bele, mint ahogy kihagytuk, ill. külön kezeltük azokat az adatokat is, melyeket „nagy” rohamok alatt nyertünk. A kisebb állapotrosszabbodások azonban szerepelnek az értékelésben.

Nyert adatainkat 3 csoportba oszthatjuk:

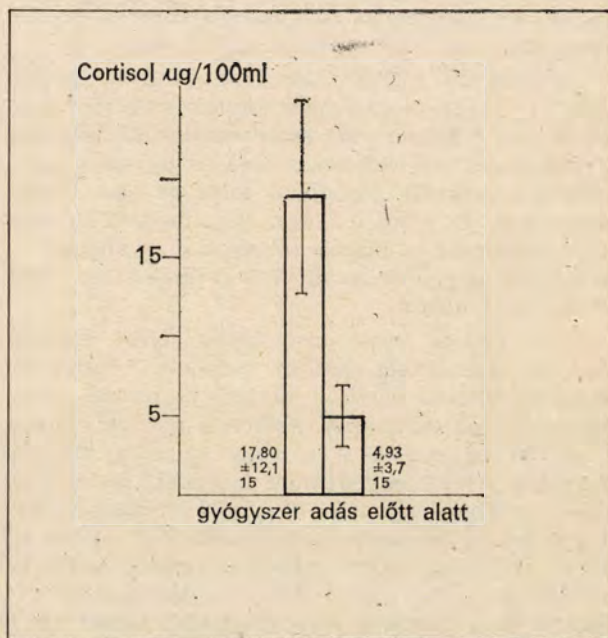
1. a plazma cortisol szintjének változása a steroid kezelés elhagyása után;
2. a plazma cortisol szintjének változása stressben (asztmás roham, valamint egyéb stressz-situációk);
3. a plazma cortisol szint napszaki ingadozása.

Eredmények

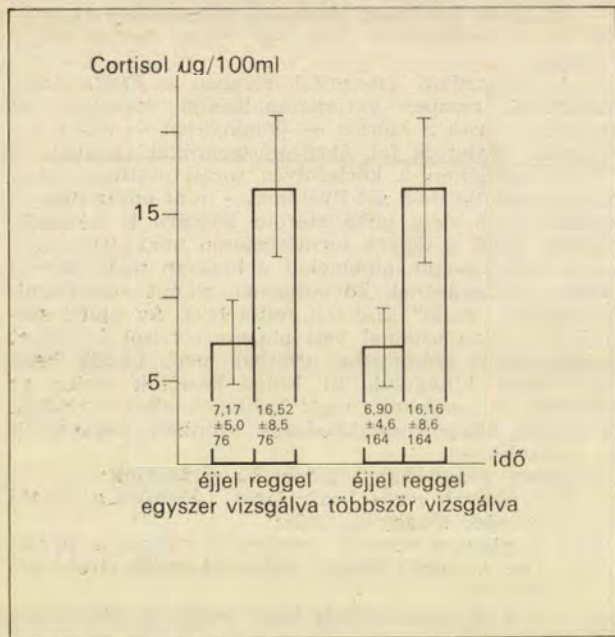
1. Az említett módon „tisztított” esetekben elemeztük a plazma cortisol szint dinamikus alakulását és azt grafikusan is ábrázoltuk (1. ábra).

A vizsgálati eredményeket időrendi sorrendben és statisztikailag értékelve láthatjuk, hogy 1 hónapon át az átlagok nem változnak. A steroid elhagyása után 2 hónappal a plazma cortisol szint fokozatosan emelkedni kezd és ez az emelkedés már jelentős.

Külön csoportosítottuk azon betegeinket, akik 2–3 éven át, 4–5 éven át és 6–7 éven át, vagy több mint 10 éven át szedtek folyamatosan steroidot. A kezelés elhagyása után 1 héttel azokon, akik



5. ábra: Asthma tünetek miatt Di-Adreson F-aquosummal kezelt betegek plazma cortisol értékei a gyógyszer adása előtt és a gyógyszer hatása alatt p < 0,01



6. ábra: A plazma cortisol szint napszaki ingadozása 76 betegen és ugyanazon a 76 betegen többször is vizsgálva

kevesebb mint 5 éven át szedtek steroidot, valamivel magasabb volt az érték mint azokon, akik 6 évnél hosszabb ideig szedték. Ez a különbség azonban a gyógyszer elhagyása után 1 hónappal már nem észlelhető.

17 olyan betegünk volt, akiken egyáltalán nem jelentkeztek paroxysmusok a steroid-elvonás után. Ezen betegek értékei között nem volt különbség megelőző steroid kezelés tartama alapján. A különböző időpontban vizsgált plazma cortisol értékeik sem különböztek lényegesen egymástól a vizsgált 2 hónap során. Nincs lényeges különbség a rohammentes betegek és az össz-beteglétszám megfelelő időpontban mért átlagértékei között sem.

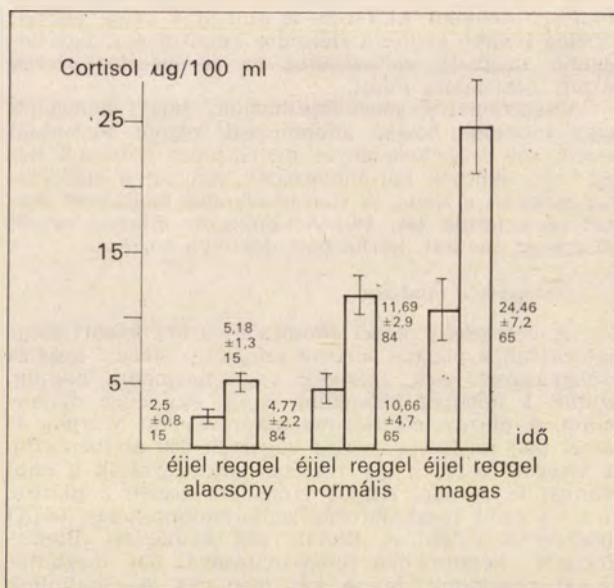
Ugyancsak külön vizsgáltuk azon betegeket, akik az elvonás során nem kaptak steroidot. Náluk is csak 6 hónap után emelkedett szignifikánsan a plazma cortisol értékek átlaga és ugyanaz a fokozatos emelkedés észlelhető mint az össz-betegcsoportban. Itt sincs lényeges különbség a steroidra nem szoruló — kisebb rohamokat produkáló — és az össz-beteglétszám megfelelő időpontban mért átlagértékei között.

Az elvonás utáni első héten nyert értékek alapján betegeinket három csoportba osztottuk. Alacsony plazma cortisol mutató csoportba soroltuk azokat az eseteinket, akiken a plazma cortisol $6 \mu\text{g}/100 \text{ ml}$ értékű volt, vagy ez alatt maradt. Normális értékű egyedeknek minősítettük azokat, akiken a fenti értéket $7-16 \mu\text{g}/100 \text{ ml}$ között találtuk és magas értéknek minősítettük a $17 \mu\text{g}/100 \text{ ml}$ feletti értékeket. Mint látható (2. ábra), az önkényes csoportosítás után 1 héttel az alacsonynak vett csoport és a normális csoport értékei között nincs különbség és a továbbiak során az átlagok mindig azonosak. A „magas” csoport értékei 1 hónapon át különböznek a másik két csoporttól, de később már nem.

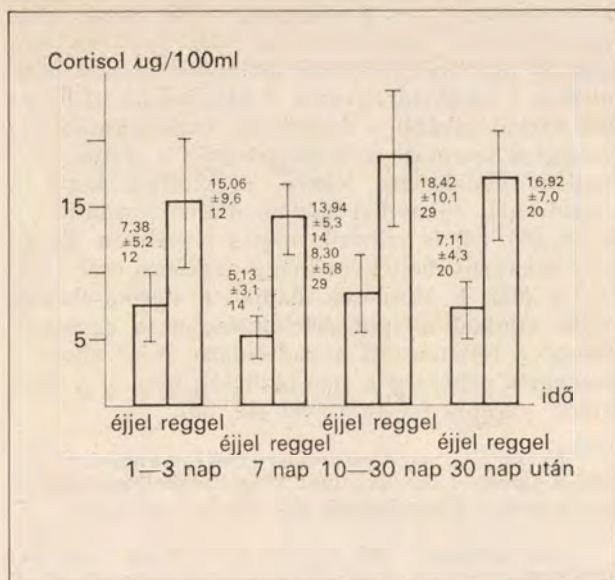
2. 30 olyan beteget tudtunk vizsgálni, akiken asztmás roham előtt és alatt meghatározhattuk a plazma cortisol értéket. A roham alatt óriási emelkedés észlelhető, tehát a roham stressként hat (3. ábra). A stress hatás mind az alacsony, mind a normális—magas plazma cortisol szintű csoportban egyaránt létrejön és kifejezett. Ugyanazon a betegen ismételt roham ismételten kiváltja a plazma cortisol emelkedését. A statisztikai analízis minden esetben szignifikáns növekedést igazol, és nem bizonyít jelentős különbséget aszerint, hogy a kezdeti plazma cortisol érték alacsony volt-e vagy normális. Ha egészséges embereken megszokott határként $24 \mu\text{g}/100 \text{ ml}$ -t veszünk, tehát a stress esetén legalább ennyire kell emelkednie a plazma cortisol szintnek, akkor azt figyelhetjük meg, hogy a 20 alacsony értékből 11 marad ezen határ alatt, míg a 10 normális értékből csak 2. Ezt úgy értelmezhetjük, hogy noha statisztikailag nem mutatható ki különbség az alacsony plazma cortisol szintű és a normális plazma cortisol szintű csoportok között a stressre adott válasz tekintetében, mégis az előbbieken többször észlelhetünk az egészségesekhez képest kissé csökkent rezerv kapacitást.

Az asztma okozta stress állapotot alkalmunk volt összehasonlítani más stress állapotok okozta plazma cortisol növekedéssel, de nem szükségképp azokon, akiken asztmás roham is okozott stresszituációt. A stressz ilyenkor láz, tüdőembólia, pneumonia, pszichés trauma stb. okozta. Hatására a plazma cortisol érték hasonló változik mint asztmás stressz esetén (4. ábra). Ebből a csoportból 10 alacsony értékből 5, a 4 normális értékből 2 nem emelkedik $24 \mu\text{g}/100 \text{ ml}$ fölé a stressz hatására.

Betegeink egy része asztmás tünetei miatt újabb steroid kezelést kapott, lökéskezelés formájában. A kezelés után meghatározott plazma cortisol szint jelentősen csökkent a kezelés előttiekhez viszonyítva (5. ábra).



7. ábra: A plazma cortisol szint napszaki ingadozása alacsony, normális és magas reggeli plazma cortisol szintek esetén



8. ábra: A plazma cortisol szint ingadozása a steroid kezelés elhagyása után különböző időpontokban

5 betegünkön végeztünk ACTH terhelést. Mind az 5 betegünkön tartósan észleltünk 1 µg/100 ml alatti plazma cortisol szintet, ismételten vizsgálva 1-6 hét során. Újabb steroid kezelést nem kaptak. Két esetben már az első ACTH terhelés után normális választ észleltünk. Két betegünkön 2 hét múlva ismételve az ACTH terhelést, normális reakciót nyertünk. Ötödik esetünkben csak 4 hét múlva nyertünk normális választ a kéthetenként végzett ACTH terhelés után. 102 betegünkben csak 9 volt olyan, akiken tartósan, legalább 3-4 héten át észleltünk alacsony plazma cortisol értéket.

3. 76 betegen 164 alkalommal vizsgáltuk a plazma cortisol napi ingadozását, a steroid kezelés elhagyása után. Ilyenkor reggel 8 órakor és éjjélkor vettünk vért a betegektől. A 164 vizsgált alkalom közül csak háromszor esett ki az ingadozás, mindhárom esetben az elhagyás után 1-3 nappal. Az ingadozás megszűntét olyankor állapítottuk meg, amikor a különbség az éjjéli és a reggeli érték között kevesebb volt mint a meghatározás hibahatárának a kétszerese. 14 esetben haladta meg az ingadozás a 20 µg/100 ml értéket. Az átlagokat vizsgálva nem találtunk különbséget a betegek egyszeri vizsgálata, vagy ismételt vizsgálata között (6. ábra).

A 164 meghatározást a reggeli értékek alapján csoportosítottuk — a fentebb megadott módon — alacsony plazma cortisol szintű, normális plazma cortisol szintű vagy magas plazma cortisol szintű csoportba. Mindhárom csoportban észleltünk napi ingadozást (7. ábra).

A 76 betegen megvizsgáltuk, hogy a steroid elhagyása után mennyi idővel áll helyre a napi ingadozás. Azt észleltük, hogy azonnal, sőt egy esetben steroid kezelés alatt vizsgálva, alacsony reggeli plazma cortisol érték mellett is előfordul ingadozás. A vizsgált időpontokban az adatok között nincs szignifikáns különbség (8. ábra).

Összehasonlítottuk a két módszerrel nyert eredményeket is. 65 esetben vizsgáltuk egyidejűleg

ugyanazon plazmából RIA, ill. RA módszerrel a szintet. Az előbbivel 15,29 ± 7,2 µg/100 ml, az utóbbival 17,2 ± 9,0 µg/100 ml értéket kaptunk. A módszerek hibája RIA meghatározás esetén nem haladta meg a 12%-ot, míg a Murphy-módszer esetében a 23%-ot. Mindkét módszerrel az alacsony értékek esetében észleljük a nagyobb szórást. Az egymással történt összehasonlítás során a két adatsor között szignifikáns különbséget nem észleltünk.

A különbség a két meghatározás között 27 esetben haladta meg az 5 µg/100 ml értéket, és az adatok alapján 24 esetben kellett volna más csoportba (alacsony, normális, magas) sorolni a beteget. A RIA módszerrel 17 esetben a normális csoportba tartozó beteg, a RA módszerrel 10 esetben a magas, 7 esetben az alacsony csoportba lett volna sorolható; míg a RA módszerrel normálisnak észlelt 7 eset a RIA módszerrel 1 esetben alacsony, 6 esetben magas értéket adott. Meg kell azonban jegyezni, hogy ezek jó része is a választóvonalak (7 — illetőleg — 17 µg/100 ml) közvetlen közelébe esett.

Megbeszélés

Plazma cortisol értékeink átlaga — bármely időpontban is vizsgáltuk a steroid kezelés elhagyása után — a normális értékek tartományán belül mozgott. Mások is normális plazma cortisol értékeket, illetve a mellékvesekéreg-funkciót (72) észleltek hosszan tartó steroid kezelés után, a steroid kezelés csökkenésekor már az első héten (63, 14). Később az átlag emelkedhet (36). Az a tény azonban, hogy az átlag néhány hónap elteltével emelkedik, jelzi egyrészt, hogy az átlagon belül alacsony értékek is vannak, melyek később normalizálódnak, másrészt, hogy a mellékvesekéreg funkciója — egyénekenként változó idő elteltével — később a túlműködés irányába tolódik el. Az átlag növekedését észlelték a steroid terápia elhagyása után (36), valamint az elhagyás után 6 hónappal (90) is. A steroiddal nem kezelt asztmásokon észlelt magas plazma cortisol érték (88) valószínűleg a roham alatti vérvételt jelzi.

Bár különböző csoportokba osztottuk betegeinket, a csoportok átlaga igen hamar — már 1 héten belül — kiegyenlítődött. Ez azt jelzi, hogy tartós mellékvesekéreg-elégtelenséggel csak ritkán számolhatunk. A betegek plazma cortisol értékei inkább változnak a kapott gyógyszerek, illetve az asztmás betegség pillanatnyi állapota szerint, mintsem a hosszan tartó steroid kezelés következményeként. Ennek magyarázatát abban látjuk, hogy a tartós, nagy dózisu steroid kezelés alatt a betegek rendszeresen endogen stresszben (asztmás rohamok) részesülnek. Ilyenkor a plazma cortisol szint magasra emelkedik (27, 9). Az endogen stresszek áttörik a steroidok mellékvesefunkciót csökkentő hatását, így nem jön létre olyan mértékű hypofunkció, mint az egyébként várható lett volna. Az „áttörés” elméletileg is magyarázható, ha a stressz az ún. néma szakaszban éri a szervezetet, mikor a magas exogen steroid szint gátló hatása nem érvényesül (79), de feltételezhetünk fokozottan képződő „szöveti faktort” is, mely a

hypotalamustól függetlenül is serkenteni képes az ACTH termelődését (79).

A plazma cortisol szint napi ingadozása megerősíteni látszik az endogen stresssek hatásosságát. Tartós steroid kezelés kapcsán ugyanis megszűnik az ingadozás (44). Mások (69) eseteiben észlelhető, hogy a steroid terápia csak csökkenti a napi ingadozást, míg az asztmás roham növeli a különbséget. Ez természetes is, ha meggondoljuk, hogy a terápia a reggeli cortisol érték csökkenésével, a status viszont annak növekedésével jár. Saját eseteinkben is észleltük a fentieket, noha az ingadozás normális volt azonnal a corticoid kezelés elhagyása után. Ez a reggeli cortisol szint különbség már magyarázhatja az oszcillációs ciklus különbséget, hisz az a faktor, amely a ritmust indukálja, maga az időkézés a receptor-steroid kötődés és a CRF/ACTH kibocsátás között (80).

Érdekesnek tartjuk azt a megfigyelésünket is, mely szerint az alacsony értékről induló plazma cortisol szintek esetén is többnyire ugyanolyan magasra emelkedik a stress esetén a plazma cortisol, mint a normális szintről indulóknál. Ez megtartott, vagy csak kevésbé csökkent rezerv kapacitást jelent. Hasonlóan normális stress reakciót, illetve ACTH terhelést észleltek mások is (14), vagy a reakciók rövid időn belül — 1 hét — három hónap között — normalizálódtak (63, 64, 55, 94). Az insulin vagy műtét okozta stress és az ACTH terhelés eredményei többnyire megegyeznek, így az elméleti megfontolások ellenére a gyakorlatban az ACTH terhelés elegendő a mellékvesekéreg reakcióképességének vizsgálatára, mert jó összefüggést mutat a rezerv kapacitás vizsgálatokkal is (34, 38). Igaz, hogy mások 1 hónap múlva kórosan alacsony ACTH választ (43), vagy 6 hónap múlva is kóros Metopiron terhelést, vagy insulin-stress választ észleltek (56, 90). *Herjavec és mtsai* (24) folyamatosan steroiddal kezelt 13 betegében az alap cortisol értéktől függetlenül kórosan alacsony volt az ACTH terhelésre adott válasz. Az ellentmondó adatok abból adódhatnak, hogy részint a normális válasz meghatározása szerzők szerint különböző, részint a beteganyag súlyossági foka és az alkalmazott adjuváns kezelés eltért, noha a steroid dózis többnyire megegyezett.

Nem hagyhatjuk tehát figyelmen kívül, hogy az átlagokon belül az egyes egyedek esetében számolhatunk csökkent mellékvese-funkcióval és csökkent rezerv kapacitással is. Ezt igazolják azon eseteink, akiknél hosszabb időn át alacsony plazma cortisolot regisztráltunk (102 esetünkben 9): akik az endogen stress hatására nem emelkedik 24 $\mu\text{g}/100\text{ ml}$ fölé a plazma cortisol szint, továbbá, akik ACTH terhelésre nem adtak megfelelő választ.

A betegek hypotalamus-hypophysis-mellékvesekéreg tengelyének aktuális állapota tehát kívülről adott steroidok csökkentő és az endogen stresssek fokozó hatásának eredője lesz. Miután egyes krónikus stresssek hatástartama 4—8 hétnél is hosszabb lehet (13), valóban befolyásolhatja a tartós steroid adagolás hatását. Azt is figyelembe kell vennünk, hogy steroiddal nem kezelt asztmások is mutathatnak különböző fokú hypophysis-mellékvesekéreg abnormitást (76), mely részint a fentiekkel, részint a betegség során alkalmazott egyéb gyógyszerekkel magyarázható. Oka lehet az is, hogy gyakori, vagy hosszan tartó stress hatás esetén a mellékvese rezerv kapacitása átmenetileg csökken, kimerül, és nem ad teljes választ. Rövid nyugalmi szak után (néhány nap), válasza ismét normális lehet.

Megfigyeléseink és irodalmi adatok alapján megállapíthatjuk, hogy asztmás betegeken 1. nincs szoros összefüggés a plazma cortisol szint és az előzetesen szedett steroidok dózisa és a szedés tartama között. 2. A mellékvese funkciója viszonylag hamar normalizálódik, a normalizálódás nagy egyéni variációt mutat és nem függ a steroid sze-

dés tartamától. 3. A tartósan steroiddal kezelt asztmás betegeken steroid-elvonás után gyakran mutatkozó tünetfokozódásban többnyire nem a hypadrenia a meghatározó (55). A klinikai képet ilyenkor sokkal inkább a dyskriniás, expectoratiós nehézségből származó váladék-retentio, a status asthmaticus kialakulása jelenti. A klinikai képet a hypadreniás tüneteket sokban utánzó carentia tünetek (65, 64) is színezik, míg a ritkábban igazolható csökkent mellékvesekéreg-működés csak részfaktor (62). 4. Mindezek alapján a steroid-elvonás utáni klinikai állapot értelmezése nem egyszerűsíthető a feltételezett hypadreniára, mint ahogy a felmerülő nehézségek sem oldhatók meg a „substitútió” terápia folytatásával (49, 50).

A szerzők megköszönik az OTKI Klinikai és Kísérleti Orvosi Laboratóriumi Vizsgálatok Tanszékének, Dr. Endrőczy Elemérnek áldozatkész munkáját.

Összefoglalás. 102 asthma bronchiale miatt kezelt beteg plazma cortisol szintjét vizsgálták az előzőleg éveig szedett steroid hirtelen elhagyása után. A plazma cortisol szintje az elhagyás után röviddel (1 héten belül) az esetek kétharmadában már normális, egyharmadában alacsony, de csak 9 esetben volt tartósan — egy hónapon át — alacsony. A steroid-szedés időtartama nem befolyásolta lényegesen az elhagyás utáni cortisol szintet. Az asztmás roham stressként hatva növelte a plazma cortisol szintjét, még hosszan tartó steroid kezelés elhagyása után is. A plazma cortisol szint napszaki ingadozása a terápia elhagyása után azonnal normális lett. A vizsgálatok alapján arra a következtetésre jutnak, hogy a steroid kezelés elhagyásának fő veszélyét az asztmás, elsősorban a dyskriniás tünetek fellobbanása és az ebből származó váladék retentiója képezi és csak kisebb mértékben a hypadrenia.

IRODALOM: 1. Ackerman, G. L., Nolan, C. M.: N. Engl. J. Med. 1968, 278, 405. — 2. Arnoldsson, H., Helander, E.: Acta Med. Scand. 1963, 173, 769. — 3. Batten, C. J. és mtsai: Brit. Med. J. 1973, 1, 296. — 4. Blumenthal, M. N., Mclean, J. A., Mathews, K. P.: Arch. Intern. Med. 1966, 177, 34. — 5. Brinkmann, O. H., Junge-Hülsing, G.: Med. Klin. 1975, 70, 1821. — 6. British Thoracic and Tuberculosis Association: Brit. J. Dis. Chest. 1976, 70. — 7. Brooks, S. M., Werk, E. E.: Corticoid resistance in bronchial asthma. p. 785. In Weiss, E. B., Segal, M. S.: Bronchial asthma. Mechanisms and therapeutics. Little-Brown, Boston, 1976. — 8. Byyny, R. L.: N. Engl. J. Med. 1976, 295, 30. — 9. Cayton, M. R., Howard, P.: Brit. Med. J. 1973, 2, 547. — 10. Cayton, R. M., Howard, P.: Thorax. 1973, 28, 567. — 11. Clark, T. I. H., Goodfrey, S.: Asthma. Chappman and Hall. 1977. London. — 12. Collins, V. J., Jones, D.: Acta Tuberc. Pneumol. Belg. 1977, 68, 63. — 13. Daniels-Severs, A.: Pharmacology. 1973, 9, 348. — 14. Davies, G. és mtsai: Ann. Intern. Med. 1977, 86, 549. — 15. Debelic, M., Virchow, Chr.: Schweiz. med. Wschr. 1975, 105, 682. — 16. Donald, R. A., Espiner, E. A.: J. Clin. Endocrinol. Metab. 1975, 41, 1. — 17. Dwyer, J., Lazarus, I., Hickie, J. B.: Aust. Ann. Med. 1967, 16, 297. — 18. Easton, J. G., Busser, R. J., Heimlich, E. M.: J. Allergy Clin. Immunol. 1971, 48, 355. — 19. Endrőczy E.: Orv. Hetil. 1978, 119, 2067. — 20. Falliers, J. C.: Ann. Allergy. 1970, 28, 513. — 21. Falliers, C. J., Chai, H., Molk, L. és mtsai: J. Allergy Clin. Immunol. 1972, 49. — 22. Fraser, G. G., Preuss, F. S., Bigford, W. D.: JAMA. 1952, 149, 1542. — 23. Graber, A., Ney, R., Nicholson, W.: J. Clin. Endocrin. Metab. 1965, 25, 11. — 24. Herjavec I. és

mtsai: Pneumonologia Hung. 1979, 32, 125. — 25. *Herxheimer, H.*: A guide to bronchial asthma. Academia Press, N. Y., London. 1975. — 26. *Herxheimer, H.*: Brit. Med. J. 1977, 1, 1601. — 27. *Hoffmann, H. D. és mtsai*: Dtsch. med. Wschr. 1971, 96, 238. — 28. *Holler, G.*: Allergie u. Asthma. 1956. 223. — 29. *Holler, G.*: Das Asthma bronchiale und seine Behandlung. W. Mudrich. Wien. — 30. *Horváth J., Lévai P., Molnár A.*: Orv. Hetil. 1977, 118, 876. — 31. *Hutás I.*: Orvosképzés. 1978, 53, 291. — 31/a. Ua. Pneumologia Hung. 1979, 32, 118. — 32. *Hutás I., Herjavec I.*: Orv. Hetil. 1978, 119, 2147. — 33. *Jasani, M. K. és mtsai*: Quart. J. Med. 1967, 36, 261. — 34. *Jasani, K. M. és mtsai*: Quart. J. Med. 1968, 37, 407. — 35. *Kaiser, H.*: Cortisonderivate in Klinik und Praxis. Thieme, Stuttgart, 1973. — 36. *Kass I. és mtsai*: Chest, 1977, 71, 703. — 37. *Kass, I., Appleby, S.*: Amer. J. Sci. 1960, 240, 213. — 38. *Kehlet, H., Binder, Ch.*: Brit. Med. J. 1973, 2, 147. — 39. *Kennedy, M. C. S., Thursby-Pelham, D. C.*: Brit. Med. J. 1977, 2, 707. — 40. *Kesser, G. F.*: Internist. 1975, 16, 594. — 41. *Kilborn, J. R., Robson, A. O.*: Thorax. 1965, 20, 93. — 42. *Kilborn, J. R., Robson, A. O.*: Thorax. 1965, 20, 422. — 43. *Kriz, R. J. és mtsai*: Chest. 1976, 69, 455. — 44. *Labhart, A.*: Clinical Endocrinology. Springer Verlag, New York, 1974. p. 326. — 45. *Labrousse, J. és mtsai*: Therapie. 1977, 32, 49. — 46. *Levendel L.*: Orv. Hetil. 1974, 115, 1683. — 47. *Levendel L.*: Medicus Universalis. 1977, 10, 115. — 48. *Levendel L.*: Corticoid dependens asthmás betegek kezeléséről. „Asthma bronchiale” Korányi F. Tbc és Tüdőgyógyász Társaság kiadása, 1977. 183. — 49. *Levendel L.*: Praxis und Klinik der Pneumologie. 1977, 31, 595. — 50. *Levendel L. és mtsai*: Pneumologia Hungarica. 1977, 30, 453. — 51. *Liebermann, P., Patterson, R., Kunske, R.*: J. Allergy Clin. Immunol. 1972, 49, 329. — 52. *Livanou, T., Ferriman, D., James, T. H. V.*: Lancet. 1967, 2, 856. — 53. *Livingstone, J. A., Davies, J. F.*: Lancet. 1961, 1, 1310. — 54. *Lowry, R. C., Mackay, J. S., Sheridan, B. és mtsai*: Brit. Med. J. 1969, 4, 455. — 55. *Maberly, J. D., Gibson, J. G., Butler, G. A.*: Brit. Med. J. 1973, 1, 778. — 56. *Malone, S. N. D. és mtsai*: Brit. Med. J. 1972, 3, 202. — 57. *Malone, S. N. D., Grant, I. W. B., Percy-Robb, I. W.*: Lancet. 1970, 11, 733. — 58. *Mathé, A. A., Knapp, P. H.*: Psychosom. Med. 1971, 33, 323. — 59. *Maunsell, K., Pearson, R. S., Livingstone, J. L.*: Br. Med. J. 1968, 1, 661. — 60. *Melby, J. C.*: Acta Endocrinol. 1960,

35, 347. — 61. *Melby, J. C.*: Pituitary-Adrenal function. Considerations in Asthma. In Weiss—Segal, 1976. 759. — 62. *Mellis, M. C., Phelan, D. P.*: Thorax. 1977, 32, 29. — 63. *Morris, G. H., Jorgensen, R. J.*: J. Pediatr. 1971, 79, 480. — 64. *Morrow Brown, H., Storey, G.*: Postgrad. Med. J. 1977, 4, 59. — 65. *Morrow Brown, H., Storey, G., George, S. H. W.*: Brit. Med. J. 1972, 1, 585. — 66. *Murphy, B. E. P., Engelberg, W., Pattee, C. J.*: J. Clin. Endocr. 1963, 23, 293. — 67. *Nathoo, A. R.*: Brit. J. Dis. Chest. 1971, 65, 85. — 68. *Nichols, T., Nugent, C. A., Tyler, F. H.*: J. Clin. Endocrinol. Metab. 1965, 25, 343. — 69. *Obrzut, D., Moniuszko, T., Chyrek-Borowska, S.*: Pol. Arch. Med. Wewn. 1977, 58, 257. — 70. *Portner, M. M., Thayer, K. H., Harter, J. G. és mtsai*: J. Allerg. Clin. Immunol. 1972, 49, 16. — 71. *Raffai I.*: Orv. Hetil. 1959, 100, 40. — 72. *Robinson, B. H. B., Mattingly, D., Cope, C. L.*: Brit. Med. J. 1962, 1, 1579. — 73. *Rótt Zs.*: Pneumol. Hung. 1978, 31, 370. — 74. *Salassa, R., Bennet, W., Keating, F.*: JAMA. 1953, 152, 1509. — 75. *Sampson, Pa., Brocke, B. N., Winstone, N. E.*: Lancet. 1961, 1, 1377. — 76. *Shapiro, G. G. és mtsai*: Ann. Allergy. 1977, 38, 237. — 77. *Smyllie, H. C., Connolly, C. K.*: Thorax. 1968, 23, 571. — 78. *Spaner, E., Balaz, V., Adamec, O.*: Acta Allergol. 1960, 15, 328. — 79. *Stark E.*: Orv. Hetil. 1978, 119, 2543. — 80. *Stockham, A. M.*: Acta Tuberc. Pneumol. Belg. 1977, 68, 9. — 81. *Streeten, D. H.*: JAMA. 1975, 232, 944. — 82. *Sundberg, M., Jakobson, T.*: Acta Allergol. 1969, 24, 11. — 83. *Szimak, J.*: Wien. Med. Wschr. 1971, 121, 96. — 84. *Tengelyi V. és mtsai*: A hörgi asthmás betegek gondozásmodellje Pest megyében. Előadás a Tbc és Tüdőgyógy. Társaság XL. nagygyűlésén. Bp. 1976. VI. 19. — 85. *Schwartz, H. J., Lowell, F. C., Melby, J. C.*: Ann. Intern. Med. 1968, 69, 493. — 86. *Thorn, G. W., Lauler, D. P.*: Treatment schedules with steroids. In Weiss—Segal, 1976. 773. — 87. *Treadwell, B. L. J., Savage, O., Sever, E. D.*: Lancet. 1963, 1, 355. — 88. *Vaccarezza, J. R.*: Dis. Chest. 1961, 40, 121. — 89. *Varjas I., Nagy L. B.*: Pneumol. Hung. 1978, 31, 283. — 90. *Webb, R. D.*: JAMA. 1977, 238, 1508. — 91. *Weiss, E. B., Segal, M. S.*: Bronchial asthma. Mechanisms and therapeutics. Boston, Little, Brown, 1976. — 92. *Williams, H. R.*: Textbook of Endocrinology. W. B. Saunders Co., Philadelphia, London, 1974. p. 275. — 93. *Wurtman, R. J.*: Endocrinology. 1966, 79, 608. — 94. *Yernaut, J. C. és mtsai*: Chest. 1977, 71, 698.

Az utóbbi néhány évben az Orvosi Hetilap szerkesztőségébe növekvő számban érkeznek olyan kéziratok, amelyekben a MEGBESZÉLÉS fejezet tartalma nem felel meg annak, amit a fejezetcím ígér, vagyis nem a saját vizsgálati eredmények, megfigyelések vagy esetek diszkussziójáról, az irodalmi megállapításokkal való összevetéséről van benne szó. Leggyakrabban a megbeszélésben olyan adatközlések, irodalmi áttekintések olvashatók, amelyeknek a dolgozat bevezető részében lenne a helyük. Az ilyen kéziratokkal a szerkesztőségnek sok munkája van, és ezeket minden esetben kénytelenek vagyunk visszaküldeni a szerzőknek átdolgozás céljából. Arra kérjük ezért szerzőinket, szíveskedjenek a kéziratok elkészítésekor nagyobb figyelemmel lenni arra, hogy a dolgozatok megszokott szerkezeti rendje, és különösen megbeszélés része ne formális legyen csupán, hanem tartalomában is kifejeződjön.

Köhögtetéssel indukált rhythmus-váltás

Schmidt János dr. és Máté Károly dr.

A supraventricularis rhythmusok diagnosztikus vagy terápiás célú befolyásolására gyakran használjuk fel a vagus tonus fokozását. Vagotoniás stimulusként egyrészt fiziológiás manőverek (oculocardialis reflex, carotis-nyomás, Valsalva-kísérlet, provokált hányás, merülési próba stb.), másrészt gyógyszerek (digitalis, Tensilon, Stigmosan stb.), illetve ezek kombinációi használatosak.

A supraventricularis rhythmusok köhögtetéssel történt befolyásolására adatot nem találtunk, pedig egyes fiziológiás manőverekhez (Valsalva-kísérlet, merülési próba) hasonló hatást fejt ki a szívre.

Köhögés alatt a kardiopulmonális rendszeren belül gyors volumen- és nyomásváltozás játszódik le és az intrathoracalis csúcsonyomás a 300 Hgmm-t is elérheti (6). E rövid ideig tartó nyomás préselő hatást fejt ki a szívre és a nagyerekre. Újabb vizsgálatok szerint a köhögésnek ez a komprimáló hatása felhasználható a szívleállás utáni keringés fenntartására. Szívleállás után átlagban 6–7 s múlva következik be az eszméletvesztés, vagyis ennyi idő áll a beteg rendelkezésére a köhögés elkezdéséhez. Természetesen mindez csak megfelelően kioktatott és ellenőrzött betegeken valósítható meg. Criley és mtsai (1) három olyan betegen tudtak 1–3 másodpercenkénti köhögéssel 24–39 s-on keresztül, a defibrillálásig, kielégítő keringést fenntartani, akiken coronarographia közben kamrafibrillatio alakult ki. Meglepő volt, hogy köhögtetéssel lényegesen magasabb (139,7 Hgmm) aortás nyomást értek el mint külső szívmasszázzsal (60,7 Hgmm).

A köhögés által kiváltott EKG módosulással csak kevés közlemény foglalkozik. Leírtak ilyen hatásra kialakuló másodfokú av blokkot (5). Francis és mtsai (2) az általuk közölt esetet, tévesen, mint köhögésre megszűnő Tawara-szár blokkot mutatták be, ugyanis nem ismerték fel az EKG görbén látható rhythmus-váltást, ahol az idioventriculáris tachycardiát átmenetileg sinus rhythmus váltotta fel.

A köhögés indukálta rhythmus-váltásról, a fenti fel nem ismert eset kivételével, más közleményt nem találtunk. Dolgozatunk az e témával kapcsolatos megfigyeléseinket tartalmazza.

Módszer és eredmény

1975 februárjában EKG készítés közben figyeltünk fel a köhögés alatt létrejött rhythmus-váltásra. Ettől kezdve a köhögtetést, mint provokációs próbát vizsgáltuk, és hatását a Valsalva-kísérlet és a carotis-nyomás effectusával hasonlítottuk össze. A köhögtetés és a rhythmus-váltás közötti kapcsolat tanulmányozását tűztük ki célul. Összegyűjtöttük az EKG-val igazolt köhögés indukálta rhythmus-váltásokat.

A köhögtetést kezdetben a nem paroxysmalis pitvari és junctionalis rhythmusok kiváltására (passzív rhythmus), illetve megszüntetésére (aktív rhythmus), később a supraventricularis paroxysmalis tachycardia (továbbiakban s. p. t.) befolyásolására is alkalmaztuk.

A rhythmus-váltás fogalma alatt azt értjük, hogy a szív bármely pontjáról kiinduló rhythmust hirtelen vagy fokozatosan más helyről származó rhythmus váltja fel (pacemaker-vándorlás).

A supraventricularis nem paroxysmalis rhythmus (továbbiakban s. n. r.) frekvenciája alapján megkülönböztetünk egyrészt pót-rhythmust (40–60/min), másrészt gyorsult (60–120/min), accelerált rhythmust, mely nem paroxysmalis tachycardiaként is ismert.

Megfigyeléseinket és eredményeinket táblázatban is feltüntettük.

Betegeink átlagéletkora 27,6 év volt, vagyis sikeres rhythmus-váltást zömmel fiatal felnőttségben értünk el. Részletes haemodynamikai kivizsgálás egy esetben sem történt. Egy betegünknek mitralis click syndromája, egynek pedig echo-cardiographiával is igazolt mitralis stenosisa volt. 10 esetben organikus szívbetegséget nem találtunk. A vizsgálati periódusban egyikük sem szedett digitalist és igazolt carditis sem fordult elő.

Betegeink vizsgálatára vagy az EKG-n észlelt aktív s. n. r. vagy tisztázatlan arrhythmia miatt került sor.

Köhögéssel indukált rhythmus-váltást 11 betegen EKG-val igazoltunk, míg egy esetet a jellemző anamnesis miatt vettünk fel anyagunkba.

A következő típusú rhythmus-váltások létrejöttét figyeltük meg:

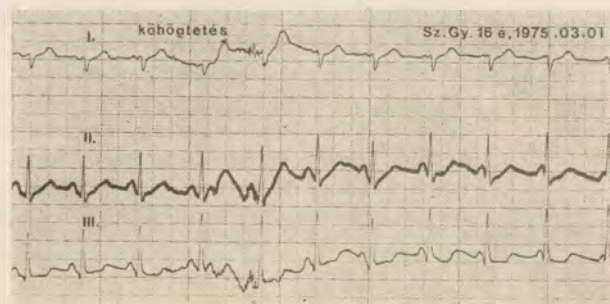
1. paroxysmalis tachycardia megszűnt két betegen (egy EKG-val igazolt);
2. a sinus rhythmust két esetben av dissociatio váltotta fel;
3. a s. n. r. és a sinus rhythmus közti átmenetet 8 esetben dokumentáltuk (5 aktív és 3 passzív rhythmus).

Ez utóbbi csoportban együtt tárgyaltuk a sinus coronarius, a bal pitvari és a régi nomenklatura szerinti supranodalis rhythmusokat. Mindháromra jellemző a standard II–III. és a Goldberger-féle aVF elvezetésekben látott P hullám negativitás. EKG elkülönítésük lehetőségeivel nem foglalkozunk.

A Valsalva-kísérlet 4 esetben, míg a carotis nyomása 1 esetben idézett elő rhythmus-váltást.

A köhögtetést a nem paroxysmalis esetekben, egy kivétellel, átmeneti tachycardizálódás kísérte.

A táblázat azt is mutatja, hogy a s. n. r.-okat olyan astheniás alkatú egyénekben észleltük, akiken a lapos mellkas, mint deformitás, valamilyen formáját



1. ábra.

A photograph of a woman with short brown hair, smiling warmly at a baby. The baby has light blonde hair and is wearing a white, textured sweater with colorful floral patterns. The background is a solid red color. The text 'Robébi "A" GYÓGYTÁPSZER' is overlaid on the right side of the image in white, bold, sans-serif font.

Robébi "A"

GYÓGYTÁPSZER

A Robébi „A” kémiaiilag és mikrobiológiaiilag ellenőrzött tej, tejsír, növényi olaj, laktóz, szacharóz, ásványi anyagok és vitaminok homogenizátumából porlasztva szárítási gyártástechnológiával előállított tápszerkészítmény. A fiatal csecsemő nagy fehérjeszükségletének megfelelő fehérjetartalmat biztosít. Kalóriaértéke azonos az anyatejével (71 Kal).

Robébi "A"

GYÓGYTÁP SZER



ÖSSZETÉTEL

	Robébi „A” tápszertör, %	Robébi „A” fogyasztásra kész tápszertördat (1 dl) g/100 ml	Anyatej, g/100 ml
Fehérje	14,6	2,10	1,2
Zsír	23,6	3,40	4,0
Szénhidrát	55,5	8,00	7,0
Ásványi anyagok + vitaminok	3,3	0,50	0,2
	100 g = 492,8 Kal	100 ml (1 dl) = 71 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-pantotenát	0,20 mg

JAVALLATOK

Az anyatej teljes hiánya esetén annak pótlására, ill. csökkent tejelválasztás esetén az anyatej kiegészítésére adható az első 3 élethónapban, ill. a 4,5 kg (max. 5 kg) testsúly eléréseig.

A TÁPSZEROLDAT ELKÉSZÍTÉSE

A dobozban levő adagolókanálkával (1 kanál tápszer = 5 g) anynyiszor 3 lesimitott kanálnyi tápszerport (kb. 15 g) 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 tápszerport két héten belül fel kell használni!

ADAGOLÁS

A napi adag testsúlykilogrammonként 150 ml (másfél dl) tápszeroldatnak felel meg. Ha az orvos másként nem rendelkezik, ezt a mennyiséget elosztva napi 5–6 alkalommal kell a csecsemő-

nek adagolni. Az esetben, ha más — nem 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 tápszerport + 75 ml ($\frac{3}{4}$ dl) víz, napi 6 alkalommal;
- 4 kg-os csecsemőnek 4 adagolókanál tápszerport + 125 ml ($1\frac{1}{4}$ dl) víz, napi 5 alkalommal.

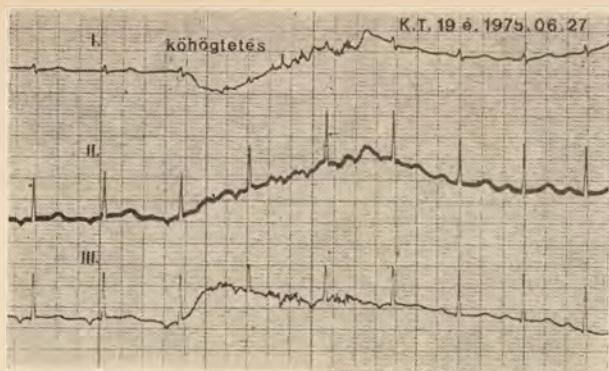
A fenti táplálási ajánlatot csak általános irányelvként közöljük. Bármilyen észrevétel esetén orvos vagy védőnő tanácsát kell kérni.

Megjegyzés: anyatej pótlására, továbbá gyógyítás céljára, csecsemők táplálkozási zavarainak megszüntetéséhez az első 3 hónapban, ill. 4,5 (max. 5) kilogramm testsúly eléréseig rendelhető, minden esetben térítésmentesen. Rendelésre jogosultak mindazok az orvosok, akiknek a gyógyító-megelőző ellátás keretében a csecsemőellátás a feladatkörükbe tartozik.



Csomagolás: 500 g 30,90 Ft

Egyt GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR



2. ábra.

láttuk (egyenes hát syndroma 3, pectus excavatum 1, és lapos mellkas 5 esetben).

Hyperkinetikus keringésű, lapos mellkasú egyéneken nem sikerült ritmus-váltást provokálnunk.

Az előzőleg felsorolt ritmus-váltási típusok illusztrálására egy-egy esetet részletesebben is ismertetünk.

Esetismertetések

1. Sz. Gy. 1975 februárjában kardiológiai ambulanciánkra beutalt 16 éves férfi, az EKG felvétel készítése közben köhintett és ekkor az addig stabil sinus ritmushoz 90–105/min frekvenciájú av dissociatio váltotta fel (1. ábra). Az EKG görbékben látható, hogy köhögés után a PQ tartam fokozatosan rövidül, sőt a QRS meg is előzi a pozitív P hullámot, ami két ingerképző központ egyidejű fennállására utal.

A véletlen egybeesés kizárása érdekében ismétleten megköhögöttük és több alkalommal is sikerült az isorhythmias av dissociatio kiváltanunk. A próbálkozások során egy alkalommal a ritmus-váltás Valsalva-kísérlet után is létrejött, de carotis-nyomására nem. Feltűnt a vizsgált astheniás alkata, lapos mellkasa. Carditise vagy más szívbetegsége nem volt.

2. K. T., 19 éves nőbeteg bizonytalan szívűti fájdalom miatt kereste fel kezelő orvosát. Az EKG vizsgálat alkalmával nem paroxysmalis junctionalis ritmushoz észlelték, és carditis gyanújával ambulanciánkra utalták. Köhögétes hatására a junctionalis ritmushoz átmenetileg sinus ritmushoz váltotta fel (2. ábra). Az astheniás alkattú nőbetegnek carditise nem volt. A ritmus-váltás sem carotis-nyomásra, sem Valsalva-kísérletre nem jött létre, míg álló helyzetben és rövid, mély légvételre igen.

3. K. M., 21 éves nőbeteg. Gyermekkorától volt paroxysmalis tachycardiája. A paroxysmusok általában „spontán” szűntek meg, de csak fekvő helyzetben. Osztályunkat elhúzó s. p. t. miatt kereste fel. A carotis megnyomására és Valsalva-kísérletre tachycardiája nem változott. Ekkor mély belégzés utáni erőteljes köhögésre szólítottuk fel. A folyamatosan készült EKG felvételen látható a paroxysmus megszűnése (3. ábra). Az astheniás alkattú nőbetegnek szívbetegsége nem volt.

4. T. K., 61 éves férfibeteg, felvételekor elmondta, hogy mintegy három éve nyugalomban jelentkező rohamoszerű szívdobogásai voltak. Már az első paroxysmus alkalmával köhögési ingerrel érzett és a paroxysmus köhögés alatti megszűnését észlelte. Ezt követően a paroxysmusokat már ő maga tudatosan, köhögéssel próbálta befolyásolni. Rohamai kezdetben 1–2 erőteljes köhögésre, később már csak 4–5-szöri ismétlésre szűntek meg. Antiarrhythmias gyógyszerrel nem szedett, orvoshoz nem fordult. Az első olyan roham miatt, melyet köhögéssel nem tudott megszüntetni, került felvételre. A vizsgálat során pitvar-fibrillációs tachyarrhythmias észleltünk. Sinus rhythmusa Chinidin sulf. adására állt vissza. A beteg nehéz fizikai munkát végzett, de paroxysmusai csak nyugalomban voltak.

A paroxysmalis tachycardiák önkezelésének többféle módja ismert, de esetünkhöz hasonló, köhögéssel

végzett akaratlagos befolyásoláshoz beszámoló ismeretét nem találtunk. A ritmus-váltás dokumentálásához szükséges technikai feltételek (folyamatos EKG regisztrálás) nem álltak rendelkezésünkre. Esetünket az anamnézis jellemző volta miatt mutatjuk be.

Megbeszélés

Felfogásunk a köhögés, köhögétes keringésre kifejtett hatásáról ártértékelésre szorul, mivel úgy tűnik, hogy egyes esetekben kedvezően befolyásolhatja a szív működést és a keringést (1, 13).

Az irodalom ezt megelőzőleg a köhögésnek a keringésre kifejtett nem kívánatos hatását hangsúlyozta (pl. a köhögés utáni syncope az idiopathias subvalvularis aorta stenosisban; 15), valamint a chronikus tüdőbetegségben szenvedő Kretschmer-féle pyknikus egyéneken (4, 11) és jelenleg is ez a nézet az elfogadott (8, 10).

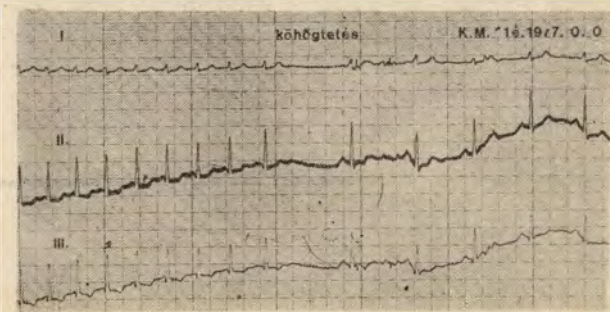
Arra a tényre felfigyelve, hogy a köhögés ritmus-váltást okozhat, az összefüggés tanulmányozására vizsgálatokat végeztünk.

Két betegen (1 EKG-val igazolt) a supraventricularis p. t.-át sikerült köhögétesselel megszüntetni. Ez a köhögés therapiás célú felhasználásának új lehetőségét jelenti. A többi fiziologiás manöverrel szembeni előnyei, hogy veszélytelen, ismételtető és önkezelésre is alkalmas. Hogy milyen gyakorisággal várható a paroxysmusok megszűnése e módszerre, azt csak nagyszámú betegen tett megfigyelés után ítéltethetjük meg.

A s. n. r.-ok és a sinus ritmus közötti átmenetet 9 betegen figyeltük meg. A sinusból kiinduló P hullámot és a pitvar-kamrai átvezetést tanulmányozhatjuk akkor, ha az aktív ritmushoz köhögétesre sinus ritmushoz váltja fel. Így derült fény két esetünkben is a Lown-Ganong-Levine-syndroma fennállására. Ezzel ellentétesen a sinus által rejtett gyorsult pitvari vagy junctionalis ingerképzés jelenléte igazolható köhögéssel (pl. a rejtett interferentia-dissociatio mutatható ki).

A benignus arrhythmias közé sorolt aktív s. n. r.-ok klinikai jelentőségét illetően a vélemények eltérők (12). Megfigyeléseink alapján megalapozottnak tartjuk Rossi (12) álláspontját, mely szerint az s. n. r.-ok nem tekinthetők a carditis diagnosztikus jelének. Az utóbbi évek megfigyelései szerint e ritmusok különböző veleszületett rendellenességhez társulhatnak (3, 7, 9, 14).

A köhögés indukálta ritmus-váltás pathomechanizmusa nem tisztázott. A s. n. r.-ok esetében a ritmus-váltás feltétele az, hogy a rejtett (passzív) ingerképző szaporábbá váljon az ural-



3. ábra.

Köhögtetéssel indukált rhythmus váltás

Sor- szám	Név	Kor (év)	Nem Köhögtetés előtti rhythmus	Frek- vencia	E.K.G. Köhögtetés utáni rhythmus	Frekvencia	Alkat	Szív betegség	Test- magasság (cm) Testsúly (kg)	Val- sal- va	Ca- rotis nyo- más
1.	Sz. Gy. 16	F	Sinus rhythmus	84—90	a—v dissociatio	90—105	Asthenia lapos mellkas	—	179/62	+	—
2.	K. T. 19	N	Supraventr. nem-paroxys- malis r.	90	Sinus rhythmus	100	Asthenia lapos mellkas	—	168/50	—	—
3.	K. M. 21	N	Supraventr. parox. tachycard.	170	Sinus rhythmus	80	Asthenia lapos mellkas	—	169/49	—	—
4.	P. E. 18	N	Supraventr. nem-paroxys- malis r.	104	Sinus rhythmus	136	Asthenia lapos mellkas	—	164/46	+	—
5.	G. I. 28	N	Supraventr. nem-paroxys- malis r.	82—90	Sinus rhythmus LGL syndroma	90—95	Egyenes hát syndroma	—	163/52	—	—
6.	Sz. M. 45	N	Supraventr. nem-paroxys- malis r.	72	Sinus rhythmus	86	Asthenia lapos mellkas	Mitralis click syndroma	175/55	+	—
7.	H. B-né	N	Supraventr. nem-paroxys- malis r.	57—60	Sinus rhythmus	76—80	Asthenia lapos mellkas	Sten. o. ven. sin.		+	—
8.	F. Gy-né	N	Supraventr. nem-paroxys- malis r.	75—80	Sinus rhythmus LGL syndroma	105—115	Asthenia lapos mellkas	—	176/55	—	—
9.	R. M. 26	N	Sinus rhythmus	60	Supraventr. nem-paroxys- malis r.	74	Egyenes hát syndroma	—	169/60	—	—
10.	N. I. 17	F	Sinus rhythmus	80	Supraventr. nem-paroxys- malis r.	74	Asthenia pectus excavatum	—	180/65	—	+
11.	Z. B. 22	F	Sinus rhythmus	70	a—v dissociatio	76	Asthenia egyenes hát syndroma	—	—	—	—

codó rhythmusnál, vagyis a köhögés utáni post-vagotoniás tachycardizálódása kifejezettebb legyen. A s. p. t. megszűnését a vagotonia mellett kiválthatja a köhögés által a szívre kifejtett compressio, mint mechanikus hatás is.

Összefoglalás. A szerzők a köhögés, köhögtes rhythmus-váltást előidéző hatását vizsgálták. 11 esetben észleltek EKG-val dokumentált rhythmus-váltást. Köhögtes hatására a sinus rhythmust 2 esetben av dissociatio, 2 esetben supraventricularis nem paroxysmalis rhythmust, míg 6 esetben a supraventricularis nem paroxysmalis rhythmust és egy esetben a supraventricularis paroxysmalis tachycardiát sinus rhythmus váltotta fel. Megfigyeléseik alapján javasolják a köhögtesési próba klinikai alkalmazását — az eddig ismert indiciók mellett — a diagnosztikus vagy therapiás célból tervezett rhythmus-váltások indukálására is.

IRODALOM: 1. Criley, J. M., Blaufuss, A. H., Kissel, G. L.: JAMA. 1976, 236, 1246. — 2. Francis, Ch. K., Singh, J. B., Polansky, B. J.: New Engl. J. Med. 1972, 286, 357. — 3. Freedom, R. M., Ellison, R. C.: Chest, 1973, 63, 952. — 4. Gottsegen, Gy., Romoda T.: Orv. Hetil. 1958, 99, 1742. — 5. Irani, F., Sanchis, J.: Can. Med. Ass. J. 1971, 105, 735. — 6. Irvin, F. és mtsai: Arch. Intern. Med. 1977, 137, 1186. — 7. Knapp, E., Abberederis, K., Braunsteiner, H.: Wien. klin. Wschr. 1978, 90, 603. — 8. Król, W. és mtsai: Przegl. Lek. 1971, 28, 398. — 9. Máté K., Schmidt J., Kulcsár M.: Magyar Kardiol. Társaság 1977. évi. tud. ülése. Előadaskivonat. — 10. Nagy G.: A köhögtescsillapítás modern therapiája. Chinoin, Budapest, 1976. 19. old. — 11. Pedersen, A. és mtsai: Acta Med. Scand. 1966, 179, 653. — 12. Rossi, L.: Histopathological features of cardiac arrhythmias. Symposium on Cardiac Arrhythmias. Elsinore, Denmark, 1970. 127. p. AB, Astra, Södertälje, Sweden. — 13. Szerkesztőségi közlemény: Münch. med. Wschr. 1976, 118, 7. — 14. Tempo, C. P. és mtsai: Am. J. Cardiol. 1975, 36, 27. — 15. White, C. V., Zimmermann, T. J., Ahmed, M.: Chest. 1975, 68, 250.

Szegedi Orvostudományi Egyetem,
Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika
(igazgató: Sas Mihály dr.)

Az antiprolactinaemiás kezelés klinikai jelentősége functionalis meddőségben

Godó György dr. és Sas Mihály dr.

A prolactint hosszú éveken át nem lehetett egyértelműen elválasztani a növekedési hormontól, és kétséges volt, hogy létezik-e külön hypophysis hormonként. Először 1972-ben sikerült izolálni, újabban pedig pontos, 198 aminosavból álló láncolatát is leírták (30).

A prolactin a hypophysis elülső lebenyében termelődik és a hypothalamus folyamatos gátló befolyása alatt áll. A legfontosabb hypothalamikus „prolactin inhibiting factor” (PIF) majdnem bizonyosan maga a dopamin (19).

Gerincesekben a prolactinnak több mint 80 különféle hatását írták le, melyek legtöbbször a növekedéssel, a szaporodással kapcsolatos. Emberekben mindaddig a reproductióval összefüggő hatásai a legismertebbek és valószínűleg a legfontosabbak (7). A radioimmun módszerekkel (RIA) gyorsan haladt a prolactin élettani és kórtani szerepének tanulmányozása (12).

A prolactin túlproductiójához jellemző reproductív zavar társul: primaer vagy secundaer amenorrhoea, az oestrogen-hiány tünetei, a clomiphen-citrátra „választ” nem kapunk. A kóros állapot viszont gyorsan rendeződik, ha a prolactin szintjét normális értékre csökkentjük (9). A hyperprolactinaemia kapcsán kifejlődő reproductív zavar pontos magyarázata még ismeretlen. A megváltozott Gn-RH (gonadotrop releasing hormon) secretio következtében abnormális gonadotropin-termelés gyanítható, a hypothalamus-hypophysis szintjén zavart szenvedhet a feed-back mechanizmus vagy anovulatiót és csökkent steroid secretiót eredményező relatív ovarialis érzéketlenség alakulhat ki a gonadotropinokkal szemben. A magas prolactin-szint gátolhatja a petefészek működését (37). A gonadotropinok alapszintje normális vagy alacsonyabb, exogen Gn-RH-ra általában választ

kapunk (24). A hyperprolactinaemia gátolhatja az FSH és LH ciklusos változásait (22, 35). Az elégtelen sárgatestműködés gyakori, hozzá menstruációs zavar, infertilitás, korai vetélés csatlakozhat.

Bromocryptinnel a prolactin-szint hatásosan csökkenthető, a szabályos gonad-működés helyreállításával a galactorrhoea megszűnik (2, 8, 26, 34). Hyperprolactinaemiás egyének előzetesen gyengén reagálnak clomiphenre vagy exogen gonadotropinokra (23). Tisztázatlan viszont a gonad-működés és a fertilitás helyreállása bromocryptinnel kezelt normoprolactinaemiás asszonyok egy csoportjában (17, 32).

Magunk a prolactin klinikai jelentőségét kívántuk vizsgálni, és értékelni az antiprolactinaemiás kezelés hatásosságát olyan infertilis nők esetében, ahol a reproductív zavar háttérben valószínűleg a „hypothalamo-hypophyseo-ovariális tengely” kóros működése áll. Elsősorban hyperprolactinaemiás, illetve olyan normoprolactinaemiás asszonyokat kezeltünk bromocryptinnel, akiknél előzetesen a clomiphen, esetenként a gonadotropin hatástalan volt: ilyen támadáspontú szerekkel a menstruációs ciklust nem sikerült rendezni, ovulatiót nem tudtunk kiváltani és a galactorrhoea sem szűnt meg.

Anyag és módszer

Az antiprolactinaemiás kezelés hatásosságát vizsgáltuk 40 infertilis asszonyon. A meddőség háttérben valamennyi esetben a menstruációs ciklus zavara, az ovulatio hiánya szerepelt, és előzetesen az ovulatio induktója sikertelen volt.

A kezelés megkezdése előtt meghatároztuk a plasma FSH, LH és prolactin (hPrI) szintjét. A meghatározásokat radioimmun módszerrel végeztük. A prolactin szintje a menstruációs ciklus folyamán normális körülmények között 5–25 ng/ml között ingadozik. Hypergonadotrop egyéneket (magas FSH-szint, postmenopausában szokásos érték) nem kezeltünk, hiszen itt az antiprolactinaemiás kezeléstől sem várható kedvező hatás.

A normo- és hypogonadotrop egyéneket bromocryptinnel (Parlodel[®], Sandoz) kezeltük. A szer adását a menstruatio első napján kezdtük és a ciklus folyamán napi 5 mg-t adagoltunk. Mellékhatások fellépése (hányinger, szédülés, fejfájás) esetén a dosist az első néhány nap során fokozatosan értük el (1,25–5 mg). Hyperprolactinaemiás egyéneknél a kezelést több cikluson át az ovulatio bekövetkeztéig, illetve terhesség létrejöttéig folytattuk, maximálisan 6 cikluson át. Normoprolactinaemiás asszonyok esetében, amennyiben a Parlodel hatására vérzés ugyan jelentkezett, de az ovulatio nem következett be, akkor a harmadik ciklus után a kezelést a ciklus 5–9. napján adott

1. táblázat

hPrI-szint esetszám	Anovulációs ciklusok	Raro- és oligomenorrh.	Amenorrhoea	Galactorrhoea
Hyperprolactinaemia 25ng/ml < n=19	5	7	7	12
Normoprolactinaemia 25 ng/ml > n=21	5	7	9	6

2. táblázat **PARLODEL[®] kezelés eredményessége**

hPrl-szint esetszám	Menstruatio	Ovulatio	Terhesség	Galactorrhoea megszűnt
Hyperprolactinaemia n=19	19	16	13	12
Normoprolactinaemia n=21	18	10	8	6

napi 100 mg clomiphen-citráttal folytattuk az ovulatio kiváltása céljából.

Kezelés alatt a ciklus jellegét az alaphőmérséklet-görbe vezetésével és a lutealis fázisban a progesteron-szint meghatározásával ellenőriztük. Amikor az alaphőmérséklet-görbe jellegzetes bifázisos képet mutat, és a progesteron-szint 10 ng/ml fölé emelkedik, az ovulatio nagy valószínűséggel bekövetkezhetett. Amenorrhoeás egyéneknél a kezelést az előzetesen kiváltott megvonásos vérzés első napjától kezdtük. Ily módon lehetőség nyílt az endometrium válaszkészségének elbírálására is.

Hyperprolactinaemiás betegeink tumoros eredetét előzetesen sella felvétellel és látótérvizsgálattal kizártuk. A szer toxicitását nem vizsgáltuk, miután előzetes tanulmányunk (26) során ilyen káros mellékhatást nem észleltünk, és az irodalom sem említi veszélyességét.

Eredmények

A kórelőzmény néhány fontosabb adatát az 1. táblázat foglalja össze. A ciklusanomália és a galactorrhoea gyakran contraceptiv szerek szedése, ill. szülés vagy vetélés után alakult ki, máskor felismerhető ok nélküli primaer vagy secundaer vérzészavarról volt szó.

A kezelés előtt elvégzett vizsgálatok alapján a gonadotropin-szint általában a normális tartományba, gyakran annak alsó sávjába esett. A kezelést megelőző FSH-szinteket az 1. ábrán tüntetjük fel. A prolactin-szint vizsgálata során 3 esetben találtunk nagyfokú hyperprolactinaemiát (100 ng/ml felett), ezen egyének gonadotropin alapszintje igen alacsony volt. Ezenkívül még 16 esetben mértünk emelkedett prolactin-szintet. Normoprolactinaemiát 21 asszonnál állapítottunk meg.

A Parlodel kezelés eredményeit a 2. táblázatban tüntetjük fel. Várakozásunknak megfelelően szembetűnő a hyperprolactinaemiás esetek lényegesen jobb válaszkészsége. A normoprolactinaemiás kezeltjeink eredményeivel kapcsolatban megjegyezzük, hogy amikor a cikluszavar galactorrhoeával társult, a Parlodel hatásossága lényegesen jobbnak bizonyult: a galactorrhoea megszűnt és ovulatio is bekövetkezett. Bár az esetszám kevés, mégis felvethető ilyenkor a relatív prolactin-túlsúly lehetősége. Amikor a Parlodel kezelés eredménytelen volt, illetve csak vérzést sikerült kiváltani ovulatio nélkül, újabb clomiphen kúrával próbálkoztunk. Ennek eredményességét mutatja a 3. táblázat.

Sikertelenül kezelt eseteinkben feltehetően az antiprolactinaemiás és az ismételt adott clomiphen hatására sem kielégítő gonadotropin-hatás felelős a kellő tüszőérés és ovulatio hiányáért.

Az előzetesen elvégzett vizsgálatok és a kórelőzmény alapján eseteinkben a meddő házasság hátterében a hypothalamo-hypophyseal-ovarialis tengely zavarán alapuló anovulatio állhat. Ha a kezelésekkal ovulatiót sikerült ugyan kiváltani, de terhesség nem következett be, egyéb tényező szerepére is kell gondolnunk (coitus hiánya az ovulatio környékén, immunológiai faktorok, kürt motilitás-zavar, pszichikai tényezők).

Az antiprolactinaemiás kezelés javára írhatóan létrejött terhességek lefolyása zavartalan volt, és a már lezajlott szülések kapcsán feltűnő, említésre méltó kóros jelenséget nem észleltünk.

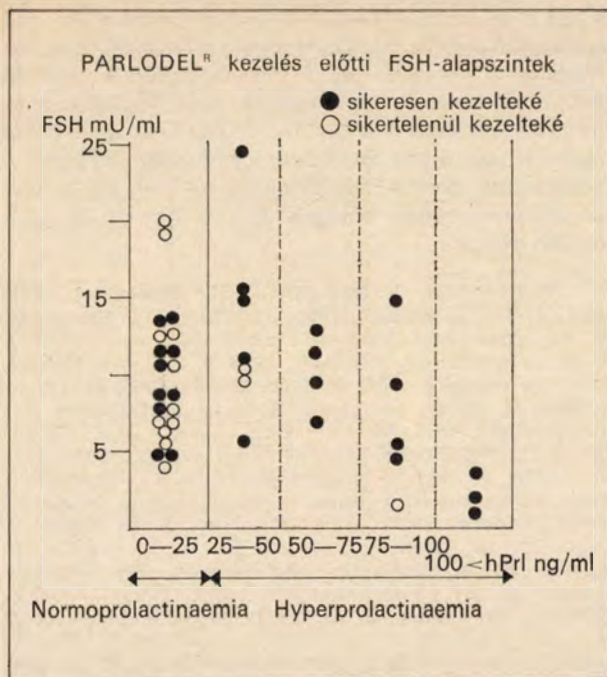
Megbeszélés

A hyperprolactinaemia korai megnyilvánulási formája a menstruációs zavar, az infertilitás. Hyperprolactinaemiás betegeken gyakori a galactorrhoea, az amenorrhoea, a szabálytalan vagy az anovulatiós ciklus. A kórelőzményben gyakran szerepel szülés, vetélés, contraceptiv szerek szedése. A hyperprolactinaemia előidézésében szerepelhetnek hypophysis-tumorkok, bár ezek gyakran olyan kisméretűek, hogy a pontos diagnosis felállítása részletes neuroradiológiai módszerekkel is igen nehéz (16, 36). Tekintettel arra, hogy terhesség alatt a tumor veszélyes mértékben növekedhet, mindenképpen törekedni kell előzetes kizárására. Erre alkalmas eljárás a sella turcica radiológiai vizsgálata (sella-tomographia). Máskor a hyperprolactinaemia a hypothalamus megbetegedésének, a hypothalamo-hypophysealis nyél betegségének, megszakadásának, primaer hypothyreoidismusként kapcsán alakul ki. Lehet bizonyos szerek szedésének — melyek vagy blockolják a hypophysis dopamin receptorait (phenothiazinok, butirofenonok), vagy kimerítik a dopamin készletet (reserpin, alfa-methyl-dopa) — vagy nem dopamin mechanizmusoknak a következménye (TRH, oestrogenek).

A hyperprolactinaemiában kifejlődő funkciózavar nem teljesen tisztázott. Az FSH- és LH-szint általában normális, az LH—RH-ra adott válasz is megtartott. Egyes szerzők megemlítik a hypophysis csökkent válaszkészségét. Feltehetően a Gn—RH felszabadulásának hibájában kereshető a kórok, bár a direkt bizonyíték hiányzik. Úgy tűnik, hogy emberben nem áll fenn olyan egyértelmű, kölcsönös fordított kapcsolat a gonadotropinok és a prolactin secretiója között, mint például patkányban (1). Felvetődik a PIF-t és a Gn-RH-t termelő neuronok valamilyen kölcsönhatása. A releasing faktorok felszabadulása valószínűleg dopaminerg neuronok (neurotransmitterek) aktivációjának eredménye (15).

3. táblázat. **PARLODEL[®] kezelés után adott Clomiphen eredményessége**

hPrl-szint esetszám	Ovulatio	Terhesség	Eredménytelen
Hyperprolactinaemia n=3	2	1	1
Normoprolactinaemia n=11	6	5	5



1. ábra: A Parlodel[®] kezelést megelőző FSH szintek a normális tartományba, gyakran annak alsó sávjába estek. Nagyfokú hyperprolactinaemia (100 ng/ml felett) 3 esetben volt észlelhető, ezen egyének gonadotropin alapszintje igen alacsony volt

A prolactinnak az ovariumok szintjén kifejtett antigonadotrop hatását példázza, hogy szoptató asszonyok érzéketlenek az endogén és exogén gonadotropinokra (25, 37). Lactáló asszonyok az első néhány hónapban hyperprolactinaemiásak, rendszerint amenorrhoeával, vagy irregularis ciklussal, csökkent fertilitással. Ez a hypophysis csökkent stimulációjának a következménye, amit alátámaszt az exogen LH-RH-ra adott csökkent válasz is. Felvetődik a kérdés, hogy ha a számok tükrében a gonadotropin értékek a normális tartományba tartoznak, az hyperprolactinaemiás egyének esetében elegendő-e az emelkedett prolactin-szint csökkenteni a gonadotropinok ovariumokra kifejtett stimulációját. In vitro kísérlet során human granulosa-sejt kultúrában megfigyelték, hogy a prolactin-concentratio növekedése csökkentette a progesteron secretiót, és ez a gátló hatás folytatódott, amikor az FSH- és LH-concentratiót nagyságrenddel megemelték (21). Ezt egyébként in vivo tapasztalatok is alátámasztják, miután hyperprolactinaemiás egyének exogen gonadotropinokra adott steroid-válasza lényegesen gyengült vagy hiányzik.

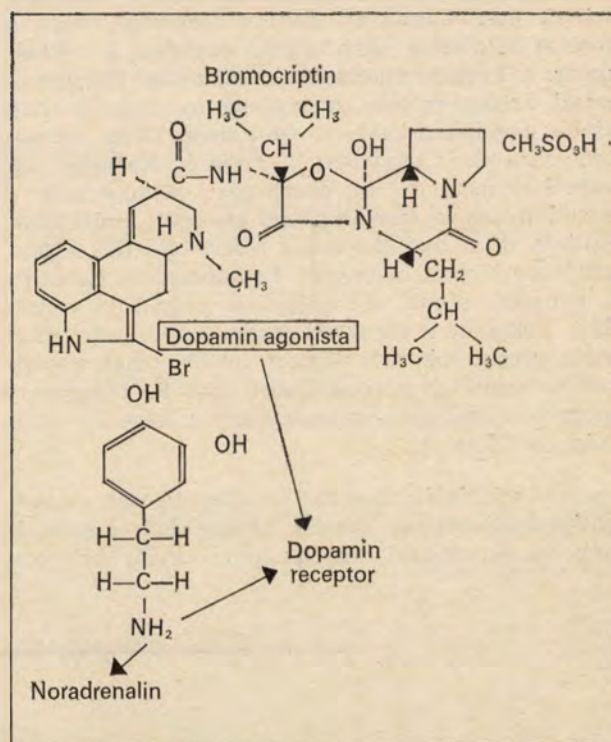
Bohnet és mtsai vizsgálatai során az FSH-szint általában normális volt, az LH-szint gyakran alacsonyabb, az LH-reserv pedig különböző, minimálistól a normális értékig.

A hyperprolactinaemia kezelésére alkalmas a levodopa, de ennél lényegesen kedvezőbb hatású a bromocryptin. Előzetes vizsgálataink során megállapítottuk (26, 27), hogy bromocryptin hatására a plasma prolactin szintje gyorsan csökken és a kezelés alatt végig alacsony marad. Ez főleg hyperprolactinaemiás egyéneknél figyelhető jól meg,

ahol már 48 órával a kezelés megkezdése után legtöbbször normális prolactin-szint mérhető. Normoprolactinaemiás nők kezelésekor természetesen nincs ilyen látványos változás, de bizonyos fokú csökkenés (általában 10 ng/ml alá) itt is megfigyelhető. A hyperprolactinaemiás asszonyok resistensek Clomiphenre (13). A bromocryptin (2. ábra) mint dopamin agonista, hat a dopamin receptorokra, így gátolja a prolactin-secretiót (20). Tiszázatlan azonban, hogy a dopamin receptorok izgatósa miként gátolja a prolactint termelő sejtek működését.

A clomiphenre való válaszképtelenség valószínűleg az endogen Gn-RH hiányának következménye, amellyel együttjár az LH-pulsatio hiánya (3). Többen beszámolnak arról, hogy TRH-val előidézett hyperprolactinaemia kapcsán megszűnt az LH-pulsatio, és sárgatest-elégtelenség alakult ki (5). A clomiphen válaszképtelenség és az LH-pulsatio hiánya hyperprolactinaemiában a hypothalamikus dysfunctio következménye. Bromocryptin kezelés alatt, ha a prolactin-szint normalizálódik, az első újra megjelenő functio az epizodikus LH-fluctuatio.

A hypothalamus túlsúlyban gátló hatást fejt ki a prolactin secretióra, bár feltételezett a prolactin releasing factor (PRF) létezése is (19). Sep-pälä és mtsai (29) hyperprolactinaemiás asszonyok oestradiol-szintjét alacsonynak találták, de bromocryptin kezelés hatására az lényegesen emelkedett. Az FSH- és LH-szint változásában nem találtak significans eltérést. Az oestradiol-szint emelkedése részben a fokozódó Gn-RH, illetve gonadotropin



2. ábra: A 2-Br-alfa-ergocryptine (bromocryptin) dopamin agonista, hat a dopamin receptorokra, így gátolja a prolactin secretiót. Kémiai szerkezete nem hasonlít a dopaminéhoz, amely a noradrenalin előanyaga

stimulatio, részben a bromocryptinnek az ovariumokra kifejlesztett direkt hatása következtében jöhet létre. Hyperprolactinaemiás egyének Gn-RH-ra adott válaszkészsége fokozódik bromocryptin kezelés alatt.

Lunenfeld és Insler szerint (18) az anovulációs infertilitás oestrogen-hiánnyal társul, és amennyiben clomiphenre nem reagálnak, a gonadotropin-concentratio nem emelkedik, akkor ezen egyéneket gonadotropinnal kell kezelni. Amennyiben a reproductiós zavart a prolactin hypersecretiója okozza, a bromocryptin kezelés hatásos (13, 14). Franks és mtsai (10) 52 hyperprolactinaemiás asszony bromocryptinnel történő kezelése kapcsán 42 esetben észlelt ovulációs ciklust. Pepperell és mtsai (23) 37 olyan asszony prolactin szintjét határozta meg, akiket előzetesen sikertelenül kezelt clomiphennel. Anyagukban 17 nő volt normoprolactinaemiás, 20 esetben pedig emelkedett volt a prolactin-szint. Seppälä és mtsai (28) véleménye szerint a kedvező hatáshoz a prolactin szintjét 10 ng/ml alá kell szorítani. Thorner és Besser (31) 95 kezelt esetükről számol be, kedvezően.

Corenblum és mtsai (6) gyakran találtak rövid lutealis fázist infertilis galactorrheás asszonyoknál, azok clomiphen kezelése alatt. Az antiprolactinaemiás kezelés helyreállította a menstruációs ciklust, a galactorrheoa megszűnt. A corpus luteum csökkent funkciója vagy az elégtelen gonadotropin stimulatio, vagy a sárgatest elégtelenségének lehet a következménye. Általában emelkedett prolactin-szint kapcsán észlelhető, bár normoprolactinaemiás asszonyokon is előfordul.

Fontosnak tartjuk a kezelés helyes időtartamának megválasztását, miután előfordul, hogy a kezelés befejezése után a galactorrheoa, a cikluszavar, a hyperprolactinaemia visszatér. Bohnet és mtsai eredménytelen bromocryptin kezelés után újabb clomiphen-kezelést említene, főleg normoprolactinaemiás egyéneknél. Tolis és Naftolin (33) euprolactinaemiás amenorrhoeás asszonyokon a gonadotropinok secretiójának gyengült pulsatióját említik, de a hypophyseális rezerv Gn-RH adásakor normálisnak bizonyult. Bromocryptin hatására a gonadotropinok secretiójának pulsatiója erősödött. Feltehető a direkt centrális hatás a catecholamin receptorokra is, amely felelős lehet a peptiderg neuronok aktivációjáért (11). Ez főleg normoprolactinaemiás egyének sikeres kezelése kapcsán vetődött fel.

Összefoglalás. Szerzők 40 infertilis nőn végzett antiprolactinaemiás kezelés hatásosságáról számolnak be. Valamennyi esetük kórelőzményében sze-

repelt sikertelen ovulatio inductiós kezelés. Az antiprolactinaemiás kezelés megkezdése előtt meghatározták a prolactin és a gonadotropinok szintjét radioimmunoassay segítségével. A hypophysis adenomáját előzetesen kizárták. A kezelést a tartósan adagolt napi 5 mg Parlodellel végezték. Hyperprolactinaemia esetén a hatásosság kitűnő, de a normoprolactinaemiás betegek egy csoportja is kedvezően reagál.

IRODALOM: 1. Ben-David, M., Danon, A., Sulman, F. G.: J. Endocr. 1971, 51, 719. — 2. Besser, G. M. és mtsai: Brit. Med. J. 1972, 3, 669. — 3. Bohnet, H. G. és mtsai: Clin. Endocr. 1976, 5, 25. — 4. Bohnet, H. G. és mtsai: J. Clin. Endocr. Metab. 1975, 42, 132. — 5. Bohnet, H. G. és mtsai: Hyperprolactinaemie Endokrinologie. 1975, 66, 158. (Eng. Abstr.) — 6. Corenblum, B., Pairaideau, N., Shewchuk, A. B.: Obst. Gynec. 1976, 47, 486. — 7. Crosignani, P. G., Robyn, C., Eds.: Prolactin and human reproduction. Academic Press, London, 1977. — 8. Del Pozo, E. és mtsai: J. Clin. Endocr. Metab. 1974, 39, 18. — 9. Franks, S., Jacobs, H. S.: Prolactin and Human Reproduction. Edited by P. Crosignani, Academic Press, London, 1976. — 10. Franks, S. és mtsai: Brit. J. Obstet. Gynaec. 1977, 84, 241. — 11. Hökfelt, T., Fuxe, K.: Neuroendocrinology. 1972, 9, 100. — 12. Hwang, P., Guyda, H., Friesen, H.: Proc. Nat. Acad. Sci. 1971, 68, 1902. — 13. Jacobs, H. S. és mtsai: Clin. Endocr. 1976, 5, 439. — 14. Jacobs, H. S. és mtsai: Hormone Research. 1975, 6, 268. — 15. Kalra, S. P., McCann, S. M.: Neuroendocrinology. 1974, 15, 79. — 16. Lachelin, G. C. L., Abu-Fadil, S., Yen, S. S. C.: J. Clin. Endocr. Metab. 1977, 44, 1163. — 17. Lenton, E. A., Sobowale, O. S., Cooke, I. D.: Brit. Med. J. 1977, 2, 1179. — 18. Lunenfeld, B., Insler, V.: Clin. Endocr. 1974, 3, 223. — 19. MacLeod, R. M.: Regulation of prolactin secretion. In Martini, L., Ganong, W. F. Eds.: Frontiers in Neuroendocrinology. Vol. 4. Raven Press, New York, 1976. 169. — 20. MacLeod, R. M., Lehmyer, J. E.: Endocrinology. 1974, 25, 1077. — 21. Mc Natty, K. P., Sawyers, R. S., Mc Neilly, A. S.: Nature. 1974, 250, 652. — 22. Meites, J., Nicoll, C. S.: Ann. Rev. Physiol. 1966, 28, 57. — 23. Pepperell, R. J. és mtsai: Brit. J. Obst. Gynaec. 1977, 84, 58. — 24. Rakoff, F. és mtsai: Am. J. Obstet. Gynec. 1974, 119, 358. — 25. Reyes, F. I., Winter, J. S. D., Faiman, C.: Am. J. Obstet. Gynec. 1972, 114, 589. — 26. Sas M., Godó Gy., Morvay J.: Orvosképzés. 1978, 53, 90. — 27. Sas M., Godó Gy., Morvay J.: Prolaktinuntersuchungen bei sek. Amenorrhoe und deren Parlodel-Behandlung. European Congress on Sterility and Fertility, Venice, Italy, 1978. — 28. Seppälä, M., Hirvonen, E., Ranta, T.: Lancet. 1976, 1, 1154. — 29. Seppälä, M. és mtsai: J. Clin. Endocr. Metab. 1976, 43, 474. — 30. Shome, B., Parlow, A. F.: J. Clin. Endocr. Metab. 1977, 45, 1112. — 31. Thorner, M. O., Besser, G. M.: Acta Endocr. Suppl. 216, 1978, 88, 131. — 32. Thorner, M. O. és mtsai: Brit. Med. J. 1975, 4, 694. — 33. Tolis, G., Naftolin, F.: Am. J. Obst. Gynec. 1976, 126, 426. — 34. Tyson, J. E. és mtsai: Obst. Gynec. 1975, 46, 1. — 35. Tyson, J. E., Khojandi, M., Huth, J. és mtsai: Am. J. Obst. Gynec. 1975, 121, 375. — 36. Vezina, J., Sutton, T. J.: Amer. J. Roentgenol. 1974, 120, 46. — 37. Zarate, A. és mtsai: Am. J. Obst. Gynec. 1972, 112, 1130.

Hetényi Géza Kórház-Rendelőintézet, Szolnok,
III. Belgyógyászati Osztály
(főorvos: Czákó László dr.)

Familiaris renalis diabetes

Kazi Zsuzsanna dr. és Czákó László dr.

A familiáris renális glucosuria (továbbiakban f. r. g.) ritkán előforduló, dominánsan öröklődő, jóindulatú vesefunkció-zavar, melyre klinikailag normális vagy alacsonyabb vércukorérték melletti cukorürítés jellemző.

A múlt század végén *Lepine* (23) említi először az alacsony vércukorérték melletti glucosuriát. A renális diabest mint kórképet *Klemperer* írta le elsőként (20). *Fanconi* (7) ajánlotta a familiáris glucosuria elnevezést a betegség öröklődő volta miatt. Esetünket a kórkép ritkasága és familiáris előfordulása miatt mutatjuk be. Az elérhető hazai irodalomban hasonló közlést nem találtunk.

Esetismertetés

G. I., 37 éves nőbeteget 1976. novemberében vettük fel osztályunkra. Elmondta, hogy szűrővizsgálat során vizeletében cukrot találtak. Panaszmentes, gyógyszer nem szedett. Családjában cukorbetegség nem fordult elő.

Fizikális vizsgálattal lényeges eltérést nem találtunk: RR: 120/80 Hgmm, EKG: szabályos görbe. Mellkas rtg: negatív.

Laboratóriumi adataiból: vizelet cukor pozitív, egyébként negatív. A napi cukorürítés könnyű, vegyes diétán 36–50 g közötti. Valamennyi vizeletminta tartalmazott cukrot, mely glucose-oxidase próbával glucose-nak bizonyult. Éhomi vércukor 80–90 mg%. Cukorterhelés során normális lefutású görbét kaptunk. Szénhidrátús étkezés mellett a napi cukorürítés lényegesen nem változott, az éhomi vércukorszint ismételt is normális volt. 0,1 E/testsúlykg kristályos inzulin sc. adása után 30 perc múlva 62, míg 1 óra múlva 78 mg% volt a vércukorszint. Az inzulin adását követő 6 óra alatt 6,2 g cukrot ürített. A vesefunkciós próbák normálisak voltak.

Vizsgálati adataink egyértelműen kizárták a cukorbetegséget, s így glucosuriáját renális eredetűnek tartottuk. A beteg számára étrendi vagy diétás kezelést nem írtunk elő.

Irodalmi adatok (19, 26) szerint a kórkép familiárisan is előfordul, ezért családvizsgálatokat végeztünk. Eredményeinket táblázatban tüntettük fel.

Betegünk szülei már nem élnek, róluk glucosuriára utaló adatunk nincs. Három testvére van, egy nő és két férfi. Náluk és gyermekeiken ismételtén vér- és vizeletcukor meghatározás történt. A táblázatból megállapítható, hogy a testvéreken és betegünk fiúgyermekén igazolódott a r. g. Bátyjának három

fia van, valamennyien ürítettek cukrot. Húgának szintén három gyermeke van, két egészséges leány és egy r. g.-s fiú. Öccsének családjáé még nincs. Eredményeinket a könnyebb áttekinthetőség kedvéért családfán is ábrázoltuk.

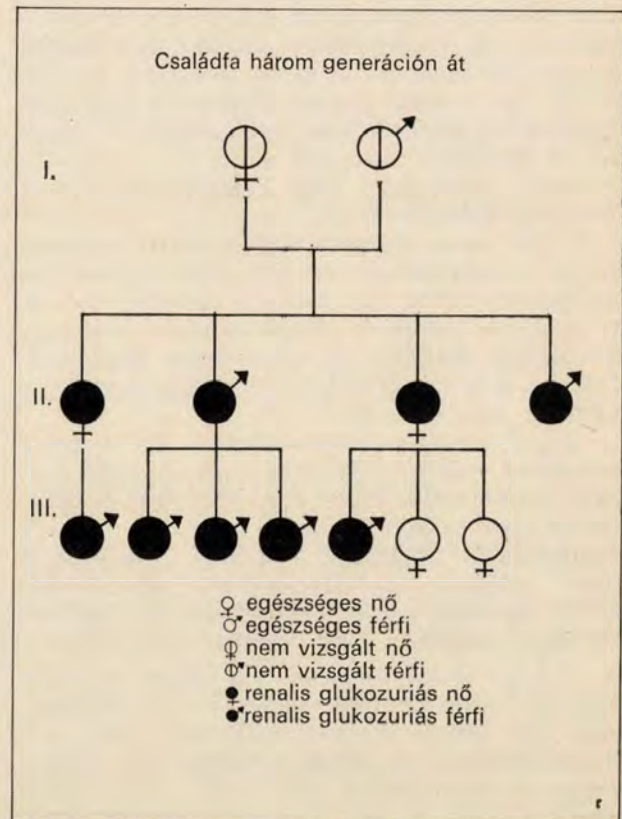
Megbeszélés

A r. g. kritériumaival többen foglalkoztak (21, 40). *Marble* (25, 26) a diagnosishoz szükséges követelményeket a következőkben foglalta össze:

1. glucosuria normális vércukorérték mellett,
2. a cukorürítés állandó, ketonuriával nem jár, független a szénhidrátbeviteltől és hosszabb éhezés alatt is változatlan;
3. szénhidrátbevitel nem befolyásolja lényegesen a vércukorszintet;
4. bizonyítandó, hogy a vizeletben levő cukor glucose;
5. a cukorterhelési görbe normális;
6. a cukorürítés per os antidiabetikumokkal, inzulinnal nem befolyásolható és
7. a glucosuria megállapítása után 3 évvel is a diabetes mellitus kizárható.

Eseteink ezen kritériumoknak megfeleltek. A családtagok vizsgálata ambulanter történt. Valamennyiükön normális volt a cukorterhelési görbe. Náluk az inzulinterheléstől eltekintettünk.

A f. r. g. a proximális vesetubulusok veleszületett resorptiós funkciózavarának a következménye. A tubularis defektusra utal, hogy néhány esetben a glucosuria mellett aminoaciduriát is leírtak (6, 10). A f. r. g. nem mindig izolált. Gyakori a tubulusok kombinált, több komponensű működési zavara, amikor egyidejűleg glucose, foszfátok, aminosavak reabsorptiója is tökéletlen (pl. *Fanconi*-



Családvizsgálat

Név	Kor (év)	Nem	Rokonsági fok	Vércukor (mg%)	Napi cukor- ürítés (g)
G. I.	37	nő	testvér	90	35
G. Cs.	10	fiú	gyermeke	89	10
Sz. M.	35	nő	testvér	95	80
Sz. I.	16	leány	gyermeke	80	Ø
Sz. É.	14	leány	gyermeke	85	Ø
Sz. J.	11	fiú	gyermeke	89	40
Cs. M.	42	ffi	testvér	104	114
Cs. J.	40	ffi	testvér	79	54
Cs. J.	9	fiú	gyermeke	86	36
Cs. Z.	12	fiú	gyermeke	74	20
Cs. I.	14	fiú	gyermeke	118	16

syndroma). A cukorürítés a szerzett vesebetegségeknek (pyelonephritis, shock-vese, toxikus tubularis károsodások stb.) is gyakori tünete. Ritkán akut nephritisben is kialakulhat (15).

A kórkép pathogenesisse nem tisztázott. A f. r. g. esetén nincs „veseküszöb”, a legalacsonyabb vércukorérték mellett is választódik ki cukor. Valószínűleg a foszforilációs enzimmechanizmus zavart, s ezért a glomerulusfiltrátumban levő glucose a tubulusokban nem, ill. csak részben resorbeálódik (29). Az ilyen betegekben a biopsziával nyert vese-szövetben elektronmikroszkópos vizsgálattal sem találtak eltérést (22), bár az újabb vizsgálatok egyes proximális tubulusok elváltozásaira utalnak (36). *Robbers* (35) encephalitis után kialakult r. g.-s esetekről számolt be, ami a hypophysaer-diencephalikus szabályozás zavarára enged következtetni.

A kiválasztott cukor mennyisége változó, általában 20–30 g naponta. Ez független a diétától s éveken át is meglehetősen állandó. Rendszerint minden vizeletminta tartalmaz glucose-t (17, 34, 35, 41). Igen csekély glucose kiválasztás fiziológias körülmények között is van, mely azonban a kimutatható határérték alatt van (3).

Reubi (35) szerint Tmg vizsgálatokkal a r. g. két típusa különíthető el:

1. „A” típus: alacsony Tmg kíséri. A normális glucose reabsorptióban szerepet játszó enzimatisz folyamatok diffúz, egyenletes zavaráról van szó. Az elváltozás familiáris jellegű, és permanens vagy intermittáló jelleggel az egész életen megmarad. E típusban a cukorfiltráció fokozására nem nő a tubularis cukor-resorptio.

2. „B” típus: pseudodiabetes renalis. A tubularis sejtek működése zavartalan és így közel normális, sőt normális Tmg-t is el lehet érni. E típusban az egyes nefronok glucose resorptió aktivitás szempontjából heterogen módon viselkednek. Egyes nefronok már alacsonyabb cukorfiltráció mellett saturáltak s ez cukorvizelet eredményez (38, 45). Betegünkön Tmg vizsgálat nem történt.

A r. g.-t többnyire a második évtizedben véletlenül (pl. szűrővizsgálat) fedezik fel, de valószínű, hogy már gyermekkorban születéstől jelen van. Fiatalabbakon ritkán diagnosztizálják (17). Gyakoriságát az irodalomban 0,29–0,63% között adják meg (2, 12, 31, 39, 41). Leginkább férfiak beteg-

szenek meg (4, 24), *Reubi* (32) szerint az esetek 70 százalékában. Az általunk vizsgált család valamennyi férfitagján (a 11 főből 8 egyénben) manifesztálódott a kórkép, mely igazolja a r. g. autosom, domináns öröklődését (4, 24). A hazai irodalomban közölt felnőtt esetek száma kevés (9, 42, 44, 45), és egyik ismertetésben sem számoltak be familiáris előfordulásról.

A r. g. jóindulatú, legtöbbször tünetmentes kórkép. A klinikai tünetek rendszerint nagyon enyhék. Éhezés vagy terhesség során azonban ketosis és dehydratio is kifejlődhet. Ritkán hypoglycaemiás tünetekről panaszkodnak a betegek. Ez csak az esetek egy részében magyarázható az extrém megnyiségű renalis cukorvesztéssel, mert általában a cukorürítés csak néhány gramm naponta.

A r. g. és a diabetes mellitus közötti összefüggéssel sokan foglalkoztak. *Hjárne* (12) olyan családról adott hírt, melyben renalis és valódi diabetes fordult elő. Régóta ismert, hogy a diabetes és a r. g. együttesen is előfordul (8, 9, 16, 18, 26, 27, 35). A r. g. ritkán átmehet diabetes mellitusba (1, 5, 11, 28, 43). Ilyenkor nehéz megmondani, melyik volt előbb. *Drucker és mtsai* (5) közölt esetekben a 8 éves korában igazolt r. g.-s fiún 19 éves korában fejlődött ki a cukorbetegség. A szerzők véleménye szerint a két kórkép véletlen találkozásáról van szó (16, 26), s ha egy-egy eset át is megy diabetes mellitusba, az egyéb hajlamosító tényezők következménye.

Egyéb anyagcsere-betegségektől, melyekben redukáló anyagok jelennek meg a vizeletben, megfelelő kémiai vizsgálatokkal jól el lehet különíteni a r. g.-t. Ezek közé tartozik a pentosuria, fructosuria, galactosuria, sucrosuria, maltosuria, mannoheptulosuria.

A r. g. egyik formája a terhességi glucosuria is.

Biztosan megállapított r. g. esetén therapiás tennivalónk nincs, mert ez az állapot az egészséget nem befolyásolja. Nagy glucose-vesztéssel járó formáiban és nehéz testi munka után létrejövő hypoglycaemiás tünetek esetén lassan felszívódó, szénhidrátot bőven tartalmazó étrend és legalább napi ötszöri étkezés ajánlott. Próbálkoztak steroid hormonokkal, lacto- és riboflavinnal, glutathionnal befolyásolni a cukorürítést (3, 13, 14, 30, 33, 37). E szerek azonban számos pozitív kísérlet ellenére tartós kezelésre nem váltak be.

A betegség prognózisa jó. Betegünket közel 3 éve tartjuk rendszeres ellenőrzésünk alatt, állapota azóta lényegesen nem változott. Progressziót vagy visszafejlődést mások sem tapasztaltak (26, 33). Egyes szerzők (32, 36) azt javasolják, hogy a felfedezés utáni első évben háromhónaponként kell a beteget ellenőrizni, hogy nem diabetes mellitus kapcsolódik-e r. g.-hoz. A további évenkénti kontroll során mind a vércukrot, mind a vizeletcukrot vizsgálni kell két órával az étkezés után és gyakori időközben a cukorterhelést is meg kell ismételni.

Összefoglalás. A szerzők familiárisan előforduló renalis diabetes esetét ismertetik. Tárgyalják a kórkép lényegét, diagnosztizálásának kritériumait, majd foglalkoznak a betegség pathomechanizmu-

sával és az elkülönítési lehetőségekkel. Érintik a kórkép terápiáját és szólnak prognózisáról.

IRODALOM: 1. Ackermann, J. P. és mtsai: Clin. Res. 1958, 6, 251. — 2. Angeli I.: Orv. Hetil. 1969, 110, 1669. — 3. Beyer, J. és mtsai: Dtsch. med. Wschr. 1970, 95, 1969. — 4. Brandt, L. és mtsai: Acta med. scand. 1964, 176, 555. — 5. Drucker, W. D. és mtsai: Arch. intern. med. 1962, 110, 199. — 6. Elsas, L. J. és mtsai: Metabolism. 1971, 20, 968. — 7. Fanconi, G.: Kinderheilk. 1931, 83, 257. — 8. Fekete T., Mosora N.: Orv. Hetil. 1966, 107, 2288. — 9. Földi M. és mtsai: Magy. Belorv. Arch. 1950, 3, 23. — 10. Gotzsche, O.: Acta med. scand. 1977, 202, 65. — 11. Graefe, E., Hering, H. W.: Klin. Wschr. 1952, 30, 345. — 12. Hjárne, U.: Klin. Wschr. 1929, 7, 1762. — 13. Hoff, F.: Klin. Wschr. 1938, 16, 1535. — 14. Hoff, F., Leitinger, H.: Dtsch. Arch. klin. Med. 1943, 191, 352. — 15. Holló J.: A glukozuria. Gyakorló Orvos Könyvtára, Medicina, Bp., 1966. — 16. Joslin, E. P. és mtsai: The treatment of diabetes mellitus. Lea and Febiger, Philadelphia, 1959. — 17. Kaszás T., Kovács E.: Orv. Hetil. 1974, 115, 798. — 18. Káldor A., Pogátsa G.: Orvosképzés. 1965, 40, 220. — 19. Khachadurian, A. K., Khachadurian, L. A.: Amer. J. Hum. Genet. 1964, 16, 189. — 20. Klemperer, G.: Dtsch. med. Wschr. 1896, 22, 153. — 21. Kranick, H. G.: Arch. Kinderheilk. 1953, 146, 197. — 22. Leonardí, P. és mtsai: Amer. J. med. sci. 1960, 239, 721. — 223. Lepine, R.: Sem. méd. (Paris) 1895, 15, 383. — 24. Lüdtke, E., Takac, A.: Zschr. inn.

Med. 1966, 21, 25. — 25. Marble, A.: Amer. J. med. sci. 1932, 183, 811. — 26. Marble, A.: Non-diabetic mellituria. In Joslin, E. P. és mtsai: The treatment of diabetes mellitus, Lea and Febiger, Philadelphia, 1959. — 27. Nelson, A. R. és mtsai: Arch. intern. med. 1964, 113, 649. — 28. Pavel, I. és mtsai: Presse med. 1963, 71, 659. — 29. Pollak, W. E. és mtsai: J. clin. invest. 1960, 39, 1386. — 30. Reubi, F.: Etud. clin. biol. 1956, 1, 575. — 31. Reubi, F.: Ergebn. inn. Med. Kinderheilk. 1958, 9, 154. — 32. Reubi, F.: Renale familiare Glucosurie. In Linneweh, F.: Erbliche Stoffwechselkrankheiten, Urban und Schwarzenberg, München und Berlin, 1975. — 33. Robbers, H., Westenhoeffer, O.: Klin. Wschr. 1939, 17, 927. — 34. Robbers, H.: Der renale Diabetes. Stuttgart, 1946. — 35. Robbers, H., Rümelin, K.: Dtsch. med. Wschr. 1953, 78, 1321. — 36. Rubin, M. J., Barratt, T. M.: Pediatric nephrology. The Williams and Wilkins Co., Baltimore, 1975. — 37. Schnetz, H.: Gastroenterology. 1948, 73, 17. — 38. Smith, H. W.: The kidney. Oxford University Press, New York, 1957. — 39. Taggart, J. V.: Amer. J. Med. 1958, 24, 774. — 40. Türk, E., Reddemann, H.: Mschr. Kinderheilk. 1967, 115, 353. — 41. Ufer, Ch.: Dtsch. med. Wschr. 1970, 95, 581. — 42. Vajda J. és mtsai: Hajdú-Bihar megyei Kórház Tudományos Évkönyve, Debrecen, 1966. — 43. Wilkerson, H. C. és mtsai: JAMA. 1959, 169, 910. — 44. Wiltner, W.: Magy. Belorv. Arch. 1954, 7, 63. — 45. Zsoldos I.: Magy. Belorv. Arch. 1954, 7, 60.



Az OMKER Bemutatótermében
(Budapest, VI. Népköztársaság útja 36.)

1980. április 14 – május 2-ig
naponta 9–16 óráig
(szombat – vasárnap zárva)

Elektronikus
és optikai elven működő
laboratóriumi készülékek
kiállítása

Szakmai és kereskedelmi felvilágosítás!

Minden érdeklődőt szeretettel várunk!



GLUDESIN fertőtlenítőszer

Baktericid, virusoid, sporocid és fungicid hatású általános fertőtlenítőszer.

ALKALMAZHATO:

- 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,
- anaesthesiológiai gépi berendezések és ezek tartozékai,
- 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

KERJE RÉSZLETES ISMERTETŐNKET



Gyártja: *Reanal*

FINOMVEGYSZERGYÁR

1147 Budapest, Telepes u. 53.

Forgalmazza: REANAL Vegyszerbolt

1147 Budapest, Telepes u. 58-60.

LIPOIC ACID

draszé, injekció

*Lipotropicum
Hepatrotectivum*

ÖSSZETÉTEL

1 draszé 25 mg, 1 ampulla (2 ml) 10 mg 6-8 ditioktánsavat tartalmaz.

HATÁS

A liponsav a piroszőlősav és más alfa-ketosavak oxidatív dekarboxilezésében koferment funkciót tölt be. Központi helyet foglal el a szénhidrát-, fehérje- és zsíranyagcserében, előnyösen befolyásolja a koleszterin-anyagcserét.

Detoxikáló hatású nehézfémek és altatószerek okozta mérgezésekben. Gyorsan felszívódik és kiválasztódik a szervezetből, kevésbé toxikus.

JAVALLATOK

Terápiás és profilaktikus céllal lezajlóban levő akut hepatitis, krónikus perzisztáló hepatitis, toxikus (alkoholos) májkárosodás, máj-cirrhosis inaktív stádiuma, polyneuropathia diabetica.

ADAGOLÁS

Orálisan, étkezés után naponta 2-3-szor 25-50 mg, 20-30 napon keresztül. Az injekcióból naponta 10-20 mg im., 2-5 héten keresztül. A folyamatos kezelés időtartama függ a betegség súlyosságától és lefolyásától. A kúrát szükség esetén 1-6 hónapon keresztül lehet folytatni.

MELLÉKHATÁSOK

Orális adagolás hatására esetleg gyomorégés, émelygés jelentkezhet, amelyek a dózis csökkentésével vagy a kezelés félbeszakításával megszűnnek.

RENDELHETŐSÉG

Draszé: Csak vényre adható ki, egyszeri alkalommal.

Injekció: Csak fekvőbeteg-gyógyintézetek részére kerül forgalomba.

CSOMAGOLÁS

100 draszé (0,025 g)
10x2 ml (0,5%)

Téritési díj:

61,10 Ft
15,60 Ft

Forgalomba hozza:

GYÓGYÉRT

Információ: MEDEXPORT Tudományos Ismertető Iroda

Budapest, Balassi Bálint u. 25. 1055

Telefon: 122-867, 316-531

Exportálja: V/O MEDEXPORT, Moszkva

Semmelweis Orvostudományi Egyetem,
II. Gyermekklinika
(igazgató: Schuler Dezső dr.)

Alacsony intenzitású intravascularis coagulatio rhabdomyosarcomában

Goldschmidt Béla dr. és Koós Rozália dr.

A rhabdomyosarcoma a harántcsikolt izomzat rosszindulatú daganata, mely a gyermekkori malignus tumorok körülbelül 5⁰/₀-ában fordul elő (11). A szövettani kép alapján három csoportja különíthető el: az alveolaris, az embrionalis és a botryoid rhabdomyosarcoma (10). Fialat korban leginkább az alveolaris forma jelenik meg (5). A betegség prognosisa rossz, a betegek 79⁰/₀-a az első tünetek megjelenése után 1 éven belül meghal (6). A daganat invasive terjed környezetébe, távolabbi metastasisok a vér- és nyirokáram útján jönnek létre. Vérézésre való hajlam rhabdomyosarcomában igen ritka (4, 12, 15). *Eldor és mtsai* (4) olyan esetet közöltek, akinél a vérzés háttérében subacut disseminált intravascularis coagulatio (DIC) következtében kialakult consumptiós coagulopathia állt fenn. Mi kezeltünk egy gyermeket, akinek embrionalis botryoid rhabdomyosarcomája volt. Bár e betegen súlyos vérzésre utaló jelek nem voltak, laboratóriumi vizsgálattal chronicus DIC-nek értékelhető eltéréseket kaptunk. A kérdés — tudniillik, hogy fennáll-e vagy nem chronicus DIC — tisztázása céljából fibrinogen kinetikai vizsgálatot végeztünk. A betegség ritkaságára való tekintettel az esetet az alábbiakban ismertetjük.

Esetismertetés

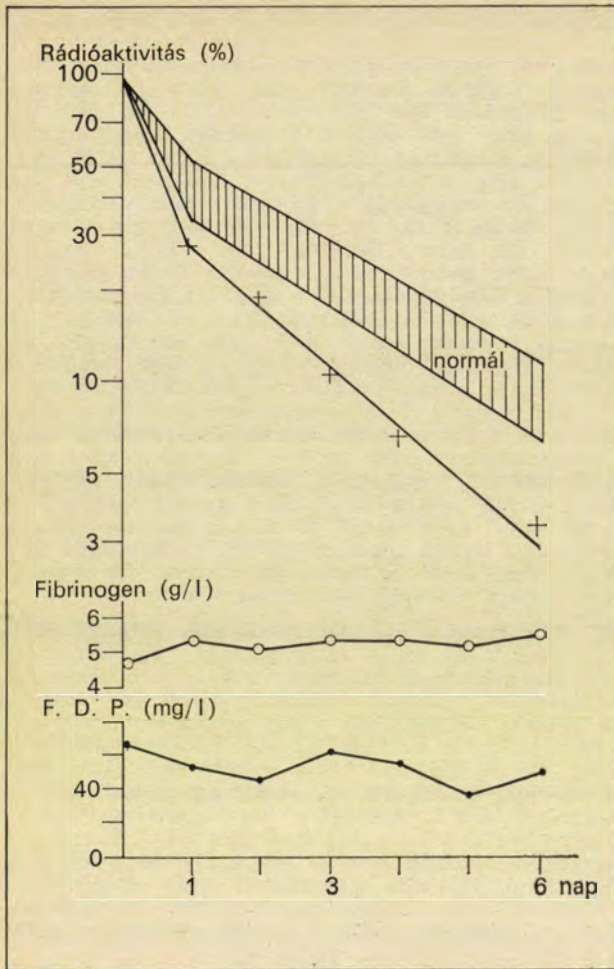
V. A., fiú. Nyolc és fél éves koráig jól fejlődött, panaszmentes volt. Ekkor néhány nap óta fennálló jobb oldali nyaki duzzanat miatt kórházba kerül infiltratio peritonsillaris I. d. és lymphadenitis colli I. d. diagnossal. Felvételnél a jobb oldali állszöglet mögött zöldbínyói, fájdalomtalan, tömött tapintatú, környezetével szorosan összekapaszkodó duzzanat van. Jobb oldalon a garatív a tonsillával együtt elődomborodik, tömött tapintatú. Laboratóriumi leleteiből: vvt. $4,2 \times 10^{12}/l$, haemoglobin 113 g/l, fvs. $11 \times 10^9/l$, pálcika magvú 4⁰/₀, karélyos magvú 68⁰/₀, monocyta 2⁰/₀, lymphocyta 26⁰/₀, a vvt.-süllyedés 6 mm/h. Az elváltozást kezdetben gyulladáson alapuló tartják és antibioticus kezelést alkalmaznak. A kezelés ered-

ménytelen, ezért tonsillectomia és adenotomia történik s egyúttal anyagvétele szövettani vizsgálatra. A szövettani vizsgálat eredménye: simaizom vagy ideg eredetű daganat, melynek malignitása biztonsággal nem állapítható meg. Az ekkor készült rgt-felvételen látszik, hogy jobb oldalon az angulus mandibulaetól felfelé a mandibula felhágó szára ívben kifelé nyomott, a proc. articularis tövével, valamint a 8. fog mögött az angulusnál a csont-structura elmosódott. Ezen a területen egy lágyrész-intenzitású képlet foglal helyet, mely a garat légsávját jobb oldalról beszűkíti és az egész garatot balra diszlokálja. Csont-destructio a maxilla hátulsó részén és e mögött a koponya alapon látható. A beteg további vizsgálatra az Országos Onkológiai Intézetbe kerül, ahol újabb szövettani vizsgálatot végeznek, melynek alapján a jobb oldali retropharyngealis régióban elhelyezkedő elváltozást embryonalis botryoid rhabdomyosarcomának tartják. Megpróbálják a tumor műtéti eltávolítását, azonban kedvezőtlen elhelyezkedése miatt ez teljes mértékben nem lehetséges. A postoperatív szakban tovább folytatódik a tumor progressziója: eléri, majd meghaladja a műtét előtti kiterjedését. Mivel a garat összenyomása miatt légzési nehézség lép fel, tracheotomia történik. Tekintettel a rhabdomyosarcoma sugár-resistens voltára, therapiás besugárzás nem történik.

A gyermeket cytostatikus kezelés céljából 1976. november 25-én vettük fel klinikánkra. Statusából: az arc nagymértékben aszimmetrikus, a jobb arcfél az ellenoldalinál nagyobb, elődomborodóbb, bőre feszes, vörös-livid elszíneződést mutat, helyenként excoriált. Jobb oldalon a submandibularis régióban zöldbínyói, a m. sternocleidomastoideus mögött kisméretű nyirokcsomók tapinthatók. A szájüreget a tumorszövet nagyrészt kitölti, olyannyira, hogy a száj nyitáskor a garatképletek nem kerülnek látótérbe. A máj fél harántújjal haladja meg a jobb bordaívét, a lép nem tapintható. Fizikális vizsgálattal egyéb eltérés nem figyelhető meg. Laboratóriumi leletek: haemoglobin 138 g/l, fehérvérsejtszám $9,2 \times 10^9/l$, thrombocytaszám



1. ábra: V. A. rhabdomyosarcomás beteg



2. ábra.

$190 \times 10^9/l$, kvalitatív vércépben karélyos magvú 76% , lymphocyta 24% . Serum összfehérje 70 g/l , fehérjefrakciók megoszlása normális, serum bilirubin $0,6\text{ mg/100 ml}$, SGOT 16 E , thymol 1 E alatt, UN 13 mg/100 ml , serum Ca $9,6\text{ mg/100 ml}$, serum P $4,3\text{ mg/100 ml}$.

A beteg a következő kezelésben részesült: Adriablastin $50\text{ mg/testfelület m}^2\text{ iv.}$, Endoxan kezdetben 400 , majd 600 mg/tf m^2 , Vincristin $1,5\text{ mg/tf m}^2$ iv. hetente egyszer. A hónapokig tartó kezelés alatt átmeneti javulás után a tumor további progressziót mutatott, ezért 1977 szeptemberében Actinomycin C-t is adtunk $5 \times 400\text{ mg}$ dózisban. Mivel kedvező hatást nem észleltünk, fenti szereket elhagytuk és a továbbiakban csak tüneti kezelést alkalmaztunk.

A gyermekben a betegség folyamán általános vérezékenység utaló jeleket nem észleltünk. Vérlemezszám 140 és $240 \times 10^9/l$ között ingadozott. A betegség előrehaladott stádiumában, a cytostatikus kezelés abahagyása után néhány héttel a nyaki tumor területén bőr alatti vérzések léptek fel (1. ábra). A véralvadási vizsgálatok eredménye az 1. táblázatban látható. A kissé megnyúlt PTI, alacsony prothrombin komplex aktivitás és emelkedett fibrinogen hasítási termék (FDP) szint felveti a subcut-chronicus DIC lehetőségét. Mivel ennek bizonyítása, illetve kizárása a klaszikus véralvadási vizsgálatokkal nem lehetséges, a kérdés tisztázása céljából ^{125}I -dal jelzett fibrinogen segítségével fibrinogen kinetikai vizsgálatot végeztünk. A vizsgálat eredményét a 2. táblázat tartalmazza. Ennek alapján megállapítható, hogy a normálisnál magasabb plasma fibrinogen koncentráció ellenére a fibrinogen élettartama lényegesen rövidebb a normálisnál (2. ábra). A fibrinogen katabolizmus fokozott, ezt jelzi a fibrinogen katabolikus arány (FKA), mely a normális kétszerese. Az abszolút katabolikus arány

(AKA) a normális érték négyszerese, ami a fennálló plasma fibrinogen szint mellett azt jelzi, hogy a máj a fokozott fibrinogen katabolizmust fokozott képzéssel kompenzálja. A haemostasisra vonatkozó vizsgálati eredmények alapján arra a következtetésre jutottunk, hogy betegünk szervezetében chronicus, alacsony intenzitású DIC ment végbe. Tekintettel arra, hogy súlyos vérzést nem észleltünk, a véralvadási befolyásoló kezelést nem alkalmaztunk. A beteg két hónappal később meghalt. A kórbonctani vizsgálat során a tumorban hatalmas kiterjedésű vérzések és elhalások voltak megfigyelhetők. A tüdők állományában elsősorban subpleuralisan több babnyi-borsónyi tömött, rugalmas tapintatú, szürkés-vörhenyes színű idegen szövet volt látható, mely histológiailag tumornak bizonyult.

Véralvadási methodikák

A véralvadási vizsgálatokat és a fibrinogen kinetikai vizsgálatát korábbi közleményeinkben (8, 9) leírtak szerint végeztük.

Megbeszélés

Rendkívül súlyos, befolyásolhatatlanul előrehaladó malignus rhabdomyosarcomában a fibrinogen turnover fokozódását észleltük. Ennek lehetséges okai: 1. fibrinlerakódás a tumorban, amint azt Laki (12) carcinomás betegeken észlelte, 2. fokozott fibrinogen consumptio disseminált intravascularis coagulatio következtében (3) vagy 3. hyperfibrinolytikus állapotban (17). Ez utóbbi lehetőség betegünk esetében kiesik, mivel vérében fokozott fibrinolytikus aktivitást nem sikerült kimutatni.

Esetünkben az alvadási rendszert aktiváló triggererek közül leginkább a nagy kiterjedésű tumor-szövetből felszabaduló thromboplastikus anyagok és/vagy a tumor véredényeiben valamint távolabb a szóródott metastasisok által involvált erekben károsodott endothel felület jön szóba (1, 15, 17, 18).

Stabil fibrinogen-plasma szint esetén a képzés és bomlás egyensúlyban van, a synthesis mértékét az ún. abszolút katabolikus érték (AKA) adja meg.

1. táblázat. V. A. rhabdomyosarcomás beteg véralvadási adatai

Vizsgálat	Beteg	Normál
Vérzési idő (Ivy), perc	2,5	2— 8
Alvadási idő (Lee—White), perc	4,0	2— 8
Thrombelastogramm (Hartert)		
r, perc	7,0	6— 11
k, perc	4,5	3— 6
α_{max} , mm	58	46— 60
Partialis thromboplastin idő (PTI, Langdell és mtsai), mp	55	30— 50
Prothrombin idő (Quick), %	16	60—120
Thrombin idő (Marbet- és Winterstein), mp	25	23— 27
Fibrinogen, mg/dl	500	200—400
II-faktor (Schultze), %	20	65—120
V-faktor (Schultze), %	40	65—120
VII-faktor (Schultze), %	10	65—110
VIII-faktor (Langdell és mtsai), %	90	60—160
X-faktor (Hougie), %	85	70—120
Fibrinolysis (Marbet)	neg.	neg.— 1+
Fibrin degradatios termékek (FDP, Merskey és mtsai), ug/ml	36	<10
Ethanol gelatios test (EGT)	neg.	neg.
Vérlemezkészám (Feissly és Lüdin), $\times 10^9/l$	180	150—400

2. táblázat. V. A. rhabdomyosarcomás gyermek fibrinogen kinetikai adatai

	Beteg	Normál kontroll
plasma volumen, ml/kg	h48	51±18
plasma fibrinogen, mg/dl	500	280±80
C _i érték	0,42	0,62±0,09
fibrinogen plasma készlet, mg/kg	230	118±21
fibrinogen felezési idő, nap	1,5	2,3±0,43
fibrinogen frakcionális katabolikus arány	1,1	0,51±0,14
fibrinogen abszolút katabolikus arány, mg/kg/nap	253	62±32

Betegünkben a megfigyelési idő alatt egyenletesen magas plasma fibrinogen szintet észleltünk, az AKA pedig négyszerese volt a normálisnak. Ez intenzív felhasználódást kompenzáló fokozott fibrinogen synthesist jelez. A máj e téren rendkívül nagy tartalékkapacitással rendelkezik. Állatkísérletben chronicus DIC alkalmával az alapérték ötszörösét kitevő fibrinogen synthesis növekedést figyeltek meg (16). A humán pathológiából vett figyelemre méltó adat, hogy a fibrinogen szint és a turnover között nincs korrelatio (9, 14).

A fibrinogennel ellentétben a többi procoagulans aktivitásának csökkenését észleltük betegünk vérében. Különösen vonatkozott ez a K-vitamin dependens véralvadási faktorokra.

Annak ellenére, hogy esetünkben a fibrinolytikus enzimrendszer aktivitásának fokozódását nem észleltük, a fibrin/ogen degradációs termékek (FDP) koncentrációja magasabb volt a normálisnál. Ennek oka feltehetően az, hogy bár a fibrinolysis intenzitása normális, azonban az elbomló fibrin/ogen nagy tömege következtében a keletkező FDP oly mértékben megszorodik, hogy ezt a nem teljesen intakt RES képtelen a vérből eliminálni. Az FDP szint permanens emelkedése magyarázatul szolgálhat a fokozott fibrinogenképzésre: egyesek szerint ugyanis a fibrinogen fragmentumok és hasítási termékek az új molekula synthesisnél mint substrat kerülnek felhasználásra (7, 19), mások feltételezik, hogy az FDP oly módon stimulálja a máj-parenchyma sejtekben a fibrinogen synthesist, hogy a hepatocytákban a fibrinogen synthesist szabályozó operont gátló repressort közböcsíti (2).

Az irodalomban rhabdomyosarcomához csatlakozó vérzékenységet négy esetben közöltek. Az első beteget *Lechner* és *Moran* (13) 1952-ben írta

le. Bár ekkor még ismeretlen volt a DIC syndroma, a leírás alapján a súlyos gastrointestinalis vérzés következtében meghalt betegnél acut DIC állhatott fenn. *Merskey* és *Johnson* (15) 1966-ban két esetet, *Eldor* és *mtsai* (4) 1977-ben egy esetet közölnek, akinél subacut DIC klinikai és laboratóriumi jeleit észlelték. Rhabdomyosarcomával szövődött chronicus DIC-ről tudomásunk szerint nincs közlés.

Hosszú időn át tartó, alacsony intenzitású DIC esetén a véralvadási vizsgálatok eredményei igen változatosak lehetnek. A diagnosis legbiztosabban csak a procoagulansok turnoverének meghatározásával állítható fel. Betegünkben a fibrinogen kinetika in vivo vizsgálata szolgáltatott újabb adatot a rhabdomyosarcomában ritkán előforduló alvadászavar pathomechanismusának tisztázásához.

Köszönetünket fejezzük ki *Sugár János dr.-nak*, az Országos Onkológiai Intézet professzorának és *Kopper László dr.-nak*, a Semmelweis OTE I. Körbonctani Intézete adjunktusának betegünk alapbetegségének szövettani diagnosisíért.

Összefoglalás. Tíz éves gyermekeken embryonalis botryoid rhabdomyosarcomához társult chronicus disseminált intravasculáris coagulatiót figyeltek meg. A véralvadási zavart ¹³¹J-dal jelzett fibrinogen segítségével végzett in vivo fibrinogen kinetikai vizsgálattal diagnosztizálták.

IRODALOM: 1. *Al-Mondhiry, H.*: Thrombos. Diathes. Haemorrh. 1975, 34, 181. — 2. *Barnhart, M. I. és mtsai*: Influence of fibrinolytic products on hepatic release and synthesis of fibrinogen. *Owren, P. A. és mtsai* (eds.): Fibrinogen: structural, metabolic and pathophysiological aspects. Schattauer Verlag, Stuttgart, 1970, p. 143. — 3. *Brodsky, I.*: J. Med. 1974, 5, 5. — 4. *Eldor, A. és mtsai*: J. Clin. Pathol. 1977, 30, 661. — 5. *Enzinger, F. M., Shiraki, M.*: Cancer. 1969, 24, 18. — 6. *Flamant, F.*: X. Meeting of the International Society of Paediatric Oncology. Brussels. 1978. — 7. *Gans, J. J., Lowman, L.*: Blood. 1967, 29, 526. — 8. *Goldschmidt, B. és mtsai*: Gyermekgyógyászat. 1974, 25, 237. — 9. *Goldschmidt, B. és mtsai*: Gyermekgyógyászat. 1976, 27, 90. — 10. *Horn, R. C. Jr., Enterline, H. T.*: Cancer. 1958, 11, 181. — 11. *Jaffe, N. és mtsai*: Amer. J. Surg. 1973, 125, 482. — 12. *Laki K.*: J. Med. 1974, 5, 32. — 13. *Lechner, F. C., Moran, T. J.*: Amer. J. Clin. Pathol. 1952, 22, 461. — 14. *Martinez, J. és mtsai*: Blood. 1973, 42, 35. — 15. *Merskey, C. és mtsai*: Brit. J. Haematol. 1967, 13, 528. — 16. *Owen, C. A. és mtsai*: Thrombos. Research. 1973, 2, 251. — 17. *Peck, S. D., Reiquam, C. W.*: Cancer. 1973, 31, 1114. — 18. *Sun, N. C. J. és mtsai*: Mayo Clinic Proc. 1974, 49, 636. — 19. *Walsh, R. T., Barnhart, M. I.*: Clearance of coagulation and fibrinolysis products by the reticuloendothelial system. In *Mammen, E. F. és mtsai* (eds.): Disseminated intravascular coagulation. Schattauer Verlag, Stuttgart, 1969, p. 83.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

(419)

Budapest Főváros Tanácsa V. B. Egészségügyi Főosztály vezetője (Budapest V., Városház u. 9/11. 1840) pályázatot hirdet az István Kórház-Rendelőintézet Merényi Gusztáv Kórház Belgyógyászati Osztályán — nyugdíjazás folytán megüresedett — **osztályvezető főorvosi** állására.

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

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

A pályázat elbírálásánál előnyben részesülnek a repülőorvostani múlttal, ill. repülőorvosi szakképzettséggel rendelkező pályázók.

A kinevezendő főorvos orvosi magángyakorlatot nem folytathat.

Varga Árpád dr.
fővárosi vezető főorvos

(420)

A Karcag Városi Tanács Kórház-Rendelőintézet igazgató főorvos (Karcag, Lenin u. 48.) pályázatot hirdet a kórházban újonnan kialakított 8 ágyas intenzív-terápiás és anaesthesiológiai osztályra **1 fő beosztott orvosi** állás betöltésére.

Fizetés a 3/1977. EÜM—MÜM sz. utasítás alapján a gyakorlati idő szerinti kulcsszám bértételének felső határa, megegyezés szerint.

Az állást betöltő orvos részére 2 szobás összkomfortos szolgálati lakást biztosítunk.

Zsembeli József dr.
igazgató főorvos

(421)

A Karcag városi Tanács Kórház-Rendelőintézet igazgató főorvosa (Karcag, Lenin u. 48.) pályázatot hirdet Karcag városban egy üres **körzeti orvosi** állás betöltésére.

A városban 8 körzeti orvosi szolgálat központi ügyelettel működik, s a központi ügyelethez terepjáró gépkocsi van biztosítva.

Fizetés a 3/1977. EÜM—MÜM számú utasítás I. sz. melléklete szerint, a gyakorlati időnek megfelelő kulcsszám bértétel felső határa + ügyeletenként 200.— Ft ügyeleti díj.

Az álláshoz 2 szobás összkomfortos gázfűtéses szolgálati lakást biztosítunk.

Zsembeli József dr.
igazgató főorvos

(422)

A Karcag városi Tanács Kórház-Rendelőintézet igazgató főorvosa (Karcag, Lenin u. 48.) pályázatot hirdet Tiszafüreden **sávfőorvosi** állás betöltésére.

Az állás betöltéséhez belgyógyász szakorvosi képesítés szükséges.

Bérezés a 3/1977. EÜM—MÜM számú utasítás alapján 2104-es kulcsszám bértétele szerint + 1000.— Ft munkahelyi pótlék.

Az álláshoz a községi tanács 2 szobás összkomfortos lakást tud biztosítani.

Orvosházaspár esetén a házastárs részére sebészeti, körzeti orvosi, közegészségügyi felügyelői állás biztosítható.

Az állást 1980. június 1-től lehet elfoglalni.

Zsembeli József dr.
igazgató főorvos

(423)

A MÁV Kórház és Központi Rendelőintézet főigazgató főorvosa — Budapest,

Rudas László u. 111. sz. 1062 — pályázatot hirdet **2 fő anaesthesiológus szakorvosi, illetve szakvizsga előtt álló orvosi** állás betöltésére, mely azonnal elfogalható.

Bérezés a 3/1977. EÜM—MÜM számú együttes utasítás alapján.

Pályázó és családtagjai részére MÁV arcképes igazolványt biztosítunk.

Vajda György dr.
főigazgató főorvos
c. egy. docens

(424)

Budapest Főváros XXI. ker. Tanács Egyesített Gyógyító-Megelőző Intézménye (Bp. XXI., Déli u. 11. 1751) főigazgató főorvosa pályázatot hirdet a tudógondozó intézetben megüresedett **tüdőgyógyász szakorvosi** állásra.

Belgyógyászati szakképítéssel rendelkezők is pályázhatnak.

Mittler István dr.
főigazgató főorvos

(425)

A BM Heves megyei Rendőr-főkapitányság vezetője pályázatot hirdet **gyógyító orvosi** munkakör betöltésére.

Pályázatot adhat be a magyar állampolgár, aki:

— büntetlen előéletű,
— 35 évnél nem idősebb és egészségileg alkalmas,

— a speciális szakmai munkakörön túl a belügyi szolgálatot, és az azzal járó kötelezettséget vállalja.

A kinevezet megillető jogok:
— A kinevezés hivatásos állományba történik.

— Illetmény 3600.— Ft + 600.— Ft munkahelyi pótlék + rendfokozati illetmény + munkaviszonytól függően szolgálati időpótlék.

— Ruházati alapellátmány (ruha illetmény), ezt követően évenként ruha utánpótlási ellátmány.

— Évi 25 naptári nap kezdő szabadság, amely az elismert munkaviszonytól függően emelkedik.

— Betegség és egészségügyi szabadság időtartamára teljes illetmény.

— Kinevezés esetén a főkapitányság vezetője Egerben lakást biztosít.

Jelentkezés módja:
— Pályázatot részletes önéletrajzzal a Heves megyei Rendőr-főkapitányság Személyzeti Osztályához kell benyújtani (3300 Eger, Szabadság tér 1—3.).

— 1980. évben végzőknek pedig az egyetem rektorához.

Pálkás Ferenc
r. vörög,
főkapitányság vezetője

(426)

Fővárosi István Kórház-Rendelőintézet főigazgató főorvosa (Bp., Nagyvárad tér 1. 1096) pályázatot hirdet — változó munkahellyel — áthelyezés folytán megüresedett:

1 fő sebész szakorvosi állásra (Merényi Kh.),

1 fő gégész szakorvosi állásra (Merényi Kh.),

1 fő rtg szakorvosi állásra (Merényi Kh.),

1 fő belgyógyász szakorvosi állásra (Mester Rendelő., munkaalkalmassági vizsgálatok),

1 fő körzetorvosi állásra (Gyáli u. Rendelő),

1 fő bőrgyógyász szakorvosi állásra (Dermat-Venerológia).

Az alkalmazás és bérezés feltételeit a fennálló rendelkezések határozzák meg.

Az állások azonnal betölthetők.

Balázs Tamás dr.
főigazgató főorvos

(427)

Budapest Fővárosi Tanács V. B. Dél-pesti Kórház-Rendelőintézet főigazgató főorvosa (Budapest XX. ker. Köves út 2—4.) pályázatot hirdet — újonnan szerzett — főorvosi állásokra.

- 2 fő belgyógyász,
- 1 fő sebész,
- 1 fő szülész-nőgyógyász,
- 2 fő csecsemő-, koraszülött- és újszülött gyermekgyógyász,
- 1 fő ideggyógyász,
- 3 fő intenzív terápia és anaesthesiológia,
- 1 fő röntgen,
- 1 fő izotóp diagnosztika,
- 1 fő kórbonctan,
- 1 fő központi betegfelvétel.

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

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

Radnasy József dr.
főigazgató főorvos

(428)

Fővárosi Tanács V. B. Dél-pesti Kórház-Rendelőintézet főigazgató főorvosa (Bp., Köves út 2—4. 1204) pályázatot hirdet, elhallozós folytan megüresedett **1 fő gondozóvezető főorvosi** állásra, pszichiatriai szakvizsga szükséges.

Az alkalmazás és bérezés feltételeit a fennálló rendelkezések határozzák meg.

Az állás azonnal betölthető.

Radnasy József dr.
főigazgató főorvos

(429)

Fővárosi István Kórház-Rendelőintézet főigazgató főorvosa (Bp., Nagyvárad tér 1. 1096) pályázatot hirdet — változó munkahellyel — áthelyezés folytán megüresedett:

1 sebész szakorvosi állásra (Kállai Éva Kórház Egésszerűlés és plasztikai osztály),

1 kórbonctani szakorvosi állásra (István Kh.).

Az alkalmazás és bérezés feltételeit a fennálló rendelkezések határozzák meg.

Az állások azonnal betölthetők.

Balázs Tamás dr.
főigazgató főorvos

(430)

Soproni Állami Szanatórium főigazgató főorvosa (Sopron, Várisi út 2. 9400) pályázatot hirdet egy központi laboratóriumi **osztályvezető főorvosi** állásra.

Az állás betöltéséhez laboratóriumi szakorvosi képesítés szükséges. Tudományos minősítéssel rendelkező, tudományos munkásságot felmutató és idegen nyelvtudással bíró pályázó a kinevezésnél előnyben részesül.

Illetmény megállapítása a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM—MÜM számú együttes rendeletben foglaltak szerint, szakképzettség és szolgálati idő figyelembevételével történik.

Az intézetnek módjában áll szolgálati lakás biztosítása.

Nagy László dr.
főigazgató főorvos

(431)

Soproni Állami Szanatórium főigazgató főorvosa (Sopron Várisi út 2. 9400) pályázatot hirdet egy **belgyógyász osztályvezető főorvosi** állásra.

Az állás betöltéséhez belgyógyász szakorvosi képesítés szükséges. Tudományos minősítéssel rendelkező, tudományos munkásságot felmutató és idegen nyelvtudással bíró pályázó a kinevezésnél előnyben részesül.

Illetmény megállapítása a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM—MÜM számú együttes rendeletben foglaltak szerint, szakképzettség és szolgálati idő figyelembevételével történik.

Az intézetnek módjában áll szolgálati lakás biztosítása.

Nagy László dr.
főigazgató főorvos



BESZÁMOLÓK, JEGYZŐKÖNYVEK

Az NSZK epilepsia centrumai- ban végzett tanulmányutamról.

1979 novemberben 1 hónapot töltöttem az NSZK epilepsia centrumokban, a magyar-NSZK tudományos-műszaki államközi megállapodás keretében a „Carl Duisberg Gesellschaft” által kiírt ösztöndíjjal.

Céлом, a nehezen befolyásolható epilepsziás mechanizmusok terápiás tapasztalatainak, az epilepsziás gyermekek pszichoszociális gondozási problémáinak tanulmányozása, valamint az epilepsia kutatás újabb irányvonalainak megismerése.

Az NSZK-ban 3 epilepsia centrum működik úgy mint Bethelben, Korkban és Kiel-Raisdorf-ban. Mivel az utolsó kettőben csak gyermekekkel foglalkoznak, először a korki, majd a kiel-raisdorfi epilepsia centrumban voltam.

1892-ben Dél-Németországban néhány kilométerrel a francia határtól Korkban építették az első intézetet epilepsziás gyermekek részére, mely „Heil- und Pflgeanstalt für epileptische Kinder” címen működött. A betegeket kezdetben a község körzeti orvosa látta el. Mivel az epilepsziát elmebetegségnek tartották 1899-től egy pszichiáter végzett orvosi tevékenységet. 1965-ig olyan állapotok uralkodtak, hogy a meghívott orvosok közül nem igen akadt, aki az intézet vezetését elvállalta volna. A heidelbergi Egyetem Gyermekklinikájáról Ansgar Matthes professzor volt az első, aki az intézet felvirágztatását megkezdte, 1965-67-ig újjá építették, új részlegeket nyitottak meg és létrehoztak egy klinikát, mely „Klinik für nerven- und anfallkranke Kinder und Jugendliche” címen működik, jelenleg Ansgar Matthes és Rolf Kruse professzorok vezetésével. Ma az intézet nagyon modern, szinte minden követelményt kielégít. Iskolával, tornacsarnokkal, uszodával és különböző műhelyekkel rendelkezik kb. 100-120 epilepsziás gyermek befogadására képes.

Az intézethez csatlakozó neuropaediatricai klinikai részleg 3 emeletes és csak epilepsziás gyermekeket vesz fel, 44-es ágylétszámmal működik. Minden emeleti részlegen orvosi vizsgáló, játék-, foglalkoztató szobák vannak. A bekerült epilepsziás gyermekek kivizsgálása itt történik, szükség szerint minden vizsgálatot elvégeznek, még a computeres tomographiát is. A gyógyszeres beállítás itt történik, és gyakran hosszú hónapokat vesz igénybe. Epilepsziás betegek túlnyomó többsége súlyos, többnyire

re terapia resistens epilepsziás formák. Betegeik nagy része a nagyfokú szellemi károsodásból eredően továbbra is az intézetben marad, itt kap elhelyezést, iskolai oktatást, majd a műhelyben foglalkoztatják. Maga a klinika, az intézeti lakóépületek, az iskola modernnek, a tervezésben Matthes professzor már akkor elismert epileptológusként aktívan részt vett. Berendezéseiket epilepsziás gyermekeknek megfelelően alakították ki. Kis kórtermek, speciális ágyakkal, az épületek padozata puha, kézzel benyomható az esetleges koponyasérülések elkerülése végett. Minden osztályon 1 orvos dolgozik, mivel nővér- és gyógypedagógus-képzés is történik az intézetben, nővér és gondozói létszám problémáik nincsenek. Az iskolában is jó a tanári ellátás. A 120 bentlakó epilepsziás gyermeket 40 oktató foglalkoztatja, így kb. 3-4 gyermekre jut 1 tanár.

100%-os ágykihasználással dolgoznak, az osztályos felvételre a várakozási idő általában 2-3 hónap. Minden új felvétel professzori megbeszélésre kerül, mely igen részletes és gyakran 2 órát is eltart. Legfontosabb cél az epilepsziás reakcióknak az ún. „becsoportosítása” és a csoportnak megfelelő adaequat gyógyszer beállítása. Mivel többnyire régóta kezelt és terapia resistens eseteket kapnak, ez gyakran igen problematikus. Részükre döntő az anamnesis, a roham klinikai lefolyása. Beállítás előtt és alatt többször is történik EEG vizsgálat alvás elvonásban és alvásban is. Évente 3000-3500 EEG vizsgálatot végeznek el. A computeres tomographia száma sokkal kisebb, mely évente mindössze 50-80. Ennek ellenére fontossága kihangsúlyozott, főleg a fokális rohamoknál. Egy bemutatott 13 éves gyermeknél a rohamok 2 hónapos kora óta álltak fenn, agnyomás fokozódási tünetek nélkül, a computeres tomographia 13 éves korában mutatta ki a temporalisan lokalizált tumort. Rendszeresen végeznek, az ismert indiciós háttérrel is anti-epilepticum szintmeghatározásokat, napszaki eloszlásban is. Valproiatok szintmeghatározását a nagyfokú, szinte 100%-os napszaki ingadozások miatt értelmetlennek tartják. A hosszú felezési idő ellenére is a barbiturátokat és a hydantoinokat is legalább kétszer adják. Az egyszeri adás esetében az esetleges gyógyszer kihagyás gyakran provokálhat rohamokat. Véleményük szerint is a primidonok hatása az epilepsziára kedvezőbb (J. clin. Pharmacol. 1979, 7/4, 414.). A barbiturátok hosszabb időn át való adása demenciához vezet. A hosszú felezési idő

miatt az elhagyását követően a tünetek még 6-8 hétig is fennállhatnak. A gyógyszerek átépítése — terapia resistens esetekben — többnyire gyors ütemben történik, általában 8 napon belül. Tapasztalataik szerint a clonazepam minden epilepsziás formára jó, érdemes kipróbálni, hatását már alacsony adagban kifejti, ha nincs eredmény, nagyobb adagokban sem lesz. Melléktünetei súlyosak lehetnek, nyugtalanság, hypermotilitás, hypotonia. A terapia resistens 3/sec. SW epilepsziában clonazepammal jó eredményeket értek el.

Cél a rohammentesség, ezért a resistens esetekben külön listát vezetnek, hogy mely gyógyszert nem alkalmazták még. A brómot, sőt még a ketogén diétát is kipróbálják. Két — ritkán három — gyógyszernél soha sem adnak többet, és mindig tiszta készítményekkel dolgoznak, subtoxikus dosisokban, a túladagolási tünetek megjelenését kedvezőtlennek tartják. Nagyon figyelik a gyógyszerek mellékhatásait, valproiatok adása esetében a májfunkciós vizsgálatok elengedhetetlenek.

Ott tartózkodásom alatt alkalmmal volt nagyon sok súlyos epilepsziás rohamot látnom. A gyermekek legtöbbször, különösen bejövételkor sokat görcsölt, többnyire 2-3 alkalommal naponta. Egy 3 éves kisfiú Kojewnikow epilepsziája miatt folyamatosan statusban volt. Egyébként a rohamok legkülönbözőbb formáit sikerült megfigyelnem. Láttam psychogen rohamokat is, melyek az intézetben 10-15%-os gyakorisággal fordultak elő, főleg az iskolakorúaknál és az iskolai oktatás alatt. Egy gyermek az epilepsziás rohamokat bizonyos minta bemutatásával provokálni lehetett („Muster Anfälle”). A fotogen epilepsziát egy szem oklusiójával sikeresen kezelték anti-epilepticum adása nélkül.

A rohamokat a speciálisan képzett személyzet (nővérek, oktatók, gondozók) figyelték, és azonnal írásban rögzítették, miközben számtalan jelet alkalmaztak az egyes epilepsziás megnyilvánulásokra. A rohamoknál már alkalmazták a rectalis diazepamot igen jó eredménnyel (J. Pediatr. 1978, 93/6, 1039). A professzori viziten, mely hetente kétszer volt, mindenki (nővérek, oktatók is) részt vett, és az észlelt rosszulletek referenciáján alapján részletes megbeszélésre kerültek, majd terápiát módosítottak. Elképzelhetetlen lett volna a munka e „személyzet” pontos megfigyelése nélkül. Hetente 1 alkalommal a könyvtárban esetbemutatást tartottak, ahol a klinika összes dolgozója jelen volt. Ezek a megbeszélések igen tanulságosak voltak és epileptologiai szemléletre oktattak. Véleményük szerint ha egy epilepsziás reakció korán kezdődik, a rohammentes időszakok rövidek és az agykárosodás kimutatható, mindig egy nehezen be-

folyásolható epilepsiáról van szó. Öt évi rohammentesség és negatív EEG mellett is a visszaesés gyakorisága még mindig 10%-ot tesz ki. Kikristályosodottak a nézeteik a contusio és az epilepsia összefüggésében. Contusiót követő korai rohamok (egy héten belül) esetében általában 20%-ban alakul ki az epilepsia. Korai rohamok nélkül az epilepsia gyakorisága 1%-ot tesz ki. Ha 3 hónapon belül epileptogén fókusz az EEG-ben is kimutatható, a beteget kezelni kell. Határozott véleményük, hogy századunkban az epilepsia aetiologiája tisztázatlan marad. Ez valószínűleg multifaktoriális bonyolult neurobiokémiai probléma, melyről pillanatnyilag alig tudunk valamit. A jelenlegi antiepilepticumok „ágyúlóvések a semmibe”, nem az aetiológiát célozzák. A jelenlegi EEG vizsgálat is túl „durva”. Mivel az aetiológiáról pontosan semmi sem ismert, azért születnek a legkülönbözőbb csoportosítások. Matthes véleménye szerint a gyógyszerek alapján is érdemes lenne a rohamokat csoportosítani. Az a 20% 3/sec SW epilepsia, mely valproiatra nem reagál, bizonyára egészen más biokémiai alapokon nyugszik, mint az a 80%, ami valproiatra meggyógyul. Ezért talán így is mondhatnánk, hogy ez a „Valproiat epilepsia”.

Ennek ellenére a gondozás főproblémáját nem a terápiás beállításban látják, mely aránylag a legkevesebb időt igényli, hanem a betegek pszichoszociális ellátásában. (Az ambuláns gondozásban napi 5 gyermeknél többel soha nem foglalkoznak.) Az iskoláztatás, a foglalkoztatás, a családba, az

életbe való beilleszkedés rengeteg problémát rejteget magában addig, amíg az epilepsiás betegek a társadalom kitaszítottjai lesznek. A modern, jól felszerelt műhelyek, melyeket ott láttam, az ottani vezetők szerint sem teljes megoldás a betegek részére. A privatvállalatok nem alkalmaznak szívesen epilepsiást, noha azok részére sokkal kedvezőbb, nevelőbb hatású lenne az egészséges emberek közötti tevékenység.

A kieli egyetem gyermekklinikájának új épülete az utóbbi években készült el. A neuropediatríai részlegén főleg epilepsiás gyermekek vannak. A nehéz, hosszabb időt igénybevevő gyógyszeres beállításra szoruló gyermekek a klinikához tartozó intézetben „Kurklinik für Anfalls Kranke Kinder” Ralsdorfban nyernek elhelyezést, mely néhány kilométerre van Kieltől. Ez a részleg szintén az egyetemi gyermekklinika részére és így Hermann Doose professzor igazgatása alá tartozik. Felépítésében nagyon hasonlít a korki intézethez. Itt is rendszeres oktatásban és nevelésben részesülnek a gyermekek, családi környezetben, kiképzett oktatók, gondozók által 10-12-es csoportokra osztva. A gondozott epilepsiás gyermekek száma kb. 5000. Az epileptológiai nézeteik nagyon hasonlóak a korkiakéhoz.

A klinikai profilból eredően a munkát nagymértékben meghatározza az igen modern szinten végzett epilepsia-kutatás. Nagyon jól felszerelt laboratóriumokban dolgoznak, különösen az EEG vonatkozásában. A testre helyezett miniatűr (13×13×6 cm-es nagyságú) HDX-82-es „Medilog Kaset-

tenrecorder”-rel 24 órás folyamatos felvételeket tudnak készíteni a betegek különösebb megterhelése nélkül. A teljesen komputerizált EEG-rendszerük a spektrál analitikus vizsgálataikat nagymértékben megkönnyíti.

Véleményük szerint az epilepsia neurobiokémiai probléma, ahol a genetikai faktorok fontos szerepet játszanak, nemcsak a primér, de a fokális és a multifokális eredetű epilepsiásoknál is. Ez a genetikai determináció, a parietalisan lokalizált intermittáló monomorfiásan csoportosult 4-6/sec-os hullámokban jut kifejezésre, az ún. „intermittáló theta-rhythmusok”-ban, mely a primér epilepsia formáknál a testvérek 35%-ánál jelen van. A spektrál analitikus és a jobb-bal koherencia vizsgálatokkal kimutatták, hogy a theta-rhythmusok a fokozott idegrendszeri ingerlékenység jellemzői. Minél kedvezőtlenebb egy epilepsiás mechanizmus lefolyása, minél kifejezettebb a görckészség, annál nagyobb mértékben jut kifejezésre ez a ritmikus EEG-minta. A jövő útját kétségkívül az alaptevékenység gépi elemzésében látják. Véleményük szerint eljön az az idő, amikor nem a hypersynchron aktivitások (a görccspotenciálok) szerepe lesz a döntő, hanem inkább az interictális alaptevékenység elemzése kerül az előtérbe.

Úgy vélem, hogy tanulmányutam minden tekintetben többet nyújtott, mint reméltem. A lehetőségért, mely számomra jutott, ezúton is köszönetet mondok.

Kohlheb Ottó dr.

MEGRENDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett

az ORVOSI HETILAP-ot

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

Robolact

GYÓGYTÁPSZER



A Robolact kémiai és mikrobiológiailag ellenőrzött tej, tejsír, dextrin, maltóz, laktóz, szacharóz, ásványi anyagok és vitaminok homogenizátumából porlasztva szárítási gyártástechnológiával előállított tápszerkészítmény. A tej alapú tápszer nagy fehérje- és kisebb zsírtartalma a koraszülöttek sajátos tápanyagszükségletének felel meg.

Robolact

GYÓGYTÁPSZER



ÖSSZETÉTEL

	Robolact tápszerpor, %	Robolact fogyasztásra kész tápszeroldat 100 ml (1 dl) g/100 ml	Anyatej, g/100 ml
Fehérje	17,1	2,6	1,2
Zsír	9,9	1,5	4,0
Szénhidrát	66,0	10,0	7,0
Ásványi anyagok + vitaminok	4,0	0,60	0,2
	100 g = 421,5 Kal	100 ml (1 dl) = 63,9 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	0,08 mg
Ca-pantotenát	0,20 mg

JAVALLATOK

Koraszülöttek vagy 3 kg-nál kisebb testsúlyú 1—2 hónapos csecsemők mesterséges, ill. kevert táplálására alkalmas tej alapú tápszerkészítmény.

Átmeneti táplálásként dyspepsia, ill. enteritis diétás kezelésére is alkalmazható.

A TÁPSZEROLDAT ELKÉSZÍTÉSE

A dobozban levő adagolókanálkával (1 kanál tápszerpor = 5 g) annyiszor, 3 lesimított kanálnyi tápszerport (kb. 15 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 tápszerport két héten belül fel kell használni!

ADAGOLÁS

A napi adag általában a testsúly $\frac{1}{6}$ — $\frac{1}{8}$ -ának felel meg. Ezt annyi részre kell elosztani, ahányszor etetjük a csecsemőt.

A tápszer kizárólag az orvos utasítása alapján és ellenőrzése mellett adható!

Megjegyzés: Koraszülöttek, 3 kilogrammnál kisebb testsúlyú csecsemők részére anyatej pótlására, valamint átmenetileg dyspepsia, enteritis diétás kezeléséhez 1 éven aluliaknak rendelhető, minden esetben térítésmentesen. Rendelésre jogosultak mindazok az orvosok, akiknek a gyógyító-megelőző ellátás keretében a csecsemőellátás a feladatkörükbe tartozik.



Csomagolás: 500 g 30,50 Ft

Egyt GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR



Orvosi deontológia

Az orvosi kísérletekben szereplő egyének emberi jogainak védelme. World Health Organization, Geneva: WHO Chronicle, 1979, 33, 326.

A társadalom javát szolgáló kutatásokban, gyógyszerek kipróbálásában, klinikai kísérletekben gyakran szerepelnek vizsgálati alanyként emberek. Ezek lehetnek egészséges egyének, betegek, kórházi ápolás alatt levő személyek, sőt gyermekek is. A kísérleti alany kiválasztása csak az orvosi etika legmesszebbmenő figyelembevételével történhet, s nem múlhat egyes kutatók döntésén. Ezt a problémát vitatta a közelmúltban a WHO égisze alatt összehívott Nemzetközi Orvostudományi Szervezet Tanácsának Kerekasztal Konferenciája, amelyen 53 ország 46 nemzetközi szervezetének képviselői vettek részt. A legkülönbözőbb kulturális, társadalmi-gazdasági struktúrával rendelkező, valamint a betegségek megoszlása szempontjából is igen eltérő területeken folyó, s egyre szélesebb körű klinikai tevékenység hívta életre azt a sürgető igényt, hogy a kísérleti alanyként használt egyének kiválasztása erkölcsi szempontból helyes módon történjék. Az etikai szempontok figyelembevételével elkerülhető az emberi jogok megsértése. Ez nemcsak a kísérletben részt vevő személyt védi, hanem a kutatót is és a vizsgálatot anyagilag támogató szervezetet.

Az etikai felülvizsgálat a nemzet számára is fontos. Az etikai monitor szolgálat a legtöbb országban törvényes rendszabályokra épül, különös tekintettel a gyógyszerek kipróbálására irányuló kísérletekre. A felülvizsgáló bizottság lehet központi vagy helyi jellegű. A központi felülvizsgáló bizottság működhet kormány szinten vagy önállóan, mint pl. a Tudományos Akadémia. A központi irányítás előnye, hogy széles körű hatalommal rendelkezik, hátránya azonban, hogy meglehetősen távol esik a tudománytól. A helyi bizottságok is kétféleképpen lehetnek. Az iparilag fejlett országokban a helyi bizottságok tevékenysége a kórházak munkáján nyugszik, ezenkívül léteznek közösségeken alapuló bizottságok is, amelyek hatásköre túlmegegy az egyetemi kórházban, s a teljes közösség érdekét szolgálja. A helyi bizottságok munkáját könnyíti az a tény, hogy jobban ismerik a helyi adottságokat, a kutatószemélyzetet, felszerelést, így

gyorsabb intézkedésre képesek. Ugyanakkor azonban befolyásolhatják munkájukat a személyes kapcsolatok.

A felülvizsgáló bizottságok munkájának minden kutatási területre ki kell terjednie, függetlenül attól, hogy a kutatást anyagilag az állam, magánvállalkozó vagy gyógyszergyártó támogatja.

A felülvizsgáló bizottságok tagjai általában szakképzett, s klinikai gyakorlattal rendelkező egészségügyi dolgozók.

A kísérleti alany kiszemelése igen bonyolult kérdés. Elsősorban egészséges egyének jöhetnek számításba, olyanok, akik alapos orvosi vizsgálat után fizikailag és szellemileg megfelelőnek bizonyultak. Nem elegendő, ha a vizsgálatra önként jelentkező személy azt állítja magáról, hogy egészséges.

Amikor kezelés alatt álló betegek szerepelnek vizsgálati alanyként, minden esetben felvetődik a probléma, hogy miként kezeljék a kontroll csoportot, kapjanak-e placebo-t vagy csupán a legmegfelelőbb orvosi kezelésben részesüljenek. Erkölcsi szempontból problémát okozhat a pszichiátriai intézményekben levő, szellemileg károsodott egyének kísérleti alanyként való alkalmazása. Ezeket a problémákat minden esetben egyedileg bírálják el.

A WHO irányításával működő Nemzetközi Orvostudományi Szervezet feladata az irányvonalak kidolgozása és az intézkedések etikai szempontból való értékelése.

Dési Illés dr.
Varga Györgyné dr.

Genetika

Születés előtti genetikai diagnosztika 3000 amniocentesis révén: Golbus, M. S. és mtsai (Departments of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Sciences, of Pediatrics and of Biochemistry and Biophysics, University of California, San Francisco): N. Engl. J. Med. 1979, 300, 157-163.

Háromezer egymás után következő amniocentesisről számolnak be a szerzők. A vizsgálatok 9 év folyamán történtek; az évi vizsgálat-szám rohamosan emelkedik: 1978-ra már több mint 1100 vizsgálat esett.

Elengedhetetlennek tartják az alapos előzetes megbeszélést a házaspárral a várható eredményről és a kockázatról.

A következő indikációkat fogadják el jelenleg: Valamelyik szülőnek bizonyított kiegészítő

kromoszomális transzlokációja van; 35 évnél magasabb anyai életkor; előzetesen triszómiás gyermeke volt az anyának; az anya biztos hordozója X-hez kötött tulajdonságnak (magzati nem meghatározás), mindkét szülő ismert hordozója ugyanannak a magzatvízből kimutatható autoszomális recesszív tulajdonságnak; az anya ismert hordozója magzatvízből kimutatható X-hez kötött kóros tulajdonságnak. Az egyetlen multifaktoriális öröklődési állapot, mely méhenbelüli kórmézést követel, a velőcső záródási zavar.

Az első 8 évben 15 héttel az utolsó mensés után végeztek vizsgálatot, 1977 februárja óta ezt 16 hétre tették át; az amniocentesiseknek már több mint a fele történt az utóbbi terhességi korban.

A vizsgálatok túlnyomó többsége (2404) 35 év feletti anyai életkor miatt történt. Az intézmény felvevő területén évente születik 3000 gyermek ilyen korú anyától, tehát távolról sem teljeskörű a vizsgálat. Magas iskolai végzettség és jelentékeny évi jövedelem jellemezte a vizsgálatot igénybe vevőket.

A magas anyai életkor miatt végzett amniocentesis 2,4%-ban bizonyított be kromoszómahibát; 1,2%-ban, ha az anyának előzőleg triszómiás gyermeke volt és 9,1%-ban, ha egyéb citogenetikai indikáció állott fenn.

Első kísérletre az utolsó 1900 magzatvízből 99,3%-ban sikerült sejtenyészetet nyerni, ez második vizsgálatnál 99,7%-ra volt emelhető. Bármely indok alapján történt meg a vizsgálat, a kariotípust és alfa-fötöprotein tartalmat mindenkor megállapították.

Kromoszómahiba felfedezése esetén átlagosan 32,2 nap telt el az amniocentesis és a terhesség megszakítása között, biokémiai hiba fennállása esetén 45,3 nap. Minden esetben ellenőrizték az abortumban azt, hogy az amniocentesissel megállapított hiba valóban fennállt-e.

Ikerterhességet 1,2%-ban észleltek. Ilyenkor mindkét magzati úrból vettek vizsgálati anyagot az anyával való újabb megvitátás után.

Zöldes-barnács magzatvíz elszíneződést ugyancsak 1,2%-ban észleltek; spektrofotometriával bizonyították, hogy a színt korábbi vérzés lebontási termékei okozták.

Az első 100 amniocentesisből még 6 volt technikailag sikertelen, ez 0,7%-ra csökkent később. Spontán abortus 1,5%-ban fordult elő a vizsgálat elvégzése után a 28. héten belül, ez semmivel sem haladja meg a 16. hét utáni spontán abortus gyakoriságát.

14 esetben téves eredményt kaptak, ezek közül 8 esetben tévesen női kariotípust állapítottak meg hím magzat jelenléte mellett, a 8 közül egyik esetben sem vezetett ez olyan tévedéshez, mely súlyos következményekkel járt volna.

6 tévedést minősítettek súlyosnak. Egy magzatnál nem helyesen értékelték az alfa-fötöprotein enyén emelkedett voltát és anya kihordta gerinchasadékos magzatát. Egy-egy esetben nem ismertek fel argininoborosztálykórsav-betegséget, illetőleg osteogenesis imperfectát. 2 magzatvízminta elcserélése folytán a magas AFP tartalmúnak vélt esetben normális magzatot pusztítottak el, a hamisan normális lelettel rendelkező magzat anencephalnak bizonyult. A hatodik súlyos tévedés abban állt, hogy a 22-es kromoszóma hosszú karjának normális variánsát tévesen 21 és 22 közötti Robertson-transzlokációnak tartották, és ép magzatot hajtottak el.

Az, hogy a vizsgálati lelet birtokában sem végeztették el a szülők az indokoltnak beállított terhességmegszakítást, mindössze 3 esetben fordult elő: Mind a háromszor haemophilia A vagy B hordozó nő terhességében fiú magzatra derült fény, a szülők azzal indokolták a tanács elutasítását, hogy a nem megismerése még nem bizonyítja a magzat betegségét.

Két sajátos nehézségre hívják fel a figyelmet a szerzők.

A vizsgálatok számának emelkedése okozta azt, hogy a technikai hibák és helytelen diagnózisok egyre ritkábbá váltak; a vizsgálatok számának további emelkedése, ami pedig az indikációk alapján szükséges volna, már a tévedések és összetévesztések szaporodásához vezetne.

A másik nehézség az, hogy a vizsgálatok javarészt az alapkutatót végző intézetek végezték. A vizsgálatok számának emelkedésével ezek gyakorlata jelentékenyen kifinomult, elérkezett azonban az az idő, amikor ezen intézmények teljes személyzete kénytelen ezekkel a vizsgálatokkal foglalkozni és ugyanezen szakterület előrehaladásához szükséges alapkutatót kénytelen elhanyagolni.

Az eddig között legnagyobbat és legteljesebb vizsgálatsorozat azonban azt mutatja, hogy a megfelelő módszerekkel és gyakorlattal, megfelelő indikációk alapján elvégzett amniocentesis nélkülözhetetlen eszköze a preventív orvosi genetikának.

Cholnoky Péter dr.

Genetikai amniocentézis koraterhességben. Winter, R. és mtsai (Geburtshilf. Univ.-Klinik, Auenbruggerplatz 14, A-8036 Graz): Fortschr. Med. 1979, 97, 581—583.

212 korai terhességben végeztek genetikai vizsgálat céljából amniocentézist a 17. gestációs hét előtt. Az indikációk megoszlása a következő volt: 35 évnél idősebb anyai életkor 119, az előző gyermek kromoszómahibája 52, anyagcsere zavar vagy X-hez kötött betegség gyanúja 23, gerinczáródási hiba 14, a szülő kiegyensúlyozott transzlokációjára 4 esetben, 13 alkalommal (6,1%)

az amnionsejteket nem sikerült kitenyészteni, 10 esetben (4,7%) nem kaptak elegendő magzatvizet; ezeknél az asszonyoknál második amniocentésist végeztek, ami már minden esetben sikerhez vezetett. 4 alkalommal (1,8%) észleltek a beavatkozás után 6 héten belül vetélést.

Összesen 9 esetben (4,2%) találtak kóros leletet, ebből 5-ben interruptiót végeztek. Ezekben a diagnózis 3 alkalommal 47, +18 trisómia, egy magzatban 46,XY,16q+ rendellenesség és egy dystrophia musculorum progressiva (Duchenne) szempontjából veszélyeztetett családban 46,XY fiú karyotipus volt. Egy intrauterin felismert 21-trisómiás magzat spontán elvetődött, 3 kiegyensúlyozott translocatio esetében a szülőkkel való konzultálás után a terhesség megtartása mellett döntöttek, és később egészséges gyermek születését észlelték.

Méhes Károly dr.

20-trisómia mozaicizmus praenatalis diagnózisa. Kardon, N. B. és mtsai (Child Development Center — Genetics, North Shore University Hospital, 300 Community Drive, Manhasset, New York 11030, USA): Clinical Genetics, 1979, 15, 267.

A szerzők 3 praenatalisan észlelt 20-trisómia mozaicizmus esetet ismertettek. Mind a három terhes idős terhes volt, 38—41 évesek. Az első esetében 5 edényben tenyésztették az amnionsejteket, az 5 edény közül 3 edényben csak normális karyotipusúakat, 2 edényben 100, ill. 30%^o-ban 21-trisómia összetételű sejteket is találtak. A terhes nem kívánta a terhesség megszakítását. Az időre született, normális újszülött vérből és bőrből tenyésztett sejtekben nem észlelték a kóros sejtvonalat. A második esetben 5 edény közül 3 edényben szintén csak normális kromoszóma-összetételű sejteket találtak, 2 edényben 15, ill. 79%^o-ban 20-trisómiát mutatókat. Az időre született gyermek vérében kizárólag csak normális karyotipusú sejteket észleltek. A harmadik terhességből nyert amnionsejteket első alkalommal végzett amniocentésiskor csak 2 edényben tenyésztették és mindkét edényben 20-trisómiát mutató sejteket (4, ill. 20%^o-ban) is találtak a normális sejtek mellett. A megismételt amniocentésissel kapott sejtek között 5 edényben tenyésztve egyetlen kóros kromoszóma-garnitúrájú sejtet sem találtak. A szülők ragaszkodtak a terhességmegszakításhoz, ami megtörtént. A foetusból kromoszóma-vizsgálat nem történt, fejlődési rendellenességet nem találtak.

A praenatalisan észlelt mozaicizmus, amely postnatalisan nem igazolható, nehezen megmagyarázható jelenség. Három dolgot lehet feltelezni: 1. a mozaicizmus in vitro fenomén, 2. a kóros sejtek extra-

embrionális szövetekből származnak, 3. valódi mozaicizmus, de a kóros sejtvonal szaporodási üteme lassúbb levén a normálisnál, a postnatalis életben már nem mutatható ki az alacsony arány miatt.

Osztovcics Magda dr.

Systemás membrándefektus a proximalis muscularis dystrophiákban. Pickard, N. A. és mtsai (Dept. of Pathol., Neurol., Paediatrics and Human Genetics, Medical Coll. of Virginia, Richmond): N. Engl. J. Med. 1978, 299, 841—846.

A szerzők 61 különböző típusú (Duchenne-, Becker-, végtagöv-, facioscapulohumeralis és congenitalis) proximalis muscularis dystrophiában szenvedő beteg lymphocytáinak membránváltozásait vizsgálták a sapkaképződés (capping) jelenség figyelemmel kísérésével.

A progresszív muscularis dystrophiában szenvedő betegek szérumban bizonyos enzimek (kreatinkinase, aspartaminotranszferase, lactatdehidrogenase) felszaporodnak. Feltételezik, hogy e cytoplmatikus enzimek kiszabadulásának oka a megváltozott membránpermeabilitás. A permeabilitás-változás a membrán fluiditásában bekövetkező változás következménye lehet. A membrán fluiditását láthatóvá lehet tenni: erre szolgál a capping-jelenség vizsgálata. A B-lymphocytákon az immunoglobulin-receptorok átrendeződése vizsgálható ily módon: fluorescens antigen-antitest komplexumok aggregációját vizsgáljuk a B-lymphocyták felszínén. Normálisan a membránfehérjék egyenletesen oszlanak el a sejtfelszínen. Bizonyos drogok (pl. colchicin) jelenlétében vagy alacsony hőmérsékleten a fehérjék laterálisan elmozdulnak a membránban, átrendeződnek. Legkifejezettebben ez úgy jelentkezik, hogy a sejt egyik pólusán egy nagyobb aggregatum válik láthatóvá a fluorescens mikroszkóppal. Ez a sapkaképződés (capping) jelensége.

A szerzők a B-lymphocyták cappingját az immunoglobulin-receptorok átrendeződésével, T-lymphocyták sapkaképződését pedig a Concanavalin-A receptorok átrendeződésével vizsgálták. Az észlelt változások mindkét lymphocytasubpopulációt egyformán érintették.

A muscularis dystrophiás betegek lymphocytáinak cappingje erősen csökkent egyéb izombetegekhez (2 amyotrophia lateralsclerosis, 6 myotonia atrophica, 4 polymyositis, 2 Kugelberg—Welder-kór) és 86 egészséges kontrollhoz viszonyítva. A csökkenés az egyes muscularis izomdystrophiákban egyenlő fokú volt és nem mutatott összefüggést korral, nemmel és a klinikai súlyossággal. A szerzők arra a következtetésre jutnak, hogy a membránfluiditásában bekövetkező változás a közös pathogenetikai út a ge-

netikailag különböző proximalis dystrophiákban.

A Duchenne-típusú muscularis dystrophia heterozygota-hordozói is csökkent saphkaképződést mutattak: a szerzők 25 Duchenne-betegnél folytattak családvizsgálatot. 9 anyánál a hordozószerep sejtethető volt a szérum enzim magas szintje alapján. Valamennyiüknél csökkent capping volt kimutatható. A fennmaradó 16 esetben családi előzmény nem volt. Ezek az anyák valamennyien normális enzimszinttel rendelkeztek a szérumban, a betegség új mutatóinak vagy izolált családi előfordulásnak tünt. Ennek ellenére 9 anyánál a saphkaképződés csökkent volt, s csak 7 anya lymphocytái mutattak normális cappinget. Így a 25 családban előfordult 30 esetből csak 4-ben feltételezhető az új mutatio.

Mivel a capping-csökkenés „igen vagy nem” jelenség, a változásokra az egyenlőtlen X-kromoszóma inactivatio adhat magyarázatot. A capping-csökkenés vizsgálata használható a differenciáldiagnózisban: elsősorban az izomdystrophiák és a polymyositis elkülönítése válik ezzel könnyebbé, hiszen a polymyositis viszonylag gyakran jelenik meg klinikailag izomgyengeség formájában (hasonlóan a végtagövi progresszív muscularis dystrophiához) és a szérum kreatin kinase aktivitása is magas lehet. Polymyositisben a capping azonban normális mértékű. Mivel az új mutatók száma is viszonylag kevés, a capping-vizsgálat felhasználható a népességszűrésben is, lehetőségét adva ebben a betegségcsoportban is a prenatalis megelőzésre. A szerzők ebben látják munkájuk jelentőségét. *Szigeti Róbert dr.*

Izmok, membránok és anyai jellemzők. Tyler, F. H. (Univ. of Utah College of Med., Salt Lake City, Utah): N. Engl. J. Med. 1978, 299, 885—886.

A szerző az előzőekben referált közlemény tanulságait elemzi.

Bár Pickard és mtsai megfigyelései Duchenne-betegségben mindössze 30 betegen történtek, és kívánatos lenne, ha eredményeiket más laboratóriumokban is megerősítenék a capping-csökkenés vizsgálata felbecsülhetetlenül hasznos lehet a betegség klinikai diagnózisában, a genetikai tanácsadásban és a letális betegség pathogenetikai kutatásában. A szerzők családvizsgálatai igen megfontolt válogatással történtek. Nem világos azonban, hogy hány páciens tartozott olyan családhoz, melyben a nemhez kötött öröklődési forma szerint más férfiak is megbetegedtek. A „sporadikus” eseteket tekintve több anya mutatott capping-abnormalitást, mint ahogy a Haldane-hypothesisből ez következne. Ez arra mutatna, hogy minden sporadikus eset egy, az anyai vonalon a csírasejtben létrejövő, előzőleg nem ma-

nifesztálódott új mutatio eredménye. A sporadikus esetek demonstrációja, miszerint minden abnormalis cappingű nőrokon 50%-ban viszi át fiúgyermekére a betegséget, a hypothesis kritikusa pontja. A betegséget nem-átvivő nők megfigyelésekor más mechanizmusokat is figyelembe kell venni.

A szerzők nem magyarázzák meg azt az általuk talált ténytet, hogy a marker-abnormalitás mennyiségileg megegyező mértékű a hordozó-heterozygotákban, mint beteg fiaikban. Mint ahogyan ezt kifejtik, ez inkább systemás defectus, mint egy intracellularis gén abnormalitásának a következménye. Ebben az esetben azonban a hordozók cappingre képes sejtjeinek a száma közti értéket mutatna a betegek és az egészségesek csoportjához hasonlítva az XX-sejtek random X-kromoszóma inactivatioja miatt. Az anyai sejtek fele normális, fele pedig muscularis dystrophiás phenotypus lenne. A capping-csökkenés tükrözője a membránváltozásnak, azonban nem magyarázza a dystrophia kialakulását csak a férfiakon. Az a tény, hogy néhány anya lymphocytái nem mutatták a capping csökkenését, míg mások igen, egy olyan kvantitativ systemás tényező jelenlétére utal, mely faktornak bizonyos kritikus küszöbszintet kell elérnie ahhoz, hogy megakadályozza a saphkaképződést. Ha ugyanez a tényező szerepel a manifeszt betegség kialakításában is, még magasabb szint útján éri ezt el. A Pickard és mtsai által feltételezett egyenlőtlen X-inactivatio elmélet mellett ez az ún. „sokszoros küszöb elmélet” is magyarázhatja a jelenségeket. Ugyancsak erre a megfontolásra készült az is, hogy a Duchenne-betegségen kívül a jóval jóindulatúbb lefolyást mutató facioscapulohumeralis dystrophiások lymphocytáinak saphkaképződése is ugyanolyan mértékben csökkent.

Szigeti Róbert dr.

A tenyér hajlító barázdái gyermekkori daganatos betegségekben. Oorthuys, A. M. és mtsai (Dept. Human Genet. Univ., Philip van Lydenlaan 25, Nijmegen, Hollandia): Cancer 1979, 43, 749.

Az ún. majombarázdák és a Sydney-barázdák gyakoriságát határozták meg 120 egészséges gyermekben és 200 felnőttn. Az előbbiek 23.3 az utóbbiak 17%-ában találtak legalább az egyik tenyéren szokatlan barázdát. Ezt a kontroll csoportot hasonlították össze különböző tumoros betegekkel és azok közöttetlen családtagjaival.

120 acut lymphoid leukaemiás gyermekben 51.7%-os, szüleikben 27.5%-os, testvéreikben 31.6%-os gyakoriságot észleltek. Életkor szerinti bontásban főleg azokban a gyermekekben volt gyakori a rendellenes barázdák, akiknél a leukaemia korán manifesztálódott.

101, egyéb rosszindulatú daganattal megbetegedett gyermekekben a kontroll megegyező előfordulást láttak a központi idegrendszer daganatai és Hodgkin-kór esetén. Az egyéb tumorokban azonban erősen emelkedett gyakoriságot láttak, főleg a nem-Hodgkin lymphomás gyermekekben és családtagjaikban.

A tenyérbarázdák és a malignitás viszonya nem tisztázott, valamely közös familiáris hajlamról is csak spekulálni lehet. *Méhes Károly dr.*

H-Y antigén mozaikosság 46,XX valódi hermaphroditá gonádjában. Winters, S. J. és mtsai (Room 10B 09, B1dg 10, NICHD, Bethesda, MD 20014): New Engl. J. Med. 1979, 300, 745.

Az ovarium és testis együttes jelenlétének mechanizmusát tanulmányozták egy 46,XX kromoszóma komplementtel rendelkező, fenotípusában férfinak mutatkozó 20 éves betegben. A betegnél gynecomastia, emelkedett serum oestradiol koncentráció mellett a scrotalis feltáras ovotestist derített fel. Perifériás vérből, az ovotestis ovarialis és testicularis részből származó szövettényezetben Y kromoszómára jellemző anyagot sem fluoreszcenciával, sem Giemsa-festéssel nem lehetett kimutatni. Ugyanakkor serológiai módszerekkel, spermium cytotoxicitási eljárással az ovotestis testicularis részében H-Y antigén pozitív sejteket találtak, míg az ovarialis rész sejtjei H-Y antigén negatívak voltak. Ez a megfigyelés azt mutatja, hogy az ovotestis olyan mozaik primordiumból származik, amely H-Y+/H-Y- antigénnel bíró sejtekből állott.

Kiss Péter dr.

Minor chromosoma változatok pszichiatriai gyermekbetegekben. S. J. Funderburk és mtsai (Neuropsychiatric Institute, Los Angeles): Am. Journ. of Med. Genetics 1978, 10, 301—308.

Hagyományos chromosoma analízissal felfedezhető minor chromosoma variánsok gyakoriságát vizsgálták 1289 pszichiatriai gyermekbetegekben. A vizsgáltak 1/3-ának csak magatartási zavara, 3/4-ének viszont congenitalis fejlődési hibája és jóval súlyosabb mentális zavara volt.

Több közlés számolt be arról, hogy a minor chromosoma variánsoknak emberben is lenne phenotipias hatása. A szerzők ezzel szemben csak véletlenszerű kapcsolatot találtak a minor chromosoma variánsok (nagy satelliták, secunder constrictiók, hosszú Y chromosoma) és a cong. fejlődési hibák vagy még súlyosabb mentális zavarok között. E minor variánsok rasz szerint változnak, amint azt más vizsgálatok is igazolták.

Eredményeik tehát nem támasztják alá azt az elképzelést, hogy a minor chromosoma variánsoknak lenne emberben phenotypos hatása.

Meggyessy Veronika dr.

A Down-szindróma aetiológiájához. Neuhäuser, G. (Kinderklinik der Universität Erlangen): Hippokratés, 1978, 49, 84—86.

A 21-es trisómia jelentősége a Down-szindróma pathogenesisében ma már bizonyított. A trisómiát előidéző oszlási zavar eredete körül még nem minden tisztázódott. A magas anyai életkor szerepe ismert.

Az anyai életkor csökkenésével párhuzamosan azonban nem csökken a Down-kóros újszülöttek száma, ez exogén faktorok szerepére hívja fel a figyelmet.

Sávtechnikával igazolták, hogy a non-disjunctio, az esetek majdnem $\frac{1}{3}$ -ában apai eredetű. Újabb statisztikai felmérések alapján az apai életkornak is (az anyainál kisebb!) szerepe van, 55 éven felüli apáknál jóval nagyobb a Down-kóros gyermek születésének rizikója.

Meggyessy Veronika dr.

Klinikai farmakológia

Bőrre helyezett nitroglicerín alkalmazása ischaemiás szívbetegségben. Miner, J. A., Conti, C. R. (Division of Cardiology, University of Florida College of Medicine, Box J—277, JHM Health Center, Gainesville, FL 32610): JAMA, 1978, 239, 2166—2167.

A szerzők a sublingualis és a bőrre helyezett nitroglicerín hatását vizsgálták 22 myocardialis ischaemiában szenvedő betegen. A bőrre helyezett nitroglicerín kenőcszhenger (2 százalék gliceroltrinitrát lanolin bázisban) 5 cm-nyi volt, a sublingualis tabletta pedig 0,4 mg-os volt. A vizsgálati periódusok során regisztrálták a betegek pulzusát, vérnyomását, a szív vég-diastolés kitérését és EKG-ját.

A szív vég-diastolés kitérésére való hatásukban a kétféle adagolási mód között nem volt különbség. Viszont a bőrre helyezett nitroglicerín tartósabban és egyenletesebben csökkentette a vérnyomást, mint a sublingualis tabletta. A pulzus-szaporulás mértéke mindkét esetben megegyezőnek bizonyult. A mellékhatások is hasonlóak voltak, kivéve, hogy egy esetben a bőrre helyezett nitroglicerín-készítmény bőr irritációt okozott.

A bőrre helyezett nitroglicerín éppoly hatásos a myocardialis ischaemia kezelésében, mint a sublingualis, és az előbbinek elnyújtott hatása prophylaktikusan előnyös.

Vas Ádám dr.

Két új benzodiazepin: a prazepam és a lorazepam. Greenblatt, D. J., Shader, R. I. (Clin. Pharmacol. Unit, Mass. General Hospital, Boston): N. Engl. J. Med. 1978, 299, 1342.

Bár az eddig ismert benzodiazepinek terápiás hatásspektruma lényegében azonos, mégis újabb és újabb „speciális” hatásúnak mondott készítményekről olvashatunk. Így például az USA-ban 1977-ben két új benzodiazepin „anxiolyticum”, a prazepam és a lorazepam forgalomba hozatalát engedélyezték.

1. A prazepam már a bélből való felszívódás közben csaknem teljesen átalakul dezmetil-diazepam-má (DMD). Ez a metabolit a hatáshordozó. A DMD eliminációs felezési ideje emberben 30-200 óra, tehát kumulációra hajlamos még napi egyszeri adás esetén is. A diazepam (Seduxen) fő metabolitja és a klórdiazepoxid (Elenium) egyik metabolitja is DMD. A klórazepát szintén teljesen átalakul DMD-dá, csak valamivel gyorsabban, mint a prazepam. Az említett négy tartós hatású benzodiazepin (diazepam, klórdiazepoxid, klórazepát és prazepam) tehát „pro-drog”-nak tekinthető és terápiás, valamint nemkívánt hatásai minőségileg azonosak, csupán a DMD-vé való átalakulás mértékében és sebességében különböznek egymástól.

2. A lorazepam vegyi szerkezete és farmakokinetikája hasonló a rövid hatású oxazepaméhoz. Eliminációs felezési idejük 10-20 óra (azaz rövidebb, mint a DMD-é), s ezért e két szert naponta többször kell adni tartós hatás elérése végett. A klinikai összehasonlító vizsgálatok szerint a lorazepam hatásspektruma, hatáserőssége és toxicitása lényegében megegyezik a diazepaméval, de a hatástartama a szokásos orális adás után rövidebb, mint a diazepamé. Az egyszeri iv. adás után a diazepam és a klórdiazepoxid erős szédülő, antikonvulzív és amnéziát okozó hatása gyorsan elmúlik, mert a szövetek nagy affinitással akkumulálják e két vegyületet. A lorazepam megoszlási tere kisebb, kevésbé kötődik a szövetekhez. Ezért iv. adva egyszeri nagy adagban (kb. 4 mg) a lorazepam szédülő, antikonvulzív és amnéziát okozó hatása tartósabb, mint a diazepamé, noha ez utóbbi eliminációja jóval lassúbb. A lorazepam iv. adva előnyösebb lehet egyes esetekben (pl. az aneszteziológusok számára), mint a többi benzodiazepin. Im. adva azonban a lorazepam nem jobb a többi benzodiazepinnél. A diazepam és a klórdiazepoxid felszívódása az izomból lassú és valószínűleg inkomplett, a lorazepamé gyorsabb ugyan, de im. adva ez is fájdalmas lehet.

Varga Ferenc dr.

Propafenonnal való antiarrhythmias kezelés indikációi és rizikói. Beck, O. A. Hochrein, H. (III. Medizinische Klinik, Rudolf Virchow-Krankenhaus, Berlin): Dtsch. med. Wschr. 1978, 103, 1261—1265.

A propafenon (Rytmonorm) egy új antiarrhythmias gyógyszer, mely mind supraventricularis, mind pedig kamrai ritmuszavarok kezelésére használatos. Hatásmechanizmusát illetően lokálanesztetikum, membránstabilizáló és adrenerg béta-blokkoló tulajdonságokkal rendelkezik. Per os és parenterális adásakor egyaránt hatásos. A szerzők 124 szívritmuszavarban szenvedő betegen próbálták ki 70—140 mg (1—2 mg/kg) iv. dózisban, 81 beteg közül 40 esetében megszüntette a pitvari és kamrai extraszistolékat, 19 beteg közül 15 esetben helyreállította a sinus-ritmust paroxysmalis pitvari és kamrai tachycardiában. Pitvari tachyarrhythmiaiban azonban csak 22 közül 5 esetben állt helyre a sinus-ritmus, jöllehet, a kamrafrekvenciát minden esetben a propafenon jelentősen (143 ± 30 -ról 117 ± 18 min-ra) csökkentette. 9 WPW-szindrómában szenvedő betegen 4 esetben megszüntette a paroxysmust. Az alkalmazott dózis esetén klinikailag jelentős mellékhatást nem észleltek. Tekintve, hogy a propafenon megnyújthatja az atrioventricularis és intraventricularis ingerületvezetési időket, valamint negatív inotrop hatása révén vérnyomáscsökkentést idézhet elő, ezek miatt adása kontraindikált sinoatrialis, atrioventricularis, intraventricularis ingerületvezetési zavarokban, szívelégtelenségben, shockban. Vizsgálataikban a propafenon hatásos, széles spektrumú antiarrhythmias szernek bizonyult, mely kedvező farmakokinetikai tulajdonságai miatt mind akut, mind tartós adagolás esetén hatékony. Kedvező tapasztalataik alapján javasolják a szer mindennapos használatát a klinikai gyakorlatban.

iff. Borbola József dr.

A theophyllin eloszlása egy intravénás aminophyllin-injekció után. Hendeles, L. és mtsai (College of Pharmacy, the College of Medicine and Clinical Research Center, the University of Iowa, Iowa City, Iowa): American Review of Respiratory Disease, 1978, 118, 97—103.

Intravénás theophyllin adása ajánlatos, ha az asztmás beteg tüneteit adrenalin vagy terbutalin nem csökkenti. A theophyllin terápiás adagját a vérsavó theophyllin-szintje határozza meg. A theophyllin akkor hatásos, ha a vérsavóban töménysége nagyobb $10 \mu\text{g/ml}$ -nél. $20 \mu\text{g/ml}$ szérumszint felett már toxikus jelenségek mutatkoznak. A szerzők 20 asztmás betegnek $7,4 \text{ mg/kg}$ theophyllint adtak be 30 perces infúzió-

ban. Ezután a theophyllin vérszint 18 $\mu\text{g/ml}$ lett, ami 6 óra múlva 10 $\mu\text{g/ml}$ -nél, 12 óra múlva pedig 5 $\mu\text{g/ml}$ -nél is nagyobb volt. A theophyllin-kiürülés ezekben az egyénekben lassú volt, 4 dohányos beteg kivételével, akikből a theophyllin lényegesen gyorsabban ürült ki. A theophyllin clearance arányos volt a gyógyszer felezési idejével. A kúrát 5 mg/kg adaggal ajánlatos folytatni, ha 10 $\mu\text{g/kg}$ vérsavszintet akarunk biztosítani. Ezt a szintet 0,4 mg/kg óránkénti adagolással is elérhetjük, a szív- és a májbeteg kivételével. A régebben ajánlott 0,9 mg/kg adagolás túlzott az egészséges gyermekek és a dohányos felnőttek kivételével. A theophyllin 12-24 órán túl még ebben az alacsony adagban is kockázatos lehet folyamatos infúzióban. Ezért, ha erre szükség van, ajánlatos a theophyllin-kúrát a vérsavó szintjének a folyamatos ellenőrzése mellett végezni. *Pongor Ferenc dr.*

A Buformin retard hatása a B_{12} -vitamin, cholesterolin és glukóz-felszívódásra cukorbetegesen és egészséges anyagcseréjűeken. Claus, R., Maass, M., Esther, G.: Dt. Gesundheitswesen 1979, 34, 635-641.

A biguanidok negatív hatásával kapcsolatosan ma a lactatacidosis és a feltételezett cardiovascularis szövődmények kérdésével találkozhatunk. Korábban hatásukra a B_{12} -vitamin felszívódás zavarát is leírták.

A szerzők retrospective 102 cukorbeteg vizsgáltak, akik közül 16 Buformin (butylbiguanid)-ra, 86 pedig nem biguanidokra volt beállítva. Prospectív vizsgálatukban 14 cukorbeteg és 15 kontroll kísértek figyelemmel 14 napon át napi 2×1 tbl. Buformin retardot adva, vizsgálataikat a kezelés előtt és után végezve. A biguanidok az intestinalis ATP-képzést gátolva ugyanis a bélfelszívódás zavarával járhatnak. Biguanid okozta B_{12} -vitamin malabsorptiót sem a tartósan, sem a rövid ideig biguaniddal kezeltéken nem tudták kimutatni, és a felszívódási értékek a biguaniddal nem kezelt 86 cukorbeteg értékeihez voltak hasonlóak. A 14 napos kezelés után viszont mind a cukorbetegesen, mind a kontrollokon a felszívódás mérsékelt emelkedését tapasztalták, de pathológiás különbséget a két csoport között nem észleltek.

A serum cholesterolin szintje a 14 napos Buformin kezelés után a cukorbetegesen az átlagos 240 mg $^{\circ}$ -ról 217 mg $^{\circ}$ -ra, a kontrollokon pedig 209 mg $^{\circ}$ -ról 199 mg $^{\circ}$ -ra csökkent. E változás a cukorbetegesen bizonyult szignifikánsnak. A testsúly a két hét alatt csak jelentéktelen mértékben, 0,7, illetve 0,6 kg-mal csökkent. Az orális glukósterhelés vércukorgörbéje a Buformin

retard kezelésre a nem cukorbeteg kontrollokon is csökkent.

A biguanid okozta B_{12} -vitamin malabsorptio és anaemia-rizikó lehetőségét még ma is vitatják, és ezt is inkább a metformintól látták. Tény, hogy az irodalomban tartós biguanid kezelés után túlnyomórészt normális B_{12} -vitamin tükröt írtak le, és hiányának klinikai megnyilvánulását csak ritkán tapasztalták. A biguanidnak cholesterolin-csökkentő mechanizmusát még szintén nem tisztázták. A zsírananyagcserére kifejtett hatásuk inkább a VLDL, mint a főleg cholesterolint tartalmazó LDL frakcióra hat. Felmerül, hogy a gyomor-bélcsatorna biguanid okozta mobilitás-zavara a vékonybél bakteriális túltengésének és ezáltal az epesavak bakteriális dekonjugációjának kedvez. Ez pedig epesavvesztéssel és lipid-malassimilációval jár. A cukorbeteg szignifikánsabb cholesterolin szint csökkenése mellett szól, hogy a cukorbeteg bémotilitásának zavara a neuropathia és biguanidok következtében fokozottabb. A biguanidok gátló hatását az intestinalis glukózfelszívódásra cukorbetegesen már mások is bizonyították, de egészséges anyagcseréjűeken még vitatják. A szerzők ezt az éhgyomri vércukor értékeken nem, a cukortherelés kétórás értékein viszont itt is igazolni tudták.

Angeli István dr.

Pajzsmirigybetegségek gyakorisága orális fogamzásgátlók szedése mellett. Frank, P., Kay, C. R. (Royal College of General Practitioners Oral Contraception Study, 8 Barlow Moor Road, Manchester M20 OTR): British Medical Journal, 1978, 2, 1531.

A szerzők vizsgálataikat 1968-ban kezdték. A munkába 1400 általános orvost vontak be folyamatosan. Nagyszámú vizsgálatot végeztek: 23 000 asszonyt figyeltek meg, akik orális contraceptívumot használtak, ugyanennyi kontroll mellett. Az első csoportba sorolták azokat, akik orális contraceptívumot használtak, de egy ciklusnál többet nem hagytak ki. Másik csoportba azokat sorolták, akik régebben szedték a tablettákat. Harmadik csoportot azok alkották, akik egyáltalán nem szedtek orális fogamzásgátlót.

Megfigyeléseiket így foglalták össze: a pajzsmirigy-megbetegedések (benignus, euthyreoid-megnagyobbodás, thyreotoxicosis, myxoedema) az orális contraceptívumokat szedő nőknél ritkábban fordultak elő, mint a kontroll csoportban. Fontos észlelésnek tartják, hogy a régebben szedők és a kontroll csoport között az előfordulási gyakoriságban lényeges különbség nem volt. Ez utóbbi mutató nem mutatott korrelációt a contraceptívumok alkalmazásának idejével és a környezeti

tényezőkkel sem. Feltételezik, hogy az orális fogamzásgátlók „thyreoideát védő” hatása nem tartós, mert a kontroll és a régebben szedők között a mutatókban nem sok különbség volt. Az orális contraceptívumot szedő nőkben csökkent a rheumatoid arthritis előfordulása is.

Ezek alapján feltételezik, hogy a thyreoidea betegeken preventív, az autoimmun-betegségekben retardációhoz vezethet a tabletták alkalmazása.

Megfigyeléseiket, vizsgálataikat tovább folytatják, mert véleményük szerint az ilyen észlelések hozzájárulnak egyrészt a thyreoidea-betegségek etiológiájának megismeréséhez, másrészt az orális contraceptívumok hatásmechanizmusának elemzéséhez.

Bugovits Elemér dr.

A teofillin clearance változása akut betegségekben. Vozeh, S. és mtsai (Division of Clinical Pharmacology, University of California, and the Chest Service, San Francisco General Hospital, San Francisco): JAMA, 1978, 240, 1882-1884.

A teofillin terápiás vérkoncentrációja 10-20 mg/liter, e szint felett toxikus hatással kell számolnunk. Ismert, hogy congestív cardiomyopathia javulásával párhuzamosan emelkedik a teofillin clearance. A szerzők 3 kazuisztikát közölnek. Az első esetben asztmás betegnél a légúti obstrukció romlása a clearance 50%-os csökkenését, másodikban chronikus bronchitis javulása és pneumonia oldódása, harmadikban chronikus bronchitis és congestív cardiomyopathia klinikai javulása a clearance jelentős emelkedését eredményezte.

Első két esetük bizonyítja, hogy egyes akut körképek változó mértékű lefolyása congestív cardiomyopathia hiányában is vezethet gyors és jelentős mértékű teofillin clearance ingadozáshoz. Különösen érdekes ez asztma esetén, ahol az állapotromlás esetén bekövetkező clearance csökkenés a plazma teofillin koncentráció emelkedéséhez vezet, s ennek figyelmen kívül hagyása esetén az obstrukció fokozódása az orvost a dózis emelésére készítheti, fokozva a toxikus szövődmények veszélyét. E megfigyeléseknek több magyarázata lehet, így étrend változás, gyógyszer interakciók, a teofillin metabolizmus indukciója saját adagolása által, de ha az előzményeket és a clearance ingadozás mértékét figyelembe vesszük, ezek elfogadhatatlanok, legvalószínűbb, hogy az alapbetegség ingadozó lefolyásának van oki szerepe.

A mechanizmus csak találgatható. Congestív cardiomyopathia esetén feltételezték, hogy hepatocelluláris károsodások befolyásolják a teofillin anyagcserét. Viszont a

szerzők betegein nem mutatkoztak májkárosodás biokémiai jelei. Állatkísérletben bizonyították, hogy hypoxia csökkenti a gyógyszer metabolizmusát. Feltehető, hogy ez a mechanizmus felelős lehet emberben is a teofillin clearance csökkenéséért. Mindez óvatosságra int a szer adagolásakor, a cikkben közölt betegségek akut szakaszában. A gyakori plazma koncentráció meghatározás ajánlható.

Horváth Tibor dr.

Prajmalium-bitartarat tableta és intravénás lidocain antiarrhythmias hatásának összehasonlítása friss szívinfarctusban. Bussmann, W. D., Schreiber, S., Kaltenbach, M. (Zentrum d. Inneren Medizin, Abt. f. Kardiologie, Klinikum d. Univ. Frankfurt-Main): Dtsch. Med. Wschr. 1978, 103, 1910—1915.

A lidocain iv. adása szívinfarctusok során fellépő kamrai ritmuszavarokban annyira bevált, hogy egyes szerzők minden intenzív osztályra felvett infarctusos betegnek ajánlják profilaktikus adását. A szerzők a lidocain antiarrhythmias hatását a *per os* adott prajmaliumbitartarat hatásával hasonlították össze, mert ezt mások, kontroll csoporttal szemben, szintén hatásosnak találták; továbbá, mert általában az anti-arrhythmias szer iv. adását részesítik előnyben, azt hatásosabbnak tartva.

Vizsgálataikat 35 friss infarctusos betegen végezték, akiket az extrasystolákat és salvákat EKG-n automatikusan regisztráltak. 17, anti-arrhythmias kezelésben nem részesült beteg alkotta a kontroll csoportot, 9 beteg kapott prajmalium-bitartaratot (3×20 mg, 4 óránként, összesen 60 mg), 9 beteg kapott iv. lidocaint (2,1 mg/perc, 3 g/nap), infúzióban.

A 6, 8 és 10 órával a terapia kezdete után mért eredmények egyértelműen azt mutatták, hogy a prajmalium-bitartarat a kamrai extrasystolákat sokkal nagyobb arányban szünteti meg (pl. 10 óra után: 95%-ukat), mint a lidocain (80%). A kezeletlen kontroll csoportban az extrasystolék száma jelentősen emelkedett (6 óra után 100-ról 169%-ra!). A kamrai salvákat a prajmalium-bitartarat nagyrészt megszüntette, a lidocain számukat csökkentette ugyan, de ez nem volt szignifikáns. A prajmalium hatása az extrasystolék számának csökkenésére már 6 óra múlva szignifikáns volt, a lidocainé csak 8 óra múlva.

A kezeletlen kontroll csoport jól mutatja, milyen nagy az infarctus kezdetén a spontán ektoptia-hajlam, amely bár lassan, de később spontán is csökken (ezért kellett a kontroll csoportot beállítani).

3 betegnek „lökés”-szerűen adtak először 100 mg lidocaint iv., de az extrasystolék számának

gyors csökkenését nem tapasztalták.

A prajmalium-bitartarat hatása 1/2—1 óra alatt kifejlődik, 5—6 órán át hatásos, mellékhatása csak nagyobb adagoknak van.

A lidocain az infarctus akut szakában továbbra is standardgyógyszernek tekintendő. „Lökés”-szerű adásának azonban a szerzők különösebb hasznát nem látták. Vezetési zavaroknál és multiplex arrhythmiaéknál lassúbb terapia-kezdet ésszerűbbnek látszik, annál is inkább, mert nagyobb hatás már csak a 20 perces, rövid felezési idő miatt sem várható.

Az irodalomban a „lökés”-szerű adást követő, 48 órán át tartó, 3 mg/perces adagolású lidocain kedvező hatását többen is leírták, de ellentétes adatok is olvashatók. Mellékhatásokat csak 10 mg/perces adagoknál írtak le: álomság, görcsök, paraesthesiák, ritmuszavarok, kamrai vezetési zavarok, AV-block (!).

A szerzők végül is mindkét szert hatásosnak tartják. A prajmalium-bitartarat előnyének tartják azonban, hogy hatása valamivel hamarabb fejlődik ki, és a kamrai salvék számát erősebben csökkenti.

(Ref.: a cikk többek között azért nagyon érdekes, mert nálunk olyan hivatalos állásfoglalás is született, miszerint a körzeti orvos számára kötelező a mentőkel kórházba küldött friss infarctusos betegnek előzetesen iv. lidocaint adni. Ha ezt pl. a 10 ml-es, 1%-os ampulla felhasználásával teszi, fentiek szerint tanácsos ezt legalább 10 perc alatt beadni — mindenestre igen lassan, ha a mellékhatásokat el akarja kerülni. A mentőorvosi gyakorlat szintén az iv. lidocaint használja. Tekintve, hogy a vénázás, különösen körzeti körülmények között, nem mindig hajtható könnyen végre, a prajmalium-bitartarat hasznos alternatívát kínálhat.)

Szönyi Ferenc dr.

Dermatológia, venerológia

A psoriasis photochemoterápiája: a hatásosság fokozása orális aromás Retinoid-dal. Fritsch, P. és mtsai (Univ.-Hautklinik, Innsbruck): Dtsch. med. Wschr. 1978, 103, 1731.

A photochemoterapia (PUVA = 8-Methoxypsoralen, mint photosensibilizator + UVA besugárzás) bevezetése az utolsó négy évben jelentős lépést jelentett a pikkelysömör kezelésében, mind az USA-ban, mind Európában. Az új terapia bevezetése azonban néhány új, komoly problémát is felvetett: egyrészt az éveken át kumulálódó UVA-terhelés a bőrön késői ártalmak (bőrrák!) lehetőségét hordja

magában, másrészt pedig a teljes remissio után legtöbbször szükséges fenntartó kezelés a PUVA kezelési centrumok kapacitását megsze túlhaladja, és csak korlátozott számban kivitelezhető.

A szerzők vizsgálatai szerint az orálsan adott aromás Retinoid kis adagjaival, mint adjuváns kezeléssel a PUVA-kezelés hatásosságát „drámai intenzivitással” lehet fokozni, mert a kezelést egyrészt meggyorsítja, másrészt a kezeléshez szükséges UVA energiát lecsökkenti. Az aromás Retinoid-ot már évek óta használják különböző elszarusodási zavarokkal járó dermatosisokban (pl. ichthyosis, morbus Darier, palmoplantaris keratosisok stb.). Ez adott indítékot a Retinoid és PUVA kezelés együttes alkalmazására. A szerzők 134 súlyos plaque-ot, vagy palmoplantaris jelenségeket mutató psoriasisos beteget kezelték különböző Retinoid — photochemoterápiás — kombinációs sémákkal. A kezelés kezdeti szakában jelentős synergistikus hatást értek el, ha a Retinoid-ot már a besugárzási kezelés előtt 1 mg/kg dosisokban alkalmazták. Eredményeiket a szokásos photochemoterápiával egybevetve a kezelési idő felére ($7,7 \pm 4,5$ besugárzás $14,1 \pm 8,6$ napon belül), továbbá a remissiohoz szükséges UVA energia pedig a harmadára ($32,4 \pm 40,0$ Joule/cm²) rövidült. A teljes remissio elérése után már Retinoid nélkül folytatták a szokásos photochemoterápiás fenntartó kezelést. A tízhónapos utánmegfigyelési szakban a recidiva arány azonos volt a kontroll csoportokéval, amelyekben a kezdeti kezelés Retinoid nélkül történt. A rövid ideig tartó Retinoid-lökések, mint a photochemoterapia kiegészítői, igen előnyösnek bizonyultak a psoriasisos terapia-rezisztens eseteiben, amelyeket a szokásos photochemoterápiával nem lehetett teljes remissióra bírni, illetve abban megtartani.

Pastinszky István dr.

A bőrbetegségek kórélettana és terapiája. Meinhof, W. (Dermatologie der RWTH, Aachen): Münchener medizinische Wochenschrift 1979, 121, 131—132.

Általánosan elfogadott az a nézet, hogy a bőrbetegségek kezelésében való haladás keretében azok az eljárások jutnak előtérbe, amelyek a normális állapotba való visszatérést segítik elő. Várható, hogy a kórélettani ismeretek bővülésével megőnének a pathológiás folyamatok oki láncolatába hatoló terapiás lehetőségek.

Kifejezett, gyors fejlődést ért el a klinikai immunológia. A korai és késői reactio, a humoralis és sejt-hez kötött antitestek ismertek voltak. Az allergiás urticariát, a kontakt ekzematát, a bőrtuberkulózis anergiás formáit, vagy a gamma-

globulin hiánnyal járó bőrbetegségeket ebbe az egyszerű koordináta-rendszerbe könnyen be lehetett iktatni. Az érdeklődés már korán mindenekelőtt a sokféle képpen megkísérelt ún. nem-specifikus ingerterápiával kapcsolatban a fagocytáló sejtek szerepére irányult. Az utóbbi években ismertté vált immunológiai rendszerek sokasága számos kórképpel kapcsolatban nyújtott felvilágosítást. Az általános immunológia keretében ismertté váltak az immunglobulin csoportok, a komplement, a T- és B-lymphocyták, a transplantációs antigének stb.

Az új ismeretanyag mellett számos, gyakorlati-terápiás vonatkozásban új eredmény született. Míg az immunosuppressívus terápia lehetőségei és indikációi állandóan bővülnek, addig az immunstimulatio terápiai tendenciái csökkennek. A krónikus muco-cutan candida mycosishoz vezető vele született immundefektusban eredménnyel használták a transfer faktort. Reményt keltő a melanoma kezelésében az immuntherápia továbbfejlesztése. Az immunstimulációt ma azokban a betegségekben vetik be terápiásan, amelyekben eddig csak immunosuppressív eljárások voltak szokásosak.

A kórélettan és a terápia közötti összefüggés néhány példával szemléltethető. Az acné vulgaris lényegéről alkotott elképzelést a kórélettan magyarázta meg. Eszerint a faggyúmirigy folliculusának infra-infundibulumában az elszarusodás megváltozása az első felismerhető funkcionális eltérés. Normális körülmények között a szarus sejtek detritusként a faggyúval kilökődnek. Az akné kezdeti szakaszában a retineált szarussejtekből alakul ki a comedo, míg a faggyúmirigyek kisebbek lesznek. A külső A-vitaminsav kezelés jó eredménye ennek a comedónak az eltávolításán alapszik. A faggyúmirigy aktivitás és az akné keletkezése közti oki összefüggés még mindig vitatott. A szabad zsírsavak oki szerepe még néhány éve vitathatatlan volt és a tetracyclin kiváló hatását az esteraset képző corynebacteriumok elpusztításával magyarázták. Az esteraset bénítók nemleges hatásával ez a teória megdőlt.

Egyre nehezebb manapság a dermatológia újonnan kidolgozott kórélettanai alapjaival megismerni. Gyakran hiányoznak a magyarázatok a leírásokban, gyakoriak az értelmezés nélküli rövidítések, amelyek a nem szakember számára a speciális területeket csaknem érthetlenné teszik.

Schneider Imre dr.

Haladás a bőrgyógyászati helyi kezelésben. Happle, R. (Univerzitáts-Hautklinik, Münster): Münchener medizinische Wochenschrift 1979, 121, 141—144.

A szerző néhány újabb eredményt közöl a bőrgyógyászati helyi kezelés területéről.

Ismert a modern halogénezett lokális hatású steroidokkal kapcsolatos alapszabály, hogy minél erősebb a steroid antiphlogistikus hatása, annál kifejezettebb a nemkívánatos atrophiat hozó effektus. A *fluocortin butylester* egy újabb eredmény, amelynek az antiphlogistikus hatása a hydrocortison acetaténak felel meg, s az atrophias effektusa kisebb a hydrocortisonénál. Ez azzal magyarázható, hogy a *fluocortin butylester* a bőrben igen gyorsan hatástalan metabolitá hasitódik le. Mivel általános hatása nincsen, emiatt csecsemőkön, terheseken is lehet alkalmazni. Emellett indokolt a használata a krónikus és nagy kiterjedésű folyamatokban, ahol nem kívánatos az azonnali hatás.

Az akné korábbi, polypragmásiának tűnő helyi kezelése két szerre redukálódott: az *A-vitamin savra* és a *benzoyl peroxidra*. Mindkét szer a folliculus keratosist szünteti meg, de mindkettő irritálja a bőrt.

Az A-vitamin sav további indikációi: ichthyosis, lichen ruber planus, porokeratosis Mibelli, molluscum contagiosum. A különböző eredetű, hyperpigmentatio megszüntetésére ajánlott magisztrális receptekben ugyancsak van A-vitamin sav. Ugyanezzel a szerrel fekete bőrűeken több hetes kezelés után depigmentatio volt elérhető, s a szer elhagyásával repigmentálódott a bőr.

A helyi antiparazitás kezelésében a *PVP-jód* hatékony szer. E készítményben az elemi jód nagy-molekulájú PVP-hez van kötve. Ennek a jódvegyületnek az előnye, hogy a sensibilizáló hatás igen csekély, míg az antiparazitás effektus éppen olyan nagy, mint az elemi jód esetében.

A praecancerosusok (keratosis solaris, M. Bowen, erythroplasia Queyrat) helyi kezelésében az *5-fluor uracil* évek óta használatos. Lentigo maligna esetében ugyancsak eredménnyel használják. Az utóbbi években megkísérelték a mykosis fungoidest helyileg nitrogénmustár készítményekkel kezelni, s a nagy kiterjedésű góccok jól reagálnak e szerre.

A melanoma malignum *DNCB* (1 chloro-2,4-dinitrobenzol) kezeléséhez erős gyulladáshoz reactio szükséges. A néhány esetben közölt kedvező hatás ellenére nem lehet jelenleg immuntherápiáról beszélni, mivel nincs bizonyítva, hogy a melanoma malignum *DNCB* kezelésénél a tumorsejtek ellen irányított immunfolyamatról van szó.

Elsősorban a kiterjedt alopecia areata esetében számolt be a szer-

ző a *DNCB* kedvező hatásáról. A melanoma esetében alkalmazott móddal szemben más itt az eljárás. Míg a melanoma esetében a magas helyi *DNCB* koncentráció okozta gyulladás révén a melanoma sejtek elpusztulnak, addig alopeciában az alacsony *DNCB* koncentrációval és az enyhe kontakt ezemával a megzavart hajgyökérsejtek ismét felveszik normális funkciójukat. (A szerző beteganyagában e módszerrel a 89 beteg közül 71-ben (80%) kedvező hatás mutatkozott.) A *DNCB* terápiát a substantia agresszív volta miatt a legszigorúbb elővigyázatossági rendszabályok mellett szabad csak alkalmazni. Az elhúzódo terápia miatt a lokális és általános mellékhatások kérdése vetődik fel, melyek megválaszolása intenzív kutatást igényel. *Schneider Imre dr.*

Mi aktuális még a klasszikus helyi terápiából? Herrman, W. P.

(Univerzitáts-Hautklinik, Köln): Münchener medizinische Wochenschrift 1979, 121, 137—140.

A bőrbetegségek kezelésének irányzata a systemás kezelés felé tolódott el. Ennek ellenére a külső kezelés jelentősége több ok miatt (közvetlen hatása a kóros bőrterületekre, általános mellékhatással nem kell számolni) nem változott. A nagy hatékonyságú gyógyszerek fejlődése, vagy a galenikumok területén tett jelentős előrehaladás révén a klasszikus helyi terápia egyre inkább kiszorítódik, és az „ars praescribendi” rohamosan veszt jelentőségéből.

A modern gyógyszerek nagy száma terápiai lehetőségeinket nagymértékben kiszélesítette, ugyanakkor a különböző mellékhatások sokak számára a régi, jól bevált készítményekhez való visszafordulást jelentettek.

A helyi kezelés alapszabályai lényegében semmit sem változtak. A hintóporok, ecsetelők, rázókeverékek stb. alkalmazásának kapcsolatos irányvonal ugyanaz, mint azelőtt volt. Egyes klasszikus alapanyagok helyébe azonban az incorporált gyógyszert mélyebbre jutató szerek léptek. A legtöbb gyógyszer kenőcs, krém, ecsetelők formájában alkalmazzák, olykor gél, rázókeverék, ecsetelő alakjában. Az ipari készítményeknek az az előnyük, hogy mindig azonos minőségűek. Magisztrális formában való elkészítés indokolt lehet akkor, ha egy biztosan allergénmentes externára van szükség.

A chemothériapiás időszak előtti anyagok (pl. bórsav, higany, naphthol, resorcin, kén, akridin-festékek stb.) alkalmazása túlhaladt. A bórsav toxikus hatása több mint 90 éve ismert, és a bórsav, borax könnyen mellőzhető. A *higany* sók az intoxicációs és a sensibilizációs veszély miatt kerülendők. A *resorcin* és a *béta-naphthol* jelentős mértékben szívódnak fel (β -naph-

tol 35–75⁰/₀-ban!), és nagymértékben mérgezők. (A resorcin kis koncentrációban pl. szemölcsök hámlasztására alkalmazható.) A kén elvesztette a korábbi nagy jelentőségét.

A felsorolt készítmények mellett vannak olyanok, amelyek használhatók, azonban elavulnak kell tekintenünk; a *perubalsam* s *jód-tinctura* sensibilizál. A *pyoktanin* a gyulladásos bőrön necrosist hozhat létre. A *kristályibolya*, *methyl-pibolya*, *brillantzöld* a fibroblastokra, HELA-sejtekre cytotoxikusak. A kötőszövet anyagcseréjét a kristályibolya jelentősen gátolja. A Sol. Castellani nem ártalmatlan a resorcin és phenol tartalmánál fogva, és kisgyermeken jobban nem alkalmazni.

A klasszikus, külsőleg alkalmazandó szerekből kevés maradt meg. Ide tartoznak: *dithranol*. Mint anti-psoriaticumnak, a modern UV-terápia, steroidok, cytostaticumok, retinoidok mellett elsőrendű jelentősége van. A *salicyl-sav* jelentősége inkább a redukáló és a keratolitikus tulajdonságokon nyugszik: 2⁰/₀ alatti töménységben a str. corneum intercellularis kötőanyagát oldja fel, s a sejtek érintetlennek maradnak. *Podophyllin*: a condyloma acuminatum kezelésében elengedhetetlen. Toxicitása miatt nagy elővigyázatosság indokolt. Terhes nőknél kontraindikált az alkalmazása. A *chinolin* tartalmú készítmények különösen az intertriginosus területek fertőzése esetén mind ajánlhatók.

Számos egyéb, ma még használatos szert lehetne felsorolni. A szerző célja az volt, hogy a helyi kezelésben a klasszikus, nélkülözhetetlen szereket emelje ki, és a károsakra hívja fel a figyelmet.

[Ref.: *Chinolin származékokat tartalmaz hazánkban pl. az Ung. antisepticum (FoNo), s a Chlorosan kenőcs.*] Schneider Imre dr.

A gyermekkori atopiás ekzema kezelés 10⁰/₀-os nátriumkromoglikát kenőccsel. Haider, S. A. (Bury General Hospital, Bury, Lancs BL9 6PG): *British Medical Journal* 1977, I, 1570–1572.

42 chronikus ekzemában szenvedő gyermeket véletlenszerűen 2, egyenként 21 beteget tartalmazó csoportba osztott. Kettős vak módszerrel az egyik csoportot 10⁰/₀ sodium cromoglycatot (SCG) tartalmazó fehér paraffinnal, a másikat pusztán fehér paraffinnal kezelte 12 héten keresztül.

A két kezelt csoport induláskor hasonló volt, figyelembe véve az életkort, a betegség időtartamát, a nemek megoszlását, más allergiás betegségek jelenlétét, a serum IgE tartalmát, a bőrteszt eredményeit, valamint az elváltozások súlyosságát a végtagokon.

A kezelést naponta kétszer, reggel és este alkalmazták. Minden

gyerek, ill. szülő naponta feljegyezte az éjjeli és nappali viszketés súlyosságát és az alvászavar mértékét, amelyet a súlyosságtól függően 0-tól 3-ig pontoztak. A naplók alapján a pontok azt mutatták, hogy a betegek az SCG csoportban hétről hétre javultak, miáltal a placebo csoportban csak némi javulás, vagy éppen rosszabbodás volt tapasztalható. A különbség a két csoport között a gyulladásban a 4. héttől, a lichenificatio-ban és a repedezetségben a 12. hét kezdetétől volt szignifikáns. Az alvászavar és az éjszakai viszketés az SCG csoportban a 3. héttől javult jelentősen, a nappali viszketés pedig a 4. héttől csökkent. Ez a javulás a kezelés utolsó hetéig fokozódott. A kezelés végén lényegesen több (16) gyerek javult az SCG-vel kezelték között, mint a placebóval kezelték között (2).

Egy beteg sem észlelt mellékhatásokat, ami a szer alacsony toxicitásával magyarázható. Mivel az ekzema foka az arcon és a törzsön minimális volt, csak a karokon és a lábakon levő elváltozásokat analizálták.

Végső következtetésül azt vonták le a szerzők, hogy az SCG hatásos a gyermekkori atopiás ekzema kezelésében, és helyesebb ezt a gyógyítást választani, mint a helyi steroid kezelést.

Adorján Erika dr.

A króm és a bőr. Burrows, D. (Dept. of Dermat., Roy. Victoria Hosp., Belfast): *Brit. J. Derm.* 1978, 99, 587–595.

A króm minimális mennyiségben fordul elő élelemben, pl. tejtermékekben, húsban, halban, főzelékekben, gyümölcsökben, gabonafélékben, továbbá a talajban és a tengervízben is. Igen magas töménységben fordul elő kakukkfűben, feketeborsban és szegfűszegben. Az emberi test mintegy 6 mg krómot tartalmaz. A króm biológiai hatása eddig tisztázott a lipoid- és glukózzintézisben.

Az emberi szervezetet a króm toxikus és allergizáló hatása révén betegíti meg. A króm okozhat idült légcsőhurutot. Kromit éreből kromátot és bikromátot előállítók és krómózik körében fordul elő. A tüdőben carcinomát is létrehozhat krómércet feldolgozók, ritkábban krómózik esetében. A bőr és orrsóvnyv fekélyesedését váltja ki elsősorban a krómsav, rossz higiénés viszonyok esetében, főként gyakorlatlan dolgozókon. Ennek megelőzésére ajánlatos a légszennyeződésmérés, s az óvrendszabályok betartása, ill. a dolgozók időszakos orvosi ellenőrzése. Az eddig felsorolt toxikus hatásoknál gyakoribb a bőr allergiás megbetegedése. A króm számos munkakörben, ill. munkaanyag esetében jelent rizikó tényezőt. Ilyenek: cementtel dolgozók, krómózik, festők, cserzett bőrt feldolgozók, nyomdászok,

fényképészek, rozsdaelenes szerekkel dolgozók, tápiálek-ellenőrzők stb. Újabban a szintetikus detergensen és optikai fehérítőkön kívül egyes zsirtalanító oldószerek, hűtőolajok is tartalmazhatnak krómot. Ha a rátevesi próba krómérzékenységet igazol, az aktuális bőrfolyamattal való összefüggése tisztázandó. Lehetséges ugyanis, hogy a próba csupán előző, nem a betegséghez tartozó szenzibilizációt mutat ki. Gyakori lelet, hogy a krómérzékenységhoz nikkel- és kobaltérzékenység is társul. Ennek több oka lehet. Pl. a munkaanyagban együttesen fordulnak elő, vagy a szervezet nem egy speciális fémmel, hanem azzal a megváltozott fehérjével (vivóanyag) reagál, amihez az egyik fémmel hapténként kötődött. Abban a kérdésben, hogy a 6 vagy 3 vegyértékű króm veszélyesebb a szenzibilizáció szempontjából, a jelenlegi álláspont a következő. A 6 vegyértékű króm nehezen képez komplexeket szerves anyagokkal, de könnyebben penetrál a bőrbe. A 3 vegyértékű króm viszont nehezebben hatol be a bőrbe, ugyanakkor a bőrfehérjékkel könnyen képez konjugátumot. Lehetséges, hogy a 6 vegyértékű króm a bőrbe jutva 3 vegyértékűvé redukálódik, és így módon jön létre a teljes értékű allergén. A folyamatban a Langerhans sejteknek fontos szerepet tulajdonítanak. A krómmal szemben érzékennyé váltak kórhóslata rossz. A betegek nagy (90–94) százaléka sohasem válik teljesen vagy tartósan tünetmentessé. A megelőzés lehetőségei korlátozottak. A króm kiiktatása környezetből és ipari munkafolyamatokból lenne az egyik mód. Lehetőleg ne a 6, hanem a 3 vegyértékű króm kerüljön felhasználásra. Az üzemegészségügyi feltételek javítandók (zuhanyozás, védőruha, szellőzés). Lehetőség szerint a munkafolyamatot gépesíteni kell. Kívánatos az élelemmel bevitt krómmennyiség csökkentése (szegfűszeg, kakukkfű, bors). A deszenzibilizáció és az immunológiai tolerancia megvalósítása még állatkísérleti szakaszban tart.

Korossy Sándor dr.

Dermatitis acantholytica transitorica (Grover). Horn, F., Gehhart, W., Luger, T. (2^o Dép. de Dermat., Univ. de Wien): *Ann. Dermatol. Vénérol.* (Paris) 1978, 105, 581–585.

Egy férfi- és egy nőbeteg törzsének felső részén, karjain és combjain viszkető, kis, erythemás udvarú, serosus tartalmú papulovesiculák és barnásvörös papulák léptek fel. A biológiai és immunológiai vizsgálatok (immuno-elektroforézis, direkt és indirekt immunofluoreszcencia) normális leleteket adtak. A szöveti képből acantholysis és intraepidermális vesiculák voltak láthatók, melyek

felett hyper- és parakeratosis helyezkedett el. Az irhában gyulladáshoz vezető beszűrődés volt. Az ultrastrukturális képből kiemelendő a desmosomák megrikulása és a sejtek közötti tér kiszélesedése. A tonofibrillumok fragmentációjára is előfordult. Néhol karyolysis is látható volt. Az irhában Civatte testecskék voltak.

A szerzők véleménye szerint a betegség nem ritka. El kell különböztetni a Darier-, Hailey-Hailey betegségtől, keratosis solaristól, lentigo senilistől, egyszerű pemphigus chronicustól. A dermatosis acantholyticára jellemző, hogy a papulák elmúlnak, nem újulnak ki, nincs bulla. A kórkép kóréredete és kórszarmazása ma még ismeretlen. Feltételezünk genetikai hajlamot, fizikai (UV) kiváltást, egyes esetekben bakteriális toxikus hatást.

Korossy Sándor dr.

A necrolysis epidermalis toxica (leforrázott bőr syndroma) újraértékelése. Lyell, A. (Dept. of Dermatology, Royal Infirmary, Glasgow): Brit. J. Derm. 1979, 100, 69—86.

A szerző a tünetegyüttest 1956-ban írta le először, és most az összegyűlt tapasztalatok alapján újraértékelte. Véleménye szerint a betegeket 4 csoportba lehet osztani. 1. Staphylococcusok által okozott betegség. Mivel a staphylococcusok által okozott esetekben az intraepidermalis hasadék képződés az epidermis sejtek pusztulása nélkül történik, nem pontos a necrolysis meghatározás. Néha II. phagocitózis tartozó Staphylococcus aureus tenyésztődik ki a sebváladékból. A történést felelős ún. epidermolitikus toxin (exfoliatin) újszülött erekben (speciis fajlagos!) a humán klinikai és szövettani képpel azonos képet vált ki. A staphylococcusos eredetű esetek felnőttekben igen ritkák. Gyakori a feltételezhető immunsuppressív és veseelégtelenség megelőző történése. Feltűnő a férfi túlsúly a betegek között. 2. Gyógyszerek által okozott betegség. Hamar elfogadásra került, mint a betegség oka felnőttkorban. Van olyan összeállítás, amely 92 gyógyszert sorol fel, mint a betegség okát, de ezek között leggyakoribbak a pyrazolonok, sulfonamidok, barbiturátok és anti epilepticumok. A bőrtünetek széles spektruma ismert, de leggyakoribb a súlyos erythema exsudativum multiforme-szerű klinikai kép. A gyógyszeres eredet bizonyítását több tényező nehezíti (a negatív bőrpróbák és in vitro tesztek önmagukban nem zárják ki a lehetőséget; a provokáció kockázata nagy, ezért kerülendő). A pozitív immunofluoreszcens és lymphocita transformatációs próbák szörványosak, így a szerző véleménye szerint nem elegendőek az immunológiai eredet elfogadására. Ezenkívül

feltételezhető hozzájáruló tényezők szerepe is. Talán egy másik gyógyszerrel vagy fertőzéssel való szinergizmus fejt ki hatását. Nehezen tudja elfogadni azt a hipotézist is, hogy graft-versus-host reakció lenne (ui. patkányban hasonló kép létrehozható az utóbbi mechanizmus segítségével). 3. Vegyes csoport (más betegség lefolyása során fellépő esemény). Ismert lymphomával és E. coli, ill. Pseudomonas aeruginosa septicaemiával való együttes előfordulása. Ebben a csoportban a két betegség közti összefüggés nem tisztázott. 4. Ismeretlen eredetű esetek. Ritkák, főként idősebb nőknél lépnek fel, gyakran végzetesek.

A syndroma eredetének tisztázásában segítségünkre lehet a kórokozó izolálása. A staphylococcusok nemcsak a bőrről, hanem a nyálkahártyák felszínéről is kitenyészthetők. A gyógyszeres eredet felderítésében fel kell használni a pontos kórelőzmény felvételét. A szövettani vizsgálat is adhat segítséget. A hasadék, ha intraepidermalisan helyezkedik el, staphylococcusos eredetre utalhat, ha subepidermalis és a klinikai kép erythema multiforme-szerű, gyógyszeres kóréredetre terelheti a figyelmet.

A betegség prognózisa felől nehéz nyilatkozni, mert csak a súlyos eseteket közlik. A staphylococcusos eredetűek általában igen jó kórjóslatúak, bár időről időre a törzsek pathogenitása változik. A gyógyszeres eredetű csoportban a halálozás mintegy 20%, a vegyes és az ismeretlen eredetű csoportban eléri a 45%-ot. Ha a plasmában a prealbumin szint csökkent, a prognózis rossz.

A betegség kezelése változik a kórszarmazás szerint. Staphylococcusos esetekben per os cloxacillin adása javasolt és a corticosteroidok kerülendőek, mind belsőleg, mind helyileg. A többi csoportban a keringési collapsust kell megelőzni, a folyadék- és elektrolit-egyensúlyt biztosítani kell, és a bakteriális toxæmiát megelőzni. A szerző véleménye szerint a II—IV. csoportokban többször adnak corticosteroidot, mint az feltétlenül szükséges.

Korossy Sándor dr.

Akut generalizált pustulosus bakterid. Az Andrews-féle bakterid egy különleges formája. Ishikawa, H., Nemeki, H., Hattori, A. (Derm. Klinik, Gunma Univ., Maebashi, Japan): Hautarzt 1979, 30, 144—148.

A kéz és láb Andrews és Machacek által leírt pustulosus bakteridje krónikus lefolyású, fertőzéssel összefüggő, az endogen infektív góc szanálását követően gyakran javuló megbetegedés. Tan 1974-ben hívta fel a figyelmet arra, hogy a kórképnek lehetséges akut generalizált formája is. Utóbbi főként a kézfejen és lábháton (nem a te-

nyéren és talpon!), kisebb mértékben a törzsön, combon, felkaron jelentkezik szétszórta vagy csoportos elrendezésű vörös udvarral és oedemával kísért kis pustulák képében. Hőemelkedéssel jár. Kísérheti nyirokcsomó-duzzanat és leukocytosis. Azóta a leletet többen megerősítették és a leukocytoclastikus vasculitis szokatlan megnyilvánulási formájának tekintik.

A szerzők 8 esetét streptococcus okozta angina előzte meg. Az anti-streptolysin titer 4 esetben volt fokozott. A szöveti készítményekben az erek körül C3 és az esetek felében IgM lerakódást mutattak ki a vasculitis szöveti jellemzőin kívül. Egy beteg glomerulonephritisben is szenvedett. A bőrtünetek antibiotikum védelemben adott glukokortikoid kezelésre 1—4 hét alatt gyógyultak. Heveny kiújulást nem észleltek, de 3 beteg kezén és lábán 1—1 pustula még jelentkezett.

A szerzők a folyamat hátterében immunkomplex történést feltételeznek. A béta streptococcus polysaccharid antigénjeivel szemben termelt antitest váltja ki. Baktérium fertőzések esetében az IgM hamarabb szaporodik meg, mint az IgG (lásd immunfluoreszcens vizsgálat leletüket).

Korossy Sándor dr.

Erythema elevatum diutinum.

Wolff, H. H. és mtsai (Derm. Klinik, L.-Maximilians-Universität, München): Arch. Dermatol. Res. 1978, 261, 17—26.

A szerzők leukocytoclastikus vasculitist hoztak létre erythema elevatum diutinumban szenvedő egyének bőrén streptococcus antigén intrakutan injekciójával. Immunoelektronmikroszkópos vizsgálattal az endothel sejtek között, a pericyták, endothel- és simaizom sejtek külső felszínén, valamint a kerek több rétegű lamina basalisában C3 depositumokat találtak. A szerzők a lelet alapján feltételezik, hogy a betegségben a bakteriális antigének patogenetikai jelentőséggel bíró Arthus-típusú reakciót váltanak ki.

Korossy Sándor dr.

Alopecia areata DNCB kezelése.

Happle, R., Cebulla, K., Echtenacht-Happle, K. (Univ.-Hautklinik, Münster): Arch. Derm. (Chic.) 1978, 114, 1629—1631.

A szerzők 90 alopecia areatás beteg fejbőrének egyik oldalát hetente acetonnal oldott DNCB (dinitrochlor-benzol) ecseteléssel kezelték, a másik oldalt kezeletlenül hagyták. A szenzibilizálás 2%-os oldattal történt, 10 nappal később megkezdett kezelésre olyan töménységet (0,0001—2%) használtak, mely csupán enyhe bőrgyulladását váltott ki. 80 beteg a haj növekedése a kezelt oldalon kizárólagos vagy lényegesen sűrűbb és erősebb

volt, mint a kezeletlen oldalon. A javulás az esetek többségében 8 héten belül jelentkezett, és 72 esetben tartós maradt. Kiújulás esetében az újabb kezelés eredményes volt. A szöveti képen a kezelt oldalon a hajhagymák körüli kereksejtes beszűrődés (melyben esetenként nagy pyroninophil sejtek is jelen voltak) sűrűbb és szélesebb volt, mint a kezeletlen területben. Az elektronmikroszkópos képen érett lymphocytákat, nagy lymphoid sejteket, Lutzner-sejteket, macrophagokat, hízósejteket, lymphoblastokat láttak. Feltételezik, hogy a gyógyhatás a megváltozott immunreguláció eredménye. Néha égő érzés, az ősz haj sárga elszíneződése, súlyos ekzematiform reakció előfordult. A módszer általános bevezetését nem ajánlják a kutatások befejezéséig.

Korossy Sándor dr.

Szokatlan típusú eruptív kufán sarcoidosis. Gange, R. W., N. P. Smith, E. D. Fox (St. John's Hospital, London): *Clinical and Experimental Dermatology*, 1978, 3, 299—306.

A szerzők egy-egy 54 és 60 éves férfibeteg rövid kórtörténetét ismertetik. Mindkettőn lassan, majd eruptív módon, elsősorban a vállakon, törzsön s a combokon kerek, éles szélű, a bőrnívóból kiemelkedő, 1—5 mm átmérőjű bőr-, vagy barnás-vörös színű, lichenifikált, helyenként összefolyó göbcsék jelentek meg. Az első betegen a kiütések a combon levő hegben halmozottabban fordultak elő. A második férfibetegen a panaszokat a jobb szem iridocyclitise előzte meg, és a vörösvértest-süllyedése magasabb volt. Mindkét beteg Mantoux-próbája negatív és Kveim-tesztje pozitív volt. A szövettani kép mindkét esetben típusos volt; az írha felső részén levő körülírt granulomában az epitheloid sejtek és a néhány óriássejt mellett sok lymphocytá volt. Az első betegen a bőr leukocytá mobilizációs tesztje csökkentnek mutatkozott.

A sarcoidosis okozta bőrinfiltratio csak az esetek 13—14%-ában fordul elő, s elsősorban a nőkön jelentkezik. A bőrtünetek leggyakrabban lupus pernio, csomó vagy heg infiltratio, sokkal ritkábban göbcsé, subcutan csomó és erythroderma képét mutatják. A nagyszámú kis papula eruptív megjelenése igen ritka, de nem ismeretlen, és kézikönyvekben is történik erre hivatkozás. Korábban a lichenoid tuberculid megjelölés erre a sarcoidosis formára vonatkozott. Az esetek érdekessége az, hogy egyik betegen sem volt tüdőinfiltratio, s mindkét betegen a szöveti elváltozások laza szerkezetűek voltak és a granulomák centrumaiban az átlagosnál több lymphocytá volt látható. A szerzők megemlítik, hogy bemutatott eseteik

szoros hasonlóságot mutatnak klinikailag és szövettileg a lichen scrofulosorummal. A pozitív Kveim-teszt és a negatív Mantoux-próba azonban egyértelműen biztosította a diagnózist.

Schneider Imre dr.

Herpes gestationis immunopathológiai és ultrastrukturális vizsgálata. Harrington, Ch. I., Bleehen, S. S. (Dept. of Dermat., Hallamshire Hosp., Sheffield): *Brit. J. Derm.* 1979, 100, 389—399.

A szerzők 11 herpes gestationis (HG) beteget vizsgáltak. Direkt immunofluoreszcencia segítségével a beteg bőrterületben 9 esetben, és az ép bőrben 5 esetben a membrana basalis zónában C3 és/vagy IgG lerakódást mutattak ki. Ebben a tekintetben a HG a bullosus pemphigoidhoz hasonló leletet ad. Az immun elektronmikroszkópos vizsgálat in vivo a basalis sejtek plasma membránja írha felőli oldalán IgG lerakódást igazolt. A csalánszerű és hólyagcsás kiütések fénymikroszkópos vizsgálata a stratum papillareban kifejezett oedemat mutatott gyulladással sejtes beszűrődéssel, amely főként az erek körül helyezkedett el. A hámban spongiosis volt látható oedemával, a basalis sejtek elhalásával és számos készítményben hám alatti hasadékkal és hólyagképződéssel. Az elektronmikroszkópos vizsgálat igazolta a basalis sejtek kifejezett degeneratív és necrotikus jellegű elváltozásait az érintett bőrterületeken.

A HG pontos pathogenesis továbbra is tisztázatlan. A szerző véleménye szerint hormonális és valószínűleg immunológiai befolyások valamelyen úton stimulálják a HG faktor képződését, amely az IgG-ben található, és képes komplemetet aktiválni. A membrana basalis zónában utóbbi hozza létre a basalis sejtek pusztulását, amely az írhaban gyulladással beszűrődést és hólyagképződést vált ki.

Korossy Sándor dr.

Az orbánc epidemiológiája a lábszárak primer lymphoedemájával összefüggésben. Brunner, U., J. Knüsel (Chirurgische Universitätsklinik B. Zürich): *Vasa*, 1978, 7, 420—422.

Az ismétlődő orbánc a primer lymphoedema ismert és gyakori szövödménye. A kóreltani összefüggéseket az irodalom részletesen tárgyalja. A primer lymphoedemás betegek figyelmét gondosan fel kell hívni az orbánc lehetőségére, mivel az irodalmi adatok szerint is e betegek több mint 20%-án fennáll ez a veszély a lábszárakon. A látszólagosan normális lábszáron megjelenő orbánc felveti a lymphangiopathia lehetőségét, mindaddig kielégítő keringéssel. Azok a betegek, akiknek a primer lymphoede-

májuk mellett még interdigitalis mykosisuk van, csaknem kétszer gyakrabban betegszenek meg orbáncban, mint azok, akiknek nincs mykosisuk. A mykotikus fertőzés felismerése és kezelése fontos szerepet játszik a lábszárak primer lymphoedemájának therapiás programjában.

Schneider Imre dr.

Egészségügyi szervezés

Az egészségügyi ellátás iránti igény a 80 évesek és ennél idősebbek körében. Zaremba, V., Sidlo, R. Zavázalová, H.: *Ceskoslovenské Zdravotnictví*, 1979, 3, 113—120.

A magas korú népesség egészségügyi ellátása világszerte fokozódó gond. Számos probléma vár megoldásra, illetve tisztázásra; közöttük egyik igen jelentős az orvoshoz fordulás kérdése. Utóbbi szempontból került elemzésre egy nagyváros (Plzen) lakosságának 718 főnyi reprezentatív csoportja; valamennyien 80 évesek és ennél idősebbek voltak; nemek szerinti megoszlásuk 236 (32,9%) férfi és 482 (67,1%) nő. A vizsgálat az orvosi dokumentációk és kérdőívek alapján történt, s az egészségügyi ellátás igénybevételének néhány fontos vonására irányult.

Megállapították, hogy a vizsgáltak közel 20%-a az előző egy évben egyáltalán nem volt kapcsolatban az egészségügyi ellátással. Akik viszont orvoshoz fordultak, azok több mint 80%-ban a körzeti orvosukat keresték fel; egy beteg részéről átlagosan 8,36 orvoshoz fordulás volt feljegyezhető, ebből 1,75 a beteg lakásán történt. Ezek szerint az egészségügyi ellátással való kapcsolat több mint kétharmad részben nem a beteg lakásán realizálódott. Előző évben a szokásos szűrő, egészségvizsgálatokon az elemzett betegcsoportból közel 30% nem jelent meg egyszer sem. Körzetben az orvoshoz fordulás leggyakoribb (az esetek közel felében kizárólagos) oka a vényírás; felírt gyógyszereket rendszeresen használ a vizsgáltak mintegy 65%-a, további 23% vény nélkül vásárolt gyógyszereket is szed.

Az idős emberek számára minél szélesebb terjedelemben megvalósítandó az egészségügyi ellátásra szorulókat aktív felkutatása és számukra a differenciált, racionális ellátás biztosítása.

Cselkó László dr.

Hosszan tartó betegségben szenvedő öregek egészségügyi ellátásának kérdései. *Ceskoslovenské Zdravotnictví*, 1979, 2, 67—72.

Mint sok más országban, úgy Csehszlovákiában is észlelhető a lakosság elöregedésének folyamata; 1975-ös adatok szerint az ország összlakosságának 17,3%-a 60

évesnél idősebb volt; a 80 éven felüliek aránya 1,5%-ot tett ki. Ismert, hogy az öregeknél a morbiditási mutatók jóval magasabbak; jellemzők a krónikus megbetegedések és a multimorbiditás. Tapasztalatok szerint a hosszasan beteg idősokorúak egészségügyi ellátás iránti szükséglete leginkább a körzeti orvosoknál, továbbá a fekvőbeteg gyógyintézetek belgyógyászati osztályain jelentkezik. Fokozott igénybevételi gyakorlatot találni még — a légzőszervi betegségeken kívül — szemészeti, onkológiai és urológiai megbetegedések miatt is. Az idősokorú népesség egészségügyi ellátásának javítása érdekében számos intézkedést tett az egészségügyi kormányzat; a kérdés megoldása érdekében, kellő felméréssel megalapozandó, átfogóbb fejlesztési lépésekre kerülhet most már sor. Ezek a következők:

1. Szakképzett *geriatriai nővérek* beállítása a járóbeteg-ellátásba; akik elsősorban a körzeti orvosok segítségéért, gondozói jellegű tevékenységet végeznek az idős betegek körében.

2. A specifikus struktúrájú, *geriatriai gyógyintézetek* hálózatának kialakítása. Ezt indokolják azon — saját és más vizsgálatokból eredő — tapasztalatok is, melyek szerint a hospitalizációs igény a 65 éven felülieknél 2,5-szerese, a 75 éven túliaknál pedig 3-szorosa a szokásos átlag igénynek. Ilyen intézetbe a felvételnél két döntő szempont a meghatározó: a beteg állapotának sürgősségi foka, s az életkor.

3. Az általános, sokprofilú kórházakban, a jelenlegi szervezet keretei között célszerű komplex *geriatriai egységeket* (osztály vagy részleg) létesíteni az idős, krónikus beteganyag számára. Itt figyelembe veendő az a diszciplínák, melyek iránt az öregek részéről fokozott igény jelentkezik. Úgy tűnik, hogy az ilyen egységet legheylesőbb tapintatosan belgyógyászatnak nevezni és számozással megkülönböztetni.

A Cseh Szocialista Köztársaság egyes területein 1976-ban 1000 fő 65 éves és annál idősebb lakosra számítva összesen az alábbi számú geriatriai ágy állott rendelkezésre: Észak-Cseho.: 5,67; Dél-Morvao.: 3,78; Kelet-Cseho.: 3,67; Észak-Morvao.: 2,90; Dél-Cseho.: 2,57; Prága :2,31; Nyugat-Cseho.: 2,25; Közép-Cseho.: 2,03. Számítások szerint nagyobb távlatokban optimumnak az tekinthető, ha minden 100 fő 65 éves és annál idősebb lakosra 1 geriatriai profilú ágy jut.

Cselkó László dr.

Tuberkulózis- és légzőszervi betegek ágy-ellátottsága a Szlovák Szocialista Köztársaságban. Baján, A.: Ceskoslovenské Zdravotnictví, 1979, 3, 126—130.

A tuberkulózis epidemiológiai mutatóinak rendkívül kedvező

alakulása egész Csehszlovákiában lehetővé tette, hogy az 1966. évtől kezdve a tüdőbeteg ellátás kiterjedjen a nem-tuberkulotikus eredetű légzőszervi megbetegedésekre is. Ez idő szerint tovább csökken a tuberkulózis kórimével hospitalizáltak részaránya, a hospitalizált nem-tuberkulotikus betegek részaránya viszont növekszik. Ennek következtében a tuberkulózis ágyak szerepe átértékelésre került.

A Szlovák Szocialista Köztársaságban jelenleg összesen 5041 ágy áll rendelkezésre a tuberkulózis és egyéb légzőszervi betegek gyógyintézeti ellátásához. Ebből 1721 (34%) ágy kórházakban, s 3320 (66%) ágy pedig szakgyógyintézeti keretek között működik. A szóban forgó profilú ágyakat összesen, a 100 ezer lakosra vonatkoztatott értékek 1977-ben a következők: Szlovákia összesen 1,04; ezen belül Nyugat-Szlovákia 0,88, Közép-Szlovákia 0,38, Kelet-Szlovákia 0,29, s végül Bratislava a főváros 0,08 ágygal zárja a sort. Ugyancsak 1977-ben ezen ágyak kihasználási százaléka a kórházakban 84,2—94,7% közötti, a szakintézetekben pedig 86,3—94,0% között; országos átlagok pedig 91,0, illetve 91,9%.

Cselkó László dr.

A holland orvosi nyilvántartási alapítvány közleménye a lakosság elöregedésének hatásáról a kórházi és egyes betegosztályokon ápoltak korösszetételére. D. Hoogendoorn: Nederl. Tijdschr. v. Geneeskunde, 1979, 123, 141—144.

Az 1967. és 1976. évi demográfiai helyzetből és a kórházi ápoltak összetételének változásaiból következtetés vonható le az ezredforduló kórházi helyzetére. Számításukban csak a korösszetétel változásait vették tekintetbe, egyéb ápolásba vételt befolyásoló tényezőket változatlanok tekintve (ceteris paribus elv).

A vizsgált 10 éves időszakban az ápolásba vett gyermekek arányszáma 29,8%-ról 23,9%-ra csökkent, az ezredfordulóra 16%-os arányszám várható. Ugyanezen 10 éves időszakban az ápolásba vett idősebbek arányszáma nőtt. Terjedelmes táblázatban közlik az ápoltak korösszetételének változását. Kiragadva a 75 évnél idősebbeket, akiknek arányszáma 5,8%-ról 7,6%-ra nőtt, az ezredfordulóra 10,2%-os arányszám várható. Hasonló az irányzat az ápolási napok változásában is, a 14 éven aluliak 23%-ról 16,8%-ra való csökkenéséből az ezredfordulóra 10,6%-os arányszám számítható ki, viszont a 75 évnél idősebbek ápolási napjainak arányszáma 9,4%-ról 13,3%-ra nőtt, s így az ezredfordulón a várható ápolási napok arányszáma 16,9%.

Az egyes osztályok adatait táblázatosan demonstrálják, melyből kiderül, hogy a jelenleg is már idő-

sebbeket ápoló osztályok (bel, cardiologia, gastroenterologia, pulmonologia, radiotherapia) igénybevétele az ezredfordulóig nagyarányú növekedést mutat, a fiatalokat ápoló osztályok (pediatria, orr-torok-gégeosztály) igénybevételei arányszámai pedig nagyfokú csökkenést mutatnak. A nögyógyászati és szülészeti osztályok betegforgalmában az arányszámok alig változnak.

Míg 1976-ban az ápoltak 18%-a volt 65 éves és ennél idősebb, addig ez az arányszám a belosztályokon 46%, cardiológián 41%, az orr-fül-torok-gégeosztályokon pedig csak 3% volt. 1976-hoz viszonyítva a belosztályokon 2000-re 24,7%-os beteglétszám-növekedés várható, cardiológián 27,8%-os, pulmonológián 21%-os, radiotherapiás osztályon 25,8%-os, rheumatológián 22,3%-os gastroenterológián 16,6% százalékos, idegsebészetben 17,1% százalékos és a neuropsychológián 15,6%-os beteglétszám-növekedés várható. A nögyógyászat és szülészetben a várható beteglétszám növekedés 1976-hoz képest csupán 0,3%-os, ezzel szemben az orr-fül-gégeosztályokon 17,6%-os, a gyermekosztályokon pedig 29,2%-os csökkenés várható az ápoltak számában az ezredfordulón.

Ribiczey Sándor dr.

A tuberkulózis perspektivikus alakulása a Szlovák Szocialista Köztársaságban. Baján, A., Halak, O., Sumec, I.: Ceskoslovenské Zdravotnictví, 1979, 1, 26—30.

A mai Szlovák Szocialista Köztársaság területén (az évszázad elejét alapul véve) a tuberkulózis-helyzet egyike volt a legrosszabaknak Közép-európában; 100 ezer lakosra 392,0 tuberkulózis-haláleset jutott. Ezt az ismerten kedvezőtlen situációt csak a II. világháborút követő politikai és gazdasági változások légkörében sikerült megváltoztatni.

A tuberkulózis megbetegedések incidenciája 100 ezer lakosra számítva 1951-ben még 289,1 volt, majd 1977-ben már csak 57,0. Jelenősen csökkent a halálozás is; 100 ezer lakosból 1973-ban 8,1, s 1977-ben 4,4 halt meg tuberkulózis következtében. Az új megbetegedések és a halálozás nagymértékű csökkenése elsősorban a tüdőtuberkulózisra jellemző, de fennáll az extrapulmonalis tuberkulózisnál is. Ami a korcsoportokat illeti, megállapítható, hogy mind az új megbetegedések, mind a recidívák a gyermekkorban (14 évesig) kedvező, igen alacsony gyakoriságot mutatnak. Ezzel szemben főleg az idősebb (65 éven felüli) korban a gyakoriság viszonylag még mindig magas.

Kétségtelen, hogy az elért eredmények igen szépek. De a statisztikai adatok alakulásának, s az epidemiológiai mutatók trendjének értékelő tanulmányozása jelzi,

hogy Szlovákiában a tuberkulózis problémaként, még jelen évszázad végén is jelentkezni fog.

Cselkó László dr.

Tipikus sérülési formák közlekedési baleseteknél. Hartmann, H.; Walz, F.: Zeitschrift für Unfallmedizin und Berufskrankheiten, 1979, 1—2, 4—14.

A sérülés és keletkezésének mechanizmusa közötti összefüggések nemcsak az igazságügyi orvostan, hanem a klinikum szempontjából is fontosak. Mivel a Svájci Államszövetségben is magas a közlekedési balesetek sérültjeinek száma, úgy tűnik, indokolt néhány vonatkozó adat rövid ismertetése (több éves átlagok, illetve az 1977. év alapján).

A személysérüléssel járó közlekedési balesetek súlyos sérültjeinek mintegy 40%-a gépkocsiban ülve sérül meg; további 20–30%-ot a kétkerekű járművön (kerékpár és motorkegypár), valamint a gyalog közlekedők tesznek ki. A kórházak számára legnagyobb megterhelést az autóban ülők súlyos koponyasérülései és a gyalogosok alsóvégtag törései jelentik. Sajnálatos tény, hogy a fejsérülések nagyobb része a biztonsági öv használatával elkerülhető lett volna. A biztonsági öv felcsatolása erősen csökkenti a koponyasérüléseket, de az övet használó sérülteknél fokozott gonddal kell utánanézni, hogy nem történt-e belső sérülés (szívárgó, abdominális vérzés, fedett aorta-ruptura stb.). Kétkerekű járművek baleseteinél — elsősorban, ha a sérült nem viselt bukósisakot — ijesztően magas a koponyatörések részaránya. Gyalogosokra jellemző a fej-, alsóvégtag- és a medence sérülése, melyek többsége a járművel való primer ütközésből ered: súlyossági fokukat az ütközési sebesség határozza meg, a földre zuhanás másodlagos jelentőségű csupán.

Súlyozni kell tehát a megelőző tevékenységet; a közlekedési szabályok (sebességkorlátozások, biztonsági öv, illetve bukósisak használat stb.) betartása, valamint a járművezetők megértése a gyalogosok iránt, becslések szerint egyharmadára csökkenthetnék a sérülési kockázatot.

Cselkó László dr.

Baleseti sérültek helyszíni ellátása, osztályozása és szállítása. Jeannot, E.: Revue de médecine des accidents et des maladies professionnelles, 1979, 1—2, 15—24.

A mentőellátás, ezen belül pedig különösen az elsősegélynyújtás a személysérüléssel járó közlekedési baleseteknél, már hosszú évek óta foglalkoztatja a Svájci Sebészti Társaságot. Áttekintve az e témáról rendezett konferenciákat, vitatásokat, azokból jelenlegi érvennyel

két globális következtetés vonható le: 1. időt kell nyerni a minél gyorsabb riasztás és a baleseti helyszínre érkezés időtartamainak rövidítése révén; 2. tovább kell javítani a helyszíni, a szállítás közbeni és gyógyintézeti sérült ellátást.

Igen nagy sérült beteganyagot végzett elemzések is alátámasztják az előbbi két megállapítás jelentőségét. Néhány vizsgálati adatot érdemes kiemelni.

A baleseti helyszínen elhaltak egyharmadánál a halál 7 percen belül, kétharmadánál 25 percen belül következett be. A riasztási időterjedeleme a balesetek 50%-ánál nem haladta meg a 4 percet, s 90%-ban 15 percen belül maradt. A segély az esetek háromnegyed részében 8—15 perc között érkezett a helyszínre. Itt szót kell ejteni a helikopterek alkalmazásáról. Ez a légi mentőjármű kétségtelenül számos előnyt jelent, de tudomásul kell venni, hogy bevethetősége eléggé korlátozott; éjszakai órákban, nem megfelelő meteorológiai viszonyok között a repülés veszélyes vagy lehetetlen; adódnak orvosi ellenjavallatok is, hiszen ismert, hogy a helikopteren történő szállítás például emeli a cranio-cerebrális sérülések halálozását. Tudomásul kell venni, hogy a helikopter szükséges, de csak kiegészítő szerepkörrel (ezért helytelen a magánbiztosító társaságok demagóg hangvételű reklámhadjárata, melynek során a mentőhelikopterek használatának elterjesztését szorgalmazzák).

A helyszíni sérültellátás javítása érdekében fokozni kell a laikus elsősegélynyújtási oktató tevékenységet a lakosság körében, s a mentőtiszemélyzet részére (orvosoknak is!) differenciált, magas igényű kiképzést és továbbképzést kell biztosítani. Gyógyintézeti orvosok részére is különleges tanfolyamok szervezendők sürgősségi ellátási témakörökből. A feladatok adóttak, most már a kiterjesztés van soron; ebben a munkában nem nélkülözhető a Vöröskereszt támogatása és aktív besegítése.

Cselkó László dr.

Iskolásnál fiatalabb korú 1—4 éves gyermekek mortalitása Kubában 1961—1975 között. Riveron-Corteguera, R., Lopez, C. (Minist. Salud. Publ. La Habana, Kuba); Rev. Cuban. Pediatr. 1978, 49, 595—608.

Az iskoláskorú fiatalabb (1—4 éves) gyermekek mortalitása Kubában 1961—1975 között az összhálozások 3,4%-áról 2,0%-ra esett.

Bizonyos mértékű csökkenés más országokban is kimutatható, így pl. Kanadában 1961—1972 között 1,4%-ról 0,8%-ra, Mexikóban 16,4%-ról 10,6%-ra, de voltak országok, ahol emelkedést lehetett megfigyelni 11 év alatt. Venezuelában 10,6%-ról 11,3%-ra, Ecuadorban 21,7%-ról 23,3%-ra emelkedett az 1—4 évesek aránya az összhálozáson belül. A csökkenés a különböző kubai tartományokban a következőképpen alakult: Pinar del Rio = 57,6%, Habana = 43,7%, Matanzas = 58,8%, Las Villas = 63,1%, Camagüey = 50,0%, Oriente = 39,0%; nem meglepő, Oriente mindig a legelmaradottabb tartomány volt.

A halálokokat elemezve kiderült, hogy a leggyakoribbak ezek közül a légúti fertőzések (influenza, pneumonia stb.), balesetek és mérgezések, veleszületett rendellenességek, fehérvérűség és dagantok, bélfertőzések voltak. Meg lehetett állapítani, hogy az alultápláltság miatt bekövetkező betegségek és a fégfertőzések aránya erősen csökkent.

Kuba a latin-amerikai országok között kedvező képet mutat, az európai országokhoz képest elmaradt.

Nikodemusz István dr.

Gyermekek légi szállítása Új-Fundlandban és Labradorban.

Johnson, M. A., Owers, J., Hoorwood, S. A. (Med. Center New Foundland, Gander); Canad. Med. Ass. J. 1978, 119, 127—134.

A szerzők 33 csecsemő és gyermek légi szállítását írják le nem szabályozott levegőjű (légnomás, hőmérséklet, nedvességtartalom) repülőgépeken. A szállítások egészségügyi okokból történtek (kórházba juttatás). 26 gyermeket 320 km-nél messzebbre szállítottak olyan körülmények között, hogy a külső hőmérsékletek -35 és $+21$ °C között változtak. Ennek ellenére 14 gyerek végbélben mért hőmérséklete nem változott az utazás alatt és után, 12 gyermeknél viszont $37,5$ °C fölé emelkedett; valószínűleg a hővesztés kompenzálására fokozódott a szervezet belső hőtermelése. Repülőgépen történő szállítások alatt több káros hatás bekövetkezhet, elsősorban a hideg és a vibrációs hatás érdemelnek említést, néha jelentősége van a zajnak is. Hogy ezeket a hatásokat ki lehessen küszöbölni, szükség van jól képzett és összeszokott szállítási munkacsoportokra, ezek között orvos nincs.

Nikodemusz István dr.



A Cavinton iv. alkalmazhatóságáról.

T. Szerkesztőség! Hutter Károly dr. és mtsai „Cavinton okozta hirtelen halálból sikeresen reanimált eseteink” c. (Orv. Hetil. 1980, 121, 397—398.) tanulmányukban közölték bizonyítják, hogy mennyire fontosak a gyógyszer alkalmazásával kapcsolatos megfigyelések, kivált új gyógyszer esetében. A forgalomba hozatal megelőző vizsgálatok általában ugyan kellő adatot szolgáltatnak ahhoz, hogy megállapítható legyen a gyógyszer alkalmazási köre és az alkalmazkodás módja is, a néhány száz betegre kiterjedő vizsgálat során azonban nem derülhet minden olyan észlelésre sor, amely csak nagyobb számú betegen történő vizsgálat alkalmával lehetséges. Az új gyógyszerkészítmény forgalomba hozatalával nyílik csak lehetőség pl. a minden ezredik, esetleg tízezeredik esetben jelentkező mellékhatás megfigyelésére. A statisztikusok szerint legalább 3000 beteg vizsgálata szükséges ahhoz, hogy az 1‰-es gyakorisággal előforduló mellékhatásokat fel lehessen ismerni. A klinikai-farmakológiai módszerek szigorú alkalmazásával a forgalomba hozatal megelőzően ennyi betegen nem lehet gyógyszert vizsgálni. Éppen ezért a forgalomba kerülést követő — a gyógyszerbevezetés humán IV. szakaszának nevezett, általában 3—5 évig tartó időt — a legtöbb országban a klinikai, kórházi és általános orvosi gyakorlatban észlelték összegyűjtésére, értékelésére használják fel. Ezen időszakban különös jelentősége van a Gyógyszerfigyelő Szolgáltatnak, amelyhez Magyarországon is minden orvosnak módjában van észleléseit eljuttatni. Az észlelték összegyűjtése, értékelése és időnként nyilvánosságra hozatala a gyógyszerbiztonságot szolgálja.

A szerzők példamutató módon jártak el, amikor az Országos Gyógyszerészeti Intézetnek nyomában (cikkük megjelenése előtt fél évvel) bejelentették a Cavinton inj. iv. adásakor jelentkező kardiális szövődményekre vonatkozó észleléseiket.

Ezt követően az Intézet haladéktalanul felkérte a Klinikai Farmakológiai Hálózat illetékes egységét, hogy a bejelentésben foglaltakról szakmai véleményt adjon. A KF egység kérdéseket tett fel a bejelentőknek: mióta és hány betegen, milyen napi adagban alkalmazták a Cavinton, miért részesítették előnyben az iv. adagolást, milyen hígításban, mennyi idő alatt kapták a betegek a gyógyszert, mi indokolta az egyszerre 20 mg-os adag adását (ez ugyanis meghaladja a

használati utasításban előírt mennyiséget) stb. Sajnálatos, hogy a szakmai vélemény előkészítéséhez szükséges fenti tájékoztatást a KF egység hiába várta a szerzőktől, ezért saját tapasztalatai és az irodalomban olvasható adatok alapján készítette el a bejelentéssel kapcsolatos elemzését. Megállapította, hogy mindegyik esetben a vitálisan fenyegető szívkomplikációt az adekvát és azonnali orvosi beavatkozás tudta elhárítani; mind a négy esetben az előírt adagot meghaladó mennyiséget alkalmaztak, ezért a kardiális szövődmények létrejötte akut gyógyszermérgezés következménye is lehet. Javaslatot tett a tachycardiát, ill. extraszisztolákat provokáló hatás szisztémás vizsgálatára, továbbá az iv. adás használatának felülvizsgálatára.

Az OGYI ezen szakértői vélemény alapján intézkedett a javasolt vizsgálatok elvégzéséről, egyben az alkalmazási előirat módosításáról.

A Cavinton leírt példája kellően alátámasztja a különös gondosságú megfigyelés és a szokatlan észlelések bejelentésének szükségességét.

Mindebből az is következik, hogy a gyógyszerek alkalmazásának feltételei a mindenkori ismeretek alapján változhatnak a terápiás ismeretek bővülésével vagy éppen a gyógyszerártalmak felismerésével.

A szerzők a cikkben a Cavinton azon ismertetésére hivatkoznak, amely a *Gyógyszereinkben* 1978. jan.-ban jelen meg. Itt valóban — az akkori ismeretek alapján — nem esik szó az iv. alkalmazott ampulák tartalmának ötszörösére történő hígításáról, ez csak a későbbi szövegekben szerepel — írják. A kézirat leadásának időpontjában (1978. okt.) klinikai jelentéseket értékelő ETT Gyógyszeralkalmazási és KF Bizottság elé terjesztett dokumentációban erre utaló jelzés még nem fordult elő. Amikor a Cavinton forgalomba került (1978. I. negyedév), már ismert volt az iv. adagolás esetén a hígítás szükségessége, valamint az a körülmény is, hogy a heparinnal a Cavinton gyógyszeres kölcsönhatásban van, ezért vele együtt nem adható. A Cavinton inj. minden dobozában már ezen új szöveg szerepelt, és a forgalomba bocsátással egyidejűleg az *Utmutató a gyógyszerkészítmények rendelkezésére* c. kiadványhoz szolgáló pótlap is ezt az új szöveget közölte, azonos módon a fenti kézikönyv 1. sz. pótfüzetének 1978. évi kiadásával. A *Gyógyszereink* 1979. évben megjelent 9 számából 7-ben jelent meg az új szöveg.

Mindebből az a tanulság is levonható, hogy a gyógyszerek alkalmazási előírásai időnként változtatásra szorulnak, és mindenkor a leg-

újabb szöveget kell figyelembe venni. Kétségek nélkül hatékonyabb figyelemfelhívást jelentett volna, ha a *Gyógyszereink* — a változásról külön is hírt adott volna. A jövőben a használati utasítások időközbeni változását — a pótlapokon közölt hivatalos szövegen tüntetően — a *Gyógyszereinkben* is rendbe közzélni fogja az Intézet.

Nem egyedülálló példa sem Magyarországon, sem másutt, hogy néhány bejelentés alapján vált szükségessé új gyógyszer alkalmazásának a megváltoztatása, vagy bizonyos figyelmeztetés közzététele. Előfordult, hogy ilyen bejelentések a gyógyszer forgalomba hozatalának megszüntetését eredményezték, pl. a 6 éven át világszerte kiterjedten alkalmazott praktozol esetében. Hat bejelentés alapján indult meg a retrospektív vizsgálat Angliában, amely az 1700 esetben bekövetkezett halálesetért az anti-asztmatikumként alkalmazott béta-receptor izgató aeroszolok adagolószellepeinek hiányát, ill. a gyógyszer túladagolását tette végül is felelőssé. Az orális fogamzásgátlók 1305 esetben bizonyított thromboemboliás szövődményeinek utólagos vizsgálata derítette ki az ösztrogénkomponens elsődleges felelősségét, jöllehet az eseteknek csupán 15%-át jelentették az USA gyógyszerfigyelő szolgálatának.

Nem könnyű elbírálni, milyen orvosi észleléseket kívánatos bejelenteni, mert az ok-okozati összefüggés nem minden esetben nyilvánvaló. Világszerte az a gyakorlat alakult ki, hogy *nem kívánatos hatásnak minősül 1. minden, a gyógyszer alkalmazásával tapasztalt súlyos károsodás, még abban az esetben is, ha nem tűnik egyértelműen összefüggésbe hozhatónak a gyógyszer alkalmazásával, 2. minden olyan káros hatás vagy érzékenységi reakció, vagy nem várt hatás, mely nem szerepel a használati utasítás szövegében.*

Ha egy-egy bejelentés elszigetelten nem is szolgáltathat minden esetben alapot arra, hogy megváltozzék a gyógyszeralkalmazás egyik-másik feltétele, több hasonló jelzés — egymást erősítve — már okvetlenül cselekvésre indító. A jelentéseket egyébként minden esetben az ETT Gyógyszeralkalmazási és Klinikai Farmakológiai Bizottság tudományos irányítása alá tartozó KFH-egységek értékelik. Végül döntés születik arra nézve, hogy szükség van-e a) nyomon követő figyelésre; b) olyan intézkedésre, melyek az orvosok informálását szolgálják; c) az alkalmazási előirat szövegváltoztatására; d) a gyógyszer forgalomból való kivonására.

Hutter dr. és mtsainak az Intézetünkhöz beküldött négy bejelentése indokoltá tette a gyógyszerbiztonság növelése érdekében a Cavinton eddigi alkalmazásának felülvizsgálását.

Országos Gyógyszerészeti Intézet



KÖNYVISMERTETÉS

B. Mess, G. P. Trentini, L. Tima:
Role of the pineal gland in the regulation of ovulation. Studia Biologica Hungarica sorozat 16. kötet. Akadémiai Kiadó, Budapest 1978. 104 old.

Az Akadémiai Kiadó gondozásában megjelent munka régi hiányt pótol és olyan területre kalauzolja az olvasót, ami ma is sok kérdést vet fel és kevésbé ismert. A corpus pineale működéséről, fiziológiájáról, pathológiájáról ma még keveset tudunk, aki azonban figyelmesen áttanulmányozza Mess professzor és munkatársai szép munkáját, kitűnő áttekintést kap a corpus pinealével kapcsolatos legutóbbi kutatások eredményeiről és a szerzők sok éves kutatómunkájáról. A könyv hat fejezetre oszlik.

Az első fejezetben rövid, de sokoldalú irodalmi áttekintést kapunk, aminek tömör lényege az, hogy a corpus pineale gátló hatást fejt ki a gonadotrop-gonad rendszerre.

A második fejezetben a szerzők kísérleteik anyagát és módszerét ismertetik. Kísérleteikhez állandó külső környezetben tartott saját beltenyészett fehér patkányokat használtak. A corpus pineale hatás tanulmányozásához műtétilag megszakították azokat a pályákat, amelyek a praeopticus mezőtől a hypothalamushoz vezettek, s a corpus pineale kivonat hatását izoláltan tanulmányozhatták. Változatos és munkaigényes módszereket használtak. Ezek röviden: pinealectomia, ganglionectomia, corpus pineale implantatio, pinealis hormonok bejuttatása a hypothalamusba, különféle szövettani eljárások és autoradiográfias módszerek ³H-melatoninnal, cysterina punctio, melatonin bioassay stb.

A harmadik fejezetben azokat az alapvető eredményeket ismertetik, amelyek a corpus pineale szerepét bizonyítják az ovulatio szabályozásában. Kifejtik, hogy az agynak csak bizonyos területei érzékenyek a corpus pineale hormonjai iránt. Ezek: az eminentia medialis és a mesencephalon reticularis rendszere. Itt a corpus pineale két hormonia fejt ki hatását: a melatonin és az 5-hydroxy-tryptophol (5-HTPH). Ezek vagy mint synaptikus mediátorok, vagy mint specifikus receptorok inhibitorai gátolják az LH secretiót és az LH releasét. A pinealectomia tehát CEA patkányokon (amikben mesterségesen tartósan oestrust és anovulatiót tartanak fenn) felszabadítja a gonadotrop-gonad tengelyt a gátlás alól: ismételt ovulatiók következnek, petesejtek termelődnek és az állatok 50%-a fertilitássá válik. Ugyanilyen hatást fejt ki a bilaterális

sympathikus ganglionectomia is. A negyedik fejezetben a szerzők a corpus pineale LH secretiót befolyásoló mechanizmusára keresik a magyarázatot. Ebben felvetik más endokrin szervek (pl. pajzsmirigy) és a serotonin szerepét, valamint a corpus pineale FSH termelést csökkentő és a melatoninnak közvetlenül a gonadokra gyakorolt hatását.

Az ötödik fejezetben az agykamrák — plexus choroides — liquor cerebrospinalis rendszer szerepét vizsgálják a corpus pineale hormonok forgalmában. A melatonin a plexus choideus sejtjeiben 3-12-szer nagyobb koncentrációban fordul elő, mint a hypothalamusban. A melatonin valószínűleg a plexus choriodeus epithelialis sejtjei választják ki.

A hatodik fejezetben röviden összefoglalják a mirigy szerepét az ovulatio szabályozásában. A corpus pineale valószínűleg az LH-RH felszabadulását befolyásolja a hypothalamus útján. Ezt valószínűleg centralis serotoninerg mechanizmus útján valósítja meg. A corpus pineale a hypothalamus — HEL — ovarium kapcsolatban, mint moduláló tényező játszik szerepet, amit a külső és belső milió változásai módosítanak.

A szerzők nagy feladatra vállalkoztak, mert rendkívül nehezen tanulmányozható, vitatott területet vizsgálnak és elemeznek. Feladataikat sikeresen oldották meg.

Lampé László dr.

Dieter Völter: Kompendium der Urologie. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart, New York, 1978, 190 oldal, 132, többségében színes ábrával, rtg-felvétellel. Ára: 29,80 DM.

A könyv az urológiai alapismeretek összefoglalása mellett okosan ismerteti az utóbbi időben létjogosultságot nyert diagnosztikai és terápiás eljárásokat is. A lényegre szorítkozó — gazdag tapasztalaton alapuló — megállapítások jelentősek az urológiai ismeretek elsajátításában, de hasznosak a vizsgára készülő orvostanhallgatók, körzeti, illetve egyéb szakterületen működő orvosok számára is. A világos, tömör összefoglalás szigorúan csak urológiai kérdéseket ismertet.

Rövid anatómiai és élettani áttekintés után a szerző 16 fejezetre osztva tárgyalja az urológiai megbetegedéseket. Az ismeretanyag szemléltetését, megértését, a tenni-valók bemutatását, a tájékozódást a szerző ábrái kiválóan segítik. Az ábrákon színváltozással hívja fel a lényegre a figyelmet, a fekete-fehér

ábrákon piros szín jelzi a változást, a problémát. A röntgenfelvételek is kifogástalanok, emelik a könyv értékét.

Az első fejezet az urogenitalis rendszer kórélettani kérdéseit ismerteti. Rövid áttekintést ad a tubuláris károsodás esetén észlelt veseműködés változásról, a veseelégtelenség legfontosabb jellemzőiről. Részletesen elemzi a vizelet transzport zavarát és következményeit. „A narkózis és mütét hatása” c. rész új színeként jelentkezik.

A második fejezet rövid összefoglalást ad az urológiai megbetegedések tüneteiről, a vizelet kiválasztás változásáról, a vizelet ürítési zavarokról, és a különböző urológiai megbetegedésekhez társuló folyamatokról.

A harmadik fejezet a speciális urológiai diagnosztikával foglalkozik. A részletes laboratóriumi vizsgálatok — vizelet-se. — a különböző váladékok vizsgálatának ismertetését követően összegezi az urológiai röntgendiagnosztikai eljárásokat.

A kiválasztásos urographia tárgyalásakor felhívja a figyelmet a be- és kilégzésben készített felvételek jelentőségére. Vese gyulladással elváltozásai, peri- vagy paranephritis esetén légzészorak a vese kitérése, elmozdulása korlátozódik, illetve megszűnik. Gyakran ez az egyetlen jel, amely ilyen esetekben segít a kórismezésben.

A retrograd pyelographia, vese angiographia, kismencedei angiographia, cystographia, mictiós cysto-uretrographia, urethro-cystographia, lymphographia diagnosztikai értékét, a különböző urológiai betegségek esetén egyrészt nagy tapasztalatot jelző tömörséggel tárgyalja, másrészt kifogástalan rtg-felvételekkel bizonyítja.

A transurethralis diagnosztikát, a katheterek és bougie-k használatát az indikációs kérdések tárgyalása mellett szemléltető ábrákon mutatja be.

A klinikai vizsgálat technikájának változása után összefogja a veseműködés megítélésére szolgáló eljárásokat, izotóp diagnosztikát.

A negyedik fejezet a vese eltávolítással, pólus resectióval, a vesemenede és ureter plasztikai műtéteivel, transurethralis coagulatio, resectio, cryochirurgia, kőzúzás, hólyagmosás és a nephrostomias katheret alkalmazásának kérdéseivel foglalkozik. Az összeállítás sok fontos, az alapellátást meghatározó teendőket tartalmaz, megjegyzem azonban, hogy a speciális urológiai kezelések ismertetése az urológiai megbetegedések tárgyalása után érthetőbb lenne.

Az ötödik fejezet a vese fejlődési rendellenességeit, vesesüllyedést, a fontosabb ureter, hólyag, prosztata és ondóhólyag fejlődési zavarokat ismerteti.

A hatodik fejezetben az urogenitalis rendszer gyulladással összefüggő megbetegedéseit tárgyalja. A vesegyulladás

dások osztályozása a legutóbb elfogadott szemlélet szerint történt. Az akut, krónikus pyelonephritis, pyonephrosis, vese karbunkulus, paranephritis abscessus etiológiáját, tüneteit, diagnosztikáját és kezelését ismerteti.

A lényegre szorítkozik a szerző az ureter-, hólyag-, prosztatata-, húgycső-, penis-, here-, mellékhere gyulladási elváltozásainak ismertetésekor is.

A specifikus elváltozások között az urogenitális szervek tbc-s elváltozásainak tárgyalása a könyv legjobb fejezete. Az urogenitális szervek tbc-s megbetegedéseit bemutató ábrák, rtg-felvételek megkönnyítik a kórismézési és gyógykezelési teendők tárgyalásának megértését. A gyógykezelés leírása kifogástalan gyakorlatot jelez.

A hetedik fejezetben a szerző az urogenitális szervek daganatait ismerteti tömören, de a napjainkban elfogadott és megkívánt kórismézési és gyógykezelési elvek szerint.

A nyolcadik fejezet az urolithiázissal kapcsolatos kérdések tárgyalásával foglalkozik. A követ Ca-oxalat, húgysav-, foszfát-, kevert és cystin-kőre osztja. A terápiás teendők ismertetése után az ismertetett felosztásának megfelelően foglalkozik a vesebeteg profilaxisával.

A kilencedik fejezetben rövid ismertetés található a már előzőleg ismertetett vizelet elfolyási zavarokról.

A tizedik fejezet a vese és ureter, húghólyag, húgycső, és a penis sérüléseivel kapcsolatos kórismézési és gyógykezelési teendőket foglalja össze.

A tizenegyedik fejezetben a mellékvese műthető megbetegedései, a tizenkettedik fejezetben a férfi fertilitási zavarok esetén szükséges műtéti beavatkozások leírása található.

A tizenharmadik fejezet a gyermekkori urológiai megbetegedések ismertetését adja, véleményem szerint ez a kiemelés feltétlenül hasznos. A gyermekkori urológiai megbetegedések külön fejezetben történő tárgyalása nemcsak a terület fontosságára irányítja a figyelmet, hanem segít a különböző gyermekkori urológiai elváltozások megismerésében és differenciálásában is. Egyébként említésre méltó ismétlés a fejezetben nem található.

A tizennegyedik fejezet a női urológiai megbetegedéseket, a tizenötödik fejezet a neurológiai megbetegedések urológiai szövődményeit, s végül az utolsó rész az akut urológiai megbetegedések esetén szükséges teendők világos összefoglalását adja.

A kiadó kifogástalan munkáját a könyv hibátlan szedése, jó papírja, szép borítója is bizonyítja.

Pintér József dr.

Walter Bräutigam: Reaktionen — Neurosen — Abnorme Persönlichkeiten. Seelische Krankheiten im Grundriss. 1978. (4. neubearbeitete Auflage), Georg Thieme, Stuttgart, 223 oldal, ára: 11,80 — DM. (Flexibles Taschenbuch sorozat.)

Bräutigam könyve először 1968-ban jelent meg, a címben akkor az „abnormis személyiségek” megjelölés helyett a „psychopathiák” kifejezés szerepelt, és az alcím is más volt, a szerző a kötetet a „kis pszichiátria” kompendiumának tartotta.

A könyv nagy sikert aratott. Utannymásai és újabb kiadásai egymást követték, nagyon hamar lefordították spanyolra és olaszra is. Mint a szerző a 4. kiadás előszavában közli, most volt alkalma arra, hogy a szöveget átdolgozza és figyelembe vegye a szakmai szemlélet változásait, melyek az utóbbi 10 évben végbementek. E változásoknak tulajdonítja a szerző, hogy a psychopathia fogalmát, mint elavultat kihagyta a címből (noha a szövegben továbbra is használja a kifejezést, amikor abnormis személyiségekről beszél). A neurozistat a szerző szerint az utóbbi évtizedben túlerjedt jelentőségében a pszichiátrián, a legkülönbözőbb szomatikus szakágak szempontjából fontos lett, ezért nem helyes a „kis pszichiátria” megjelölés.

Az átdolgozás nyomán a szöveg világosabb, jobban tagolt lett, de megőrizte az eredeti munka eredményeit; nagyon rövid, jól érthető, autoritativ áttekintést nyújt a pszichés élményreakciókról, neurozissokról és személyiségzavarokról. A szerző szemléleti objektivitásra is törekszik, bár alapvetően a pszichoanalitikus neuroziszfelfogást vallja és a pszichoterápiát is főleg feltáró, verbális pszichoterapiaként értelmezi, továbbá a konfliktust állítja kórosi magyarázatai középpontjába, hűen bemutatja a biológiai és tanuláselméleti neurozissokat is.

Igen jó a könyvnek az a része, amely útmutatást ad az orvosoknak az ideges betegek kikérdezéséhez és megértéséhez. Egyébként a terjedelem rövidege miatt a szerzőnek nem marad többre lehetősége, mint annyi, hogy a hagyományos nomenklatúra és a Betegségek Nemzetközi Osztályozása legújabb kiadásában elfogadott nomenklatúra alapján ismertesse a tárgykörbe tartozó kórképeket és jelenségeket.

Valószínű, hogy a nagy példányszámban elfogyott könyvet főleg a gyakorló orvosok és a nem pszichiáter szakorvosok használják, mint ahogyan a Flexibles Taschenbuch sorozat is olyan, mint amilyen nálunk a Gyakorló Orvos Könyvtára igyekszik lenni. Nagyon érdekes probléma, érdemes lenne vizsgálni tapasztalatilag is, hogy egy ilyen könyvet, amely nagyon objektív, de ezáltal kissé steril és az olvasó fantáziáját magával nem ragadó, mennyire lehet valóban a

gyakorlat szempontjából felhasználni. Nem csupán annyi történik-e, hogy pl. az orvosi pszichológiai, neurozistatani ismerethianyukat érző német gyakorló orvosok lelkiismeretük megnyugtatóására általában megvásárolják ezt a szép kiállítású, jól tagolt, könnyen olvasható kis könyvet?

Ezt nem tudjuk megállapítani. Mindenesre Bräutigam könyve a neurozistat és a gyakorlati orvosi pszichológia iránti érdeklődők — főleg általános orvosok — számára ajánlható olvasmány.

Buda Béla dr.

G. Zauner Éva: Mondásválasztás. Pedagógiai-pszichológiai módszer a személyiség értékrendszerének megismerésére. Akadémiai Kiadó. Budapest, 1978. 213 o., 39,— Ft.

A monográfia bemutatja a szerző által kidolgozott, a személyiség értékrendszerének vizsgálatára irányuló pedagógiai pszichológiai módszert. A vizsgálat hívó szövegét közmondások, szállóigék és idézetek alkotják. A mondásanyagot személyiségreláció körök szerint állítják össze. A körök: család, otthon, nevelés, szerelem, házasság, nemek viszonya; barátság emberség; község; munka, küzdés; tudás, tudomány; becsület, őszinteség, önértékelés; életértékek; az életelvek. Szerző a vizsgálat lefolytatásánál a 120 mondást, amely a körök szerint tagolódik, nyújt a vizsgálati személynek és felszólítja, hogy válaszson tizet, amellyel leginkább egyetért és tizet, amellyel legkevésbé ért egyet, és indokolja választását.

A mondásokat tartalmi, formai és a bennük kifejezett érték jellege szerint kategorizálta és ennek alapján dolgozta ki szerző értékelési eljárását.

A mondásválasztás a személyiségről ad képet, elsősorban annak értékrendszeréről. Törekvése, hogy integrált személyiségeüknél a centrális értéket, amelyik a személyiség fejlődésének vezérmotívuma lehet, megtalálja. G. Zauner Éva úgy látja, hogy módszerével megismerhető az ember En-ideál-ja, ez szerinte egyrészt azonos lenne a freudi felettes-én-nel, részben egyszerűen: „ilyen akarok lenni” vagy „ilyennek akarok látszani”. Módszerét viszonylag nagy anyagon alkalmazta, könyvében eseteket is bemutat és beszámol Rorschach és AT vizsgálatokkal történt összehasonlító vizsgálatairól. Úgy találta, hogy a mondásválasztás evvel a két módszerrel magas fokon meg egyezik.

Érdemes elgondolkozni azon, hogy mennyire alkalmazható ez a módszer a személyiség értékrendszerének vizsgálatára és a szerző által ajánlott csoportos pszichológiai gyakorlatokra és csoportos személyiség fejlesztésre.

Hidas György dr.





A Magyar Onkológusok Társasága 1980. április 21-én, délután 15 órakor Budapesten, a Magyar Tudományos Akadémián (V., Roosevelt tér 9.) „Krompecher emlékülést” rendez.

1. Elnöki megnyitó.
2. **Rodé Iván dr.:** A korszerű sugárterápia eredményei.
3. **Balogh Ferenc dr.:** A prostata-rák korszerű diagnosztikája és terápiája.
4. **Gyenes György dr.:** Adatok a klinikai Hodgkin-kór kutatás kórtörténetéhez Magyarországon.
5. „Krompecher emlékéremek” átadása.

A Szegedi Orvostudományi Egyetem Tanácsa 1980. április 22-én, 16 órakor, az Oktatási Épület tantermében „Jancsó Miklós” emlékülést rendez.

1. **Prof. Guba Ferenc:** Az izomsejt plaszticitása.
2. A „Jancsó Miklós” emlékérem átadása.

A Pest megyei Tanács Semmelweis Kórház Tudományos Köre 1980. ápr. 26-án, szombaton, 10.30 órakor, a Kórház tanácstermében (VIII., Gyulai P. u. 2.) — a Pest megyei Ideggondozó Intézet 25 éves fennállása alkalmából — **ünnepi tudományos ülést** tart.

„Ideggondozói szombatok”

1. **Hárdi István dr.:** Bevezetés és visszapillantás.
2. **Saághy Margit dr., Boros Magdolna, Szőke Gyuláné:** Schizophrénia az ideggondozói gyakorlatban. (Kazuisztika és vita.)
3. Egy Szociális Elmeotthon 18 esztendeje (filmvetítés a nagykörci szociális elmeotthonról).

A MOT Cytodiagnosztikai Sectiója 1980. április 18-án, 9.30 órakor, a Semmelweis OTE I. Kórbontani Intézet tantermében (VIII. Üllői út 26.) **tudományos ülést** tart.

1. **Nagy Péter dr., Keller G. dr.:** Endometrium carcinómások hüvelykenetének értékelése.
2. **Hernádi Zoltán dr., Borsos A. dr.:** Gyermekgyógyászati betegek hüvelyaspirátumának onkocitológiai vizsgálata során szerzett tapasztalataink.
3. **Faluhelyi Zsolt dr.:** Célzott endocervikális anyagvétel a nőgyógyászati citodiagnosztikában.
4. **Szabó János dr.:** A citodiagnosztika szerepe a méhnyakrák szűrésében.
5. **Hegedűs Csaba dr.:** A nőgyógyászati szűrővizsgálat korszerűsítésének néhány lehetősége.

6. **Lukács Judit dr., Kompolthy Klára, Winkler Edéné, Takács Józsefné, Wlaszlovits Ágnes:** A punkciós citologia jelentősége a tüdőgyógyászatban.

Szűnet

7. **Bak Mihály dr., Garam T. dr., Bodó M. dr., Tóth J. dr., Petrányi Gy. dr.:** Angioimmunoblastos lymphadenopathia.
8. **Kaszás Ilona dr.:** Tumorsejteket utánzó mesothelsejtek differenciáldiagnosztikai vizsgálata testüregi folyadékgyülemekben.
9. **Hársing Judit dr., Mérei J. dr.:** Papillaris pajzsmirigy carcinómából származó aspirációs citológiai anyag elektronmikroszkópos vizsgálata.
10. **Lukács Géza dr., Balázs Gy. dr., Zs.-Nagy I. dr., Csáky G. dr., Fábán E. dr.:** DNS meghatározás follikularis szerkezetű pajzsmirigy-tumorkok citodiagnózisában.

A Magyar Angiológiai Társaság 1980. április 18-án, pénteken este 17 órakor, a Semmelweis OTE I. Sebészeti Klinika tantermében (VIII., Üllői út 78.) **tudományos ülést** rendez.

1. **Hetényi András dr.:** A dekompenzált vénás keringés habzsvacs-kompressziós kezelése.
2. **Várkonyi Viktória dr., Tertyánszky Edit dr.:** A hydrostatikus kompresszió, mint az ulcus cruris konzervatív kezelésének egyik lehetőség.
3. **Sándor Tamás dr., Hunyi László dr.:** A postoperatív mélyvénás thrombosis korszerű diagnosztikája ¹²⁵J fibrinogén testtel és Doppler ultrahangvizsgálattal.
4. **Márk Bertalan dr., Lelkes József dr., Kollár Lajos dr., Halmos László dr.:** A vénás occlusió plethysmographiás vizsgálatok értékelése a vénás keringés diagnosztikájában.
5. **Temesvári Erzsébet dr., Várkonyi Viktória dr., Tertyánszky Edit dr., Kováts Irén, Németh Ilona:** Kontakt sensibilizáció és latens kontakt sensibilizáció ulcus cruris postthromboticumában.

A Borsod megyei Kórház-Rendelőintézet Tudományos Bizottsága 1980. április 23—24—25-én Miskolcon, a Megyei Kórház nagy előadótermében rendezi a **VI. Borsodi Orvos és Gyógyszerész Napokat**.

Április 23., szerda, 10.00 óra

Szabó István dr., Molnár György dr.: Megnyitás, üdvözlés.

10.30 óra

Prof. Tényi Jenő (Pécs): Az alapellátás helyzete és fejlesztésének kérdése.

Szűnet

14.30 óra

Üléselnökök: **Sárady Kornél dr., Velkey László dr.**

1. **Madácsy L. dr. (Miskolc):** A gyermekkori asthma diagnosztikája, terápiája és gondozása.

2. **Varjas J. dr. (Miskolc):** Feladatok az asthma bronchialis betegek ellátásában.

3. **Gondkiewicz M. dr. (Miskolc):** A chronikus bronchitis diagnosztikus és terápiás kérdései.

4. **Marton Gy. dr. (Miskolc):** A chronicus bronchitis egyes mellkasi szövődményeiről.

5. **Porkoláb Gy-né dr. (Miskolc):** Az asthma bronchiale és a chronicus bronchitis kezelésével kapcsolatos gyógyszerek interakcióiról.

Vita — Szűnet

Üléselnökök: **Fekete Tamás dr., Madácsy László dr.**

6. **Adorján B. dr. (Miskolc):** Az üzemi légzőszervi porártalmakról.

7. **Szentgyörgyi D. dr. (Leninváros):** Idült légzőszervi betegségek-üzemorvosi gondozása.

8. **Bíró B. dr., Barzó P. dr. (Miskolc):** A por- és vegyiártalmak okozta tüdőelváltozások.

Április 24., csütörtök, 9.00 óra

Kerekasztal-konferencia

Tárgy: **Cardiovasculáris betegségek gondozása.**

Moderátor: **Földváry Gyula dr.**

Résztvevők: **Juhász B. dr., Kaló E. dr., Papp S. dr., Tóth A. dr., Varga I. dr., Varga T. dr. (Ózd), Virágh I. dr. (Sátoraljaújhely).**

Vita — Szűnet

Kerekasztal-konferencia

Tárgy: **Progresszív betegellátás, gondozás feladatai és nehézségei gastroenterológiai betegségekben.**

Moderátor: **Prónay Gábor dr.**

Résztvevők: **Csire B. dr., Herczeg L. dr., Hérics M. dr., Kabayné Fekete I., Nagy Gy. dr., Soltész P. dr. (Sátoraljaújhely), Sólyom E. dr., Tóth M. dr. (Tarcál), Ujszászy L. dr.**

Vita — Szűnet

15.00 óra

Üléselnökök: **prof. Tényi Jenő (Pécs), Burján Ágnes dr.**

1. **Argay I. dr. (Miskolc):** A terhességdozással szembeni elvárások az anya- és csecsemővédelem érdekében.

2. **Aszódi I. dr. (Miskolc):** A család- és nővédelem az orvosi gyakorlatban.

3. **Mészáros K. dr. (Miskolc):** Az otthoni újszülöttellátás alapvető kérdései.

4. **Juhász A. dr. (Ózd):** Komplex család- és nővédelmi ellátás megszervezése egy járásban.

5. **Szabó V. (Bócs):** Család- és nővédelmi ellátás körzetben.

6. **Kiss B.né (Bócs):** A védőnő család- és nővédelmi tevékenysége.

7. **Écsy Z. dr. (Miskolc):** Terhességgel összefüggő gyógyszerbiztonsági problémák.

Április 25., péntek, 9.00 óra

Poster vita

Vitavezetők: **Aszódi I. dr., Prónay G. dr., Sótónyi G. dr.**

11.00 óra

Üléselnökök: **Szomor L. dr., Várhegyi Z. dr.**

1. **Prof. Molnár L.** (Debrecen): Az agyi keringés patofiziológiája.

2. **Prof. Mérei F. T.** (Pécs): Az agyi keringés rekonstruktív sebészete.

3. **Török P. dr.** (Miskolc): Cerebrovasculáris kórképek kezelésének idegsebészeti lehetőségei kórházunkban (agyvérzések, aneurysmák, angiómák).

Vita — Szünet

14.30 óra

Üléselnökök: **prof. Mérei F. T.** (Pécs), **prof. Molnár L.** (Debrecen).

1. **Berkessy S. dr., Karátson D. dr., Martics A. dr.** (Miskolc): Cerebrovasculáris laesio tüneteivel járó belgyógyászati betegségek

2. **Fekete T. dr., Kaáli I. dr., Kónya K. dr.** (Miskolc): Belosztályon kezelt cerebrovasculáris beteganyag.

3. **Tass Gy. dr., Balog G. dr., Polgárdi J. dr., Pocsai J. dr.** (Miskolc): Cerebrovasculáris betegek utóvizsgálatának tanulságai.

4. **Gaál Cs. dr., Horváth F. dr., Áberle L. dr.** (Miskolc): Orális fogamzásgátlók szedése alatt kialakult cerebrovasculáris laesiók.

5. **Máthé Cs. dr., Horváth F. dr.** (Miskolc): Cerebrovasculáris megbetegedések pszichiatriai vonatkozásai.

6. **Kónya K. dr., Leel-Össy I. dr.** (Miskolc, Esztergom): A vertebrobasiláris keringési zavarokról.

7. **Cholnoky G. dr., Dobai J. dr.** (Miskolc): Cerebrális sinus thrombosisok.

A Központi Állami Kórház Tudományos Bizottsága 1980. április 24-én, délután, 14 órakor, a Kórház könyvtárában (XII., Kútvölgyi u. 4.) tudományos ülést tart.

1. **Antony Miklós dr.:** Az integratio lehetőségei neurológiai járó-fekvőbeteg ellátás gyakorlatában.

2. **Antony Miklós dr., Széplaki Zoltán dr., Tóth Gábor dr.:** A TIA megítélésének, kezelésének korszerű gyakorlata.

3. **Fehér Márta dr., Hetényi Rózsa dr.:** EEG laboratórium-epilepsziagondozás, bel-ideg határterületi kérdések.

4. **Antony Miklós dr., Tóth Gábor dr., Széplaki Zoltán dr.:** Parkinson gondozás.

5. **Hetényi Rózsa dr., Póda Irén dr.:** A cerebrális ECHO diagnosztikai lehetőségei.

6. **Széplaki Zoltán dr., Tóth Gábor dr., Antony Miklós dr.:** EMG lehetőségek határterületi klinika syndromákban. Az EMG néhány elméleti kérdése.

7. Vita.

A Magyar Belgyógyász Társaság Dél-magyarországi Decentruma 1980. április 24—25-én Kiskunhalason, a Semmelweis Kórházban (XI. em.) rendezi **XI. vándorgyűlést.**

1980. április 24., 8.30 óra
Megnyitó

Nagy Lajos dr. (Pécs): A klinikai pharmatológia újabb eredményei (felkért előadás).

10.15 óra

Főterem

Üléselnökök: **prof. Varró Vince, Iványi János dr.**

1. **Berger Zoltán dr., Pap Ákos dr.** (Szeged): A pancreas-functiók szűrővizsgálatok értékelése három év tapasztalatai alapján.

2. **Nagy Ferenc dr., Nárai György dr., Döbrönte Zoltán dr.** (Szeged): A colonoscopia és az irrogoscopia szerepe a vastagbél adenomáinak vizsgálatában.

3. **Libor János dr., Kovács József dr., Bikádi Sándor dr., Bánffy László dr.** (Gyula): A colon és a rectum daganatainak előfordulása és a gyógyítás lehetőségeinek alakulása az endoscopia rutinszerű alkalmazásának tükrében.

4. **Gergely Tibor dr., Libor János dr., Kovács József dr.** (Gyula): A megye ellátására kiterjesztett gastroenterológiai endoscopos tevékenység kritikai elemzése 5 év tapasztalatai alapján.

Üléselnökök: **prof. Tényi Mária, prof. Szarvas Ferenc.**

5. **Libor János dr., Döbrönte Zoltán dr., Fazekas Péter dr., Nárai György dr.** (Gyula, Szeged): Tapasztalatok a percutan transhepaticus cholangiographiával.

6. **Vajda Ágnes dr., Szentkereszty András dr.** (Békéscsaba): A gyomor rtg-vizsgálat és gastroscopia helye a gyomorbetegségek diagnosztikájában.

7. **Balázs Mihály dr., Osztrogonác Péter dr., Tüske Magdolna dr.** (Baja): Ulcusos betegek címétidin kezeléséről.

8. **Károlyi Zoltán dr., Szigeti Imre dr., Biliczki Ferenc dr.** (Kecskemét): Ulcerosus colitis klinikai képében jelentkező zsigeri Bürgerkór esete.

9. **Kovács András dr., Farkas János dr., Intzedy Katalin dr., Lakatos László dr.** (Orosháza): A gyomor izolált malignus lymphomájának műtéttel megoldott esete.

15.00 óra

Főterem, A sectio

Üléselnökök: **prof. Cserhádi István, Winter Miklós dr.**

10. **Grubel Noémi dr., Forster Tamás dr., Csanády Miklós dr.** (Szeged): Echokardiographia az emboliára hajlamosító szívbetegségek diagnosztikájában.

11. **Szász Károly dr., Csanády Miklós dr.** (Szeged): Cerebrális embolia előfordulása vitiumos betegekben,

12. **Boda Judit dr., Schwób Anna dr., Czako László dr.** (Szolnok): A thyreotoxicus cardiomyopathiáról.

13. **Boros István dr., Bárdos János dr., Tiszai Aladár dr.** (Makó): Tompa mellkasi sérülés utáni szívinfarctus esete.

Üléselnökök: **Tiszai Aladár dr., Biliczky Ferenc dr.**

14. **Timár Sándor dr., Oláh Agnes dr.** (Kecskemét): Vasodilatátorok szerepe az idült szívelégtelenség kezelésében.

15. **Szigethy Zsuzsanna dr., Szalma József dr., Gombos Gyula dr.** (Szentes): Mexiletine HCL kezelés tapasztalatai.

16. **Gulyás Klára dr., Szalma József dr., Gombos Gyula dr.** (Szentes): Nagy dózisu Lidocain adagolás a heveny szívinfarctus kezelésében.

17. **Hadi Ferenc, Kohán Mária dr., Gesztesi Tamás dr.** (Bpest, Kiskunhalas): A Trascor 80 (Chinoin) helye a hypertonia kezelésében.

18. **Hajdu László dr., Kohán Mária dr.** (Kiskunhalas): Újabb gyógyszerek a cornaria betegségek kezelésében.

19. **Kohán Mária dr., Hadi Ferenc, Hajdu László dr., Gesztesi Tamás dr.** (Kiskunhalas, Bpest.): A Sensittel (Chinoin) elért eredményeink az angina pectoris terapiájában.

15.00 óra

Kisterem, B sectio

Üléselnökök: **prof. Csernay László, Czako László dr.**

20. **Sonkodi Sándor dr., Buzás Edit dr., Tichy Béla dr.** (Szeged): Glomerulopathiák szűrése és gondozása.

21. **Szepesvári Elemér dr.** (Elek): Az egészségügyi területi gondozás tapasztalatai, különös tekintettel a belgyógyászati betegségekre.

22. **Antal Mihály dr., Gervain Mihály dr.** (Orosháza): Komplex nephrológiai szűrés Tótkomlóson I.

23. **Deák Sándor dr., Lakatos László dr., Antal Mihály dr.** (Orosháza): Szűrés alapján kivizsgált glucosuriás és proteinuriás eseteink.

Üléselnökök: **prof. László Ferenc, Libor János dr.**

24. **Rusvai Antal dr., Czinege Mátyás dr., Illésy Mária dr., Bokondi Gyula dr.** (Szolnok): Onkohaematológiai betegek szkéma szerinti kezelésének korlátai.

25. **Gyimesi András dr., Iványi Béla dr., Pocsay Gábor dr.** (Gyula): Hypertenzív krízisben szenvedők kezelésével szerzett tapasztalataink.

26. **Szarvas Ferenc dr., Laczi Ferenc dr., Julesz János dr., László Ferenc dr.** (Szeged): Kryptothyreodizmus.

27. **Schwób Anna dr., Czako László dr.** (Szolnok): A hypoglikémiás tünetegyüttesről eseteink kapcsán.



28. *Pokorny Gyula dr., Kelemen János dr., Matkovits Béla dr., Márffy Ferenc dr., Hudák János dr.* (Szeged, Bpest.): Termografiás vizsgálatok rheumatoid arthritisben.

29. *Dragon Károly dr., Gergely Mihály dr.* (Szentes): Kóros kövér-ség miatt végzett vékonybél-áthida-lás eredménye.

1980. április 25., 9.00 óra

Kerekasztal-megbeszélés

Főterem

Téma: A thromboembóliák megelőzése és kezelése.

Moderátor: *Deli László dr.* (Gyula).

Résztvevők: *Pepó János dr.* (Szeged), *prof. Felkai Béla* (Szeged), *Winter Miklós dr.* (Hódmezővásárhely), *Jakubecz Sándor dr.* (Gyula), *Hutter Károly dr.* (Gyula).

11.30 óra

Fabók József (Budapest): Kor-szerű gépháztervezés (felkért elő-adás).

15.00 óra

Üléselelnökök: *Rusvai Antal dr., Borbola József dr.*

30. *Vezendi Klára dr., Szücs Attila dr., Krizsa Ferenc dr., Cserháti István dr.* (Szeged): Véralvadási vizsgálatok alkalmazhatósága az acut agyi vascularis történések dif-ferenciált diagnosztikájában.

31. *Benkő Sándor dr., Varga Gyula dr., Balogh Elemér dr.* (Szeged): A praeleukaemiáról néhány eset kapcsán.

32. *Zöllei Magdolna dr., Vezendi Klára dr., Varga Gyula dr., Krizsa Ferenc dr.* (Szeged): Gardner—Dia-mond-syndroma (Autoerythrocyta sensitisatio).

33. *Kovács Aranka dr., Krizsa Fe-renc dr.* (Szeged): Malignus lym-phomas betegek alvadási viszonyai-nak alakulása polychemoterapia kapcsán.

Üléselelnökök: *Mester János dr., Szalma József dr.*

34. *Katona András dr., Deli László dr., Hutter Károly dr., Orosz István dr., Balázs Péter dr., Kan-der Zoltán dr.* (Gyula): Adatok a thrombolyticus therapia indikálásá-hoz.

35. *Balázs Péter dr., Katona András dr., Orosz István dr., Hut-ter Károly dr., Deli László dr., Kán-tor Melinda dr.* (Gyula): A heparin therapia ellenőrzéséhez használt vizsgálatok összehasonlító elemzése.

36. *Marschalek György dr., Csá-nyai János dr., Tóth Sándor dr.* (Kiskunfélegyháza): Syncumar nec-rosis.

37. *Baranyai Ilona dr., Kovács Terézia dr., Szalma József dr., Gombos Gyula dr.* (Szentes): Heparin kezelés ritka szövödménye: al-lergiás bőrnecrosis.

38. *Bozóky Géza dr., Biliczki Fe-renc dr., Varga Judit dr.* (Kecskemét): Heparin adásával indukált heveny DIC syndroma.

A Magyar Dermatológiai Társulat Tiszántúli Szakcsoportja 1980. áp-rilis 25—26-án, a Debreceni Orvos-tudományi Egyetem Bőrklínkán tudományos ülést tart.

1980. április 25., 3.30 óra
Megnyitó

1. *Prof. Dr. H. C. Friederich* (Marburg a. d. Lahn): Bélyeg plasztika, coriotomia és dermatomia alkalmazása a dermatológiában (német nyelven).

2. *Prof. Dr. W. Meinhof* (Aachen): A krónikus recidiváló candida col-pitis kezelése (német nyelven).

3. *Prof. Dr. H. W. Kreysel* (Bonn): Fény és bőr (német nyelven).

4. *Dr. H. W. Seifert* (Bonn): A xanthogranuloma juvenile ultra-struktúrája (német nyelven).

5. *Dr. H. J. Westphal* (Rostock): Immunkomplex meghatározás psoriasisos betegeken (német nyelven).

6. *Szabolcsi M. dr., prof. Balogh É., J. Schröder dr.*: Psoriasisz transz-fer faktor kezelése.

7. *Vezekényi K. dr., prof. Balogh É., prof. Endes P.*: Fibroxanthoma.

8. *Alföldy Gy dr., prof. Nagy E., Buzásné Kassai Zs., Debreceni M. dr.*: Antiandrogen kezelés alopeciá-ban.

9. *Prof. Nagy E., Tamási P. dr., Jezerniczky J. dr., Jancsó J. dr.*: Alopeciák zink kezelése.

10. *Fórizs E. dr., prof. Nagy E.*: Monocyta chemotaxis vizsgálata DLE-ben.

11. *Krajczár J. dr.*: Hypertricho-sis vitiligóban Meladinin kezelés alatt.

Ápr., 26., 9.00 óra
Betegbemutatók

A Magyar Gerontológiai Társa-ság, a Visegrádi Kórház, a Budapest III. ker. Állami Zeneiskola, a TIT Pest megyei Szervezete 1980. május 5-én, hétfőn a Visegrádi Kórházban „A zene a gyógyító-megelőző ellátásban” címmel tudományos ülést rendez.

9.30

Hun Nándor dr. főtítká: Meg-nyitó.

Beregi Edit dr. elnök, *Réti Fe-rencné MSZMP kh.-i titkára, Vértés László dr. titkár:* Üdvözlések.

10.45 óra

Üléselelnökök: *Kocsis Ferenc dr.*

Referátumok:

Vértés László (Bp.): A zenethe-rapia jelentősége.

Domokos K., Hun N., Olsvay M., Koncz Cs., Vértés L. (Bp., Viseg-rád): Zenetherapia a rehabilitáció-ban.

Bugyi B. (Bp.): A magyarországi zenetherapia múltjából.

Székely S. (Bp.): Tonsillectomia — zenével.

Dénes Zs. (Bp.): A zene és az időskor.

Tróznai T., Bányász T. (Bp.): A zenehallgatás szerepe az idős be-tegek gyógykezelésében.

Vita

Üléselelnök: *Vértés László dr.*

Prof. T. Natanson (Wroclaw): A zenetherapia jelenlegi helyzete Len-gyelországban.

Doc. Z. Hora (Wroclaw): A zene és a zenetherapiás módszerek a mozgásszervi károsodottak rehabili-tációjában.

Doc. A. Janicki (Wroclaw): A psychiatriai betegek zenetherapiája. *J. Schanilcova-Vodnanska* (Prága): A zenetherapia Csehszlovákiá-ban.

Chr. Schwabe (Lipscse): A zene-therapia fejlődésének irányai az NDK-ban.

Vita

Csatlakozó előadások

Bugyi B. (Bp.): A zene gyógyító hatása megismerésének egyetemes történetéből.

Füsti Molnár S. (Bp.): Zenei le-hetőségek az egészségnevelésben.

Kocsis K., Bánfai É. (Szolnok): A zene a fogorvosi és a körzeti orvosi egészségnevelésben.

Vértés L. (Bp.): Az orvosok és az ének-zene kapcsolata.

Hun Nándor dr.: Zárszó.

Részletes felvilágosítást nyújt: *Vértés László dr.*, ov. főo. (Bp. V., Kálmán Imre u. 13., tel.: 112-842).

A Magyar Rehabilitációs Társa-ság 1980. szeptember 25—27. között Zalaegerszegen rendezi II. vándor-gyűlését.

Főtémái:

1. Szociális rehabilitáció:

- társadalombiztosítási és egyéb pénzügyi juttatások,
- rehabilitációs segédeszközök,
- építkezési és közlekedési aka-dályok elhárítása,
- fogyatékosok sportja,
- üdülése, kulturálódása, tevé-kenysége,
- érdekvédelmi szervezetek,
- közvélemény formálása,

2. A rehabilitáció (orvosi, foglal-kozási, pedagógiai, szociális) helye-ze Zala megyében.

Részvételi díj tagoknak 300 Ft, pártoló tagoknak 150 Ft.

Előadást és részvételi szándékot *Tóth Ferenc dr.* címére (Zalaeger-szeg, Megyei Kórház, 8900) kérjük megküldeni.

A Magyar Rehabilitációs Társa-ság Pszichiátriai Szekciója 1980. augusztus 28—30-ig Szegeden tuda-mányos konferenciát tart.

A konferencia lebonyolítása vita-fórumok, szemináriumok és rövid előadások formájában történik. A vitákon a fő témák referátumai ke-rülnek megbeszélésre, melyeket a szervező bizottság előzetesen meg-küld a résztvevőknek.

1. fő téma: A személyzet és beteg közötti kapcsolat, mint a rehabilitációs folyamatok közvetítője.

Fő referensek: Maxwell Jones, Jerzy Aleksandrowicz, Kun Miklós, Tringer László.

Vitavezetők: Mérei Ferenc, Fűréd János.

II. fő téma: Gyermekek- és serdülőkorú pszichiátriai rehabilitáció.

Fő referensek: Hans Szewczyk, Vargha Miklós.

Vitavezetők: Szilárd János, Popper Péter.

III. fő téma: A kórházon kívüli ellátás szerepe a rehabilitációban.

Fő referensek: V. Volovik, Eh-ring Lange, Kézdí Balázs.

Vitavezetők: Paneth Gábor, Horváth Szabolcs.

A szemináriumok nyelve: angol, német és orosz.

Részvételi díj: MOTESZ-tagoknak 500,— Ft, nem tagoknak 600,— Ft, pártoló tagoknak (ápolók és egyéb szakdolgozók) 150,— Ft. A részvételi díj magában foglalja a fő referátumok és a program megküldését, a fogadáson és a hangversenyen való részvétel jogát.

A szervező bizottság előadásokra való jelentkezést már nem tud elfogadni.

Felvilágosítás: Pető Zoltán dr., 6701 Szeged, PF 397.

A Magyar Család- és Nővédelmi Tudományos Társaság Fertilitási Asszociációja és a Magyar Urológiai Társaság Andrológiai Sectiója 1980. október 23., 24., 25-én Budapesten nemzetközi részvétellel tudományos kongresszust rendez.

Fő téma: A „*problematikus*” fertilitás:

- a) andrológiai szempontok,
- b) gynekológiai szempontok,
- c) endokrinológiai szempontok,
- d) genetikai szempontok és
- e) pszichoszociális motiváció.

Szívesen látunk angol, német, orosz, ill. magyar szövegezésű előadásokat (filmeket), mégis a tolmácsolás megkönnyítése érdekében elősorbba angol és német nyelvűeket, melyek a témát biofizikai, biokémia, cytokémiai, genetikai, im-

munológiai, ill. cervixfiziológiai, endokrinológiai és pszichológiai vonatkozásban érintik. Célunk az is, hogy az újszerű tudományos megismerések alapján olyan javaslatok szülessenek, melyek az ejaculatum fertilitási fokáról az alapparametereken túlmenően nyújtanak tájékoztatást (beleértve a normozoospermiát is).

Kongresszusi tükár: Papp György, Budapest, Üllői út 78/a, Urológiai Klinika, 1082.

A Magyar Rehabilitációs Társaság, az Egészségügyi Szervezők Szociálrehabilitációs Szövetsége, a Magyar Gyógypedagógusok Egyesülete 1981. január 22—24-én, a Ssemelweis Orvostudományi Egyetem Elméleti Tömb termében (IX., Nagyvárad tér 4.) — nemzetközi részvétellel — kongresszust rendez.

Fő témái: A fogyatékoság megelőzése és rehabilitáció gyermek- és fiatalokorban.

Foglalkozási rehabilitáció Magyarországon.

Kongresszus lebonyolítás formája: Délelőtt plenáris ülések, délután párhuzamosan kerekasztal-konferenciák és poster szekciók.

A plenáris ülések programtervezete:

1. Fogyatékoság megelőzése (primer-secunder megelőzés, szűrés).
2. Rehabilitációra szoruló gyermekek és fiatalok száma, megoszlása.
3. A gyermekrehabilitáció intézményrendszere és problémái.
4. Egyes fogyatékosági formában szenvedő gyermekek és fiatalok rehabilitációja.
5. Gondozás — rehabilitáció.
6. Fogyatékos gyermekek oktatása, nevelése.
7. A család szerepe a rehabilitációban.
8. Fiatal fogyatékosok pályaválasztása.
9. Foglalkozási rehabilitáció helyzete általában.
10. Foglalkozási rehabilitáció helyzete egyes fogyatékosági formákban.

Tervezett kerekasztal-konferenciák:

1. A megváltozott munkaképesség, illetve a rokkantság elbírálásának nemzetközi és hazai gyakorlata, különös tekintettel a foglalkozási rehabilitáció korszerű követelményeire.

2. Szűrővizsgálatok a mozgásszer- vi és idegrendszeri fogyatékosok felderítésére.

3. Balesetet szenvedett gyermekek és fiatalok rehabilitációja.

4. Szájpadahasadékos gyermekek rehabilitációja.

5. Rehabilitáció gyermekkori csípőmegbetegedések után.

6. Hydrocephalusos és meningo- myelocelés gyermekek rehabilitációja.

7. Gyermekkori gerincakrosodot- tak rehabilitációja.

8. Konduktív pedagógia gyakorlata és eredményei.

9. Fogyatékosok normál iskolá- ban.

10. Értelmi fogyatékosok fiatalok munkába állítása.

11. Az átmeneti intézmények sze- repére a foglalkozási rehabilitáció- ban.

12. Serdülő és adolescens korúak rehabilitációjának pszichológiai problémái.

Az értelmi fogyatékoság elbírálása.

A plenáris üléseken angol, német, orosz nyelven szimultán fordítást biztosítunk.

A kerekasztal-üléseken a jelent- kezők számától és nemzetiségétől függően legfeljebb csak egy hivata- los nyelvre lesz fordítás.

Részvételi díj: MOTESZ-tagok részére 400,— Ft, nem MOTESZ-ta- gok részére 500, Ft, pártoló tagok részére 100,— Ft.

A részvételi díj befizetési határ- ideje: 1980. október 31.

Előzetes részvételi szándékot, tervezett előadás cím, vagy a kerek- asztal-konferencián való részvétel jelentkezési lapon történik, mely- nek visszaküldési határideje: 1980. április 30.

A jelentkezőknek a II. tájékozta- tót augusztusban küldjük.

Felvilágosítást ad: **Fehér Miklós dr.** főtitkár, Budapest, Szanatórium u. 2., Orsz. Orvosi Rehabil. Int., V. pavilon 1528.

ELŐADÁSOK-ÜLÉSEK

Dátum	Helye	Időpont	Rendező	Tárgy
1980. április 16. szerda	Orsz. Reuma és Fizioterápiás Intézet klubterme, II., Frankel L. u. 25.	délelőtt 7.30 óra	Orsz. Reuma és Fizioterápiás Intézet	Polgár Mária, Fehér G. Katalin: A serum-prolactin meghatározás jelentősége a klinikai gyakorlatban
1980. április 17. csütörtök	Főv. Péterfy Sándor utcai Kórház tanácsterme, VII., Péterfy S. u. 14.	délután 14 óra	Főv. Péterfy Sándor utcai Kórház-Rendelőintézet Tudományos Egyesülete	Bányász Tibor: Cerebrovascularisan károsodottak epidemiológiájáról Budapest VII. kerületében
1980. április 21. hétfő	Pest megyei Tanács Semmelweis Kórház tanácsterme, VIII., Gyulai P. u. 2.	délután 14 óra	Pest megyei Tanács Semmelweis Kórház Tudományos Köre	1. Hadházy Lajos: Az Orthopan tomograph alkalmazása a szájsebészetben. 2. Makka László: Kompressziós Osteosyntheseis eredményei 5 éves beteganyagban. 3. Vági István: Bioplast alkalmazása a rekonstruáló állcsont sebészetben. 4. Kóvári Ferenc: A Klion terapia és diagnosztikai jelentősége Aktinomykosis Cervicofacialisban
1980. április 21. hétfő	Pécsi OTE Központi Épület	délután 16 óra	Pécsi Orvostudományi Egyetem Tudományos Szakcsoportja	1. Patty István: Szív-metastasis (esetismertetés). 2. Bugyi Edit: A nehezen kezelhető gyermekek fogvesztésének megelőzési lehetőségei. 3. Tényi István, Németh Magdolna, Thán Zoltán, Böhm Klára, Horváth László: A mellékvese vénás vér hormonvizsgálata a mellékvese megbetegedések diagnosztikájában. 4. Szilágyi Károly, Petz Ádám, Várbiro Mária: Az aspirációs vékonytű biopsiával szerzett tapasztalataink. 5. Szepesi János, Szabó Edit: Osmiumsavval végzett synovectomia kísérleti eredményei
1980. április 22. kedd	Főv. István Kórház-Rendelőintézet Kultúrterme, IX., Nagyvárud tér 1.	délután 13.30 óra	Főv. István Kórház-Rendelőintézet Fiatalok Orvosok Fóruma	1. Gellérd Judit: Pseudotumor cerebri. 2. Bokros Margit: Az elmúlt évben osztályunkon előfordult ophthalmotraumatólogiai esetek tapasztalatai. 3. Szurgent József: Syphillises esetek
1980. április 23. szerda	Orsz. Reuma és Fizioterápiás Intézet klubterme, II., Frankel L. u. 25.	délelőtt 7.30 óra	Orsz. Reuma és Fizioterápiás Intézet	Gábris Gizella, Károlyi Márta: A porckopásos gerincbetegek kezelése és gondozása, az integráció szellemében
1980. április 23. szerda	Főv. Weil Emil Kórház kultúrterme, XIV., Uzsoki u. 29.	délután 14 óra	Főv. Weil Emil Kórház Tudományos Köre	1. Scholz Magda, Szekulesz Ágnes: Az emlő benignus és malignus daganatainak elemzése 1500 eset kapcsán. 2. Várad István, Scholz Magda: Endometriális stroma. 3. Fáber Károly, Hargitai Róbert: A non-Hodgkin malignus lymphomák klinikopathológiája. 4. Hargitai Róbert, Fáber Károly: Reticularis-plasmasejtes daganatok

FELHÍVÁS

A HÍREK rovatba közlésre szánt tudományos 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

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 215-06162 pénzforgalmi jelzőszámára.

Telefon: 325-109, ha nem felel: 327-530/135 Szerkesztőség: 1363 Budapest V., Münnich Ferenc u. 32. I.

Előfizetési díj egy évre 432,- Ft, negyedévre 108,- Ft, egyes szám ára 9,- Ft



80.0839 Tipografika Athenaeum Nyomda, Budapest — Íves magasnyomás — Felelős vezető: Soproni Béla vezérigazgató

INDEX: 25 674

ISSN 0030-6002

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.
BTÁGE ZSUZSANNA DR.
WALSA RÓBERT DR.
BUDA BÉLA DR.
HONTI JÓZSEF DR.
VÉRTES LÁSZLÓ DR.

*

121. ÉVFOLYAM

*

16. SZÁM

*

1980. ÁPRILIS 20.

TARTALOMJEGYZÉK

Czeizel Endre dr., Métneki Júlia dr.,
Osztovcics Magda dr. és Pázsny Andrea:

A genetikai tanácsadás hatékonysága 935

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Karg Norbert dr., Csaba Imre dr.,
Than Gábor dr., Vereczkey Gábor dr.,
Sárdi János dr. és Szabó Dénes dr.:

A terhességre specifikus szérum
 β_1 -glikoprotein prognosztikai értéke
fenyegető vetélésben 939

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Köves István dr. és Kukán Ferenc dr.:

Whitehead-műtéttel szerzett
tapasztalataink 943

Márkus Edit dr., Durst János dr.
és Rusvai Antal dr.:

Meningoencephalitis listeriosa 945

KLINIKOFARMAKOLÓGIAI TANULMÁNYOK

Böszörményi-Nagy György dr.
és Herjavec Irén dr.:

A beclomethason dipropionát
klinikai hatásvizsgálata
krónikus asthma bronchialisban 947

INTENZÍV BETEGELLÁTÁS

Várkonyi Péter dr.:

A vena jugularis interna
percutan canülálása csecsemő-
és kisgyermekkorban 951

KAZUISZTIKA

Kemény János dr., Köteles György dr.,
Polgár Marianna dr. és Marczel Mihály dr.:

Congenitalis megacalicosis 957

Jermendy György dr. és
Hardicsay Gábor dr.:

Minimális specifikus szövődménnyel kísért
ötvenöt éve fennálló diabetes mellitus 959

HORUS

Az ifjú Weszprémi 961

Karl Adolf von Basedow 964

A salvarsan felfedezésének
visszhangja a Nyugat-ban 966

Halottaink 967

Az Orvosi Hetilap referáló rovatának
irányelvei 969

Folyóiratreferátumok 973

Könyvismertetés 985

Hírek 988

Megjelent 970

Előadások, ülések 992

OVIDON[®] tableta

ÖSSZETÉTEL: 1 tableta 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.

JAVALLAT: Orális fogamzásgátlás

ELLENJAVALLATOK: Hepatitis utáni állapotok, súlyos idiopathiás terhességi icterus és súlyos terhességi pruritus az anamnesisben, Dubin–Johnson- és Rotor-syndroma, májműködési zavarok, cholecystitis, thrombosis-készség, súlyos organikus szívbetegség, chronikus colitis, az endocrin mirigyek betegségei, malignus tumorok, elsősorban emlőcarcioma, továbbá lactatio és intolerancia.

ALKALMAZÁS ÉS ADAGOLÁS: Az OVIDON tableta szedését a menstruatio első napjától 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 menstruatio-szerű megvonásos vérzés jelentkezik. Függetlenül ennek bekövetkeztétől és tartamától az 1 hetes szünetet követő napon az újabb 21 napos kúra megkezdhető. A fenti adagolási mód mindaddig folytatható, amíg a terhesség megelőzése kívánatos. Rendszeres szedés esetén a fogamzásgátló hatás az 1 hetes tablettaszedési szünetre is kiterjed. Ha a tableta bevétele egy napon elmarad, ezt legrövidebb időn belül pótolni kell. Nem tekinthető folyamatosnak az ovulációgátlás, ha a kúra folyamán 2 tableta bevétele között 36 óránál hosszabb idő telik el. A kezelés során esetleg jelentkező enyhe, pecsételő vérzés nem indokolja a kúra megszakítását. Erősebb áttöréses vérzés esetén a tableta szedését abba kell hagyni, és a vérzés 1. napjától számított 5. napon újabb 21 napos kúrát kell elkezdni. Az áttöréses és pecsételő vérzés jelentkezése az OVIDON-kúrák előrehaladtával csökken, majd rendszerint meg is szűnik. Functionális vérzészavarok, közepidős fájdalom, dysmenorrhoea esetén az OVIDON tableta therapiás értékű.

MELLÉKHATÁSOK: A kúra kezdetén esetleg jelentkező gastrointestinalis tünetek, mell-feszülés, testsúlynövekedés a folyamatos kezelés során rendszerint csökkennek vagy megszűnnek. Varicositasban, epilepsiában, hypertoniában, depressióval járó psychiatriai kórképekben, diabetes mellitusban a készítmény alkalmazása körültekintést igényel.

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

CSOMAGOLÁS: 21 tableta

Térítési díj: 2,20 Ft.

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.

A genetikai tanácsadás hatékonysága

Czeizel Endre dr., Métneki Júlia dr.,
Osztovcics Magda dr. és Pázy Andrea

A genetikai tanácsadás a minőségi családtervezés mindinkább elterjedő bázisa (4, 12). Hatékonyságának felmérésére eddig csak külföldi adatok állottak rendelkezésünkre (2, 6, 9, 10, 15, 14, 11, 1, 8). Itthoni munkánk ellenőrzése érdekében határoztuk el az első hazai utánvizsgálat megszervezését. Említést érdemel, hogy míg az említett 9 külföldi vizsgálat 2922 családot ölelt fel (7), addig e munkánkban magunk 2082 családtervező adatait értékeljük.

Vizsgálati anyag és módszer

Az OKI II. Női Klinika Genetikai Tanácsadó 1973–1977. évi nyilvántartása 2654 tanácsot kérő („konzultáns”) adatait tartalmazza. Azt a 142 konzultánst figyelmen kívül hagytuk, akik nem maguk, illetve akiknek nem első fokú rokonaik voltak a családtervezők. Vizsgálatunk első szakaszában a maradék 2512 konzultánsnak 1979 első negyedében kérdőívet küldtünk ki, amely elsősorban (i) a tanács megértésére, (ii) a tanács megfogadására, (iii) a születési események alakulására terjedt ki. (Az 1978-ban jelentkező konzultánsokat azért hagytuk ki, mivel esetükben még nem volt elég idő döntésük realizálására.) Pontatlan cím vagy lakásváltozás miatt 186 kérdőívet nem tudtunk kézbesíteni. A nem válaszolókat még egyszer megkerestük, újra felkérve őket a kérdőív kitöltésére. Végül is 2082 kérdőívet kaptunk vissza kitöltve, ez — kihagyva a nem kézbesíthető kérdőíveket — 89,5 százalékos részvételi arányt jelent. Ez a magas válaszadási arány a genetikai tanácsadót felkeresők jó együttműködési készségét jelzi. Ennek ellenére mintánk reprezentativitása megkérdőjelezhető. Egyrészt Genetikai Tanácsadónk anyaga eléggé különbözik a többi genetikai tanácsadótól (pl. az önként jelentkezők aránya sokkal magasabb). Másrészt a válaszadási arány gyenge korrelációt mutatott a tanács kedvezőségével.

Vizsgálatunk második fázisában a tanácsadást követően bekövetkezett terhességeket értékeltük:

1. A 64 művi vetélést, 8 méhen kívüli terhességet és 197 spontán vetélést a kérdőíven közöltek alapján fogadtuk el.

2. A 24 halvaszületés esetében levélben megkerestük az illetékes születési, illetve kóronetani intézményt. 13 esetben kaptunk érdemleges választ; rendelkezésére e magzatokban nem találtak.

3. Az egészségesnek mondott 957 gyermek esetében felkértük az illetékes területi gyermekgyógyászt a szülők közlésének megerősítésére. 856 esetben (89,4 százalék) jutottunk így szakvéleményhez. 6 esetben (0,6%) derült még fény a szülők által egészségesnek mondott gyermekekben kisebb, de számbaveendő rendellenességre.

6-10-1103-02-1/Cz Eü. M. 11. sz. „Humángenetikai kutatások” tárcaszintű kutatási főirány.

4. A rendellenesnek mondott, illetve a születést követően meghalt 77 gyermek szüleit felkértük arra, hogy ellenőrző vizsgálat céljából genetikai tanácsadókat keressék fel. 3 család hívásunkra nem jelent meg, őket felkerestük. A meghaltak esetében a boncolási jegyzőkönyvet értékeltük. Több esetben a konziliáriusok segítségével tisztáztuk a gyermekek végleges diagnózisát. A minor anomáliákat (pl. hernia umbilicalis, haemangioma), a kezelést nem igénylő lábtartási deformitásokat és csípőízületi dysplasiákat, a strabizmust, valamint a genetikai tanácsadással kapcsolatban nem álló betegségeket: bronchitis spastica, asthma bronchiale, csökkent súlyfejlődés, gyógyszerallergia, anaemia, láz okozta convulsiv állapot stb. figyelmen kívül hagytuk. A vizsgálat lezárása (1979. március 31-e) utáni eseményeket sem vettük figyelembe.

Eredmények és megbeszélés

A genetikai tanácsadás során adott információ, illetve tanács megértését és a visszaemlékezést három szinten ellenőriztük. (Ez a válaszok és a személyi dokumentációban rögzített adatok összehasonlítását jelentette.) (i) Az általunk megadott kockázat százalékos értékére (pl. 4% vagy 25%) csak mintegy egynegyedük emlékezett helyesen. (ii) A kockázat valódi nagyságrendjét [minimális, kicsi, mérsékelt, közepes, magas és igen magas (5)] a válaszadók 74,5%-a húzta alá. (iii) A veszélyeztetettség mértéke alapján adott tanácsot [I = lehet terheség minden további nélkül (58,2%); II = lehet terheség bizonyos feltételek: kezelés, előzetes vizsgálat, várakozás stb. esetén (24,1%); III = lehet terheség, de a praenatalis magzati vizsgálat ajánlatos (9,6%); IV = terheség vállalása megfontolandó (4,8%); V = nem ajánlatos terheségre vállalkozni (3,3%)] 91,5%-uk teljesen vagy lényegében megértette. (A „tanács” definíciója után megadott százalékos érték anyagunkon belüli megoszlásukat jelzi.)

Anyagunkat 15 kórerediti kategóriára bontva (5) értékeltük.

A konzultánsok 11,6%-a gyermeket nem, illetve már nem akart. (Elsősorban megszületett gyermekeik betegsége okának tisztázása, kezelése, prognózis stb. miatt keresték fel genetikai tanácsadókat.) A családtervezési szándékkal jelentkezők 60,2 százalékában terheség már bekövetkezett (141 esetben már több is). Az 1322 értékelt terheség a vizsgálat idején terheseket (94 eset) természetesen nem foglalja magába. (A terhességek száma elsősorban a genetikai tanácsadás és a vizsgálatunk időpontja között eltelt időtől, valamint a termékenységétől (pl. sterilitás esetén eleve alacsonyabb) és a születési esemény milyenségétől (pl. a vetélés rövidebb időtartamot jelent mint a szülés) függ. Ezen túl természetesen a családtervezési magatartás is lényeges, amelyet részint a kívánt gyermekszám, részint a fogamzásgátlás hatékonysága, részint a genetikai tanácsadás határoz meg.) A meddő házaspárok teherbeesési aránya (28,6%) viszonylag magas.

A családtervezők döntését (terhességre vállalkoznak, illetve nem vállalkoznak) a tanácsadás jellege függvényében értékeltük. 60 családtervezőnek nem ajánlottuk további gyermek vállalását és közülük 37 (61,7%) le is mondott a terhességről. (Leggyakrabban: 42 esetben a monokozusos csoportban

kellett ilyen tanácsot adni.) Az utód jelentős veszélyeztetettségkor a családtervezők 62⁰/₀-a tehát hajlandó lemondani a további terhesség vállalásáról. A fogamzásgátlás elégtelensége miatt a terhességről lemondani szándékozók közül 36,7⁰/₀ mégis terherbe esett (ill. a jelentkezők már terhes volt). Ez egyben feladatunkul írja elő a születéskorlátozásban nyújtott hatékonyabb segítséget. A genetikai tanácsadóban kapott felvilágosítás súlyát jelzi, hogy 86,5⁰/₀-uk megszakította terhességét.

A terhesség ajánlását követően viszont — a meddőség csoportot figyelmen kívül hagyva — a családtervezők 95,3⁰/₀-a fogadta meg tanácsunkat és kívánt vállalkozni újabb terhességre. A genetikai tanácsadásnak tehát — az esetleges kisebb veszélyek megismerése miatt (ez az ún. „hályogkovács”-probléma) — csak 4,7⁰/₀-ban volt elrettentő hatása.

A méhen belüli magzati vizsgálat ajánlása után a családtervezők 90,4⁰/₀-a kívánt újabb terhességre vállalkozni. Az elrettentő hatás (9,6⁰/₀) tehát nem jelentős. Ennek mértéke azonban összefüggést mutatott az *indicióval*: amnion alfa-fetoprotein meghatározás anencephalia—spina bifida miatt (4,5⁰/₀), magzati kromoszómavizsgálat kromoszómaaberráció kockázata (12,1⁰/₀) és X-hez kötött monolokusos ártalmakban a magzat nemének meghatározása céljából (28,6⁰/₀).

A genetikai tanácsadást követő terhességek kimenetelét részletesen elemeztük. A *spontán vetélések* a megtartott terhességek 12—14⁰/₀-ában fordultak elő hazánkban 1973—1978-ban. A meddőség és magzati halálozás (ezek elsősorban habituális vetélések) kategóriában a spontán vetélések szignifikánsan gyakoribbak (23,1⁰/₀ és 25,9⁰/₀). A többi kategóriában a spontán vetélések előfordulása a szokásosnak mondható. (Kiemelést érdemel viszont a *méhen belüli terhességek* 4,8⁰/₀-os gyakorisága a meddőség kategóriában.) A *halvaszületések* az összes születésnek 0,8—0,9⁰/₀-át teszik ki. Szignifikánsan magasabb a jelentkezésük a magzati halálozás (3,9⁰/₀) és a korai halálozás (15,2⁰/₀!) kategóriákban.

A genetikai tanácsadás értékelése szempontjából az élveszülöttek állapotának van a legnagyobb jelentősége. Az összes veleszületett rendellenességgel sújtott és meghalt eset fontosabb adatai angol nyelvű közleményünkben kerülnek közlésre.

A terhességtől tartózkodás (V. tanács) ajánlása után 22 családtervezőnek 23 gyermeke született. (Ebből 19-et akartak, 3 esetben nem kívánt fogamzás után tartották meg a terhességet.) 10 utódban fordult elő *veleszületett rendellenesség*, ez 43,5⁰/₀-os *gyakoriságot* jelent. A monolokusos kategóriában a 17 családtervező 18 élveszületése közül 9 (50,0⁰/₀) volt rendellenes (6 meg is halt). Ezek közül 7 a várt „specifikus” ártalom bekövetkeztét jelentette (2—2 mucoviscidosis és Werdnig—Hoffmann, 1—1 cirrhosis hepatis, osteogenesis imperfecta és erythroblastosis fetalis), míg 2 a korábbi rendellenességgel kapcsolatban nem állt (infantil polycystás vese után csipőficam+dextracardia, recessiv Ellis van Creveld-syndroma után vese agenesia). Ez utóbbiak a minden terhességben érvényesülő „általános” kockázat rovására írhatók. A teratogen ártalmak kategóriába sorolt egyik esetben a szívbeteg

és thrombophlebitises terhesnek, orális anticoagulans és cardialis therapia után, multiplex rendellenes gyermeke született. A további 4 családtervező (multifaktoriális betegség: 2, mutagén: 1, teratogén: 1) egészséges újszülöttet szült.

Az I—IV. tanács után vállalt 1006 élveszülött közül 44-ben, tehát 4,4⁰/₀-ban fordult elő rendellenesség. (A IV. tanácsot követően arányuk 16,1⁰/₀.) 4 gyermekben a várható specifikus ártalom jelentkezett: egy esetben az anya coproporphyrriája öröklődött át gyermekébe. (A 30⁰/₀-os kockázat ellenére azért ajánlottuk a terhesség vállalását, mivel ez az ártalom nem tekinthető súlyosnak.) Két esetben átmeneti, ill. hibásan negatív amnion AFP érték után spina bifidás gyermekek születtek. Végül a negyedik esetben tisztázatlan eredetű microcephal gyermek után, a 6⁰/₀-os kockázatot figyelembe véve, ajánlottuk a terhesség vállalását és újra microcephal gyermek született. A maradék 40 eset okozta 4⁰/₀-os gyakoriság a 3—5⁰/₀-os *általános* kockázat tükröződése lehet. Egyik kórerediti kategóriában sem észlelhető kiugróan magas rendellenesség-gyakoriság. A meddőség és magzati halálozások utáni élveszületésekben sem szignifikánsan magasabb az arányuk.

Negyven korai halálozás (minden esetben *csecsemőhalálozás*) fordult elő a genetikai tanácsadás után. Ezen belül a korai újszülött (26; 65,0⁰/₀) és az első napi mortalitás (15; 37,5⁰/₀) dominál. 13 csecsemő (32,5⁰/₀) 1 hónap után halt meg. A hetvenes évek 3⁰/₀ körüli országos csecsemőhalandóságát figyelembe véve a talált 3,9⁰/₀-os érték nem különösebben magas. Ezen belül viszont a rendellenességek részesedése duplája (37,5⁰/₀) az országosnak. A „korai halálozás” kategóriában észlelt újabb 20,5 százalékos csecsemőhalálozás alapján a „habituális” csecsemőhalandóság fogalom — a habituális vetélésekhez hasonlóan — használata jogosnak tűnik.

A *méhen belüli magzati vizsgálatokkal* 2—2 anencephalia—spina bifida és kromoszómaaberráció világrajötte volt megakadályozható (13). Megelőzésük 7⁰/₀-kal csökkentette anyagukban a veleszületett rendellenességek születéskori gyakoriságát. A 111 korábban anencephal—spina bifidás gyermeket szült (ill. 3 esetben a szülők voltak érintve) családtervezőben észlelt 4 eset (3,6⁰/₀) megfelel a várt 4⁰/₀-os specifikus kockázatnak (3).

A genetikai tanácsadás *pontossága a diagnózis függvénye*. A monolokusos ártalmakban sikerült legnagyobb biztonsággal a kórokokat feltárni és a tanácsadást követően ajánlott terhességekben a rendellenességek aránya csak 1,9⁰/₀ volt. Viszont az ismeretlen eredetű rendellenességek után ez az arány 8,9⁰/₀. A különbség csaknem ötszörös. A magzati és korai halálozás kategóriákban sem sikerült mindig a kórereditet feltárni és ez ugyancsak a tanácsadás rovására ment. 3 esettel érzékeltetjük e problémát.

(i) A 617/1975. számú esetben egészséges szülők 3 látszólag teljesen egészséges újszülöttje, zavartalan fejlődés után, IV. hónapos korban váratlanul cardialis decompensációban halt meg. A lehetséges kórokok, így elsősorban az anyagcsere-rendellenességek kizárása után cardiomyopathia progressziva familiarist tételeztek fel. Ez azonban domináns

öröklődésű, az esethalmozódás pedig a recesszív öröklődés szembetűnő megnyilvánulása.

(ii) A 922/1976. számú esetben 3 gyermek halt meg élete 3. napján, hasonló tünetek: tüdő- és agy-
vérzés között. A családfa alapján fel kell vetni a
recesszív öröklődésű coagulopathia lehetőségét.

(iii) A 658/1975. számú Rh pozitív nőben 3 ki-
deríthetetlen okú letális hydrops foetus universalis
zajlott le.

A tisztázatlan korai halálozások hátterében
nagyobb gondossággal kell tehát genetikai eredetű
kórképek után is kutatni.

A genetikai tanácsadónk 1973—1977. évi anya-
gában végzett utánvizsgálatunk főbb tanulságai a
követekzők:

(i) A tanácsot kérők 91,5⁰/₀-a a kapott tanács
lényegét megértette.

(ii) A terhesség vállalását ajánlott családterve-
zőknek 95,3⁰/₀-a kívánta megfogadni tanácsunk. A
súlyos veszélyeztetettség miatt a terhességtől tar-
tózódást ajánlott családtervezők 62⁰/₀-a szándéko-
zott lemondani a terhességvállalásról. A tanácsadás
a családtervezők döntését tehát jelentősen befolyá-
solta.

(iii) A meddőség és magzati halálozás kategó-
riában a spontán vetélések kockázata 25⁰/₀ körüli,
tehát mintegy kétszerese az általános kockázatnak.
A meddőségek utáni terhességekben a méhen kí-
vüli terhességek 5⁰/₀-os kockázata is említést érde-
mel, ez sokszorosa a szokásosnak. A magzati halá-
lozást követően a halvaszületés kockázata 4⁰/₀ kö-
rűli, ez 4-5-szörös, míg a korai halálozások után
vállalt terhességek 15⁰/₀-os halvaszületési aránya
17—19-szeres kockázat növekedést jelent. A korai
halálozást követő terhességekben a csecsemőhalálo-
zás kockázata is 6—7-szer nagyobb.

(iv) A súlyosan veszélyeztetett és ezért szüle-
teskorlátozásra javasolt családok mégis bekövet-
kezett terhességeiből 43,5⁰/₀-os gyakorisággal szü-
lettek rendellenes utódok. Ezzel szemben a terhes-
ség vállalását ajánlott családtervezőknél a rendel-
lenességek aránya csak 4,0⁰/₀ volt. Az eltérés 11-
szeres! S míg az előbbieket 70⁰/₀-a a várt specifikus,

addig az utóbbiak 91⁰/₀-a a minden terhességben
érvényesülő általános kockázat rovására írható.

(v) Mindent meg kell tenni a nosológiai diag-
nosztika pontosítása érdekében, mivel egyértelmű
veszélyeztetettség becslés, tehát megbízható gene-
tikai tanácsadás csakis ennek ismeretében adható
Emiatt a „tüneti” kórismézéskor sokkal több a bi-
zonytalansági tényező mint a nosológia ismeretén-
ben.

Összefoglalás. Genetikai tanácsadójuk 1973—
1977. évi nyilvántartásában szereplő 2082 család-
tervezőben (ez a teljes anyag 89,5⁰/₀-a) ellenőrizték
a genetikai tanácsadás hatékonyságát. A tanácsot
kérők 91,5⁰/₀-a a kapott tanács lényegét megértette.
A terhesség vállalását ajánlott családtervezőknek
95,3⁰/₀-a kívánta megfogadni tanácsuk. A súlyos
veszélyeztetettség miatt a terhességtől tartózkodást
ajánlott családtervezők 62⁰/₀-a szándékozott lemon-
dani a terhességvállalásról. A súlyosan veszélyez-
tetett és ezért születéskorlátozásra javasolt csalá-
dok mégis bekövetkezett terhességeiben 43,5⁰/₀-os
gyakorisággal születtek rendellenes utódok. Ezzel
szemben a terhesség vállalását ajánlott családter-
vezőknél a rendellenességek aránya csak 4,0⁰/₀ volt.
S míg az előbbieket 70⁰/₀-a a várt specifikus, addig
az utóbbiak 91⁰/₀-a a minden terhességben érvénye-
sülő általános kockázat rovására írható.

IRODALOM: 1. Briard, M. L. és mtsai: J. Génét.
hum. 1977, 25, 25.; J. Génét. hum. 1977, 25, 157. — 2.
Carter, C. O. és mtsai: Lancet. 1971, I, 281. — 3. Czei-
zel A., Révész C.: Brit. J. prev. soc. Med. 1970, 24,
205. — 4. Czeizel E. és mtsai: Orv. Hetil. 1976, 117,
2655. — 5. Czeizel E.: Orv. Hetil. 1980, 121, 619. —
6. Emery, A. és mtsai: Brit. med. J. 1973, 1, 724.; Brit.
med. J. 1979, 1, 1253. — 7. Evers-Kiebooms, G., van
den Berghe, G.: Clin. Genet. 1979, 15, 465. — 8. God-
milow, L., Hirschhorn, K.: Evaluation of genetic coun-
seling. Genetic Counseling, ed. H. A. Lubs, F. de la Cruz,
New York, Raven Press, 1977. pp. 121. — 9. Hsia, Y.
E., Silverberg, R. L.: Pediat. Res. 1973, 7, 290. — 10.
Ives, E. és mtsai: Pediat. Res. 1973, 7, 345. — 11. Klein,
D., Wyss, D.: J. Génét. hum. 1977, 25, 47. — 12. Méhes
K.: Orv. Hetil. 1977, 118, 1651. — 13. Osztovcics M. és
mtsai: Orv. Hetil. 1979, 120, 2717. — 14. Reid, K. J.
és mtsai: West J. Med. 1976, 124, 6. — 15. Reynolds,
B. és mtsai: Clin. Genet. 1974, 5, 177.

A Medicor Mintabolt ajánlata:

Most kapható az MR 11 típusú direktirós elektrokardiográf készülékhez

hálózati adapter

Az adapter lehetővé teszi a hálózatról történő üzemeltetést is.

Típus: BTA 14

Ára: 1920,- Ft

Megvásárolható: Medicor Mintabolt

Budapest V., Aranykéz u. 2.

PH

937

TISASEN A+B draszté

laxativum

ÖSSZETÉTEL

Sennozid A + B 10 mg drasztéenként.

HATÁS

A senna-drog antron, diantron és antrakinnon típusú glükozidokat tartalmaz. Száraz kivonatában – melyet ez a draszté tartalmaz – hatásos diantron származékok találhatók: sennozid A és sennozid B. Az eddigi senna készítményekkel ellentétben ebben a drasztében a hatóanyag pontosan meghatározható, és általában mentes a nem kívánatos mellékhatásoktól. A draszté hatásos mind spastikus, mind az atóniás obstipatio esetén. A gyógyszer bevétele után 8–16 órán belül lép fel a hatás, könnyű és bőséges székletürítés formájában.

Diabetesez betegeknek is adható.

Alhasi vérbőséget nem okoz, terhességben is alkalmazható.

Forgalomba hozza:

**ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR
TISZAVASVÁRI**

JAVALLATOK

Különbözö eredetü (pl. habitualis, postoperativ, terhességi) obstipatio, továbbá műtéti előkészítés.

ELLENJAVALLAT

Rélelzáródás,
Káliumháztartás zavara.

ADAGOLÁS

Felnötteknek a széklet rendezése céljából napi 1–2 draszté, hashajtás céljából napi 3–4 draszté este, étkezés után
Gyermekeknek 1 draszté este, étkezés után.

MELLÉKHATÁSOK

Ritkán átmenetileg flatulentia előfordul, továbbá abdominalis fájdalek jelentkezhetnek.

MEGJEGYZÉS: Vény nélkül is kiadható.

CSOMAGOLÁS: 30 db draszté. ● **TÉRÍTÉSI DÍJ:** 3,90 Ft



Pécsi Orvostudományi Egyetem,
Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika
(igazgató: Csaba Imre dr.),
Biokémiai Intézet
(igazgató: Alkonyi István dr.)

A terhességre specifikus szérum β_1 -glikoprotein prognosztikai értéke fenyegető vetelésben

Karg Norbert dr., Csaba Imre dr.,
Than Gábor dr., Vereczkey Gábor dr.,
Sárdi János dr. és Szabó Dénes dr.

Kora terhességben a pete életviszonyának, ill. a lepény funkciójának megítélésére korábban csak a vizelet HCG qualitativ, semiquantitativ meghatározásából következtethettünk. Közismert azonban, hogy a HCG a pete elhalását követően 7–10 napig is kimutatható a vizeletből. Így előfordul, hogy elhalt kora terhességet tovább kezelünk a terhességi próbák pozitivitása miatt. Újabb diagnosztikus lehetőséget nyújtott az utóbbi időben elterjedt ultrahang diagnosztika és a szérum HPL vizsgálata (12). Ezekkel az új diagnosztikai eljárásokkal megbízható felvilágosítást nyerhetünk a pete állapotáról, ill. a lepény funkciójáról HPL vonatkozásában a 6–8., ultrahang vizsgálattal a 10–12. terhességi héttől. Hátrányuk, hogy speciális felszerelést igényelnek, RIA laboratóriumot, ill. költséges ultrahang készüléket.

Néhány éve vált ismertté egy új, a lepény által termelt szérum fehérje, a terhességre specifikus β_1 -glikoprotein (SP₁) (1). Szérumkoncentrációja már kora terhességben is relatíve magas, a 7–8. terhességi héten a normális értéktartomány 0,9–4,9, a 19–20. héten már 15–70,9 $\mu\text{g/ml}$ (7). Az anyai szérumból egyszerű immun módszerrel — radialis immundiffúzió, elektroimmuno-assay segítségével — kimutatható.

A fehérje lepényfunkciós tesztként való alkalmazhatóságát Tátra és mtsai (10), Towler és mtsai

(11), Gordon és mtsai (3), valamint saját korábbi vizsgálataink is igazolták (6).

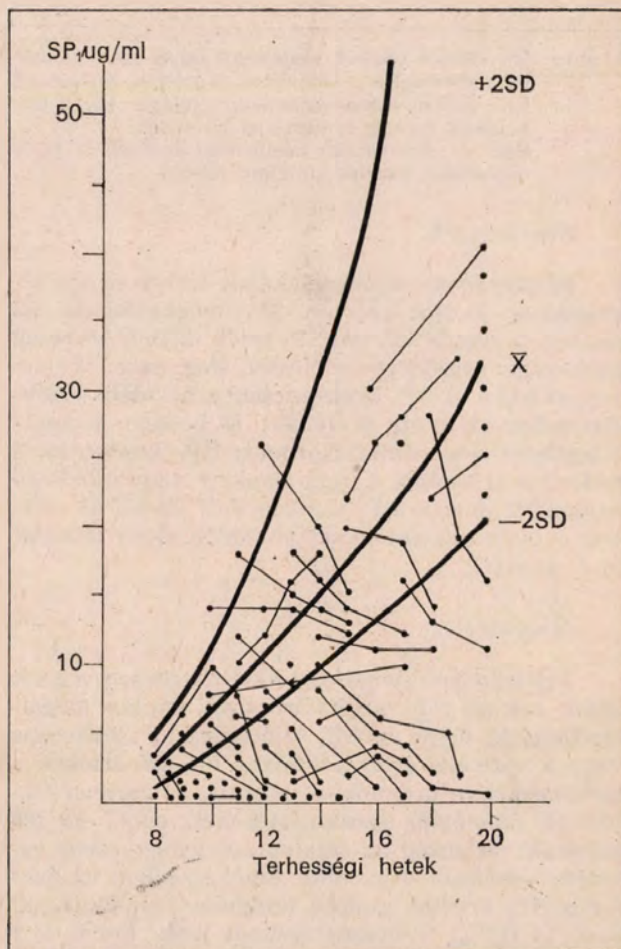
Közleményünkben a fenyegető veteléssel kezelt terheseken végzett anyai szérum SP₁ meghatározások prognosztikai értékéről számolunk be.

Anyag és módszer

124 esetben a terhesség 8–20. hete között fenyegető veteléssel kezelt betegeken összesen 208 szérum SP₁ meghatározás történt. 64 esetben egy, 60 esetben 2–6 alkalommal, 3–7 naponként végeztük el a vizsgálatokat.

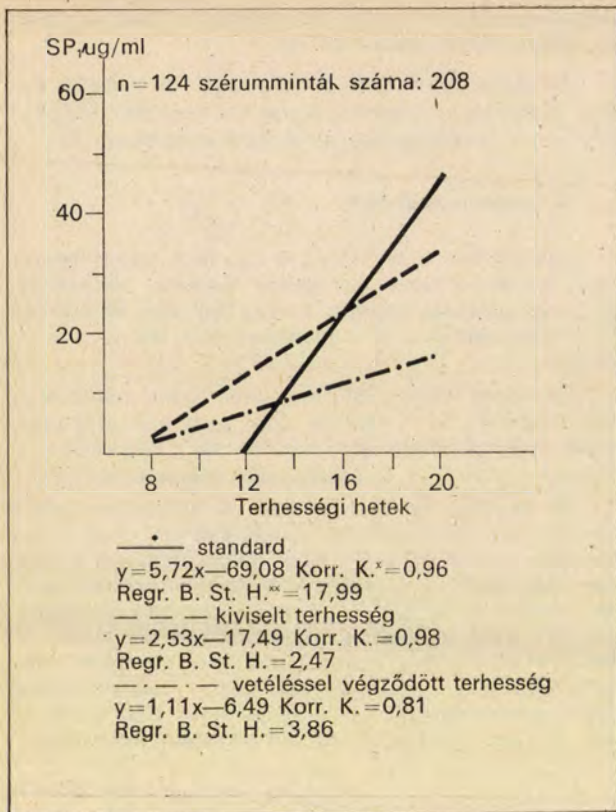
Az anyai szérum SP₁ tartalmát akkor tekintettük patológiásnak, ha a szérum szint nem érte el a normális értéktartomány alsó határát, vagy csökkenő tendenciát mutatott a terhesség előrehaladásával.

A normális értéktartományt 54 egészséges terhes sorozat szérummintáinak vizsgálatával határoztuk meg (7). Az SP₁ normálértékek ferde eloszlását figyeltük meg. Ezért a normális értéktartományt (középérték $\pm 2\text{SD}$) az eredeti értékek logaritmus transzformációja után számoltuk ki a Lindberg és mtsai (9) által közölt képlet alapján. A szérum SP₁ értékek meghatározása az általunk módosított elektroimmunoassay-vel történt (8). A vizsgálatokhoz Behringwerke AG antigen standardet és antiszérumot használtunk.



1. ábra: A szérum SP₁ normális értéktartománya (középérték $\pm 2\text{SD}$), valamint 49 veteléssel végződött terhességben észlelt anyai szérumszint SP₁ változása

Az Eü. M. 3. sz. tárcaszintű kutatási főirányához kiemelten elfogadott kutatási témában végzett kutatómunka alapján (3-29-0302-05-0/Cs).



2. ábra: SP₁ szérum értékek regressziós egyenesei: normális terhességben, vetéléssel végződött terhességben, valamint azon imminens vetéléssel kezelt terheseken, akik a terhességet kiviselték. Korr. K.*: korrelációs koeficiens. Regr. B. St. H.**: regressziós becslés standard hibája

Eredmények

64 fenyegető vetéléssel kezelt terhesen egy alkalommal történt szérum SP₁ meghatározás. 52 esetben normális szérum SP₁ érték mellett 10 beteg terhessége végződött vetéléssel, míg azon 12 terhes, akikben az SP₁ koncentráció a normális érték-tartomány alá esett, 9 elvetélt. 60 betegen sorozatvizsgálatot végeztünk. Normális SP₁ koncentráció mellett a 31 esetből 4, míg alacsony vagy csökkenő tendenciát mutató SP₁ szint mellett 29-ből 26 esetben a terhesség vetéléssel végződött (lásd táblázat és 1. ábra).

Megbeszélés

124 fenyegető vetéléssel kezelt terhesen végzett anyai szérum SP₁ meghatározások alapján megállapíthatjuk, hogy az SP₁ koncentráció csökkenése vagy a normális értéktartomány alá eső értékek a terhesség rossz prognózisát jelentik. 41 esetben észleltünk patológiás szérumértékeket, ebből 35 (86 százalék) terhesség az alkalmazott gyógykezelés ellenére vetéléssel végződött. Ezzel szemben 83 normális SP₁ értéket mutató imminens vetélés közül csak 14 (17%) terhesség szakadt meg. Ebből is 7 esetben a vetélés a 19–24. terhességi héten nem lepényi, hanem cervix insufficientia miatt következett be. Vizsgálati eredményeinket matematikailag is analizáltuk, regressziószámítással és a reg-

Egyedi és sorozatvizsgálatok során észlelt normális és patológiás SP₁ koncentráció mellett bekövetkezett vetélések megoszlása

	Eset-szám	Norm. SP ₁ koncentráció	Vetélés	Alacsony SP ₁ koncentráció	Vetélés
Egyedi vizsgálat	64	52	10	12	9
Sorozat vizsgálat	60	31	4	29	26
Összesen	124	83	14	41	35
			17%		86%

ressziós koeficiensek szignifikanciájának vizsgálatával. Ezen vizsgálat során kiderül, hogy azon esetek regressziós egyenese, melyek vetéléssel végződtek, szignifikánsan eltértek ($p < 0,05$) a normális egészséges terhesek regressziós egyenesétől (2. ábra).

A fenyegető vetélések megbízható prognózisának érdekében a HCG meghatározás mellett egyéb kiegészítő vizsgálatokról számol be az irodalom. Jovanovic és mtsai (5) megállapítják, hogy a HCG prognosztikai indexe 75%-os. Az általuk legalkalmasabbnak tartott szérum oestradiol — 17- β -, human prolactin meghatározással kiegészítve — prognosztikai indexet 100%-osnak találták. Vorster és mtsai (13) vizsgálatai szerint a HPL prognosztikai indexe 55,6%, Garoff és mtsai (2) szerint 68%-os. Jandiál és mtsai (4) kora terhességben végzett SP₁ vizsgálatai során megállapították, hogy az esetek 75%-ában nyújt korrek prognózist.

Amint az irodalmi áttekintésből kitűnt, a fenyegető vetélések prognosztikai indexének fokozásához kiegészítő vizsgálatok szükségesek. Kora terhességben végzett SP₁ vizsgálataink szerint 75 százalékos, ill. sorozatvizsgálatokkal 90%-os prognosztikai index érhető el, kiegészítő vizsgálatok nélkül is. A vizsgálat prognosztikus értékét a gyakran végzett vizsgálatokkal lehet tovább növelni. Az elhalt vagy irreverzibilis károsodást szenvedett terhesség korán diagnosztizálható, így időben kiszűrhetőek azok az esetek, melyeknél a gyógykezeléstől már nem várható eredmény.

Külön kiemeljük, hogy a szérum SP₁ meghatározása egyszerű, gazdaságos immunológiai metodikával lehetséges.

Köszönet mondunk Koszorús Lászlónak (Pécsi Biofizikai Intézet) a matematikai analízisben nyújtott segítségért.

Összefoglalás. A szerzők 124 fenyegető vetéléssel felvett és kezelt betegen, a 8–20. terhességi hét között 208 esetben szérum β_1 -glikoprotein (SP₁) meghatározást végeztek. Patológiás szérumkoncentráció mellett az esetek 86%-ában, míg normális szérumszint mellett csak 17%-ban végződött a terhesség vetéléssel. Vizsgálataik igazolják, hogy a kora terhességben végzett SP₁ meghatározások jó prognosztikai értékűek, segítenek az alkalmazandó gyógykezelés megválasztásában.

- IRODALOM: 1. Bohn, H.: Blut. 1972, 24, 292. — 2. Garoff, L., Seppälä, M.: Amer. J. Obstet. Gynecol. 1975, 121, 257. — 3. Gordon, Y. B. és mtsai: Lancet. 1977, I, 331. — 4. Jandial, V. és mtsai: Brit. J. Obst. Gynec. 1978, 85, 832. — 5. Jovanovic, L. és mtsai: Amer. J. Obstet. Gynec. 1978, 130, 274. — 6. Karg, N., és mtsai: Orv. Hetil. 1978, 119, 2935. — 7. Karg N. és mtsai: Kísérl. Orvostud. 1978, 30, 537. — 8. Karg N., Csaba I., Than G.: Kísérl. Orvostud. 1977, 29, 443. — 9. Lindberg, B. S., Johanson, E. D., Nilsson, B. A.: Gynec. Scand. Suppl. 1974, 32, 21. — 10. Tatra G., Breitnecker, G., Gruber, W.: Arch. Gynäk. 1974, 217, 383. — 11. Towler, C. M. és mtsai: Brit. J. Obst. 1977, 84, 258. — 12. Váczi L., Kovács S., Parti G.: M. N. L. 1976, 39, 7. — 13. Vorster, C. Z., Panall, P. R., Slabber, C. F.: Amer. J. Obstet. Gynecol. 1977, 128, 879.

HUNYADI JÁNOS

gyógykeserűvíz

A magyar keserűvizek világhíresek. A HUNYADI JÁNOS keserűvizet 1863-ban kezdték palackozni és 1913-ban 13 millió palackot hoztak forgalomba. Ma is igen nagy a kereslet mind a külföldi, mind a hazai piacon.

JAVASOLT:

1. Soksavas gyomorhurutnál
2. Idült bélhurutnál
adagolás: ha az orvos másképp nem rendel, mindkét esetben 1:2 arányban hígítva, étkezés előtt fél órával 1–2 dl-t szobahőmérsékleten kortyolgatva kell fogyasztani 2–3 hétig naponta egyszer.
3. Enyhe epeút- és epebetegségnél
adagolás: naponta egyszer 2–3 hétig étkezés közben langyosan 1–2 dl-t kortyolgatva kell fogyasztani.
4. Ételmérgezés, gombamérgezés esetében a mérgező anyag gyors és alapos eltávolítására
5. A bélrendszer időnkénti átöblítésére
6. Fogykúrára, illetve a hizás megelőzésére



Nem okoz megszokást!

Kapható: gyógyszertárakban, ABC áruházakban, élelmiszerüzletekben

és a VÍZKUTATÓ ÉS FÚRÓ VÁLLALAT mintaboltjában:

Budapest XII., Nagyenyed u. 16.



MAGYAR ÉS IDEGEN NYELVŰ ORVOSI SZAKKÖNYVEK
ÉS EGÉSZSÉGÜGYI KIADVÁNYOK GAZDAG VÁLASZTÉKÁVAL
VÁRJA ÖNT A

Semmelweis orvosi könyvesbolt!

Szolgáltatásaink: Előjegyzés • Postai szállítás •
Antikvár könyvek vétele—eladása •
Nyugati kiadású orvosi könyvekre megrendelést
felvesszünk

Címünk:

**SEMMEIWEIS
ORVOSI KÖNYVESBOLT**

1088 Budapest VIII.,
Baross u. 21.

Telefon: 331-718

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 aethylenglyco-
lum salicylicum hatóanyagot tartalmaz lemosható kenőcsben.

JAVALLATOK:

Arthrosis (osteoarthrosis), myalgia, spondylarthrosishoz csat-
lakozó neuralgiák, krónikus polyarthritis (rheumatoid arthri-
tis), egyéb arthritisek, tendovaginitisek megnyugodott szaká-
ban. Sportolóknak bemelegítéskor.

ELLENJAVALLAT:

Minden gyulladás aktív szakja.

ALKALMAZÁS:

A kívánt testfelületet langyos szappanos vízzel lemossuk,
szárazra töröljük, és a kenőccsel vékonyan bekenjük. Izü-
leti megbetegedésekben a kezelést 3 napon át egyszer, majd
azt követően naponta kétszer (reggel és este) végezzük. Be-
melegítés céljából a kenőcsből 4—5 cm csíkot a sportoló gyú-
rásakor a bőrbe dörzsölünk.



MELLÉKHATÁSOK:

Esetleg bőrtúlérzékenység, mely antihisztaminokkal kedvezően befolyásolható.

FIGYELMEZTETÉS:

Az egész bőrfelület egyszerre történő kezelése tilos. A kenő-
csöt 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 alkal-
mazni nem szabad.

MEGJEGYZÉS:

Vény nélkül is kapható.

CSOMAGOLÁS:

50 g-os tubus.

TÉRITÉSI DÍJ:

5,— Ft/tubus



Gyártja:

„REANAL” Finomvegyszergyár, Budapest

Országos Reuma és Fizioterápiás Intézet,
Sebészeti Osztály
(főorvos: Lovász László dr.)

Whitehead-műtéttel szerzett tapasztalataink

Köves István dr. és Kukán Ferenc dr.

Az aranyérbetegség a civilizált, urbanizált környezetben élő emberek között népbetegség. Kezelésében, de különösen műtéti gyógyításában mind a mai napig nincs egységes álláspont.

Konzervatív kezelésre nem reagáló, vagy ismételten recidiváló, vézést, gyakori gyulladást, rögsödést, prolapsust okozó aranyerek műtéti megoldást igényelnek. Ebben a nézetek megegyeznek, de vitatott, hogy milyen műtétet végezzünk.

A legtöbb, jelenleg is használatos eljárás a régi Langenbeck-műtét módosítása. Sokan alkalmaznak Morgan és Milligan módszerét (4, 6, 11). Egyre elterjedtebb Parks módosítása is. Mind a Langenbeck-műtét, mind a két utóbbi eljárás, illetve ezek változatai (Lockhardt, Mummary, Ferguson stb.) mindössze három szelvény kimetszéséből állnak (1—4, 7, 11). Véleményünk szerint csak izolált csomók kezelésére alkalmasak a fenti eljárások. Kiterjedt, körkörös, akár külső, akár belső aranyér, különösen ha hozzá kisebb-nagyobb nyálkahártya-prolapsus is társul radikálisan és jó késői eredménnyel Whitehead szerint operálható (8).

Whitehead eljárását a sebészeti tankönyvek, jegyzetek, a Sebészeti Intézet módszertani levele csak ritkán elvégezhető és elvégzendő műtétnek tartják (2, 7, 9, 10, 12). A módszerrel kapcsolatos ellenvetések az alábbiak:

1. Gyakori utána a végbélnyílás beszűkülése.
2. A néha előforduló nyálkahártya-ektropium váladékozást okoz.
3. Incontinentia alvi lehet a következménye.

Az ellenvetések okait az alábbiakkal magyarázzuk:

1. A nyálkahártya praeparálása nem történik elég magasan, a kiszegés, illetve a varratsor feszül, az öltések átvágnak, a bőr és a nyálkahártya között „sebfelszín” keletkezik, amely hegesedve szűkületet okoz. A túl sűrű varrat a nyálkahártya táplálkozásában okoz

zavart és így ugyancsak a fenti szövődményt eredményezheti.

2. A metszés, nem pontosan a bőr-nyálkahártya határon történik, hanem kissé kijebbe a bőrön, ilyenkor a kiszegett nyálkahártyaszél könnyen kifordul, mely kellemetlen váladékozást okoz.
3. A záróizom rostjainak a bél-nyálkahártya „csővel” való együttes praeparálása vagy sérülése vezet incontinentiához.

A szövődmények okát, tehát technikai pontatlanságokra lehet visszavezetni.

Osztályunkon az esetek nagy többségében Whitehead eljárását alkalmazzuk. Nem végzünk egyetlen, esetleg két izolált, egymástól távoleső csomó esetében körkörös plasticát. Ilyen alkalmakkor Langenbeck- vagy Milligan—Morgan-műtétet csinálunk.

Több külső vagy belső csomó, prolapsussal járó, illetve recidiváló nodus esetén Whitehead-műtétet végzünk.

Álláspontunkat az alábbiakkal támasztjuk alá:

1. Az eljárás kellő gondossággal és tapasztalattal végezve nem járt több szövődménynyel mint más módszerek.
2. Igen jó a késői eredménye.
3. Recidiva e műtét után a legritkább.

Anyagunk és módszerünk

Műtetre a betegeket ricinussal végzett hashajtással készítjük elő. A műtétet kőmeteszó helyzetben Seduxen narcosis és infiltrációs érzéstelenítés kombinációjával végezzük. A záróizomzatot b6 1 ujjnyira tágtjuk. A metszést pontosan a bőr-nyálkahártya határon ejtjük. Gondos praeparálással óvjuk a záróizomzat rostjait. A praeparálás magassága általában 5—8 cm, de mindig annyi, hogy a belső vénás plexust is tartalmazza, s a nyálkahártya bőrhöz való kiszegése feszülésmentesen legyen elvégezhető. A varratokat nem túl sűrűn, 4—6 mm-ként tesszük be, mélyen öltve a nyálkahártyaszéleket. A rectumba 12 óra időtartamra vagy Bourdonier-csővet, vagy vazelinnel átitatott gaze tampon vezetünk. A beteg a műtétet követően 2—3 napon át fekszik, koplal, csak folyadékot fogyaszt. Részben fájdalomcsillapításra, részben obstipans céllal napi 2X1 amp. Hydrocordint adunk. A harmadik-negyedik postoperatív napon a beteg felkel és eszik. Öt-hat nappal a műtét után ricinussal hashajtást végzünk. A beteg minden székürítés után ülőfürdőt vesz és a sebre Dermaphorin poros lapot tesz. A műtét után, 4—5 alkalommal, hetente egyszer a sphinctert 1 ujjnyira tágtjuk.

Az ismertetett módon 1964 és 1974 között 426 beteget operáltunk. Ezen időszakban aranyeres panaszok miatt összesen 492 beteg került műtetre. 66 esetben Langenbeck-, ill. Milligan—Morgan-eljárást alkalmaztunk. A férfiak-nők aránya 0,8 : 1,0. A betegek 80%-a

1. táblázat

	Esetszám	%
Panaszmentes	266	84,0
Viszkető-égő érzés	24	7,5
Időnként vézés	8	} 8,5
Részleges incontinentia	5	
Teljes incontinentia	2	
Ektropium	11	
Műtétet igénylő recidiva	2	
Összesen	318	100%

2. táblázat

Szerző	Panaszmentes	Nem panaszmentes
Söderlung S. (Milligan-Morgan műtét)	84%	16%
Baradnai Gy. (Milligan-Morgan műtét)	90,7%	9,3%
Wats és mtsai (Whitehead kivételével többféle eljárás)	83,0%	17,0%
Völker W. (Whitehead műtét)	72,3%	28,7%
Jirzik H. (Whitehead műtét)	80,1%	19,9%
Herzog W. (Whitehead műtét)	80,4%	19,6%
Saját (Whitehead műtét)	84,0%	16,0%

40 és 60 év közötti volt. A 426 operált betegünket levélben kerestük fel és 318-tól szereztünk pontos értesítéseket.

Kérdéseink az alábbiak voltak:

1. Az általunk végzett aranyérműtétet megelőzte-e már valamilyen aranyeres panasz miatt történt műtéti beavatkozás?
2. A mi műtétünk után szükséges volt-e ismételt aranyeres panaszok miatt újabb műtéti beavatkozásra?
3. Panasz van-e? (Váladozás, viszketés, vérzés.)
4. Székletét hogyan tudja tartani?

Eredményeink

Viszkető, égő érzésről panaszkodott a betegek 7,5%-a. Mivel ilyen panaszai is csak időszakonként voltak, ezért az aránylag magas százalékos arány ellenére is ezt elenyészőnek ítéljük. Megjegyezzük még, hogy felmérésünk az irodalmi közléseknél lényegesen hosszabb, 3—13 éves, műtét utáni időszakra terjed ki, s a végzett műtétek száma is csaknem duplája az említett közléseknél. Ezt lényegesnek tartjuk, mert tudott, hogy minden aranyérműtét csak tüneti kezelés, vagyis a kiváltó okok (életmód, kismencedei pangás, irritatio stb.) megszüntetését nem célozza. Így nyilvánvaló, hogy az idő előrehaladtával több panasz jelentkezése várható.

Nyolc beteg a székürítést követően néha vérzést észlelt, de komolyabb vagy tartós vérzés nem fordult elő.

Öt betegünk részletes incontinenciáról panaszkodott, mely csak erős hasmenés esetére korlátozó-

dott, de normális consistentia, illetve székürítés mellett e betegek is continensek voltak.

Teljes incontinentia csak két esetben fordult elő. Mindketten nagyfokú prolapsussal kerültek műtétre.

318 betegünk közül kettő igényelt újabb aranyérműtétet.

11 alkalommal kellett ektropium miatt plasztikát végeznünk. A számadatok kiegészítéseképpen említjük meg, hogy azon betegcsoportban, ahol ilyen vagy olyan panasz volt az általunk végzett műtét után, 56%-ban a mi beavatkozásunk előtt már történt aranyeres panasz miatt valamilyen operatio. Ez a százalékos arány a panaszmentes csoportban csak 16%-os volt.

Eredményeinket az irodalmi közlésekkel összevetve az alábbi számadatokról számolhatunk be (4, 10, 12—16).

Összefoglalás. 1964 és 1974 között összesen 426 Whitehead-műtétet végeztek. Betegeikről 318 pontos adatot sikerült megszerezniük. Az eredmények feldolgozása a betegek írásos közlése alapján történt. 266 beteg, a vizsgáltak 84%-a gyógyult és panaszmentes a műtét után 3—13 évvel. Ezzel szemben komolyabb panasza (vérzés, részleges incontinentia, teljes incontinentia, ektropium, recidiva) csak 28 betegnek, a vizsgáltak 8,5%-ának volt. Kellő gyakorlattal, türelemmel és precizitással végezve a Whitehead-műtétet — annak minden veszélye ellenére is — e módszert jó eredmények elérésére alkalmasnak tartják.

IRODALOM: 1. Berch, J., Jorgenssen, S. J.: Acta Chir. Scand. 1975, 141, 810. — 2. Bugyi I.: Általános és részletes sebészet (Tankönyv) 1964. 750. — 3. Söderlung, S.: Acta Chir. Scand. 1962, 124, 444. — 4. Baradnai Gy.: Orv. Hetil. 1974, 21, 1223. — 5. Marton T.: Magyar. Seb. 1967, 20, 229. — 6. Ferguson, J. A.: Surgery. 1971, 70, 480. — 7. Stefanics János: Részletes sebészet (Jegyzet) 1972. Bp. 345. o. — 8. Whitehead, A. W.: Brit. Med. J. 1882, 1, 148. — 9. Sebészeti Intézet Módszertani Levele: Orv. Hetil. 1972, 113, 2779. — 10. Littmann I.: Sebészeti Műtéttan. Medicina, Bp. 1977. — 11. Milligan, Morgan és mtsai: Lancet. 1937, 37, 1119. — 12. Dubec S., Farkas I., Mészöly L.: Magyar Sebészet. 1963, 16, 152. — 13. Parks, A. G.: Brit. J. Surg. 1956, 43, 337. — 14. Watts, I. M.: Surg et Gynec. Obstetr. 1965, 120, 1037. — 15. Herczog, W.: Zbl. f. Chir. 1956, 81, 365. — 16. Jirzik, H.: Zbl. f. Chir. 1957, 82, 785.

Hetényi Géza Kórház-Rendelőintézet, Szolnok,
 Mikrobiológiai Laboratórium
 (főorvos: Márkus Edit dr.),
 I. Belgyógyászat
 (főorvos: Rusvai Antal dr.),
 Közegészségügyi-Járványügyi Állomás

Meningoencephalitis listeriosa

Márkus Edit dr., Durst János dr.
 és Rusvai Antal dr.

A listeriosis diagnosztizált eseteinek a száma az utóbbi években világszerte szaporodik. A felnőttkori, halálos kimenetelű listeriás megbetegedések ennek ellenére meglehetősen ritkák. A rendelkezésünkre álló adatok szerint hazánkban eddig 26, különböző életkorban előfordult listeriosist diagnosztizáltak és igazoltak bakteriológiailag. Ezek közül kilenc volt halálos kimenetelű. A hazai esetek összefoglalását *Ralovich* (18) közleményében találhatjuk meg. Ezenkívül két eset jutott tudomásunkra, az egyik Budapesten, a másik Miskolcon fordult elő. Mindkettő újszülöttkori halálos kimenetelű szepszisz meningitis. Kórházunkban egy meningitises beteget észleltünk, akinek liquorából sikerült a *Listeria monocytogenes* (továbbiakban: *L. m.*) izolálni. Esetünket, mely a negyedik felnőtt, aki hazánkban bizonyítottan listeriosisban halt meg, a kórkép gyors lefolyása, befolyásolhatatlansága miatt tartjuk közlésre érdemesnek.

A *L. m.* csaknem minden házi- és vadon élő állatot megbetegíthet. A fertőzés állatról emberre közvetlenül és termék útján is terjedhet (2, 4, 7, 11, 14, 19). Gyakoriak az emberi tünetmentes listeria-ürítők is, akik között az emberről emberre történő fertőződés is létrejöhet. Az emberi listeria hordozásra vonatkozó adatokat táblázatban foglaltuk össze.

Esetismertetés

B. F., 64 éves férfi 1978. július 31-én eszméletlen állapotban került felvételre. Hozzátartozója elmondta, hogy 15 éve tudnak polycythaemia verájáról, mely miatt többször állt kórházi kezelés alatt. Rendszeres hematológiai ellenőrzés mellett Myelobromolt kapott. A kórházi felvétel reggelén hirtelen lett rosszul. Fülét fájlalta, majd zavartá vált. Láza 39 °C-ig emelkedett. Anamnézisében állatokkal való kontaktus nem szerepel. Epidemiológiai szempontból fontos lehet, hogy gyógyfürdőbe rendszeresen járt.

Felvételekor jól fejlett, táplált férfi. Az arc és nyálkahártyák vérbőek. Mellkasi szervek fizikálisan negatívak. A has puha, szabadon betapintható. Máj, lép jól tapintható. Tarkó kötött, Kernig-tünet pozitív. Az agyidegek részéről kóros eltérés nem észlelhető. Sensorium zavart. Vérnyomás 190/110 Hgmm. A liquor zavaros, nagy nyomással ürül: Pándy: ++. Összfeszérje: 320 mg%. Sejttség: 3200/μl. Egyéb laboratóriumi adatok közül kiemeljük, hogy a fvs.-szám 14 000/μl.

A *Listeria* hordozás gyakorisága emberi székletben

Szerzők	Vizsgált személyek száma	Előfordulás %-ban
Bojsen-Moller (3)	1150	4,8
Durst és mtsai (8)	4591	1,78
Durst, Zimányi (9)	177	5,0
Kampelmacher, Jansen (13)	342	16,4
Mérő, Ralovich (15)	3830	3,5
Ortel (1)	930	9,0
Seeliger (20)	1732	0,5

Hematokrit: 51%. Hemoglobin: 15,4 g%. Thrombocyt: 300 000.

A felvétel napján bakteriológiai vizsgálatra küldött liquorból 4-es szerotípusú *L. m.* tenyésztett ki. A kitenyésztett baktérium papírkorong módszerrel vizsgálva Ampicillin, Carbenicillin, Vancomycin érzékenyek bizonyult. A bakteriológiai identifikálást Durst (6) által megadott szempontok szerint végeztük. Itt említjük meg, hogy a későbbiekben ugyancsak 4-es szerotípusú *L. m.*-t izoláltunk a beteggel egy háztartásban élő személy székletéből is. A két *L. m.* törzs antibiotikum-érzékenysége is megegyezett.

A klinikai kép és a liquor-lelet alapján meningitis purulentát diagnosztizáltunk és napi 2 ME Retardillin, 1 g Streptomycin adását kezdtük el. Cardialis támogatás mellett általános állapota gyorsan romlott. Az észlelés második napján tudatzavara fokozódott, kearingési és légzési elégtelenség tünetei között meghalt. Célzott antibiotikus terápiára a beteg 48 órán belül bekövetkezett halála miatt nem volt lehetőség.

Bonclelet (Ludmány Éva dr.). A boncolás alkalmával seropurulens lágygyűburok gyulladást, agyduzzanatot és régebbi lágyulások góccokat észleltek. Az agyállományban tályog nem volt. A csontvelő hiperpláziás, a lép jelentősen megnagyobbodott. Szövetani vizsgálattal a máj és lép myeloid metaplasziát mutatott.

Megbeszélés

A *L. m.* fakultatív parazita, tehát a fertőzés sokszor csak hajlamosító tényezők esetén manifesztálódik. Ilyen hajlamosító tényező lehetett esetünkben a citosztatikus kezelés. További predisponáló tényezők az idős kor, elesett állapot, újszülöttkor, koraszülöttség (1), máj-cirrhosis, alkoholizmus (12), a limforetikuláris rendszer betegségei (10), terhesség (17) és morbilli (5). A listeriosis diagnózisát nehezíti, hogy különböző kórképekben manifesztálódhat (6). Nehezen található meg a fertőzőforrás is, és a kórokozó szervezetbe jutásának módja sem mindig egyértelmű. Esetünkben sem bizonyított kétségbevonhatatlanul a fertőzőforrás, sem pedig a behatolási kapu. Feltételezhető a hozzátartozó székletlelete alapján a per os fertőződés. Mivel a predisponáló tényező csak a betegnél állott fenn, a valószínűleg közös forrásból létrejött fertőzést a hozzátartozó tünetmentesen átvészelte, arra csak a megejtett bakteriológiai vizsgálat derített fényt.

Köszönetnyilvánítás. Köszönetünket fejezzük ki Czákó László dr. kandidátusnak hasznos tanácsaiért.

Összefoglalás. A szerzők citosztatikummal kezelt polycythaemia verában szenvedő felnőtt férfi bakteriológiailag igazolt meningoencephalitis listeriosájáról számolnak be. Baktériumtenyésztésen

alapuló célzott antibiotikus terápiára a gyors lefolyás miatt nem volt lehetőség. A beteg környezetében egy egészséges ürítőt találtak.

IRODALOM: 1. Barber, M., Okubadejo, L.: J. Path. Bact. 1939, 48, 11. — 2. Berencsi G. és mtsai: Z. ges. Hyg. 1977, 23, 163. — 3. Bojsen-Moller, J.: Acta path. microbiol. scand. Section B. Suppl. No. 229, 1972. — 4. Borbély É., Mérő E.: XIII. Balatoni Közeg. Napok, Siófok, 1971. (Előadás) — 5. Diemer, K., Seeliger, H.: Dtsch. med. Wschr. 1962, 87, 1584. — 6. Durst, J.: A listeriosis járványtana Magyarországon. Kandidátusi értekezés. Szolnok, 1977. — 7. Durst J., Berencsi G.: VI. Int. Symp. on the Problems of Listeriosis. Ed.: M. Woodbine, Leicester Univ. Press. 1975, 106. — 8. Durst, J. és mtsai: VII. Int. Symp. on the Problems of Listeriosis. Summ. 1977. 21. — 9. Durst, J., Zimányi M.

Zbl. Bakt. Hyg. I. Abt. Orig. A. 1976, 234, 281. — 10. Gray, M. L.: Amer. J. publ. Hlth. 1963, 53, 554. — 11. Höhne K. és mtsai: VI. Int. Symp. on the Problems of Listeriosis. Ed.: M. Woodbine, Leicester Univ. Press. 1975. 127. — 12. Jungi, F. és mtsai: Schweiz. med. Wschr. 1970, 100, 623. — 13. Kampelmacher, E. H. N., Jansen, L. M.: Zbl. Bakt. Hyg. I. Abt. Orig. A. 1972, 222, 258. — 14. Kwantes, W., Isaac, M.: VI. Int. Symp. on the Problems of Listeriosis. Ed.: M. Woodbine, Leicester Univ. Press. 1975. — 15. Mérő E., Ralovich B.: Egészségtudomány. 1971, 15, 251. — 16. Ortel, S.: Személyes közlés. 1974. — 17. Potel, J.: Med. Klin. 1967, 62, 401. — 18. Ralovich B.: Az orvostudomány aktuális problémái. 1979, 33, 143. — 19. Rédey B.: Személyes közlés, 1976. — 20. Seeliger, H.: Listeriose. Barth, Leipzig, 1958.

Kinetikus csőtisztító berendezés

A berendezés működése hidraulikán és kinetikán alapszik, mely azt jelenti, hogy a sűrített levegő, ha egy összefüggő vízoszlopra hat, kinetikus energia jön létre. A sűrített levegő ütoerejét a készülék a vízoszlopra irányítja és ennek hatására mintegy 1200 m/sec sebességű energiahullámok keletkeznek és ezek lökőereje távolítja el a vezetéket elzáró szennyeződést. Alkalmazásával nem gond többé a mosdók, lefolyók, W. C.-k tisztítása, valamint az autók hűtőinél az eldugulások megszüntetése. Rendszeres használatával a vezetékek elzáródásai megszüntethetők.



Forgalomba hozza: MÜART 7. sz. Osztály

1066 Budapest VI.,
Jókai u. 38.
Telefon: 326-522

Bemutatóterem:
1066 Budapest VI.,
Jókai u. 40.



Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet
(főigazgató: Schweiger Ottó dr.)

A beclomethason dipropionát klinikai hatásvizsgálata krónikus asthma bronchialében

Böszörményi-Nagy György dr.
és Herjavec Irén dr.

A krónikus asthma bronchialis betegek — akiket a fulladásos paroxysmusok mellett a légúti obstrució nem teljes reversibilitása jellemez — legtöbbször hatásosan kezelhetők orális steroid készítményekkel. De a tartós kezelésnek súlyos mellékhatásai lehetnek. Kézenfekvőnek látszott, hogy az ún. szisztémás hatású corticosteroidokat, a hörgőnyálkahártyán localisan ható, aerosolban belélegezhető steroiddal helyettesítsék (2, 3, 11). Az elmúlt 25 év alatt több vegyület helyi hatását vizsgálták meg. A hydrocortison hemisuccinat hatástalannak bizonyult (5, 10, 13, 23). Megfelelő localis aktivitáshoz a dexamethasonnak szisztémás hatást is okozó nagy adagja szükséges (31). A betamethason valerát és a beclomethason dipropionát azonban nagy helyi aktivitást mutatott az adrenocorticalis rendszer befolyásolása nélkül (1, 30). Az inhalált beclomethason dipropionátnak (a továbbiakban Bdp.) terápiás adagban (400—800 µg/die) nincs hatása a plasma cortisol szint diurnális változására (7, 27).

A Bdp. hatását nagyszámú külföldi (6, 8, 9, 12, 14, 16, 17, 24, 26, 28, 30, 31) és több hazai szerző (18, 19, 20, 29, 32) ismertette.

Osztályunkon 1976 óta kezeljük asthmás betegeinket Bdp. aerosollal (Becotid, Aldecin).

Beteganyag és módszer

I. Az acetylcholin inhalatio hatását vizsgáltuk 12, orális steroidot rendszeresen nem szedő asthmás betegen 12 napon át tartó Bdp. kezelés előtt és után (400 µg/die).

II. A légzés-functio változását mértük 11 krónikus, orális steroidot rendszeresen nem szedő asthma bronchiális betegen 3 hónapig tartó Bdp. kezelés alatt (400 µg/die). A vizsgálatok havonta történtek.

A tüdő totálkapacitásának (TLC) és a légúti áramlási ellenállásnak (Raw) meghatározása konstans térfogatú test-plethysmograph-ban történt (Pulmostar, Fenyves & Gut, Basel). A Raw mérését 60 légvétel/perc frekvenciánál, 0,5 liter/s inspiratoricus áramlási sebéségnél végeztük. Az erőltetett kilégzési áramlás—térfogat (Vmax/V) hurkok mérése a száj előtt Fleisch típusú pneumotachograph segítségével történt (írószerkezet: Hewlett—Packard 7046 A). A statikus transpulmonalis nyomás—térfogat görbéket (Pst/L/—V) 3 mély belégzést követően lassú expirium alatt, a kilégzést 6—8 alkalommal megszakítva mértük. A transpulmonalis nyomást az oesophagus alsó harmadába vezetett 10 cm hosszú, 35 mm kerületű, 0,3—0,5 ml levegőt tartalmazó latex ballonnal, a kilégzett levegő térfogatát pneumotachograph-fal regisztráltuk. A perifériás légutak áramlási ellenállását (Rus) itt a TLC 60 százalékhöz tartozó maximális expiratorikus áramlás (Vmax) és statikus transpulmonalis nyomás (Pst/L) hányadosa jelenti.

III. Az ún. nyílt klinikai vizsgálatba 46 krónikus, évek óta orális steroidot szedő betegünket válogattuk ki (minimálisan 7,0 mg Prednisolon/die vagy ezzel aequivalens mennyiség). A klinikai tünetek és a gyógyszerfogyasztás alakulását betegnaplóval ellenőriztük. A tünetek intenzitását jellemző pontokat, a használt gyógyszerek mennyiségét 2 hetes időszakonként összeítettük. A megfigyelés eredményét 6 hónap után értékeltük. A vizsgált csoport naponta 400 µg Bdp.-t inhalált.

A Bdp. kezelés indikációi:

- Az orális steroid hatása nem volt kielégítő.
- A tartós steroid kezeléssel kapcsolatos mellékhatások miatt (obesitas, osteoporosis, hypertonia, diabetes, dyspepsia stb.) szükségessé vált a dosis csökkentése, de az ilyen kísérletek a légzési panaszok fokozódása miatt nem sikerültek.

Eredmények

Az 1. táblázaton 12 beteg Raw értékeinek változása látható acetylcholin inhalatio hatására Bdp. kezelés előtt és után. A betegek kiválogatását az acetylcholin inhalatióra adott légzés-functiós „vá-

1. táblázat. A légúti áramlási ellenállás (Raw) változása acetylcholin inhalatio hatására beclomethason kezelés előtt és után

életkor év	Kezeletlen		Becotid kezelés után		H ₂ O cm/l/s
	nyugalomban	10' múlva	nyugalomban	10' múlva	
1. 33	4,0	12,0	3,8	4,5	
2. 41	2,9	10,2	3,1	3,8	
3. 50	2,8	14,0	2,5	5,1	
4. 22	3,7	7,3	2,9	3,6	
5. 30	1,5	5,9	1,8	2,2	
6. 26	3,8	8,6	3,2	4,3	
7. 35	7,2	14,1	5,8	5,2	
8. 40	2,8	6,1	2,5	3,6	
9. 43	2,2	8,2	2,3	2,9	
10. 49	3,6	7,0	3,0	6,1	
11. 25	2,0	11,3	2,5	4,3	
12. 41	1,2	8,5	1,8	2,2	

x	36,3	3,1	9,4	2,9	4,0
SD±	9,3	1,6	2,9	1,1	1,2

↑ p < 0,05 ↑ p < 0,01

	I.				II.				III.				IV.				
	VC l	FEV ₁ l	V60% l/s	Rus H ₂ Ocm/l/s	VC l	FEV ₁ l	V60% l/s	Rus H ₂ Ocm/l/s	VC l	FEV ₁ l	V60% l/s	Rus H ₂ Ocm/l/s	VC l	FEV ₁ l	V60% l/s	Rus H ₂ Ocm/l/s	
A	\bar{x}	3,3	2,0	1,1	12,7	3,5	2,3	1,2	10,1	3,5	2,4	1,4	6,7	3,6	2,6	1,5	5,1
	SD±	1,0	0,9	0,6	6,2	1,1	0,9	0,5	3,5	0,9	0,8	0,5	2,5	1,0	0,9	0,5	1,7
B	\bar{x}	3,4	2,4	1,4	7,5	3,6	2,6	1,6	6,2	3,7	2,8	1,9	4,1	3,9	3,0	2,5	2,8
	SD±	0,9	0,9	0,6	4,3	1,0	0,9	0,7	2,7	0,9	0,8	0,6	1,8	0,1	0,9	0,8	1,6
	p <	0,05	0,001	0,05	0,05	0,05	0,01	0,05	0,001	0,05	0,001	0,01	0,001	0,05	0,001	0,001	0,001

Az első (A/I) és az utolsó (A/IV.) VC, FEV₁, V60%, Rus értékek közötti különbség: p < 0,001

lasz" nagysága alapján végeztük. A Bdp. kezelés előtt és után azonos mennyiségű acetylcholin lélegeztet be az egyes betegek (1%-os oldatból 2, 4, 8 légvételt). A Raw emelkedése acetylcholin inhalatio után szignifikánsan alacsonyabb a 12 napos Bdp. kezelés végén mint a kezelést megelőző értékek. Csúpan a 10. betegnél nincs lényeges változás (1. ábra).

A 2. táblázaton 11 beteg légzés-funciós mutatóinak változását ábrázoltuk Bdp. kezelés alatt (400 µg/die), a kezelés megkezdésekor (I), majd az első, második, harmadik hónap végén (II, III IV). Az egyes méréseknél a nyugalmi (A) és 0,5 mg Bricanyl (B) belégzése után 30 perccel kialakult értékeket tüntettük fel. A megfigyelési időszakban a VC, FEV₁, V 60% folyamatos emelkedése és a Rus előzőkkel párhuzamos csökkenése látszik (2. ábra).

A betegnaplóval ellenőrzött 46 beteg adatait a 3. táblázaton tüntettük fel. Az orális steroid és hörgtágító aerosolok adagjának, valamint a dyspnoe intenzitásának változását 6 hónapon keresztül ellenőriztük. A gyógyszerfogyasztás alakulása és a nehézlégzés (ill. az asthmás rohamok gyakoriságának) változása a 4. táblázaton látható.

Az eltéréseket T próbával elemeztük. A jelölt változások mindegyike a steroid, broncholyticum dosis és dyspnoe csökkenését jelenti. A steroid-fogyasztás napi átlaga 10,3 mg Prednisolonról 4,1 mg-ra csökkent. A 6. hónap végén 16 beteg (35%) nem szedett orális steroidot. Lényegesebb adat, hogy a 46 közül 6 olyan beteget ellenőrzünk, akik az elmúlt 2 évben 400 µg/die Bdp. inhalatio mellett évente maximum 2 hónapon át szednek orális

3. táblázat. Tartósan orális steroidot szedő krónikus asthmás betegek

n: 46
férfi/nő: 19/27
életkor \bar{x} 45,2 év SD±8,5
az asthma időtartama \bar{x} 13,5 év SD±6,9
extrinsic 13
intrinsic 33
fenntartó orális steroid dosis \bar{x} 10,3 mg SD±2,9 Prednisolon mellékhatások
(hypertonia, diabetes, obesitas stb.)

steroidot. A Bdp. kezelés előtt Prednisolon fogyasztásuk tartósan meghaladta a 7 mg/die átlagot.

A csoportból 13 betegnél (28%) az orális steroid dosisa jelentősen csak átmenetileg volt csökkenthető, szubjektív panaszai sem enyhültek, később a Bdp. kezelés megszakadt.

A Bdp. kezelés megkezdése után fokozatosan elvont szisztémás hatású steroid ún. elvonási tünetek kialakulását okozhatja (15). Anyagunkban az alábbi tüneteket figyeltük meg:

n: 15	
fáradékonyság	8 beteg
izület- és izomfájdalmak	4 beteg
allergiás rhinitis fellobbanása	2 beteg
emotionalis instabilitás	1 beteg

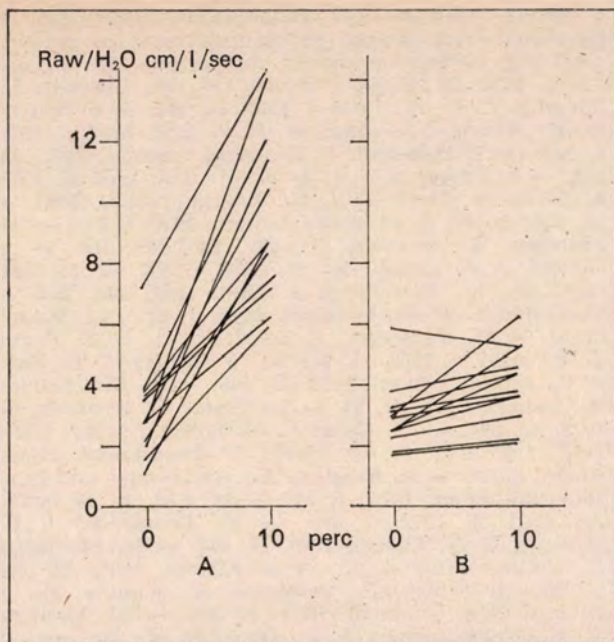
Öt betegünk esetében észleltünk oropharyngealis candidiasist (11%). Közülük hárman panaszmentesek voltak, 2 beteg torokfájásra, rekedtségre panaszkodott. 8 betegnek volt átmeneti torokfájása anélkül, hogy szájpenész látszott volna.

Megbeszélés

Az ún. nem kontrollált, nyílt klinikai vizsgálatoknál a gyógyszerhatás értékelését a betegség

4. táblázat.

n: 46	
életkor \bar{x} 45,2 év SD±8,5	
Steroid fogyasztás	Hörgtágító inhalátor fogyasztás
1	1
x 2	0 2
x x 3	0 x 3
⊙ x x 4	⊙ x x 4
● 0 x x 5	● x 0 0 5
● ⊙ 0 x x 6 hónap	● x ⊙ x x 6 hónap
Nehézlégzés	
1	
x 2	
⊙ x 3	
⊙ x ● 4	
0 x 0 x 5	
● 0 x x x 6 hónap	
	x: nincs különbség
	0: p < 0,05
	⊙: p < 0,01
	●: p < 0,001



1. ábra.

tüneteinek spontán változása megzavarhatja. Évek óta rendszeresen ellenőrzött betegeink klinikai állapotát a Bdp. kezelés előtti fél évben kiegyensúlyozottnak találtuk az orális corticosteroid dosisa és a légúti obstructio dinamikája szempontjából. Így feltételezhetjük, hogy a mért változások az inhalált steroiddal kapcsolatosak.

A Bdp.-vel előkezelt betegek csökkent acetylcholin érzékenységet a steroid aerosolnak a pharmacológiai mediátorokra kifejtett gátló hatásával magyarázhatjuk (21).

A háromhónapos Bdp. kezelés során havonta történt légzés-funciós mérések Bricanyl inhalatio hatására eltérő nagyságú obstructio-csökkenést mutattak. Ez valószínűleg nem steroid-sympathomimeticum kölcsönhatás, hanem a különböző mérési időpontokban változó légúti obstructiós szint következménye. Feltételezés szerint a Bdp. aerosol elsősorban a bronchusnyálkahártya oedemáját csökkenti (melynek megfelelhet a lassú FEV₁ és V_{max} emelkedés), míg a bronchusizomzat tartós tónusfokozódása magyarázza a Bricanyl hatékonyságát.

A tartósan megfigyelt 46 betegünk 72%-ánál a Bdp.-t hatásosnak találtuk a 6. hónap végén. A fél évnél hosszabb megfigyelés a gyógyszer hatékonyságát alacsonyabbnak mutatja (az előzetes értékelés alapján kb. 50%).

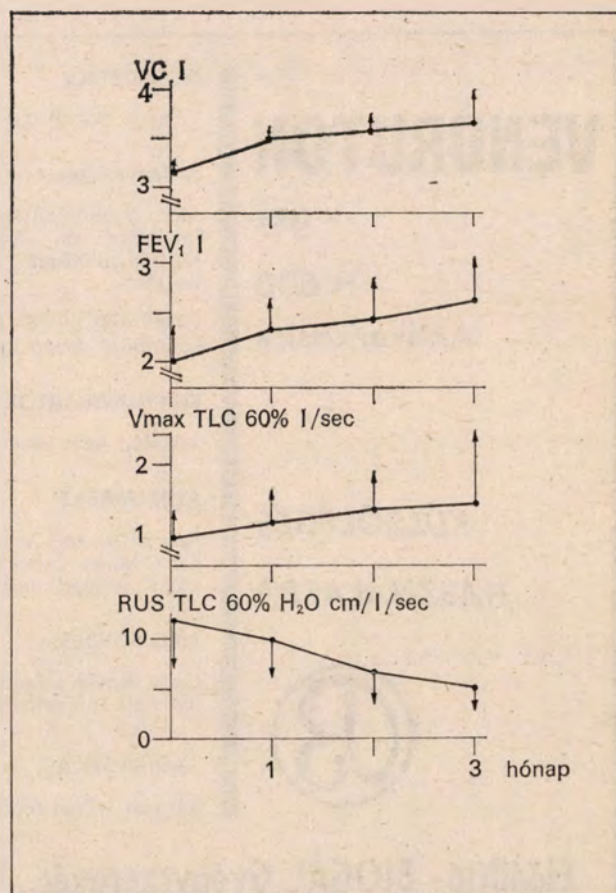
A Bdp. terápia sikere szempontjából igen fontos az orális steroid lassú, fokozatos elvonása. Orális steroiddal hosszan kezelt, adrenalis tartalékkal nem rendelkező betegeknél a steroid hirtelen elvonása végzetes következményekkel járhat (25). A károsodott mellékvesekéreg nem képes a szükséges mennyiségű cortisol előállítására, különösen azokban az állapotokban, amikor a mellékvesekéreg igénybevétele nő mint lázas állapotok, műtétek, traumák vagy status asthmaticus esetén, és így súlyos mellékvesekéreg-elégtelenség alakulhat ki.

A szükséges steroid mennyisége ilyenkor igen nagy lehet.

Az inhalatiós steroidra való átállításkor a kezelés megindítása után 8–10 napig, a korábban szedett steroid dosist adjuk. Ezután 3–4 naponként 1/2 tbl. Prednisolonnal (ill. ezzel aequivalens mennyiséggel) csökkentjük a dosist. Ha nem lehetséges a steroid teljes megvonása, úgy lehetőleg alternáló adagolást (pl. másodnaponként 10 mg Prednisolon) alkalmazunk. Főként angolszász szerzők óvatosabb csökkentést javasolnak (4). Jóllehet az általunk alkalmazott elvonási módszer betegeink többségénél bevált, több esetben az asthmás tünetek fellobbanása miatt elhúzódtabb dosis-csökkentésre kényszerültünk. Mindez a beteg folyamatos és gondos ellenőrzését tételezi fel, ami intézetén kívül nem mindig biztosítható.

A Bdp. szokásos 400 µg/die adagja kb. 7 mg Prednisolont pótol (22). A beteget tehát tájékoztatnunk kell, hogy az asthmás tünetek akut rosszabbodása esetén emelje meg az orális steroid dosisát, s ezt ne újabb orvosi vizsgálatától tegye függővé.

Oropharyngealis candidiasist betegeink 11%-ában figyeltünk meg. A szájpénész Bdp. kezelés alatt általában spontán elmúlik. Helyi Nystatin kezeléssel vagy inhalatio után a szájüreg vizes öblítésével a makacsabb esetek is egyszerűen gyógyíthatók. Hangsúlyozni kell, hogy egészséges csoportban kb. 50% a candida pozitív gégekenet aránya, és a kvantitatív módszerek pontatlanok a



2. ábra.

gombatömeg megítélésére (14). Így a pozitív ke-
netnek a diagnosztikus értéke csekély. A Bdp. ke-
zelést oropharyngealis candidiasis miatt egy bete-
günk esetében sem kellett felfüggeszteni.

A Bdp.-t hatásos szernek tartjuk, különösen a
krónikus asthma bronchiale ún. száraz formában,
míg a bő köpetet ürítő betegek rendszerint orális
steroidra szorulnak.

Összefoglalás. Szerzők a beclomethason dipro-
pionát (inhalációs szteroid) hatását vizsgálták kró-
nikus asthmás betegcsoportban. A hörgőnyálka-
hártyán localis szteroid hatást kifejtő szernek szisz-
témás mellékhatása nincs. Az alkalmazott dosis-
ban (400 µg/die) tartós kezelés során csökkent az
acetylcholin-érzékenység, folyamatosan emelkedett
a vitálkapacitás, egyéb mutatók (FEV₁ és V60⁰/₀),
ezzel párhuzamosan csökkent a perifériás légutak
áramlási ellenállása. 46 beteg 6 hónapos kezelése
során szignifikánsan csökkent az asthmás rohamok
gyakorisága, a per os szteroid fogyasztás, és a bron-
cholyticumok dosisa. Mellékhatásként 5 betegben
(11⁰/₀) oropharyngealis candidiasist észleltek.

IRODALOM: 1. Andersson, E., Smith, C. M.: Acta
allergol. 1974, 29, 354. — 2. Aviado, D. M., Carillo,
L. R.: J. Clin. Pharmacol. 1970, 1, 3. — 3. Briggs, M.
H., Brotherton, J.: Steroid biochemistry and pharma-
cology. Academic Press, London—New York, 1970. —

4. British Thoracic and Tuberculosis Association: A
controlled trial of inhaled corticosteroids in patients
receiving prednisone tablets for asthma. Br. J. Dis.
Chest. 1976, 70, 95. — 5. Brockbank, W., Brebner, H.,
Pergelly, C. D. R.: Lancet. 1956, II, 807. — 6. Brown,
H. M., Storey, G., George, W. H. S.: Brit. med. J. 1972,
I, 585. — 7. Buisseret, P. D.: Acta Allergol. 1973, 28,
126. — 8. Cameron, S. J. és mtsai: Brit. med. J. 1973,
4, 205. — 9. Clark, T. J. H.: Lancet. 1972, I, 1361. —
10. Foulds, W. S. és mtsai: Lancet. 1955, I, 234. — 11.
Franklin, W. és mtsai: Allergy. 1958, 29, 214. — 12.
Gaddie, J. és mtsai: Lancet. 1973, I, 691. — 13. Gel-
fand, M. L.: New Engl. J. Med. 1951, 245, 293. —
14. Grant, I. W. B.: Postgrad. Med. J. 1975, 51. (Suppl.
4), 57. — 15. Hargreave, F. E., McCarthy, D. S., Pepys,
J.: Br. med. J. 1969, 15, 443. — 16. Harvey, L. L., Nair,
S. V., Kass, I.: Chest. 1976, 70, 345. — 17. Herxheimer,
H.: Lancet. 1972, II, 91. — 18. Hutás I.: Orvostud. 1978,
53, 291. — 19. Hutás I., Herjavec I.: Orv. Hetil.
1978, 119, 2147. — 20. Hutás I.: Pneumonol. Hung.
Közlés alatt. — 21. Kersten, W.: Atemwegs- und Lun-
genkrankheiten. 1975, 1, 21. — 22. Lal, S. és mtsai:
Br. med. J. 1972, 3, 314. — 23. Langlands, J. H.,
McNeill, R. S.: Lancet. 1960, II, 404. — 24. Lee-Hong,
E., Collins-Williams, C.: Ann. Allergy. 1977, 38, 242.
— 25. Lieberman, P., Patterson, R., Kunske, R.: J.
Allergy Clin. Immunol. 1972, 49, 329. — 26. McAllen,
M. K., Kochanowsky, S. J., Shaw, K. M.: Br. med. J.
1974, 1, 171. — 27. Messerli, C.: Pneumology. 1975,
153, 29. — 28. Pines, A.: Practitioner. 1973, 1, 86. —
29. Rott, Zs.: Pneumonol. Hung. 1978, 31, 370. — 30.
Smith, A. P., Booth, M., Davey, A. J.: Br. J. Dis.
Chest. 1973, 67, 208. — 31. Topical steroids in asthma.
Editorial. Lancet. 1977, II, 695. — 32. Varjas J., Nagy
L. B.: Pneumonol. Hung. 1978, 31, 283.

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;
lágyszövet-sérülések, (contusio, distorsio stb.) esetén a feszülés, ödéma csök-
kentése;

egyéb steril lobos állapotok (gyulladt bűtyök, lúdtalp stb.);
különböző mikrocirkulációs keringési zavarok (pl. fagydagánat).

ELLENJAVALLATOK:

Jelenleg nem ismeretesek.

ALKALMAZÁS:

Reggel és este a kezelendő felületre felkenjük, egyenletes enyhe masszírozás-
sal a bőrbe bedörzsöljük. Szükség esetén borogatást (este) vagy kompressziós
kötést (reggel) helyezünk fel.

MEGJEGYZÉS:

Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alka-
lommal) ismételtethető.

CSOMAGOLÁS:

40 g-os tubus, térítési díja: 4,60 Ft.

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

Semmelweis Orvostudományi Egyetem,
II. Gyermekklinika
(igazgató: Schuler Dezső dr.)

A vena jugularis interna percutan canülálása csecsemő- és kisgyermekkorban

Várkonyi Péter dr.

Az elmúlt 30 évben közlemények tucatjai jelentek meg a centrális vénás katéterek alkalmazásáról az akut betegellátásban. A centrális vénás katéter segítségével lehetőség nyílik a centrális vénás nyomás folyamatos mérésére, kevert vénás vér nyeresére, folyadék-, elektrolit- és volumenpótlásra, valamint parenteralis táplálásra (23, 27, 37, 38). A katéternek a kezdetben vénapreparálás útján történő bevezetését hamar felváltotta a percutan canülálás számtalan módszere (1, 2, 4, 14, 20, 40, 41). A technikák tökéletesedésével egyes centrumok nagy biztonsággal és hatásfokkal alkalmazzák ma már a centrális vénás katéterek percutan canülálását csecsemők és kisgyermekes esetekben is. A két leggyakrabban alkalmazott eljárás a vena subclavia (6, 10, 18, 25, 28, 29, 33) és a vena jugularis interna (9, 14, 31, 32, 36) percutan canülálása. Mindkettő elterjedt, de míg a vena subclavia percutan canülálásával kapcsolatban számos szövődményt írnak le (pneumothorax, hydrothorax, haemothorax, haemomediastinum, légembolia stb. (3, 5, 7, 8, 15, 18, 34, 35, 39), a vena jugularis interna percutan canülálása esetén a szövődmények ritkábbak és kevésbé súlyosak (8, 9, 12, 21, 26, 30, 31). Ezen megfontolások, valamint a későbbiekben részletezendő előnyei miatt percutan centrális venacanülálásra betegeink esetében a vena jugularis internát részesítettük előnyben. E munkában az általunk alkalmazott technika és eredményeink kerülnek tárgyalásra.

Beteganyag és módszer

70 csecsemő és kisgyermek esetében, 3 hét és 5 év között (táblázat) kísértük meg a jobb vagy a bal vena jugularis interna percutan canülálását. Betegeink súlya 2800 g és 16,7 kg között, átlag 8530 g volt. Technikánk némi módosítással követi Daily és mtsai (9),

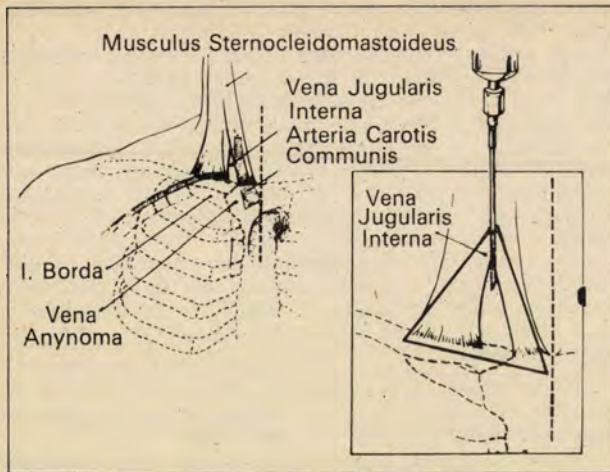
valamint Prince és mtsai (31) módszerét. A canülálás sikerének egyik legfontosabb feltétele a szúrás pontjának helyes megválasztása. Ehhez komoly segítséget nyújtanak a nyakon levő anatómiai képletek, elsősorban a m. sternocleidomastoideus. Mint ismeretes, a vena jugularis interna elhelyezkedése a nyakon durván megegyezik a m. sternocleidomastoideus lefutásával, craniocaudalis irányban először lateralisán, majd anterolateralisan húzódik az arteria carotis communis mellett, jobb oldalon gyakorlatilag egyenesen folytatódik a vena anonymán keresztül a vena cava superiorba. A m. sternocleidomastoideus sternális és clavicularis szárai, valamint a clavicula és a sternoclavicularis ízület egy egyenlő oldalú háromszöget képeznek, melynek csúcsa adja meg a beszúrás pontos helyét (1. ábra).

Betegeinken egy kivételével általános anaesthesiában, nasotrachealis intubatio után, kontrollált gépi lélegeztetés mellett, megfelelő pozícióban végeztük a canülálást. Hanyatt fekvésben mindkét vállat kiemeljük, biztosítva ezzel a nyak hyperextenzióját. A fejet elfordítjuk a szúrás oldalával ellentétes irányba. E helyzetben válik a vena a szúrás számára legjobban hozzáférhetővé. A vena vérteltségének, azaz keresztmetszetének növelése érdekében körülbelül 25–30°-os Trendelenburg-helyzetet hozunk létre, az alsó végtagokat pedig megemeltetjük. A canülálás számára előnyben részesítjük a jobb oldalt, többek között az ezen oldali vena jugularis interna és a cava superior már említett egyenes lefutása miatt. Csak sikertelen punctio, vagy egyéb akadályozó tényező esetén canülálunk a bal oldalon. A punctióhoz és a canüláláshoz Argyle Medicut típusú canült használunk, amely 5 kg alatti súlycsoportban 20 GA, e fölött 18 GA méretben kerül alkalmazásra. A nyak híg, alkoholos-jódos oldattal történő lemosása után a bőrön a szúrás helyének megfelelően körülbelül 2 mm hosszú metszést ejtünk steril lándzsával. A tűt a vízszintessel 45°-os szögben, a sagittalis síkkal párhuzamosan úgy helyezük a metszésre, mint bemeneti nyílásba, hogy a tű hegye laterál felé, illetve lumene medialis felé nézzen. A tűvel a megadott irányba szúrva, a rajta levő fecskendő folyamatosan enyhe szívás alatt tartjuk. A vér könnyedén szívható vissza a fecskendőbe, amint a vena lumenébe jutottunk. Ekkor a tűt körülbelül 25–30°-ban közelítjük a vízszinteshez és mint vezetőt használva a körülötte levő canült a vena lumenében óvatosan előretoljuk körülbelül 0,5 cm hosszúságban. Ebben a helyzetben még egyszer ellenőrizzük a canül helyzetét a fecskendő dugattyújának oda-vissza mozgásával. Ha a canül vége valóban a vena lumenében van, úgy a vér könnyedén, akadálymentesen szívható a fecskendőbe és nyomható vissza a vénába. Ekkor a tűt eltávolítjuk és a bentmaradt canült egy fiziológiás sóval teljű fecskendővel kötjük össze légmentesen, majd a fecskendő dugattyújának enyhe nyomása mellett kónuszaiáig előretoljuk. Ilyenkor a canül vége a vena jugularis internában vagy anonymában, ritkábban a vena cava superiorban van (2. ábra). A canült ragtapasz-

Betegeink kormegoszlása a canülálás sikerének tükrében

	I.	II.	III.
0 — 30 nap	0	1	1
1 hó—6 hó	8	8	16
6 hó—1 év	11	5	16
1 év—2 év	17	5	22
2 év—5 év	14	1	15
összesen	50	20	70

I. sikeres canülálások száma
II. sikertelen canülálások száma
III. összes canülálási kísérlet száma



1. ábra: Prince (31) sémás rajza a vena jugularis interna elhelyezkedését és viszonyát mutatja a környezetében levő anatómiai képletekkel. A beszúrás helyét a m. sternocleidomastoideus két szára és a clavicula által határolt háromszög csúcsa jelzi

szal vagy/és öltésekkel rögzítjük a bőrhöz, majd hosszabbítón és háromágú csapon keresztül infúzióhoz kapcsoljuk. A szűrőcsatorna bemeneti nyílását Oxycort spray-vel fújjuk be. Sikertelenség esetén a punctiót megismételjük, a tűt a sagittális síktól 5–10°-kal laterál felé irányítva. Végleges eredménytelenség esetén bal oldali canülálás kísérhető meg. Mindkétoldali kudarc után a vena jugularis externán percutan vagy a vena saphenán keresztül preparálással juthatunk centrális vénába.

Eredmények

1978. januártól decemberig csecsemőszívsebészeti osztályunkon egy év alatt 70, válogatás nélküli betegen kíséreltük meg valamelyik oldali vena jugularis interna percutan canülálását. A 70 punctió kísérlet 65 alkalommal járt sikerrel, de a canült csak 50 esetben sikerült a vénába felvezetni. 55 két éven aluli csecsemőn 37 esetben történt sikeres canülálás (67,3%), kettő és öt év közötti korcsoportban 15 beteg közül 13 volt sikeres (86,6%). Az 50 sikeres canülálás közül 46 történt a jobb és csupán 4 a bal oldalon. A 20 eredménytelen canülálás után 3 ízben valamelyik oldali vena jugularis externát szúrtuk sikerrel, illetve 17 esetben a vena saphena preparálására kényszerültünk. A vena jugularis internába eredményesen felvezetett canülok vége minden esetben a vena jugularis interna, anonyma, vagy cava superior valamelyikében helyezkedett el. A canülok 24 órától 6 napig, átlagosan 72 órát maradtak a vénában. A 70 punctió kísérlet során 3 ízben (jobb oldalon egy, bal oldalon két eset) történt arteria carotis communis szúrás, minden további következmény nélkül. Mindhárom alkalommal elegendő volt a nyomókötés haematoma kialakulásának megelőzésére. Egyéb szövődmény nem fordult elő.

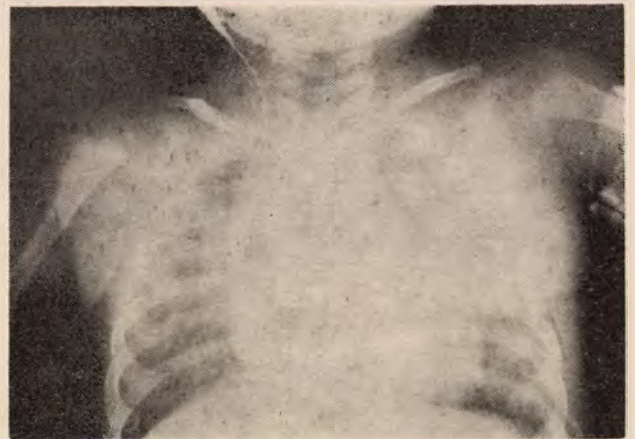
Megbeszélés

A vena subclavia percutan canülálása Auba-niac (1), majd Wilson (41) közleményei óta széles körben elterjedt (5, 11, 16, 27, 42). A módszer alkalmazásával kapcsolatosan azonban több szerző

(3, 5, 7, 15, 18, 34, 35, 39) számos szövődményről számol be, nem egy közülük lethális következménnyel járt (5, 15, 18). A szövődmények között szerepel a pneumothorax, haemo- és hydrothorax, haemo- és hydromediastinum, infectio, légembolia, catheterembolisatio, myocardium perforatio, thrombophlebitis, thrombosis, subcutan haematoma, plexus brachialis, ductus thoracicus, tüdő-parenchyma, trachea, pajzsmirigy- és thymus-sérülés. A súlyos szövődmények az irodalmi adatok szerint (16, 24) 4,5–6%-ban fordulnak elő; tulajdonképpen csekély azok száma, akik súlyos szövődményt nem észleltek (17, 27, 42).

A vena subclavia csecsemő- és kisgyermekkorban percutan canülálása a kicsiny anatómiai képletek, elsősorban a véna szűk lumene miatt nem vált rutin eljárássá. A felnőtteknél észlelt szövődmények tartózkodóvá tették az erre vállalkozókat. Liebert és mtsai (24) egy éves kor alatt kifejezetten kontraindikálják a módszer alkalmazását. Dudrick és mtsai (13) 5 kg-nál alacsonyabb súlyúaknál nem ajánlják. Mások ennek ellenére alkalmasnak tartják nem csak csecsemőkorban (6, 18, 28, 29, 32), hanem Lohert (25) és Dangel (10) még koraszülöttek esetében is. Egyes szerzők (18, 25) megegyeznek abban, hogy a canülálást csak felnőttek esetében már nagy tapasztalattal rendelkező sebészek végezhetik a szövődmények megelőzése, illetve csökkentése érdekében. Groff és Ahmed (18) 43 két éven aluli csecsemőn 103 subclavia canülálást végeztek, melyek során 7 sepsis, 2 hydrothorax, 1 haemothorax, 1 pneumothorax fordult elő, közülük kettő lethális következménnyel járt. Lohert (25) 86 koraszülött és újszülött vena subclavia canülálása során három arteria subclavia szúrásról számol be, melyek egyike haemothoraxhoz vezetett.

A vena jugularis interna percutan canülálását elsőként Hermosura és mtsai (20) írták le, majd Craig és mtsai (8) után English és mtsai (14) 500 eset kapcsán ismertették az általuk bevezetett kétféle technikával, az electiv és alternatív módszerekkel szerzett tapasztalatokat. Az 500 canülálás során egyetlen pneumothorax szerepel súlyos szövődményként. Jernigan és mtsai (21) 1000 canülálásból három komplikációról számolnak be: légembolia, phlebitis és mediastinum infiltratio. Daily



2. ábra: A vena jugularis internába percutan bevezetett canül helyzete egy 5 hónapos, 4740 g súlyú csecsemő mellkasfelvételén

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 rendelése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtető.”

CSOMAGOLÁS

50 tablettá térítési díj: 2,30 — Ft



KÖBÁNYAI 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 naponta 2 tablettát, 2 részre osztva.



G y e r m e k e k n e k

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

F e l n ő t t e k n e k

- 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.

G y e r m e k e k n e k

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.

Csecsemőknek ajánlatos arányosan kisebb adagot alkalmazni.

MELLÉKHATÁSOK

Ritkán fejfájás, keserű szájjíz, 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) ismételtető.

CSOMAGOLÁS 20 tablettát 6,60 Ft



és mtsai (9) 100 vena jugularis interna canulálása-kor csupán egyetlen mediastinalis infiltrációt említenek szövödményként. Stevens és mtsai (36) 250 canulálást végeztek komplikációmentesen. Mint az az irodalmi adatokból is kitűnik, a vena jugularis interna percutan canulálása során előfordulnak szövödmények, de azok gyakorisága egyértelműen kisebb mint a vena subclavia esetében. Ezek: pneumothorax (14, 32), pneumomediastinum (21), mediastinalis infiltratio (8, 9, 21), légembolia (21), thrombophlebitis (21); kevésbé súlyos, de gyakoribb előfordulással szerepel az arteria carotis punctio haematoma-képződéssel, vagy anélkül (8, 9, 14, 22, 31, 32), Horner-syndroma (30) és ductus thoracicus sérülés (26, 32).

A vena jugularis interna percutan canulálása csecsemő- és kisgyermekkorban jóval népszerűbb eljárásá vált mint ugyanezen beavatkozás a vena subclavia esetében. Az ok elsősorban a súlyos szövödmények ritkább előfordulásában kereshető. English és mtsai (14) követően a hetvenes években több szerző kitűnő eredményekről számol be (9, 31, 32); jó találati aránnyal és kevés szövödménnyel dolgoznak. Prince és mtsai (31) 6 hét és 14 év között 77%-ban, English és mtsai (14) 5 éven aluli csoportban 87,2%-ban, míg Rao és mtsai (32) legújabb módszerükkel 1 nap és 11 év közötti korcsoportban 97%-ban voltak eredményesek a vena jugularis interna percutan canulálása során.

A centrális vena canül igénye csecsemőszívsebészeti osztályon a gyógyító munka elengedhetetlen feltétele. Lényeges szempont a véna helyes megválasztása, melybe a canült percutan módszerrel behelyezzük. Esetünkben az irodalmi adatok objectív áttekintése után a választás a vena jugularis internára esett. Eredményeinket az irodalom tükrében értékeltük.

A v. jugularis interna percutan canulálása osztályunkon 5 éven aluli korcsoportban 71,4%-ban volt eredményes. Ez elmarad az irodalomban említett eredményektől. Okát két tényezőben látjuk. 1. A 70 canulálási kísérlet valószínűleg kevés volt még esetünkben a megfelelő rutin megszerzéséhez. Szerzők általában már felnőtt canulálási tapasztalattal rendelkeztek, midőn csecsemőknél és kisgyermekknél alkalmazták a módszert. English és mtsai (14) 500 esetüket időrendi sorrendben százas csoportokra osztva kimutatták, hogy a sikertelen canulálások száma a százas csoportok növekedésével csökkent. Azaz a gyakorlat és tapasztalat jelentős szempont a canulálások sikerének biztosításában. 2. Saját gyakorlatunkban Medicut canült használunk, melynek előnye, hogy a bevezetendő canül vékony, átjárható tűt vesz körül, így az éren ütött szűrt sérülés kisebb fokú mint az általában használt eszközök (Intracath) esetén, ahol a tű lumenén keresztül történik a canül bevezetése; azaz ugyanazon átmérőjű katéter behelyezéséhez Medicut esetén vékony, Intracath esetén vastag tű szükséges. A Medicut alkalmazásának hátránya azonban, hogy bevezetése nem mindig akadálytalan. A tű hegye és a katéter vége közötti körülbelül 1,5–2 mm távolság okozhat bevezetési nehézséget, elsősorban a kis átmérőjű vénák canulálása során. Ugyanis előfordulhat, hogy a tű lumenben van, de a canül

éppen kívül marad, illetve a canül van a lumenben és a tű éppen átszúrta a vénát. E jelenségekkel magyarázható, hogy a 70 canulálási kísérlet során 65 sikeres punctiót csupán 50 sikeres canulálás követett. Súlyos szövödményt a 70 punctiók kísérlet alkalmával nem észleltünk. E jó eredményeket a következő tényezők magyarázzák:

1. Maga a vena jugularis interna percutan canulálási módszere csak kismértékben rejti magában a szövödmények létrejöttének lehetőségét.

2. A canulálás során szigorúan betartjuk a „Beteganyag és módszer”-ben leírtakat.

3. A canuláláshoz Medicut szűrőtűs canült használunk.

4. Nem végzünk a vénát localizáló próbaszúrásokat (31), azonnal Medicuttal szúrunk, mely általában első vagy második kísérlettel eredményes.

5. Több szerző véleményével egyezően (9, 14, 22, 26, 31, 32) elsősorban jobb oldalon végezzük a canulálást, mert:

a) a jobb oldali vena jugularis interna egyenesen folytatódik a vena anonymán és cava superioron keresztül a jobb pitvarba, így a katéter malposíciója gyakorlatilag nem fordul elő;

b) a bal oldalon a pleura kupolája magasabban helyezkedik el, így a jobb oldali szúrásnál kisebb a veszélye a pleura sérülésének;

c) a bal oldalon futó ductus thoracicus jobb oldali szúrásnál nem sérülhet.

Összefoglalás. Szerző részletesen ismerteti 5 éven aluli betegeken végzett vena jugularis interna percutan canulálásának technikáját. A 70 canulálási kísérlet 50 esetben végződött sikerrel (71,4 százalék): kétéves kor alatt 67,3%-ban, kettő és öt év között 86,6%-ban volt eredményes. A megfelelő jártasság a módszer alkalmazásában a canulálások sikerének alapvető feltétele. A három arteria carotis szúrásán kívül, melyek egyike sem vezetett haematoma-képződéshez, szövödményt nem észlelt. Saját és mások tapasztalatai alapján elsősorban a módszer egyszerűségét és előnyeit tekintve, másrészt a szövödmények gyakoriságát és súlyosságát figyelembe véve a vena jugularis interna percutan canulálását részesíti előnyben a vena subclaviával szemben.

IRODALOM: 1. Aubaniac, R.: Presse med. 1952, 60, 1456. — 2. Ayim, E. N.: Anaesthesia. 1977, 32, 753. — 3. Bernard, R. W., Stahl, W. M.: Ann. Surg. 1971, 173, 184. — 4. Blitt, C. D.: JAMA. 1974, 229, 817. — 5. Borja, A. R.: Ann. Thorac. Surg. 1972, 13, 615. — 6. Butts, D. R., Glass, H. G.: Texas Med. 1970, 66, 46. — 7. Christensen, K. H. és mtsai: Acta Chir. Scand. 1967, 133, 615. — 8. Craig, R. G. és mtsai: Amer. Surg. 1968, 34, 138. — 9. Daily, P. O. és mtsai: Arch. Surg. 1970, 100, 534. — 10. Dangel, P.: Infusionstherapie. 1975, 2, 34. — 11. Defalque, R. J.: Anesth. Analg. 1968, 47, 677. — 12. Defalque, R. J.: Anesth. Analg. 1974, 53, 116. — 13. Dudrick, St. J. és mtsai: Ann. Surg. 1969, 169, 975. — 14. English, D. C. W. és mtsai: Anaesthesia. 1969, 24, 521. — 15. Flanagan, J. P. és mtsai: New Engl. J. Med. 1969, 281, 488. — 16. Földes E. és mtsai: MÁV Eü. Int. Tud. Közl. 1977, 3, 313. — 17. Gallitano, A. L. és mtsai: Surg. Gynec. Obst. 1972, 135, 96. —

18. Groff, D. B., Ahmed, N.: J. Pediat. Surg. 1974, 9, 171. — 19. Haapaniemi, L., Slati, P.: Acta Anaesth. Scand. 1974, 18, 12. — 20. Hermosura, B. és mtsai: JAMA. 1966, 195, 321. — 21. Jernigan, W. R. és mtsai: Surg. Gynec. Obst. 1970, 130, 520. — 22. Korshin, J. és mtsai: Acta Anaesth. Scand. 1978, 67, 27. — 23. Lawin, P.: Praxis der Intenzivbehandlung. Thieme, Stuttgart, 1975. — 24. Liebert, P. S.: Clin. Ped. 1971, 10, 218. — 25. Lohert, J. és mtsai: Zeitschrift Kinderchirurg. 1976, 19, 217. — 26. Májek, M. és mtsai: Acta Anaesth. Scand. 1977, 21, 320. — 27. Mészáros R. és mtsai: Anaesth. és Int. Th. 1977, 2, 71. — 28. Moldavsky, A. M.: Pediatrija. 1970, 49, 8. — 29. Morgan, W. W., Harkins, G. A.: J. Pediat. Surg. 1972, 7, 538. — 30. Parikh, R. K.: Anaesthesia. 1972, 27, 327. — 31. Prince, S. R. és mtsai: Anaesthesiology. 1976, 44, 170. — 32. Rao, T. L. K. és mtsai: Anesthesiology. 1977, 46, 362. — 33. Salo, E. L. és mtsai: Zeitschrift Kinderchirurg. 1973, 12, 3. — 34. Shapir, M., Stern, W. Z.: J. Am. Med. Ass. 1967, 201, 237. — 35. Smith, B. E. és mtsai: Arch. Surg. 1965, 90, 228. — 36. Stevens, J. C., Hamit, H. F.: The Amer. J. Surg. 1978, 135, 722. — 37. Széll K., Gaál P.: Orv. Hetil. 1971, 112, 2631. — 38. Széll K., Gaál P.: Orvosképzés. 1972, 47, 112. — 39. Walker, M. M., Sanders, R. C.: Anaesthesia. 1969, 24, 453. — 40. Webre, D. R., Arens, J. F.: Anesthesiology. 1973, 38, 389. — 41. Wilson, J. N. és mtsai: Arch. Surg. 1962, 85, 563. — 42. Yoffa, D.: Lancet. 1965, 1, 614.

PSORIAZIN

kenőcs

Dermatologicum topicum

ÖSSZETÉTEL: 1 üveg (100 g) 5 mg diklór-dietilszulfidot tartalmaz, vazelin típusú kenőcsben.
HATÁS: A diklór-dietilszulfid bőrizgató hatású vegyület, melyet igen kis koncentrációban a psoriasis kezelésére lehet alkalmazni.
 Hajas fejbőrön is alkalmazható!

JAVALLAT: Psoriasis, kivéve a nagyon kiterjedt és akut formákat.

ELLENJAVALLATOK: Máj- és vesekárosodás. Dermatitis.

ALKALMAZÁS: A rendszeres használat megkezdése előtt 3–4 napig kisebb bőrfelületen kell alkalmazni a túlérzékenység megállapítására. Ha ez idő alatt tartós bőrpír vagy viszkető érzés nem jelentkezik, úgy a kezelést meg lehet kezdeni. Hat egymás utáni napon az érintett bőrfelületet naponta egyszer vékonyan be kell kenni. **A kezelés ideje alatt a bőrfelületet víztől óvni kell!** A hetedik napon szappanos lemosás szükséges. Átlagosan 2–4 ilyen ciklus kellő eredményt biztosít. Érzékenyebb bőrfelületen a kezelés időtartama rövidebb (3–4 nap).

MELLÉKHATÁSOK: Erythema keletkezésekor a kezelést azonnal fel kell függeszteni. Pigmentáció, mely 1–4 hét múlva, ritkán lassabban, önmagától eltűnik.

FIGYELMEZTETÉS: Csak rendszeres orvosi ellenőrzés mellett alkalmazható. A kezelés előtt és hetenként egyszer vérékép- és vizeletvizsgálatot kell végezni. Érzékeny bőrfelületen (szemhéjak, genitális tájék stb.) nem szabad alkalmazni.

A kenőcs alkalmazása után szappanos kézmosás szükséges.

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

CSOMAGOLÁS: 1 üveg (100 g)

Térítési díj: 8,— Ft

Forgalomba hozza:

GYÓGYÉRT

Információ: MEDEXPORT Tudományos Ismertető Iroda

Budapest, Balassi Bálint u. 25. 1055
 Telefon: 122-867, 316-531

Exportálja: V/O MEDEXPORT, Moszkva

Fővárosi Madarász utcai Gyermekórház-Rendelőintézet
Csecsemőosztály
(főorvos: Szirmai Zsuzsa dr.),
Röntgenosztály
(főorvos: Köteles György dr.)

Congenitalis megacalicosis

Kemény János dr., Köteles György dr.,
Polgár Marianna dr. és Marczel Mihály dr.

1963-ban *Puigvert* (7) ismertetett egy veleszületett, nem obstructív húgyúti fejlődési rendellenességet, mely a kelyhek megnagyobbodásával és a medullaris pyramisok hypoplasiájával jár. A fejlődési zavart megacalicosisnak, ill. megacaliosisnak nevezték el (3, 6, 7). 1974-ig mintegy 50 esetet ismertettek az irodalomban. E témával foglalkozó hazai közleményről nincs tudomásunk.

A veleszületett megacaliosis primaer vesefejlődési zavar következménye (1, 2, 6, 7). A kéregállomány általában normális vastagságú. A corticomedullaris határok elkülöníthetők. Feltűnő a medullák rövidege. A papillák laposak, elsimultak vagy alig észlelhetők. A kehely lapos, vagy kívülről convex. Néha a kehely körüli izomzat vékonyabb, de ezt secundaer kehelytágulatoknál is észlelik. A kelyhek tágak és törzsük szélesen nyitott. Egy esetben a calicopelvicus junctio hyperplasiáját és hypertrophiáját észlelték (5, 6).

A betegségre jellemző radiológiai tünetek: 1. a kelyhek tágultak, az egész vesében, vagy részlegesen, egyik vagy mindkét vesében. 2. Rövid és széles infundibulumok. 3. A vesemedencék általában épek. Az uretereknél ritkán segmentalis tágulat észlelhető. 4. A húgyutaknál szűkület, elzáródás nem mutatható ki. 5. Reflux nincs, vagy csak jelentéktelen. 6. A vesék a szokottnál nagyobbak és foetalis lebenyezettségük megmarad. 7. A kelyhek a normálisnál nagyobb számúak, tágultak, alakjuk polygonalis és facettáltan, mozaikszerűen helyezkednek el. A hydronephrosisos kerek kehelytágulattól alakjuk nagymértékben különbözik. 8. A betegség fennállása során a később végzett urografiáknál a vesekelyhek száma szaporodni látszik. Ezen eltérések különösen akkor szembetűnőek, ha a képet egy nagyobb gyermek normális számú, de functionalis tágult kelyheivel hasonlítjuk össze

Az 1978. május 25–26-án megtartott IX. Magyar Radiológus Kongresszuson elhangzott előadás alapján.

(1. és 2. ábra). 9. Általában prompt, non-obstructív nephrogrammot észlelünk, de néha (egyszerűen a nagyobb méretek miatt) a húgyutak telődése halványabb, elhúzódóbb. 10. Angiogramjánál normális vastagságú kéreg található, vékonyabb velőállomány mellett. Az interlobularis arteriák normális kaliberűek. (E vizsgálat egyébként a jó állapotú megacaliosisos beteg esetében nem indokolt) (6).

Kórbonctanilag a megacaliosis olyan renalis dysplasia, mely a vesevelő állományt érinti és normális gyűjtőrendszer mellett nagyszámú, tágult kehely képződésével jár. E tágulatok nem elzáródás vagy reflux következményei. A pathológiai ismereteket más okból eltávolított veséken szerezték. Egy esetben terápiaerezisztens hypertonia miatt történt nephrectomia, de a hypertonia nem változott. Másik esetben kőképződés miatt távolították el a vesét (2, 5, 6). A betegség aetiológiája homályos, egyes szerzők nem fogadják el különálló kórképnek, hanem előzőleg hosszú ideig fennálló és visszatérő obstructio következményének tartják. Mások a kelyhek jellegzetes tágulatát infundibularis peristasisal magyarázzák (4, 6).

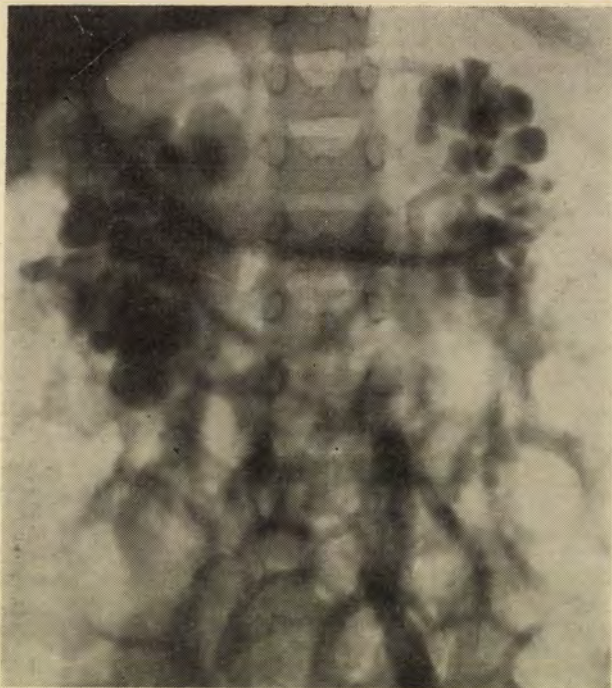
Családi halmozódásról eddig az irodalom nem tesz említést (3, 6). A betegség jóindulatú. Nem progresszív, vese-funciós zavarokat nem, vagy csak alig okoz. Néha kiscukor koncentrációs képesség beszűkülést írtak le. Ha van kiscukor funkciós zavar, a kórlefolyás során ez nem fokozódik. A szövődmények is ritkák. Egyes esetekben kőképződést említenek, ezt a tágult kelyhekben lassúbb vizeletáramlás magyarázhatja. Húgyúti infekciók talán kissé gyakoribbak, de nem súlyosabbak mint az átlagnépességben, jól gyógyíthatók és recidiva sem fordul sokszor elő.

Esetismertetés

Sz. A. fiúgyermek 4., szövődménymentes terhességből, időre, sima szüléssel, 3500 g-mal született. A családban örökletes ártalomról, fejlődési rendelleneségről nem tudnak. Kéthónapos korig kielégítően fejlődött. Osztályunkra 2 napja tartó láz, hányások miatt került. Súlya felvételkor 4300 g volt. Statusából csak a normálistól eltérő leleteket említjük. Bőre feltűnően sápadt, brachymicrocephal fejformájú. Arca dysmorfias. Vizsgálat közben csukladozva, magas, nyávogó



1. ábra.



2. ábra.

hangon sír. Szíve felett halk, accidentális jellegű szűrés zörejt hallottunk. Keringési zavara nem volt. Máját, lépét tapintottuk. Kétoldali retentio testist találtunk. Aluszekonyságától, mozgásszegénységétől és izom-hypotoniájától eltekintve neurológiai eltérései nem voltak.

Vizsgálati leleteiből: sülyedés: 50 mm/h. Vérékép: hgb.: 13,1 g%, fvs.: 28 000, myelo.: 1, ju.: 2, st.: 33, seg.: 36, lympho: 22, mo.: 6. Toxicusan granulált leukocyták. Vizelet: f.: op. g.: +++++, c.: neg., ubg.: norm., ül.: fedve fehérvérsejtekkel. Tenyésztés: proteus vulgaris. Maradék nitrogen: 55 mg%.

A lázas állapotot húgyúti fertőzéssel magyaráztuk. A kiválasztásos urografiát intercurrentis coli enteritis miatt csak 4 hónapos korban tudtuk elvégezni. Az urogramon kezdetben a szokottnál több atypusos, mérsékelten tágult kehely látszik. A kifejezetten tágult jobb oldali üregrendszer csak a 30 perccel később készült rétegfelvételen ábrázolódik (1. ábra). A felkelő bal ureter szélesebb. A húgyhólyagban még fél óra múlva is csak kevés kontrasztanyag van. A kiválasztás elhúzódó. A klinikai kép, a röntgentünetek alapján üregi és parenchymás károsodásra gondoltunk. Az urológus is emellett foglalt állást (Tóth József dr.).

A kitenyésztett kórokozó antibioticum-érzékenysége alapján urodesinficiáló kezelést kezdtünk. Húgyúti fertőzése megnyugodott, vizelete negatívvá vált. Maradék nitrogen értéke normalizálódott. Állapota folyamatosan javult, súlyfejlődése megindult.

A különös sírasi hang, a dysmorphicus küllem alapján felmerült macskanyávgási betegség, mucopolysaccharidosis, vagy egyéb anyagcsere-betegség vizsgálatainkkal nem volt igazolható. Szélesebb hüvelykujjai és sajtós arca alapján Rubinstein-Taybi-syndroma lehetséges. A gyermeket jó általános állapotban, tartós húgyúti desinficiálás mellett bocsátottuk haza. Rendszeres ellenőrzéséről gondoskodtunk.

Hathónapos korban bronchopneumonia miatt ismét osztályunkra került. Ekkor vizelete és vese-funkciói negatívak voltak. Tekintettel a régebben észlelt kifejezett röntgeneltérésekre, az urodesinficiálást továbbra is folytattuk.

14 hónapos korban nephrológiai ellenőrzésre ismét felvettük. Vizelete negatív volt, normális vese-funkciókat találtunk. A kiválasztásos urografián feltűnt, hogy főleg jobb oldalon a kelyhek száma is kifejezetten megnövekedett. A kelyhek tágulata csak kismér-

tékben fokozódott (2. ábra). A pyeloureteralis határ közel normálisnak látszott mindkét oldalon. A bal ureter kezdete normális szélességű volt, distal felé fokozatosan tágult. Alsó harmada kisujnyi szélességű volt. A feltételezett primaer hypoplasia vizsgálatára scintigraphia is történt. Eszerint mindkét oldalon parenchyma hypoplasziára utaló csökkent aktivitás volt kimutatható (Hernádi dr., Radiológiai Klinika).

A gyermeket azóta is ellenőrizzük. Urodesinficiáló kezelést már több mint 2 éve nem kap. Vizelete mindig negatív, electrolyt, vérchemiai értékei normálisak. Kőképződésnek jele nincs. Testileg igen jól fejlődik. Szellemi fejlődése kissé lassúbb, de ez Rubinstein-Taybi-syndroma esetén megszokott.

Megbeszélés

A megacaliosis ismerete fontos, mert a betegség, eltérően a másodlagos tágulatoktól, nem jár szükségszerűen fertőzéssel és nem okoz jelentős progrediáló vese-funkciós zavart. A hydronephrosistól, obstructio okozta tágulatoktól, reflux következtében fellépő rendellenességektől a jellegzetes pathognomicus urografiás kép különíti el. A sajátos röntgen ismerete döntő a felesleges műtétek elkerülése szempontjából. Esetünkben is az észlelt eltéréseket először tévesen hydronephrosist gondoltuk és csak a megismételt vizsgálatkor derült ki a megacaliosis. A pontos diagnózis ismeretében a szükségtelen műtétek elkerülhetők és a társult betegségek kezelése nem szenved halasztást. Az irodalomban számos tévedésből operált megacaliosis leírása szerepel (2, 6). Egy esetben pedig hydronephrosis feltételezése miatt a szükséges szívkategorizációt nem végezték el (6).

Esetünk meggyőző hasonlóságot mutat az irodalomban leírtakkal. Húgyúti fertőzése szokványos terápiára jól reagált. Recidívát 2,5 éves megfigyelés alatt nem észleltünk. A röntgenkép típusos megacaliosist mutatott, melyet segmentalis ureter-tágulat kísért. Obstruációt, refluxot nem észleltünk és a tágulat lényegesen nem változott. A betegség szövődhet más fejlődési rendellenességekkel, az irodalomban szívbetegséghez társult megacaliosist, valamint cat-eye syndromát kísérő megacaliosist írtak le (1, 6). Esetünkben valószínűleg Rubinstein-Taybi-syndromához társult.

Hernádi Tibor dr.-nak (Radiológiai Klinika) és Tóth József dr.-nak (Heim Pál Gyermekkórház) köszönetet mondunk szíves segítségükért.

Összefoglalás. Szerzők a magyar irodalomban elsőként számolnak be a congenitalis megacaliosisról. Az eddig megjelent közlemények és saját tapasztalataik alapján felhívják a figyelmet a betegség differenciáldiagnosztikai és prognosztikai érdekességeire.

IRODALOM: 1. Freedom, R. M., Gerald, P. D.: Amer. J. Dis. Child. 1973, 126, 16. — 2. Gittes, R. F., Talner, L. B.: J. Urol. 1972, 108, 833. — 3. Günther, R., Altwein, J. E., Georgi, M.: Fortschr. Röntgenstr. 1977, 126, 122. — 4. Johnston, J. H.: J. Urol. 1973, 110, 344. — 5. Kleeman, F. J.: J. Urol. 1973, 110, 378. — 6. Kozakewich, H. P. W., Lebowitz, R. L.: Pediat. Radiol. 1974, 2, 251. — 7. Puigvert, A.: cit. Kozakewich, H. P. W., Lebowitz, R. L.: Pediat. Radiol. 1974, 2, 251. — 8. Talner, L. B., Gittes, R. F.: Clin. Radiol. 1972, 23, 355.

Minimális specifikus szövődmennyel kísért ötvenöt éve fennálló diabetes mellitus

Jermendy György dr. és Hardicsay Gábor dr.

58 évvel ezelőtt, 1921-ben *Banting* és *Best* felfedezte az inzulint. 1922–23-ban az inzulin még csak korlátozott mennyiségben állt a klinikusok rendelkezésére, így Magyarországon először csak 1923–24-ben került sor alkalmazására. Az inzulin használatának általánossá válása alapvető fordulatot hozott a cukorbetegség gyógykezelésében (1, 8, 10, 11).

Az inzulin elterjedésével összefüggésben a diabetes mellitus szövődmenneinek jelentősége módosult. A kómahalálozás meredeken csökkent, a várható élettartam emelkedett. Ezzel szemben előtérbe kerültek az érrendszeri szövődmenyek, amelyek még ma is a klinikai és experimentális kutatás előtérben állnak (10, 12).

A specifikus diabeteses szövődmenyek általában gyakrabban fordulnak elő hosszabb betegség tartam esetén (6). Több éve, illetve évtizede fennálló diabetes esetén ritka az olyan beteg, akin a cukorbetegség szövődmenneit ne lehetne kimutatni. Ezért érdeklődésre tartanak számot azok az esetek, ahol a hosszas betegség tartam ellenére is igazolható a szövődmenymentesség. 1948-ban *Joslin* megalapította a Quarter Century Victory Medalt azzal a céllal, hogy ezen emlékéremmel is terjessze azt a nézetet, miszerint a cukorbetegség is élhetnek sokáig, szövődmenymentesen. 1968-ig 124 beteg kapott *Joslin*-emlékérmét 25 éve fennálló, szövődmenymentes diabetes mellitus igazolásakor (14). Magyarországon *Csapó* és *Hódi* (2) 1967-ben számolt be egy 43 éves inzulinnal kezelt betegről, akin szövődmennyt nem észleltek. *Oakley* és *mtsai* (11) 92 olyan beteg későbbi sorsáról számoltak be, akiken a diabetes több mint 40 éve ismert volt. *Paz-Guevara* és *mtsai* (13) a *Joslin*-klinika speciális beteganyagából 73 juvenilis típusú diabeteses egyén betegségének kialakulásáról számoltak be, több mint 40 éves diabetes-tartam után. *Fischer* (4) 10 igen hosszú (50–61 év) betegség tartammal rendelkező diabeteses beteget gyűjtött össze, bár betegeinek túlnyomó többsége szövődmenyes volt. *Fischer* (5) a korábbi irodalom áttekintése után 9 általa észlelt beteg főbb adatait közölte, akiken 40–50 év közötti cukorbetegség-tartam mellett sem

észlelt specifikus angiopathiát. *Lithner* (7) 1978-ban beszámolt egy 55 éve fennálló, minimális specifikus szövődmennyel kísért diabetes mellitus esetről azzal a megjegyzéssel, hogy az irodalomban ilyen beteget még nem ismertettek. Így érdeklődésre tarthat számot az osztályunkon közelmúltban észlelt beteg kórtörténete: bizonyítható volt az 55 éves diabetes-tartam, s a hosszas betegség ellenére csak minimális specifikus szövődmennyt észleltünk.

Esetleírás

P. J., 71 éves férfibeteg. Cukorbetegségére 1924-ben, 16 éves korában derült fény. A családi tragédiát követő időszakban manifesztálódó cukorbetegséget a jellemző klinikai tünetek alapján ismerték fel. A beteg szüleinek, nagyszüleinek cukorbetegségről nincs adat, két testvére viszont 40 éves életkor körül cukorbeteggé vált. A beteg a diabetes mellitus miatt első ízben 1924-ben az egykori Kéthly-klinikára került. Itt a már rendelkezésre álló kristályos inzulin alkalmazva napi háromszori inzulin adásra állították, mellyel a későbbi években is egyensúlyban volt. 1934-ben appendicitis, peritonitis miatt appendectomia történt. 1936 táján — az elhúzódó hatású inzulin előállítását követően — kristályos és zincprotamin inzulin keverékre állították át. 1970-ben cholecystitis acuta gangraenosa miatt cholecystectomy történt. 1978-ban transzitorikus cerebriális ischaemiával kezelték kórházban. A szénhidrátanyagcsere akut zavarát az 55 év betegség tartam alatt több ízben észlelték, átmeneti hypoglykaemiás epizód többször előfordult. Diabeteses ketoacidotikus kómája először 1945-ben volt, ehhez az inzulin beszerzésének megoldatlan volta vezetett. A diéta betartásában gyakran mutatkoztak hiányosságok, ezt az adatot a beteg hozzátartozója is megerősíti.

A beteget osztályunkra hypoglykaemiás rosszulléthez csatlakozó zavartság miatt vettük fel. Adequat terápiára állapota rendeződött.

Fizikális statusa: mérsékelt tüdő-emphysema, tisztá, ritmusos szívhangok, perifériás erek jól tapinthatók, vérnyomás 160/85 Hgmm, a hasfalon a korábbi műtétek hegei, a máj elérhető. Testsúly: 71 kg.

Éhomi vércukor — 200 g szénhidrát tartalmú diéta és a véglegesnek bizonyuló 20 E zincprotamin + 16 E kristályos inzulin mellett — 130 mg/100 ml, étkezés utáni érték 148 mg/100 ml. A vizeletben a napi cukorürítés 10 g alatti.

Az EKG-n sinus ritmus mellett bal kamra hypertrophia jelei látszóttak. A serum bilirubin, a colloid és labilitási próbák, az enzim értékek nem szóltak májlaesio mellett.

Szemészeti lelete 1977-ben, majd 1978-ban ismételt vizsgálatok a következők: visusa 1 D-val korrigálva mk. szemén teljes, szem-tensio normális, funduson sclerotikus arteriák, kanyargós vénák. Diabeteses jellemző szemfenéki elváltozás nem látható. A beteg fluorescein angiographiás vizsgálata során a bal szemén a papilla felett piciny pontszerű vérzésre derült fény, ezt viszont diabeteses jelek kell tekinteni (Anda dr.).

Neurológiai statusa: érzés- vagy mozgászavarról nem számolt be. Vizsgálatkor mk. o. renyhe Achilles-reflex és az S₁ dermatoma thermohypaesthesia neuropathia diabetica jele lehet. Jobb szájjug mélyebben áll, de jól innervál, jobb kéz szorítóerő kissé csökkent, ez az átvesztelt cerebriális inzultus maradványjeleként értékelhető (Gryneus dr.).

Laboratóriumi leletei: vizelet spontán fajsúly 1015–1020, fehérje igen halvány opalescentia, üledék 6–8 fvs. Serum CN: 17 mg/100 ml, serum creatinin 1.6 mg/100 ml, creatinin clearance 95 ml/min. Vizelet fehérje: 200 mg/24 h. A vese-functio jónak mondható, megemlítendő azonban, hogy a betegnek 1978-ban akut cystopyelitis volt. Serum cholesterin: 194 mg/100 ml, serum triglycerid: 820 mg/100 ml, lipid elfőn prae-beta szaporulat — e leletek secundaer IV. típusú hyperlipoproteinaemia mellett szólnak. Inzulinkötő antitestek közepes mennyiségben voltak találhatóak. A serum in-

zulin kötés ^{125}J izotóppal inkubálva, polyaethylenglycollal kicsapva, majd centrifugálással szeparálva — 61,6% volt (Tamás dr. Jr.).

Radiológiai vizsgálattal a hasi aorta és az alsó végtagi arteriák sclerotikus elváltozásait ki lehetett mutatni. A bal alsó végtag oscillációs értékei némileg csökkentek az ellenoldalihoz képest.

A beteget kristályos + zincprotamin inzulin keverékre visszaállítva bocsátottuk otthonába, ahol jelenleg is időszakos orvosi ellenőrzés alatt áll.

Megbeszélés

A diabeteses érrendszeri szövődményeket macro- és microangiopathiára szokás felosztani. A macroangiopathia morfológiai ismérveit tekintve az általános atherosclerosistól nem különbözik, attól eltérően viszont korábbi életévekben jelentkezik, s nem mutatja a betegségre jellemző nembeli megoszlást. A microangiopathiát a cukorbetegség jellemző vascularis eltéréseinek tartjuk. A retinopathia diabeticát és a Kimmelstiel—Wilson-féle glomerulosclerosist — figyelembe véve várható következményeit, a súlyos látásromlást és a vese-elégtelenséget — súlyos szövődménynek kell minősíteni. A neuropathia diabetica kialakulásában szintén jelentőséget tulajdonítanak a microangiopathiának (3, 6, 15).

A microangiopathia oka ma még ismeretlen. Örökletes tényezők, endokrin, metabolikus és immunológiai hatások egyaránt szerepet játszhatnak az etiopatogenezisben (6). E szövődmény gyakorisága általában növekszik a cukorbetegség tartamával. Ezért érdekesekek azok a közlemények, amelyek hosszas betegségtartam ellenére szövődménymentességről számolnak be.

Az áttekintett irodalomban 55 év volt a leg-hosszabb betegségtartam, mely alatt minimális specifikus szövődményt, illetve szövődménymentességet észleltek: *Lithner* (7), illetve *Fischer* (4) számolt be 1—1 ilyen esetről. A jelenleg 71 éves férfibetegünk juvenilis típusú, inzulin-dependens cukorbetegsége szintén 55 éve ismert. A beteg egyike lehet azoknak, akik Magyarországon először kaptak inzulint.

Betegünkön a macroangiopathia jelei kétségtelenül felismerhetőek voltak. Erre utalt az átvészelt enyhe cerebralisz inzultus, a bal alsó végtagi oscillációs érték csökkent volt, illetve ezt bizonyították a radiológiai vizsgálatok is. Minimális specifikus szövődményt — microangiopathia jeleit — csak gondos vizsgálattal tudtunk felderíteni: a szemfenék fluorescein angiographiás lelete, a neurológiai vizsgálat a retinopathia, illetve neuropathia diabetica enyhe fokát derítette ki. A laboratóriumi vizsgálatok jó renalis funkciót bizonyítottak,

a vizelet fehérje ürítés a normál érték felső határán volt.

Ismeretes, hogy vannak olyan cukorbeteg, akiknél a leggondosabb anyagcsere-beállítás mellett is súlyos szövődmények jelentkeznek. Vannak viszont olyanok is, akik beállítása az ideálistól messze van, s mégsem mutatható ki jelentős szövődmény. Betegünk ez utóbbi lehetőséget példázza: az 55 éves betegségtartam alatt a diéta tartása nem volt különösen gondos, a betegnek több ízben volt hypoglykaemiás, illetve ketoacidotikus kómája.

Az angiopathia diabetica preventiója ma még megoldatlan. A több éves, illetve évtizedes szövődménymentesség sem jelenti azt, hogy a beteg a vascularis szövődményeket végleg elkerülte. Ezt bizonyítja a Joslin-emlékérmét kapott 124 beteg késői utánvizsgálata is: az érem elnyerését követő 1-től 20 évig terjedő időben a betegcsoport egyharmadában mégis kialakult vascularis szövődmény (14).

Bár a diabeteses érszövődmények preventiójának elméleti oldala nem teljesen tisztázott, a gyakorlatban kétségtelenül arra kell törekedni, hogy a cukorbeteg anyagcsere-helyzetét terápiás lehetőségeinkkel minél jobban közelítsük az egészséges egyénekéhez (9).

A szerzők ezúton mondanak köszönetet *Anda Lujza dr.-nak* (OTKI, Szemészeti Tanszék) és *Tamás Gyula dr. Jr.-nak* (Simmelweis OTE, I. sz. Belgyógyászati Klinika) a fluorescein angiographiás vizsgálat, illetve az inzulinkötő antitestek meghatározásának szíves elvégzéséért.

Összefoglalás. A szerzők 71 éves cukorbetegük kórtörténetét ismertetik, akinek juvenilis típusú, inzulin-dependens diabetesze 55 éve ismert. A hosszú betegségtartam ellenére csak minimális specifikus szövődményt észleltek. A macroangiopathia jelei felismerhetőek voltak. Betegük a Magyarországon először inzulint kapó cukorbetegek egyike lehet.

IRODALOM: 1. *Best, C. H.:* Diabetes. 1972, 21, suppl. 2, 385. — 2. *Csapó G., Hódi M.:* Orv. Hetil. 1967, 108, 1853. — 3. *Dieterle, P.:* Med. Welt. 1975, 26, 1577. — 4. *Fischer, F.:* Klin. Mbl. Augenheilk. 1977, 171, 770. — 5. *Fischer, F.:* Dt. Z. Verdau.-u. Stoffwechsellkrankh. 1978, 38, 109. — 6. *Langsch, H. G.:* in Bibergeil, H.: Diabetes melitus, Gustav Fischer Verlag, Jena, 1974, S. 311. — 7. *Lithner, F.:* Acta Med. Scand. 1978, 203, 143. — 8. *Magyar I.:* Ther. Hung. 1971, 19, 129. — 9. *Magyar I.:* Orv. Hetil. 1978, 119, 627. — 10. *Marble, A.:* Diabetes. 1972, 21, suppl. 2, 632. — 11. *Oakley, W. G. és mtsai:* Quat. J. Med. 1974, 43, 145. — 12. *Panzram, G.:* Zschr. inn. Med. 1973, 28, 143. — 13. *Paz-Guevara, A. T., Hsu, T. H., White, P.:* Diabetes. 1975, 24, 559. — 14. *Ryan, J. R. és mtsai:* Metabolism. 1970, 19, 493. — 15. *Stocks, A. E.:* Med. J. Aust. 1976, 2, 540.

Az ifjú Weszprémi

A török hódoltság megszűnésekor alig másfél milliónyi magyar figyelhetett a százötven éves éjszaka hanyatló félholdját, hidegen halványuló csillagait. A lelkek dermedtek, az ország pusztaság s a nemzeti öntudat széttöredezett cserepein alig van testvéri vonás. A felszabadítónak nevezett háborúból a magyarnak szenvedés, könny és anyagi áldozat jutott csupán. A dicsőség a császáré, akinek katonái „bello iure” meghódított földként tekintik hazáját.

A háború az Alföld népét pusztítja legkegyetlenebbül. Az elárvult és elfoglalt ország testéből hatalmas latifundiumokat hasít ki hívei számára a bécsi udvar. Az idegen világ új földesurainak legtöbbje nem is tudja, merre terül el a sok ezer holdat számláló birtoka, amelyre nemsokára özönével érkezik a betelepített idegen. A magyarság hazájában százalékos arányszám szerint is kisebbségbe szorul s Európa összlakosságának egy százalékát sem jelenti már.

A meghódított föld új életének, szellemi be rendezkedésének irányelveit a Habsburg-ház érdekei határozzák meg. Mindent, ami nem ez — s ilyen az új országrészben bőven van — a rebellió forrásának tekinti és azt kegyetlenül üldözi.

Majtény után mély csend, egészségtelen álom üli meg az országot. A jobbágy földhözkööttsége már odáig súlyosbodik, hogy a földesurak saját jobbágyaikat sem költöztethetik más megyebeli birtokaikra, s mivel a rendi országgyűlés saját érdekei védelmét látja benne, az állandó, idegen katonaság betelepítését is megszavazza. 1723-ban törvénybe iktatja a Pragmatica Sanctiót.

Ebben az évben látja meg a napvilágot Weszprémben, vad felekezeti villongások idején a gyermek *Tsanády István* „civis egregius” a peres dolgaiban igen elfoglalt, és felesége, *Nemes Bíró Susanna* asszony fia, akit szülei, hogy a református hit szerint keresztelhessenek meg, szülővárosából elvinni kényszerülnek. Életének rövid, de hű leírását főművének első kötetéből az ötvenes években Angliában előkerült kéziratos naplójából, valamint utolsó, nyomtatásban 1799-ben megjelent *Pannoniae Luctus* című művének második kiadásából ismerjük.

A XVIII. század e nagy tudósának keresztelvényét nem találjuk, arcmása ismeretlen. Sírját a halála óta eltelt közel két évszázad mindennapi gondja, közönye a sivár parlaggal tette egyenlővé.

Weszprémit már származása elkötelezi. A XVIII. század értelmisége az a szűk réteg, amihez majd jó négy évtizedes debreceni működése alatt maga is tartozni fog — a felvilágosodás — a Nyugaton hódító útjára induló új világnézet képviselője egy megmerevedett országrészben.

1732-ben Pápán, 1739-ben Sopronban tanulja „szorgalmasan a deák és görög nyelveket”. 1743-ban már debreceni diák, amikor rövid ideig Besztercebányán a „Hippocrates Hungaricus”. Moller Károly Ottó, II. Rákóczi Ferenc egykori tábori főorvosának magánorvosi iskolájában az első természettudományos ösztöndíjat kapja. 1741. július 2-án ugyanis már jellegzetes betűivel beírta a Kollégium anyakönyvébe: „Ego Stephanus Weszprémi subscribo legibus Coll. Debreczeniensis...”

A Kollégium — a korabeli protestantizmus lehangolóan sivár otthonának falai közé — bebesüt a napsugár. Világot járt, széles látókörű, haladó szellemű tanárai a reménytelennek látszó éjszakákon is ébren tartják, sőt továbbfejlesztik a haladás tüzeit. Weszprémi tanárai közt olyan kiválóságokat találunk mint *Maróthy György*, aki Szilágyi Sámuellel együtt rövid működése alatt szellemileg átalakítja a főiskolát. A descartes-i örökséget dúsan kamatoztató elme az eddig háttérbe szorított reál tárgyaknak sokkal nagyobb teret enged s a klasszikus irodalom tanítását is rendszeresebbé teszi. „Meg kellene égetni minden könyvet — írja —, ha ezek után a tanuló ember nemcsak tudós, hanem jó és béketűrő is lenni nem akarna.” Legjobban szeretett tanára, *Hatvani István*, aki Erasmus, Paracelsus és Vesalius városából, Baseltől hozta magával az orvostudomány tanait.

Az ellentmondásaiban is nagyszerű szellemi közösség hamar felismeri az ifjú rendkívüli képességeit. Adottságai, szorgalma és rendkívüli meggyerő modora miatt — az öreg foliánsok szerint — 1751-ben „Azon Nemes Collegiumban Séniorrágot nyert”, jóllehet az iskola rideg szabályaival elég gyakran összekülönbözik. „Weszprémi a deák, gyakran hiányzott az estvéli könyörgésekről, kibújt a kötelező főveg viselésé alól, szívesen hordott illetlen színű csizmát, rövid tunikát — ezért gyakran kapott intést” — olvashatjuk a sárgult lapokon.

Egyéniségének fejlődése, egész életműve bizonyítja, hogy tanárai közül Hatvani hatott reá leginkább. Ő a kollégiumi könyvtár felügyelője, így Weszprémi közvetlen felettese. Mindennap találkoznak az iskola betegszobáiban is, mert a senior fontos kötelessége a beteg diákok gondozása.

1752. március 18-án a Kollégium kiváló fia „in subsidium itineraris academici” ösztöndíjat kap. Ez év májusában Weszprémi „a szerzett tudományainak nagyobb öregbítésére külső országok felsőbb iskoláiba indul”.

Útja Pozsonyon át Bécsbe vezet. A császárvárosban három hónapot időzik. Hatvani tudományának tekintélye előtt a Burg kapui is megnyílnak. Tanítványa, Weszprémi, az udvari könyvtár csendes dolgozószobájában a Hollandiából Bécsbe került orvostanárt, a császárnő belső emberét, *van Swieten Gellért*-et keresi fel. Boerhaave legkedvesebb tanítványa már megvalósította az okta-

TENTAMEN

DE

INOCVLANDA PESTE,

AUCTORE

STEPHANO WESZPREMI,

PANNONIO.

*Mulum adhuc restat aperit, multumque restabit; nec ulli Nato
post mille secula praecludetur accessus aliqui adhuc adiciendi.*
SENEC.



LONDINI,

Litteris JOANNIS TUACII, in St. Clementis Church
Print, in the Strand.

MDCCLV.

tás reformját, s a bécsi orvosi iskolát Európa egyik első központjává emelte. A nyugodt, tapasztalt, világot járt tudós alapos körültekintéssel és megértő türelemmel oltja át a nagyszerű alanyba a születtendő és kibontakozásában csodálatos távlatokat sejtető modern orvostudomány csíráit. Sírig tartó szövetség, rendíthetetlen testvéri közös sorsvállalás szövődik közöttük a felvilágosodás orvosi feladatainak megvalósítására. Bécs egyetemén még a XVIII. század második felében sem avatnak protestánsokat orvosdoktorrá, ezért Weszprémi Bajorországon át Zürichbe megy. Itt elsősorban a nagy Haller barátját, az Alpok kutatóját, a sokoldalú *Johann Gesnert* hallgatja.

Feledhetetlen a kép, amit első anatómiai leckéjéről olvasunk. A helvéciál ős búcsúzó, bágyadt fényei szűrődnek be a boncterem gótikus ablakán, amikor először áll a felbontott holttest mellett. Eddig soha nem tapasztalt élmények, ismeretlen benyomások hatása alatt így ír: „Húst és csontot tartottam kezemben, testet láttam közvetlen közelről, amelyből már elszállt a lélek. De vajon mikor és hová?” — kérdezi s egyelőre felelet nélkül marad tépelődése. Később kórházban dolgozik. A zürichi kórház beteganyagán végzett vizsgálatait, valamint boncolásainak eredményeit majd orvosdoktori értekezésében összegezi.

A gazdag, gondtalan, de idegen világ hideg ege alatt hirtelen magára marad. Fázósan didereg, elvágynak Helvéciából. A nagy előd, Apáczai Csere János képe merül fel előtte s leküzdhetetlen vágyat szül benne a holland rend és tisztaság, a liliommezők, a rembrandti színek, a biztató, nyugodt,

termékeny és felemelő emberi élet után. „Batáviába kívánnék menni” — írja naplójában. A nagy tanító szellemi hagyatékához híven elmaradt hazája, elárvult népe kínzó gondjai közt a hosszú harchoz fegyverért tovább vándorol. 1753-ban a „szövetséges Belgák Akadémiáját” látogatja meg. „Hartje van Holland — Hollandia szíve” — Utrecht egyetemére iratkozik.

Itt nem ritka és nem is idegen a magyar diák. A XVII. század „kapitalista mintaállamában”, Hollandiában a haladó polgárság az anyagi jólét mellé a hatalmat is megszerezte. Egyetemeit — elsősorban Utrechtet — olyan sűrűn látogatják a magyar hallgatók, hogy számuk olykor a többi nációét jóval meghaladja. Nem csupán a jótékony szívek anyagi segítsége, nem a már modern értelemben vett városi élet számtalan előnye csábítja őket, hanem Descartes immár évszázados megálapításának töretlen igazsága: „Olyan ország ez, ahol alig ismerik a mérég, az árulás, a rágalmazás fegyvereit, s ahol nagyatyáink lelki tisztasága még aránylag leginkább megmaradt.” Hollandia orvostudományában ebben az időben már *Boerhaave* szelleme diadalmaskodik. A „*Communis Europae* sub initio huius seculi magister” alakja példa nélküli vonzóerőt gyakorol minden orvosnak készülő ifjúra. *Boerhaave* az orvostudomány történetében az egyik legnagyobb tanító. Sikerének titka nem tudományos munkásságában, nem elméleti tanításának gazdagságában, hanem páratlanul vonzó egyéniségében, a gyakorlati életet szolgáló, a mai értelemben vett klinikai gondoskodásban keresendő. Tizenkét klinikai ágyon tanította meg fél Európát az orvostudomány fenséges művészetére.

Weszprémi a gazdag és boldog Hollandiában is elmaradott népének és leigázott hazájának hű fia marad. Már a doktori cím várományosa, lelkiismerete mégis az otthonról jövő sikoltást hallja meg. 1755-ben Mária Terézia megtiltja, hogy Debrecen város ősi iskoláját segítse. A veszélybe került *Alma Mater* a protestáns Hollandiához, Svájcához és Angliához fordul segítségért. A könyörgőlevelek egyikét Weszprémi kapja meg, s emlékezve Pápai Páriz Ferencnek a nagyenyedi kollégium érdekében végzett angliai gyűjtésére, ő is nagyobb szigetországi gyűjtőkörutat tervez.

Nemcsak ezért megy Angliába, London ebben az időben a gyakorlati orvostudomány élén jár, és Weszprémi már szilárd elhatározással készül élethivatására. Másfél éves angliai tartózkodása a felvilágosodás orvostudományának különlegesen érdekes idejére esik. A debreceni kollégium öregdiákja szinte lélegzetviesszafojtva hallgatja a számára különös, új világ szívverését. Nemsokára nyelvüket is jól megismeri. Eddig latin nyelven írott naplóját kifogástalan angol nyelven folytatja. London ekkor már a „socialhigiéné” előestéjét éli, az angol „egyse” rendszer felszámolása, iparegészségügy, munkásvédelem, pestis- és himlőoltás, egyházi, társadalmi tudományos és gazdasági harcainak küszöbén. Weszprémi az orvostudomány minden ágában tökéletesíteni óhajtja magát. Itteni mesterei, elsősorban *William Smellie*, *John* és *William Hunter*. *Smellie*-nek, kora egyik legkiválóbb szülésmesterének előadásait két féleven át hall-

gatja. A szakmát mind elméletileg, mind gyakorlatilag kitűnően elsajátítja. Erről mestere hivatalos diplomát ad. „Itt tanulta többek között a bábkodás tudományát, dicséretes bizonyáglevelet is nyert Anglus nyelven.”

Mit adhatott a messzi, idegen, kicsiny ország fáradhatatlan vándora a nagy Angliának? 1755-ben jelenik meg Londonban *Tentamen de inoculanda peste* című munkája (ábra). Weszprémi ebben az antitoxicus therápia magyar előharcosának mutatkozik. *Neuburger* szerint is „Es war zuerst der ungarische St. Weszprémi, der in seiner Tentamen den Vorschlag machte in Pestzeiten das Pestgift künstlich einzuimpfen” („A magyar Weszprémi István volt az első, aki pestisjárványok idején a pestisméreg oltás útján való bevitelét javasolta”). A világviszonylatban is úttörő mű lapjain is a magyar tudós szólal meg a messze idegenben. „Ha van ország — olvashatjuk —, úgy elsősorban hazám az, amely inoculatióra szorul. Németországból és Ausztriából úgy özönlenek évente sok ezrével a betelepülők Magyarországra, mint a trójai falóból. Hogy ezek a ragályt mennyire terjesztik az országban, azt a lakosságuktól megfosztott, elnéptelenedett, puszta helyek bizonyítják.”

Angliai tartózkodása alatt Oxfordban, Cambridge-ben előadásokat hallgat. Egyik, későbbben hazájában járt angol utazó szerint Edinburghban is.

Négy éve tartó külföldi útja benyomásaiból, olvasmányélményeiből és vívódásaiból önálló filozófiai mű születik: *The Grand Question debated, or an Essay to prove that the Soul of Man is not neither can it be immortal*, azaz a Megvitatott nagy kérdés: kísérlet annak bebizonyítására, hogy az ember lelke nem halhatatlan, s nem is lehet az. Majd az egyházatyákkal szemben így ír: „a különvált lélek létmódja elképzelhetetlen”.

A Grand Question Weszprémi életének legnagyobb pillanata. Itt bizonytalankodásai ellenére is — világnézete korabeli legemelkedettebbjei közé sorolható.

Utrechti visszatérése előtt huszonhat könyvét, egyetemi jegyzeteit, az oxfordi könyvtárnak ajánlja fel. Naplója itt szakad meg. Utolsó sorai vissza-indulásának terveiről és a doktori szigorlatára készülődéséről beszélnek.

A Teleki Téka csöndjében meghatódottan tartom kezemben a gyűjtemény egyik ódon kötetét. Doktori értekezések. Valamennyit 1756-ban Utrechtben védtek meg. Az első *Kibédi Mátyus Istváné* — aki valaha a könyv tulajdonosa volt — a melancholiáról. Sorrendben a tizenegyedik „*Disputatio Inauguralis sistens observationes Medicas*”. Szerzője *Stephanus Weszprémi, Pannonius*.

Az orvosdoktori értekezés Weszprémi idejében, a jelölt tudásának írásbeli bemutatása a doktori cím elnyerésének elengedhetetlen feltétele volt. Weszprémi disszertációja szerzője zürichi és angliai tartózkodása alatt észlelt, műtött vagy boncolt eseteit tárgyalja 16 oldalon. Életrajzában olvashatjuk, hogy „a doktori címet kemény vizsgáztatás és Mustra vagy »remekírás« után nyerte el”. „*Remekírás*” ez az elfelejtett szó milyen nagyszerű kifejezése a doktori értekezésnek.

A „remekírás” azonban nem maradt meg az utrechti egyetemi könyvtár csendes magányában. A kor, amelyben a mű született, az orvostudomány történetének igen mozgalmas, forradalmi nevezhető ideje. A Weszprémi disszertációja megjelenésének idején öt éven belül két időt jelző orvosi mű jelenik meg az orvosi irodalomban: az egyik a disszertációk értékeléséről „*Disputationes ad Morborum Historiam et curationem facientes quas collegit, edidit et recensuit Alb. Hallerus, Lausanne 1757—58*. Haller előszava és a disszertációk kiválogatásának módja meghatározza, egy értekezést az orvostudomány fejlődésének szempontjából mikor ítélnének fontosnak, értékesnek, Haller gyűjteményén át nemcsak a mű, hanem annak szerzője is bekerült az európai orvostudomány vérkeringésébe. Weszprémi esetében egy tanulmányi időszak lezárásának értékeléséről van szó. A klinikai esetek ismertetése a szerző szerint sem közönséges ízűek (non vulgaris saporis).

A klinikai esetek a zürichi, még inkább az angol kórházakban, és oltóházakban észlelt megfigyelései és műveletei. Külön érdeklődésre érdemes az angliai himlőoltás (variolizációs) gyakorlatáról írt beszámolója. Leírja az egyes „oltóházakat”, az ott elért eredményeket s felszólítja orvos társait a további kutatásokra. Külön értéke munkájának, hogy Weszprémi első személyben számol be nemcsak a saját tevékenységéről, hanem az angliai viszonyokról is.

1761-ben az orvostudományban új hang jelentkezik. A hang egy nyolcvanéves öreg emberé, de a mondanivalója nem az aggastyán megtört, elkopott, erőtlen suttogása, hanem egy hosszú élet lelkiismeretes vizsgálódásának eredménye. Új, eddig nem ismert igazságok adnak a szövegnek fiatalos lendületet, bátor, türelmetlen időszerűséget. Az egész orvosi világ figyelme Páduára — ismét Páduára — irányul. Ekkor jelenik meg *Giovanni Battista Morgagni* „*De sedibus et causis morborum per anatomem indagatis libri V*” című munkája. *Morgagni* könyve a medicinának új ágát, a kórboncolt teremt meg. Ő mondja ki elsőnek, hogy a szervezetben a betegségnek meghatározott lokalizációja van. E helyek a szervek, amelyekben a kórt okozó tényezők hatására *anatómiai* elváltozások keletkeznek. Morgagni a boncolások alkalmával talált elváltozásokat igyekszik az életben észlelt tünetekkel kapcsolatba hozni. Ő mondja ki először, hogy *a betegség lényege elsősorban materiális elváltozás*.

A hatalmas, művészi nyomdatechnikával kiállított műben nem tudjuk, mit csodáljunk inkább: a boncolási technika megkapó pontosságát, és leleményességét, a másoktól nyert adatok elbírálásának lelkiismeretes igazságosságát, a szerző nagy távlatokban látó és gondolkodó alapos tudását, gazdag, klasszikus műveltségét, a felhasználhatóval szembeni biztos, állandóan éber érzékét, vagy a tömör, fenségesen egyszerű, erőteljes, világos stílusát.

Az orvostudomány e korszakalkotó művében előkelő hely illeti meg Weszprémit. A munkatársak elbírálásában könyörtelenül szigorú, de igazságos mester őt a többi nagyok közt mindenütt

mint „clarus”-t, hírest, vagy „laudatus”-t, rendkívüli rokonszenvvel említi és idézi. *Tulp, Riolan, Bartholin, Ruysch, Cheselden, Malpighi, Boerhaave* olvashatjuk hirtelenében a fiatal hajtás, *Weszprémi* szomszédságában a *Morgagni* ültette dúsan gyümölcsöző kertben. „Obs. Submersorii, quos credit pulmones congestio suffocari”, majd a Temzébe esett hajósnak az esetét, akit csak egy negyedórával vízbe esése után tudtak a vízben megtalálni, és onnan kihúzni, amikor már az élet semmi jelét nem mutatta. *Weszprémi* a resuscitatio minden korabeli módjával megpróbálkozott s végül a kényszerítő helyzetben zsebkésével egy óra múlva a már halottnak hitt emberen gégmetszést végzett, a metszésen át egy pipaszárat vezetett be a tracheába s azon át kitarotán közvetlen mesterséges lélegeztetést végzett. Így a felújít tüdőhólyagocskákkal és más felhasznált segítősegekkel („amelyeket mind nem hiában olvasol” *Morgagni*) a megakadt vért mozgásba hozza, és ami végül szerencsésen bekövetkezett, két óra elteltével a hajóst, akit vízbefúltként hoztak hozzánk, Isten segítségével visszaadtuk az életnek”.

Majd egy, két éven át hasvízkórosként kezelt férfi holttestében boncoláskor megtalálja és leírja az echinococust. Egy időszakos fejfájásban szenvedő beteg esetében megelőző gyógykezelés módjaként ajánlja a hatásos gyógyszer alkalmazását.

A vérbeli orvos mondanivalóját átfűti a vérbeli író kora nemzetközi tudományos nyelve stílusának gazdag szépsége, megelevenítő ereje.

1757 kora tavaszán a megszerzett diploma birtokában hazaindul, a mindörökké otthonává vált hazai föld felé.

Kótay Pál dr.

Karl Adolf von Basedow (1799—1854)

Karl A. von Basedow 1799. március 28-án született a műemlékekben gazdag Dessauban, az akkori Anhalt szabadállam fővárosában, hivatalnok családból. Apja tengerésznek szánta. A holland flottához akarta küldeni, de a fiú másképp döntött. A közeli Halle egyetemén orvosi tanulmányokat folytatott. Itteni tanárai közül K. A. Weinhold volt nagy hatással rá, sebész és szemész egy személyben. E két szakma iránti vonzalom élete későbbi éveiben is elkísérte. Sebészi ismeretek megszerzésének vágya vitte a hallei évek után a fiatal Basedowot Párizsba is. A Charitéban és az Hôtel Dieu-ben dolgozott, majd 1822-ben, tehát nagyon fiatalon, letelepedett a szülővárosához ugyancsak közel fekvő Merseburgban. E kisváros neve számunkra a kalandozások korának történelméből, a város mellett vívott véres ütközetről is jól ismert. Mint gyakorló orvos, sikerekkel büszkélkedhet, szerencsés ember volt. Lehetővé vált így számára a korai nősülés. Három egészséges gyermekéről tesznek említést a krónikák. Egy gyermeke négyéves korában meghalt, állítólag mirigy-tbc-ben. A későbbi évek so-



rán elnyerte Merseburg tisztiorvosi állását. Aho-
gyan az idő tájt nevezték, a város és környéke
„Kreispophysikus”-a lett. Ezt a munkakört élete
végéig ellátta. Kiemelkedően eredményes munkát
végzett a városban dúló 1832. évi ázsiai cholera
leküzdésében. Szakmai kiválósága mellett feljegyzik
rőla, hogy nagy zenerajongó, lelkes állatbarát
és kitűnő vadász volt. Tragikus körülmények kö-
zött halt meg. Hatósági orvosi minőségében ismeretlen
betegségben elhalt utasembert boncolt egy
fogadóban. Az eset kiütéses typhusnak bizonyult.
Boncolás közben mind ő, mind segédje, mind pedig
a holttestet lemosó asszony megfertőződött, amit
egyikük sem élt túl. Magát Basedowot, azután,
hogy a betegség tünetei jelentkeztek, három nap
alatt vitte el a súlyos kór. Utolsó órájában kíván-
ságára Mendelssohn „Lieder ohne Worte” ciklusá-
nak egyik dalát játszották el ágyánál a zenészek.
Halála napja: 1854. április 11.

Ha tudományos munkásságáról kívánunk
megemlékezni, aláhúzottan kell kiemelnünk, hogy
úttörő megfigyeléseit gyakorló orvosként, illetve
tisztiorvosként végezte. Pályafutását ismertető fel-
jegyzésekben sehol sem találunk utalást arra, hogy
munkájában bárkinek a részéről, illetve bárhon-
nan irányítást vagy támogatást kapott volna. Első
közleményei esetismertetések, főleg sebészi jelleg-
gel. Doktori értekezése is az alszár-amputatio tech-
nikájával foglalkozik. Casuisticái a „Graefe’s und
Walther’s Journal”, a „Siebold’s Journal für Ge-
burtshilfe” és a „Hufeland’s Journal” hasábjain
jelentek meg.

A munka, mellyel beírta nevét az orvostudo-
mány történetébe, 1840-ben a „Casper’s Wochen-
schrift”-ben látott napvilágot. A történeti hűség

okából álljon itt a mű címe, eredetiben: „Exophthalmus durch Hypertrophie des Zellgewebes in der Augenhöhle”. Értekezése tehát a szemgödörbeni szövetszaporulat okozta szemkidülledést tárgyalja néhány eset alapján. Ennek során a másik két tünetet, a golyvát és a szapora szív működést is felemlíti, megadva így működési helye után később „merseburgi”-nak nevezett trias másik két összetevőjét is. Esetei érdekessége, hogy az egyik mindkét szem elvesztésével járó malignus exophthalmus volt. Egy másik betegét pedig Basedow sajátos módon jódos (!) ásványvízzel gyógyította meg. A betegséget, melyre a fenti három tünet együttese jellemző, egyes adatok szerint végül is Hirsch nevezte először „Basedow-kór”-nak („Klinische Fragmente” 1898. 224. oldal).

Amíg a klasszikus tünetegyüttes „merseburgi” jelzőjének jogosságát, lévén ennek valóban Basedow az első részletes és pontos leírója, általában senki sem vitatja, magának a trias által jellemzett betegség „felfedezésének”, a prioritásnak kérdésében megoszlanak a nézetek. Vonatkozik ez a körkép elnevezésére is.

Ha az irodalomban e témáról folytatott vitáról kívánunk beszámolni, mely ha nem is volt túl heves, mégis elég széles körben hullámozott, nem feledkezhettünk meg egy magától értetődő tényről. Golyvával, tachycardiával és exophthalmussal járó hyperthyreoticus megbetegedések természetesen Basedow közlése előtt is léteztek és ilyen jellegű adatok a korábbi irodalomban is fellelhetők. Így, hogy csak a legfontosabbakat említsük, St. Yves 1722-ben Párizsból három olyan esetet ismertetett, melyek Basedow-kórnak felelhetnek meg, ő azonban csak a szemtünetekről tesz említést. G. Flajani viszont 1802-ben Rómából betegei golyváját és tachycardiáját emeli ki, a szemekre vonatkozó utalás nélkül. C. H. Parry hátrahagyott iratait halála után három évvel, 1825-ben adták ki Londonban. Ezekben 13 megfigyelésről történik említés. R. Boesner 1875-ben megjelent kitűnő tanulmányában kételyének ad hangot, vajon Parry 13 esete tüneteinek papírra vetésekor gondolt-e egy, a Basedow-kórnak megfelelő kórformára, tekintve, hogy olyan feltűnő jelenséget mint az exophthalmust egyszer és akkor is csak mellékesen említ meg.

Basedow mellett R. J. Graves dublini ír orvos a legismertebb ezzel az olyannyira jellegzetes körképpel foglalkozó szerzők közül. Ő 1843-ban ismertette idevágó eseteit könyv formában, tehát három évvel Basedow klasszikus közleménye után, egyes feltételezések szerint úgy, hogy Basedow cikkéről tudomással nem bírt. Nem hallgatható azonban itt el egy fontos tény. Graves a londoni Med. a. Surg. Journ. 1835. évi VII. számában röviden beszámolt már ezekről a „thyreoidea-affectiók”-ról. Ezzel tagadhatatlanul öt évvel előzte meg Basedowot, bármennyire részletesebb és a lényegét jobban tükröző volt is az utóbbi munkája. Eléggé megalapozottnak tűnik tehát, hogy az angolszász, de Trouseau nyomán a francia nyelvterületen is e kórforma majd' kizárólag Graves-féle megbetegedés néven ismeretes, míg az olaszok Flajani nevével kötik azt össze. Így csak bizonyos határok között van

igaza K. E. Paschkisnek, hogy a „kontinentális” Európában Basedow-kór megjelölés a használatosabb. Mindezt érthetővé teszi továbbá az is, hogy Basedow közleményére eleinte a német orvosok többsége sem figyelt fel, sőt sokuk előtt az teljesen ismeretlen maradt. Mégis nem kis elképedéssel veszi tudomásul az egykori feljegyzéseket tanulmányozó olvasó, hogy 1848-ban, tehát nyolc évvel Basedow cikkének megjelenése után, E. H. Henschel két saját észlelése alapján újra felfedezi a tüneteknek e betegségekre jellemző együttesét. Eseteit ugyanabban a „Casper's Wochenschrift”-ben közli, melyben annak idején Basedow munkája is megjelent. Henschel mindezt megtoldotta annak kinyilvánításával, hogy csak Graves és egy angol szerző, Marsh (1841) munkáit ismeri e tárgyban. Német szerző ilyen jellegű közleményéről nem tud. Nem szabad csodálkoznunk azon, hogy mindez a magát, úgy tűnik, nem nagyon reklámozó Basedownak is sok volt. Még Henschel közlésének évében, tehát 1848-ban, ugyancsak a „Casper's Wochenschrift”-ben tiltakozott az ilyen állítás ellen. Utalt az 1840-ben ismertetett megfigyeléseire és az azokhoz fűzött fejtegetéseire. Henschel 1851-ben elégtételt is adott Basedownak, elismerve munkája úttörő jelentőségét. Sem ez, sem Basedownak fentebb idézett, saját eredeti közleményére utaló második cikke nem tudta kivédeni azt, hogy pl. Emmert még 1871-ben is, német folyóiratban „Parry”-féle megbetegedésről beszéljen.

Az előzőekben vázoltak ismeretében helyénvalónak érezzük azt a módot, ahogyan Leiber és Olbrich klinikai szindrómákkal foglalkozó könyvükben az egyes szerzők szerepét értékeli, mintegy összebékítve így azokat. Idézzük kivonatosan idevágó soraikat: Flajani 1802-ben megmutatta az utat, Parry először írja le 1825-ben megjelent posztumusz munkájában ezt a körképet, több éven át gyűjtött megfigyelései alapján. Graves 1835-ben újra felfedezi és „tüzetesebben” jellemzi. Basedow 1840-ben ugyancsak „újra felfedező”-ként lépett színre, de első volt, aki teljesen és tökéletesen leírta ezt, az általa „Glotzaugenkrankheit”-nek, „dülledt szeműség”-nek nevezett megbetegedést, a sokat idézett tünethármas előtérbe állításával.

Senki sem róhatja fel e betegség első leírói, így Basedow terhére sem, hogy a körkép pathogenesisének tisztázása az utókorra maradt. Ő maga, a többiekénél helyesebben, a vér „dyscraasiájá”-ban gyanította az okot, ami azután „mirigy-vegetatiók”-hoz vezet. Moebius volt később az, aki 1886-ban a Basedow-kór eredetét a pajzsmirigy túlműködését jelölte meg, majd F. v. Müller 1893-ban az anyagcsere, illetve Magnus Levy 1895-ben az oxygen-fogyasztás fokozódását állapította meg.

Az egykori „Kreisphysikus” nevét ma nemcsak Merseburg város kórháza viseli, ismeri és becsüli azt az egész egyetemes orvostudomány. Halálának 125. évfordulóján tisztelettel emlékezünk rá.

Vereckei István dr.

IRODALOM: 1. *Bansi, H. W.*: Bergmanns et soc. Handbuch. Springer Verl. Berlin—Göttingen—Heidelberg, 1955. VII/1. köt. 612. old. — 2. *Boesner, R.*: Beiträge zur Lehre vom Morbus Basedow. C. H. Storch u. comp. Breslau, 1875. — 3. *Buchheim, L.*: Endokrinologie. 1954. 31, 129. — 4. Editorial: JAMA. 1963, 183, 884. — 5. *Küstermann*: Dtsch. Ges.-wesen. 1971, 26, 709. — 6. *Leiber, B., Olbrich, G.*: Das klinische Syndrom. Urban und Schwarzenberg Verl., Wien—München—Berlin, 1972. I. köt. 79. old. — 7. *Major, R. H.*: Classic Description of Disease with Biographical Sketches of the Authors. Ch. C. Thomas, Springfield, 1955. 282. old. — 8. *Paschkis, K. E., Rakoff, A. E., Cantarow, A.*: Clinical Endocrinology. Hoeber—Harper, Philadelphia, 1958. 143. old. — 9. *Wernich, A., Hirsch, A.*: Biographisches Lexikon der hervorragenden Aerzte aller Zeiten und Völker. Urban und Schwarzenberg Verl. Wien und Leipzig, 1884. I. köt. 320. old.

A salvarsan felfedezésének visszhangja a Nyugat-ban

Ehrlich bűvös számú arsenobensolja előtt látott már jó pár új csodát a gyógyító tudomány, de ekkora érdeklődést bizonyára egyik sem váltott ki. Érthető, hisz a luesz tabu-téma volt, nyilvánosan csak elítélőleg, legfeljebb szánakozóan illet róla beszélni még annak is, akit esetleg már lándzsaszúrás jellegű fájdalmak gyötörtek, vagy kaskasjárással botladozott. A keresztényi könyörület és megértést hirdető hivatalos véleményről jobb nem szólnunk. *Ady* ellen is, ha már az „érthetlenségi” érvekből kifogytak, ez volt a megfellebbezhetetlen szentencia. Csodálható-e, ha a végre hatásos gyógyítás hírének felröppentéssel kiszabadult a kordában tartott kíváncsiság? Ha egyszerre legalább szavakban szalonképessé vált a „bűnben szerzett betegség”? Történt mindez 1910-ben. A millenniumi görögtűztől az I. világháború ágyútüze felé rohanó országnak már van egy szellemi fáklyafóruma, amely (bár szerkesztői elsősorban annak szánták) nem szorítkozik a szépirodalomra. Politika, szociológia, tudomány, képzőművészet aktuális panorámája is egyben, kizárólagos feltétele az igényesség. Ez a havonta kétszer megjelenő folyóirat a sokat támadott *Nyugat*, egyetlen védekezési lehetősége a pusztá létezése és az, hogy szerzői gárdája a „Holnap”-ot képviseli. Az igazán értők érezték ezt mindkét oldalon, ezért volt akkora feszültség a két pólus között. Szikrázásának szellemi életünk látta hasznát, de nem világított sajnos a hatalom akkori gyakorlóinak.

Tulajdonképpen tárgyunkhoz visszatérve természetesennek tűnik, hogy „*Ehrlich Pál*”-t folyóiratunk már 1910-ben bemutatta. Méghozzá az akkori idők egyik legkitűnőbb tollforgatója, *Ambrus Zoltán*, a július 1. számában. Orvosnak is becsületére váló óvatossággal és szakavatottsággal. Ismerteti a luesz történetét, vitatott ó- és újvilági eredetét, *Károly* király nevezetes nápolyi hadjárátát, *Ricord* elkülönítését a többi venereás bajoktól, *Neisser, Ducrey, Unna, Schaudinn* munkásságának jelentőségét, *Ehrlich* nagy elődeit. *Ambrus* írása mentes minden zsurnalista szenzációtól, pont ez adhatta

(és ez adja ma is) a hitelét. „Azt, hogy *Ehrlich* preparátuma végképpen meggyógyítja-e a lueszt, vagy a 606-os használata után is visszatérhet-e, újra jelentkezik-e a baj, amint eddig a leggondosabb kezelés után is visszatérhetett, újra jelentkezhetett és néha igen hosszú idő múltán? Erre a kérdésre csak az idő adhatja meg a feleletet; csak hosszas kísérletezés után lehet igennel vagy nemmel válaszolni.” Semmi reklámizé, semmi ováció, csak ismerteti a majnafrankfurti orvostudós nagy reményekre jogosító felfedezését, amelyet majd az időbírónak kell végleg hitelesíteni. Következő írás a *Szomoróy Dezső*, a tőle megszokott franciás szel lemességgel. Felidéz egy képzeletbeli beszélgetést vacsoránál, pont a desszert fogyasztása közben, ahol természetesen szakember is jelen van. A háziasszony rögtön a vérbaj felől faggatózik, mire az orvos válasza: „Háromféle vérbajt különböztetünk meg. Az elsőt a szemérem kezeli, vagyis senki. A másodikat egy hozzáértő orvos, kivétel nélkül higánnyal vagy jóddal és kivétel nélkül eredménytelenül. A harmadikat, holmi művészi vagy irodalmi színészet az alkotó zseni dicsőségének tett meg.” *Szomoróy* nem *Ady*ra gondolt. Hivatkozik egy francia tudós „Les origines syphilitiques du genie” című művére, amely szerint *Néró, Don Carlos, Hamlet, Milton, Beethoven, Nietzsche, Maupassant* (a két utóbbi esetben igaza is van), *Byron, Heine*, valamennyien luetikusok voltak. „*Ehrlich* tanár találmanya a zsenik végét jelenti. Ezentúl nem kell majd okvetlenül lángésznek lenni, hogy az ember paralitikus lehessen. Enélkül is el fogjuk hinni.” Ismerve *Szomoróy* fanyar különködéseit, önmagát tagadta volna meg másféle színezéssel. Ellenkező előjelű *Cholnoky Viktor Haldokló betegségek* c. írása. Bár hangsúlyozza, hogy „Amerika felfedezése óta nem volt a világnak akkora szenzációja, olyan súlyos jelentőségű eseménye, mint az *Ehrlich*-féle orvosság feltalálása”, felvetődik benne, hogy ez az orvosság „nem épen a produktív lángelméket fogja-e megszüntetni a jövő korszakok számára?” Mert szerinte „a vérbaj és a grandiózusan új gondolatkapcsolás képessége egy véredényrendszerben dolgoznak”, de ugyanúgy védelmébe vesz mindenféle narkomániát: alkoholizmust, koffeinizmust, morfinizmust, nikotinizmust, hiszen „a gondolatokat a lázban égő, szertebomlásban kínlódó agyvelők, a vonagló, kígyótáncot járó idegek vitték mindig előbbre.” Bővelkedik a példák felsorolásában, a választ rá az augusztus 1. számában *Bródy Sándor* adta meg, aki nagyon el tudja képzelni az életet és az irodalmat vérbaj nélkül. A *Medikus* írójának rendkívül rokonszenves a szemüveges német tudós, hiszen nyilatkozata szerint magát a felfedezőt még mindig keserves kétségek gyötrik. *Bródy* nem vár világmegváltást még a bizonyosságtól sem, mert jönnek helyébe új kíno, ha nem is bibliai fátummal, de az ember alaptermészetéből eredendően. Egy kitűnő író tapasztalata nem nihilizmus. Azóta a penicillin hathatósabbnak bizonyult, mégis a nemigondozók tanúsíthatják, a luesz még koránt sincsen történeti végstádiumában. A leggondosabban szervezett anti-venereás küzdelem ellenére újabb meglepetések

érik a szifilidológusokat, aktuális problémáiról a szakfolyóiratok tanúskodhatnak. Nem szólva a civilizációs ártalmakról. Az emberek lassan már nem adekvát ingerületekkel, hanem inadekvát ingerültségekkel reagálnak a külső hatásokra. *Hatvany Lajos* azt írja *Az úri hölgyhöz* c. cikkében, hogy *Ehrlich* tanárnak Európában legelőször Makóról küldtek hódoló sürgönyt. Nem tudjuk biztosan, így volt-e, csak annyit konstatálhatunk, *Hatvany* nem szívesen vetett papírra légből kapott híreket (a pontosságra rendkívül kényes volt), s bizonyára van állításának valami valóságmagva. Az orvosvégzettségűek; *Csáth Géza*, *Földi Mihály*, *Salgó Ernő*, szinte tüntető tapintattal nem szóltak a vitába. Ekkorra már megjelent *Alföldi Béla* doktornak *Az Ehrlich-féle gyógy mód* c. népszerűsítő könyvecskéje, a szerző személyesen járt a Mester intézetében.

Halottaink

Almássy Mária dr. (szül. 1895) székesfehérvári nyugdíjas üzemorvos 1979. XI. 11-én;

Balogh György dr. (szül. 1916) Chinoin üzemorvos 1980. I. 6-án;

Balogh János dr. (szül. 1897) Sportkórházi nyugdíjas orvos 1979. XII. 30-án;

Balogh Péter dr. (szül. 1954) János Kórházi fogorvos. 1979. X. 15-én;

Barabás Lajos dr. (szül. 1896) budapesti gondozóintézeti nyugdíjas főorvos 1979. X. 4-én;

Baronai Veronika dr. (szül. 1937) budapesti fogorvos adj. 1979. VIII. 9-én;

Barta Sándor dr. (szül. 1912) nagykanizsai nyugdíjas főorvos 1980. I. 13-án;

Bartsch Aurél dr. (szül. 1924) Orsz. Onkológiai Int. nőgyógyász 1979. IX. 6-án;

Bárd Rudolf dr. (szül. 1914) kaposvári nyugdíjas urológiai főorvos 1979. XI. 12-én;

Berendi János dr. (szül. 1903) budapesti nyugdíjas iskolafogorvos 1979. IX. 2-án;

Berta Béla dr. (szül. 1929) zalaegerszegi rendelőintézeti felülv. főorvos 1979. XI. 6-án;

Briss Janka dr. (szül. 1941) nagyatádi kórházi gyermekorvos 1979. X. 30-án;

Busztin Anna dr. (szül. 1914) budapesti Központi Állami Kórház nyugdíjas főorvos 1979. VIII. 16-án;

Csatos Loránd dr. (szül. 1928) Vése, körzeti főorvos 1979. IX. 14-én;

Dimitriu Hriszula dr. (szül. 1941) budapesti körzeti gyermekorvos 1979. VIII. 13-án;

Ady a *Minden titkok verseiből* küldi *Lukács Hugónak*, kedves barátjának, kolozsvári kezelő orvosának az alábbi strófát:

„Egy gyönyörű, nagy kacagásban
Harsogjon föl a múltam,
Lássam egyszer vidám arcodat
Kacagó, szent sírásba fültan”.

A *Nyugat* nagy fellélegzése kimondhatatlanul is a költőért történt elsősorban. Sajnos mind ez ideig semmi nyoma, hogy a specifikus spirochéta-ölőt rajta kipróbálták volna.

Szaporodó szakcikk az orvosok, művelt írók a laikus olvasók mohó érdeklődését igyekeztek kielégíteni. A *Nyugat* 1910-es évfolyama ez utóbbit tanúsítja. Meg azt, hogy semmi sem volt idegen tőle, ami érdekes, értékes és új. *Szállási Árpád dr.*

Domonkos Gyula dr. (szül. 1929) ózdi nyugdíjas üzemorvos 1979. X. hónap;

Elek Sándor dr. (szül. 1908) Budapest Madách téri nyugdíjas bőrgyógyász főorvos 1980. I. 11-én;

Előd Imre dr. (szül. 1910) budapesti rendelőintézeti nyugdíjas rtg szakorvos 1979. II. 8-án;

Farkas Endre dr. (szül. 1943) budapesti körzeti orvos 1979. IX. 20-án;

Fazekas I. Gyula dr. (szül. 1902) szegedi Igazságügyi Orvostani Intézet nyugdíjas egyetemi tanára 1979. VIII. 26-án;

Fehér László dr. (szül. 1914) fővárosi Péterfy Kórház nyugdíjas belgyógyász főorvosa 1979. X. 11-én;

Fórián-Szabó Zoltán dr. (szül. 1906) kecskeméti rendelőintézeti nyugdíjas szakfőorvos 1979. XI. 13-án;

Gaál János dr. (szül. 1901) zalaegerszegi rendelőintézeti nyugdíjas fogszakorvos 1979. XII. 16-án;

Gálfy Dezső dr. (szül. 1942) orosztonyi körzeti orvos 1979. X. 10-én;

Hegedűs András dr. (szül. 1905) budapesti Semmelweis Kórház nyugdíjas ov. főorvosa 1979. XI. 16-án;

Horti László dr. (szül. 1900) fővárosi XIII. kerületi nyugdíjas urológiai szakorvosa 1979. IX. 30-án;

Ihász Sándor dr. (szül. 1904) fővárosi nyugdíjas körzeti orvos 1979. XI. 2-án;

Jásper Antal dr. (szül. 1923) Pest megyei kórházi gége főorvosa 1979. XI. 15-én;

Jávorszky Béla dr. (szül. 1929) fővárosi rendelőintézeti belgyógyász vezető főorvosa 1979. VIII. 18-án;

Kaáli Lóránt dr. (szül. 1928) miskolci Semmelweis Kórház igazgató főorvos h. 1979. XI. 26-án;

Emlékezzünk kegyelettel rájuk, hivatásukat hűségesen és becsülettel teljesítő kollégáinkra!



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**

Az Orvosi Hetilap referáló rovatának irányelvei

Folyóiratreferáló rovatunk sokéves fennállása elegendő tapasztalatot adott a szerkesztőségnek arra, hogy e rovat működését megfelelően értékelni tudja. Ennek során megállapíthattuk, hogy — elsősorban referáló munkatársainak szakszerű és áldozatos segítsége révén — a rovat figyelemfelkeltő és tájékoztató funkcióját jól betölti. Ez a megállapítás egyben azt is jelenti számunkra, hogy reális és közeli célként kitűzhetjük magunk elé a rovat színvonalának további növelését. E cél érdekében t. referáló munkatársainkat arra kérjük, hogy az alábbi szempontokat szíveskedjenek követni referátumaik elkészítésekor:

1. A referátumok témaválasztása

Szerkesztőségünk gyakorlata szerint referáló rovatunk alrovatokra oszlik, amelyek egy-egy nagy orvostudományi ág vagy klinikai szakterület körébe tartozó közlemények ismertetését foglalják magukban. Referenseink az illető tudományágak és szakterületek specialistái. Referáló rovatunk feladatának tartjuk, hogy a rovat megfelelően tájékoztassa az általános orvosokat (akik feltehetően csak az Orvosi Hetilapot olvassák) és más szakterületek művelőit (akik valószínűleg csak saját specialitásuk lapjait olvassák és általános tájékoztatást az Orvosi Hetilaptól várnak). E feladatból az következik, hogy az egyes szakterületek közleményeit referáló specialistának figyelemmel kell lennie olvasóira a referálandó cikk megválasztásában és az interpretáció módjában. Gondolnia kell arra, hogy ami a specialista számára érdekes és jelentős, az nem feltétlenül ugyanilyen az általános orvos vagy más szakmabeli számára. Az orvosok túlnyomó többsége és a más szakmabeli nem érdeklődik pl. a műtéti és laboratóriumi eljárások technikai részletei iránt. Érdeklik ellenben a szakterülethez tartozó gyakori betegségek klinikai vonatkozásai, a nagy beteganyagban szerzett új tapasztalatok, az orvostudomány haladását képviselő új elméleti felismerések, új gyógymódok, diagnosztikai és prognosztikai szempontok, ismert gyógyszerek hatásmechanizmusának tisztázása, vagy éppen a meggyökeresedett és tankönyvi adattá vált elméleti magyarázatok megalapozott kritikája, új szindrómák, ritka, de elméleti vagy gyakorlati megfontolásokból jelentős betegségek kazuisztikai stb. A referensnek megfelelő judíciummal ki kell választania az ilyen témájú közleményeket. Kívánatos, hogy a kiválasztott cikkek megjelenési dátuma folyó évi vagy megelőző évi legyen. A referátumok csak kivételesen avulnak el a viszonylag hosszú

átfutási idő alatt. Rovatunkat szeretnénk újszerű, informatív és jelentős referátumokkal megtölteni. Magyar nyelvű közleményeket és hazánkban élő szerzők idegen nyelvű közleményeit ne referáljuk! Tapasztalatunk szerint igen ritka, hogy egy szakterület referensei azonos közleményt ismertetnek. Ilyen esetben mindig az előbb beérkező referátumot közöljük.

A szerkesztőség is rendszeresen felhívja munkatársainak figyelmét érdekes és értékes cikkekre.

2. A referátumok elkészítése

A referáló rovat feladata irányjelző a referálásra kijelölt közlemény feldolgozásában. A referálónak a közleményen belül is szelektálnia kell, ki kell emelnie a jelentős és általános érdekességű elemeket és mellőznie vagy csak röviden érintenie a technikai (rtg, szövettan, műtéttan, kémia stb.) részleteket. A stílusnak világosnak és közérthetőnek kell lennie. Idegen nyelvű szakkifejezések, amennyiben újak vagy speciális jelentéstartalmuk van, kapjanak zárójelben rövid magyarázatot. Rövidítéseket — eltekintve a közhasználatú rövidítésektől — csak a rövidített szó teljes kiírása és zárójelben a későbbi rövidítés megjelölése után alkalmazunk.

A referátumok számára a referáló lapokban általában szokásosnál jelentősen nagyobb terjedelmet biztosítunk, azzal a célkitűzéssel, hogy olvasóinknak ne feltétlenül kelljen elolvasniuk az eredeti közleményt. Éppen ezért ne az eredeti cikk összefoglalását használjuk fel a referátum elkészítéséhez és ne ismertessünk másutt megjelent referátumokat.

A referátum mondanivalójának kiegészítése, kommentálása céljából szívesen vesszük, ha a referens a referátum végére zárójelben hozzátesszi saját véleményét, megjegyzését. Ezt a referátumban kurzív szedéssel emeljük ki.

3. Formai követelmények a referátumokkal szemben

A referátumok tartalmát kérjük másfél-két normál gépelt oldalban (30 sor, 60 leütés) összefoglalni, kettős sorközrel gépelve. Kivételesen fontos közlemények ismertetésekor ez a terjedelem valamelyest növelhető. A gépelés csak a lap egyik oldalán legyen. Minden referátum új oldalon kezdődjék. A köznyelvbe átment szavak fonetikusán, az idegen szakkifejezések etimologikusan irandók. A cikk fejlécén először a cikk magyarra fordított címét írjuk (idegen nyelvű cím kiírása felesleges), ezt kétszer húzzuk alá. A cím után a szerző neve következzen oly módon, hogy

előre kerüljön a szerző vezetékneve, s utána a szerző keresztnévét jelölő betű. Legfeljebb három szerző nevét írjuk ki ilyen módon, több szerző esetén az első szerző neve után írjuk azt, hogy ... és mtsai. A szerző neve után zárójelbe téve adjuk meg a szerző munkahelyét és annak a városnak és országnak a nevét, ahol munkahelye van. Ezt követi a cikket tartalmazó folyóirat neve, a szokásos nemzetközi rövidítés szerint, majd pedig az évfolyam, a kötetszám (egyszer aláhúzva) és a cikk oldalszáma. A referátumot ne tagoljuk túlságosan, ne tartalmazzon alcímeket, táblázatokat, ábrákat. A referátum végén a referens tüntesse fel a nevét.

MEGJELENT

EGÉSZSÉGNEVELÉS 1980. 1. szám

- Gonda György dr.: A tevékeny egészségnevelés. — A X. Nemzetközi Egészségnevelési Konferencia.
- A. Kapri dr. (Koppenhága): Egészséget mindenkinek 2000-re — az egészségnevelés szerepe.
- Prof. S. Senault (Nancy): A megelőzés közös felelősség.
- J. R. G. Tomlinson (London): Az egészségnevelés a pedagógus szemével.
- Lev Baric dr. (Manchester): Értékelés az egészségnevelésben.
- David Player dr. (Edinburgh): Közösségi irányvonal — A X. Nemzetközi Egészségnevelési Konferencia első témakörének összefoglalója.
- Paul Hindson dr. (Queensland): Egészségnevelés és az ifjúság. — Összefoglaló a X. Nemzetközi Egészségnevelési Konferencia második témakörében.
- Prof. Maria Antonio Modolo (Perugia): Módszertani problémák. — Összefoglaló a X. Nemzetközi Egészségnevelési Konferencia harmadik tárgykörében.
- Gera István dr., Nemes Júlia dr., Boross Eva dr., Esztáry Imre dr., Kemenes Ildikó dr.: A parodontium vizsgálata 14–18 éves ipari tanulókon.
- Székely Lajos dr.: Egészségügyi főiskolai hallgatók egészségnevelési felkészítése a gyógyszeresekkel való együttműködésre.
- Marina Gyözőné: Új módszerek terjedése az egészségnevelésben.
- Pap Judit: A növényvédőszeres toxikológiai ártalmának megelőzését célzó egészségnevelési tevékenység.
- Mersich Gáborné, Reisner Erzsébet, Nikolic Károly dr.: Gyógyszereszek információs tevékenysége az egészségnevelés szolgálatában.
- Vértes László dr.: Az egészségügyi felvilágosítás néhány figyelemre méltó előzménye.

TRAUMATOLÓGIA, ORTHOPAEDIA ÉS HELYREÁLLÍTÓ SEBÉSZET 1980. 1. szám

- Badó Zoltán dr., Tari Gábor dr., Papp György dr.: Tapasztalataink térdzületi endoprotézisekkel.
- Kránicz János dr., Barta Ottó dr., Belyei Árpád dr.: A lágyrészműtétek hatása dongalábás betegek lábátocsontjainak fejlődésére.
- László Gyula dr., Belicza Márta dr.: Palmáris disziokációval járó típusos lokalizációjú radius törések kezelése.
- Gurin József dr., Viola Sándor dr.: „Teniszkönyök” miatt végzett műtétek eredményei.

- Tódor Gábor dr., Lukács Ákos dr., Gordan Ferenc dr.: Traumas hasfali sérv.
- Ihász Miklós dr., Salamin Antal dr., Vidó Sándor dr., Bárány Győző dr.: Perilunaris ficamok és ficamos törések.
- Berky Mihály dr., Novák János dr.: Az alsó végtagok égési sérülését követő kétoldali tibialis anterior szindróma.
- Jancsó Géza dr., Antal József dr., Kozma László dr., Serényi Pál dr.: Biztonsági öv által okozott mellkasi és hasi sérülések.
- Sánta Ernő dr., Varga Antal dr., Renner Antal dr., és Sántha Andrea dr.: Rövid in-transzplantátum a senki földjén.
- Sántha Ernő dr., Renner Antal dr., és Sántha Andrea dr.: A Kleinert-féle eljárás alkalmazása.
- Liszka György dr., Péter Zoltán dr., Hérics Irén dr.: „Ritka lokalizációjú” csontmetasztázisok emlőkarcinomás betegeknél.
- Laky Dezso dr.: A kétfejű karizom szakadt hosszú inának rögzítése „kulcslyuk módszerrel”.
- Szarvas István dr., és Major János dr.: Glisson-talakkal végzett tartós extenziós kezelés szövödményei.

MAGYAR RHEUMATOLÓGIA 1980. 1. szám

- Mitsozova Mila dr., István Fluck dr., László Gyenyey dr.: Studies or Fordyce Plaques in Patients with Gout.
- Rida Frayha, M. D. and Ibrahim Salti, M. D. Ph. D.: Joint Effusions in Hereditary Xanthinuria.
- Vértes Péter dr., Killán Katalin dr., Ormos Gábor dr.: Rheumatoid arthritises betegek intraarticularis hőmérsékletének változása fizikai és kémiai hatásokra.
- Siró Béla dr., Szabó Tibor dr., Leövey András dr.: Rheumatoid térdek synoviorthesise ⁹⁹Tritrium-szilikáttal.
- Lukács Katalin dr., Kával Mária dr., Sonkoly Ildikó dr., Sipka Sándor dr., Dezso Balázs dr., Szegedi Gyula dr.: Monocita kemotaxis és limfokin aktivitás systemás lupus erythematosusban.
- Böhrer Győző dr., Ambrus Mária dr., Bajtai Gábor dr., Kapisinszky Natália dr., Balogh Zoltán dr., Molnár Eva dr.: Általános és specifikus immunreaktivitás vizsgálata rheumatoid arthritises betegekben.
- Perlaky György dr., Bender György dr., Pilcz Péter dr.: Lumbális discus hernia előfordulása gépjárművezetőknél.
- Gáspárdy Géza dr., Walkó Rózsa dr., Molnár Eva dr., Kovács András dr., Gyulai Franciska dr., Judák Anna-mária dr., Schmid Emília dr., Ratkó István dr.: A láb megbetegedése rheumatoid arthritisben II.
- Bély Miklós dr.: A csontelhalás gyakor-

risága a klinikailag és radiológiailag coxarthrosinak mutatkozó esetekben.

Tóth Emil dr.: A vegetatív idegrendszer jelentősége a női betegségek balneoterápiájában.

FÜL-ORR-GÉGEGYÓGYÁSZAT 1980. 1. szám

- Jóri József dr., Kiss József dr., Vóna Ida dr., Tomity Ilona dr. és Ribári Ottó dr.: Művi dobhártya-perforációk záródásának elősegítése kis energiájú He-Ne-gázlézerbesugárzással.
- László Irén dr. és Pupp Lajos dr.: A dobhártya érzéstelenítése Lidocain-iontophorezissel.
- Lichtenberger György dr.: Glottikus synechia laryngomicrochirurgiás kialakítása és megoldása állatkísérletekben.
- Pozsonyi Endre dr. és Balogh Gizella dr.: Vezesületett nyaki fistulák és ciszták.
- Stepper Magdolna dr.: A rhinitis allergica kezelése felnőttkorban.
- Ungor Károly dr.: 15 éves fül-orr-gégeszeti anezsteziológiai munkánk felmérése.
- Heidelbach J. G. és Rietschel M.: Ketamin-hidroklorid narkózisban végzett mikrolaryngoszkópia.
- Hodács László dr. és †Fábri Zoltán dr.: Rupturált arteria carotis interna aneurysmából eredő súlyos orrvérzés.
- Tilnay Sándor dr.: A fül légylárva infekciója (myasis).
- Kaucsuk Hedvig dr. és Csepregi Erzsébet: Diagnosztikus nehézséget okozó nyeles polyp a nyelocsőben.

FOGORVOSI SZEMLE Stomatologia Hungarica 1980. 2. szám

- Szabó Kálmán dr., Ferenci Ida dr.: Ferde nagyírló fogak tengelykorrekciója rögzített fogpótlások készítésekor.
- Lovasi Zsuzsanna dr., Boros Sándor dr.: Az ingerdentin (tercier dentin) különböző alakjainak szövettani vizsgálata.
- Sáshegyi József dr.: Ortondoncál rendellenességek felmérése egy rábaközi községben.
- Kéziratok. — korrektúrák — hírek; a szerkesztőség felhívása.
- Fábián Tibor dr., Fejérdy Pál dr., Simon Gyula dr., Gerle János dr.: A protetikai 1A osztályba tartozó foghiányok pótlásának tervezése.
- Ember Erika dr., Kelemen András dr.: A lemezis fogpótlás adaptációs zavarainak megelőzése pszichológiai módszerekkel.
- Alberth Márta dr.: Mikor és miért kellett új protézist újra készíteni?
- Dénes József dr., Domokos György dr.: Gyermekkori frontfogszértlés következményei.

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 anticoagulans-kezelés helyettesítésére, hanem kiegészítésére szolgál. Traumás lágyszöveti 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

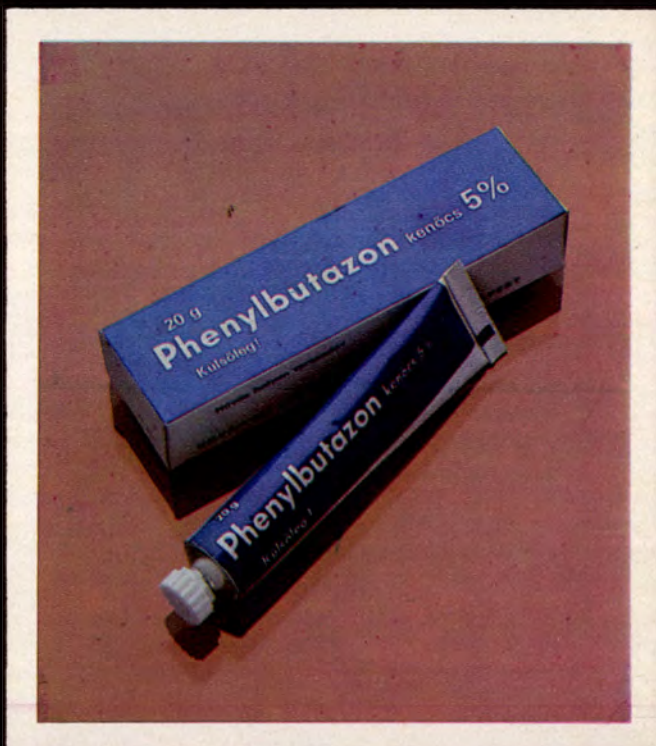
Naponta 2–3-szor az érintett bőrfelületet, dörzsölés nélkül, vékonyan bekenjük.

MEGJEGYZÉS ✖

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

CSOMAGOLÁS

1 tubus (20 g) 2,— Ft



KŐBÁNYAI 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

Bőrinfectiók esetében: naponta 1–2 alkalommal kenjük be a kezelendő bőrfelületet Mycosolon kenőccsel.

Köröm-infectiók esetében: a megbetegedett köröm-részek eltávolítása után occlusiv kötés formájában alkalmazzuk a készítményt. A kezelést megszakítás nélkül folytatjuk a köröm teljes regenerálódásáig. Fülinfectió esetén: naponta kétszer vezessünk fel a külső hallójáratba a készítménnyel átitatott gaze-csíkot a teljes gyógyulásig.

MELLÉKHATÁSOK

Ez ideig nem ismeretesek.

ELLENJAVALLATOK

Bőr-tuberculosis, herpes-simplex, himlő, bárány-himlő.

MEGJEGYZÉS ✕

A Mycosolon kenőcs localis tűrhetősége igen jó. A készítmény nem hagy foltot a bőrön, a ruhá-neműkből pedig kimosható.

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

CSOMAGOLÁS

15 g -os tubusokban
Térítési díj: 3,90 Ft



KÖBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST



Iatrogen ártalmak

Oralis fogamzásgátlók és myocardialis infarctus. Jick, H., Dinan, B., Rothman, K. J. (Boston University Medical Center): JAMA, 1978, 239, 1403—1406.

Az utóbbi években több közlemény foglalkozott az anticoncipiens kezelés és a thromboembolias megbetegedések összefüggésével. Az eredmények és a következtetések gyakran ellentmondóak. Főleg Mann közleménye keltett nagy feltűnést, aki a myocardialis infarctus (MI) gyakoribb előfordulását észlelte anticoncipienst (A) szedő fiatal nőknél (Brit. med. J. 1975, 2, 241). A szerzők 46 évnél fiatalabb MI-on átesett nőknél végezték statisztikai felmérésüket. A 107 betegből igen szigorú kritériumok alapján (kísérőbetegségek, coronariasclerosis, thromboembolias betegség, menopausa, toxemia stb.) 26 beteg adatait tudták értékelni. Húsz beteg a MI-kor szedett A-t, 6 beteg rövidebb-hosszabb idővel a MI előtt egyéb okból abbahagyta a gyógyszer szedését. (Az 54 kontroll közül 14 használt A-t.) Jellemző volt a MI kor szerinti megoszlása: 27—37 éves: 5; 38—45 éves: 21. Dohányzás: 24 MI-s beteg dohányzott (59 kontrollból 21); 25 cigarettánál kevesebbet szívott 9; 26-nál többet 15 beteg. A MI-s betegek családi anamnézisében 9-nél fordult elő fatális cardiovascularis megbetegedés, míg a kontroll csoportban 6-nál. Eredményeik alapján megállapították, hogy a MI rizikója nagyobb az A-t szedő nőknél. Az egyidejű dohányzás és/vagy 37 év feletti kor még inkább elősegíti a MI felléptét.

Zulik Róbert dr.

A máj angiosarcomája diethylstilbesterol kezelés kapcsán. Hochligeti, C.: JAMA, 1978, 240, 1510.

A szerző egy 76 éves korában meghalt férfi kóresetét ismerteti. A beteg 12 évvel korábban prostata műtétet végeztek és az eltávolított mirigyállományban a szövettani vizsgálat jól differenciált adenocarcinoma jelenlétét mutatta ki. E diagnózis alapján diethylstilbesterol kezelést állítottak be, amelyet 3 mg/die fenntartó adagban haláláig folytattak. A halált az utolsó két hónap folyamán megindult rohamos leromlás, fogyás és lázas állapot előzte meg.

Boncoláskor a megnagyobbodott májban számos 0,5—5,5 cm átmérőjű gób volt. Ezenkívül daganatos szövet töltötte ki a bal oldali arteria renalist és számos pulmonalis

arteriát is, továbbá áttétek voltak néhány pararenalis és paraaortalis nyirokcsomóban. Az említett szervekből vett anyag szövettani vizsgálata azonos szerkezetű daganatot igazolt, amely angiosarcomának felelt meg.

A maradék prostata állományában daganatot nem találtak, de a műtéti anyag revíziója megerősítette a 12 év előtt megállapított prostata carcinoma diagnózisát.

Az esettel kapcsolatban a szerző azokra a megfigyelésekre utal, amelyek szerint a máj angiosarcomája — amely a rosszindulatú májdaganatok 1,8%-át teszi ki — olyan gyakorisággal fordul elő vinylchlorid expozíciónak kitett egyéneken, hogy e kémiai ártalom és a daganat keletkezése közötti oki összefüggés nagyon valószínű.

A beteg anamnézisében vinylchlorid expozícióról nem volt szó, következésképpen az angiosarcoma keletkezését és fejlődését nagy valószínűséggel a tartós diethylstilbesterol kezeléssel okozta.

Ezt a feltételezést indokoltá teszi azok az állatkísérletek, amelyek a természetes és szintetikus oestrogen vegyületek daganatot indukáló és stimuláló hatását bizonyították. Hasonlóan értékelhetők azok a megfigyelések is, amelyek orális fogamzásgátlók tartós szedése mellett jóindulatú májdaganatok keletkezésére vonatkoznak.

Prostata carcinoma tartós oestrogen kezelése során gynaecomastia, sőt ritkán emlőrák kifejlődése jól ismert. Angiosarcoma előfordulását azonban a szerző tudomása szerint eddig nem írták le. További érdekessége az esetnek, hogy a folyamat nemcsak a májban keletkezett, hanem egyidejűleg más szervek arteriáiból, és pedig valószínűleg azok intimájából is kiindult.

Karika Zsigmond dr.

Noncontraceptív östrogének és myocardialis infarctus. Jick, H., Dinan, B., Rothman, K. J. (Boston University Medical Center): JAMA, 1978, 239, 1407—1408.

A szerzők előző közleményük anyagában 17 olyan 38—45 év közötti MI-on átesett nőt betegeket találtak, akiknél természetes menopausa, méheltávolítás, tubaligatúra volt az anamnézisben. Kilenc beteg a MI felléptekor östrogént szedett (a 34 kontrollból 4). A 17 betegből 16 dohányzott. Eredményeik azt mutatják, hogy noncontraceptív östrogének is fokozzák a 46 évnél fiatalabb nők MI rizikóját. A MI csaknem kizárólag a dohányzó nőknél lépett fel, hasonlóan

az anticoncipienszeket szedő nőkhöz. Következtéseik alapján dohányzó nőknek csak fokozott óvatosság mellett javasolható östrogének és anticoncipienszek adása.

Zulik Róbert dr.

Toxikus hepatosisek hormonális fogamzásgátló kezelésben. Schmidt, Chr. W., Klinger, J., Justus, J.: Z. ärztl. Fortbild. 1978, 72, 1097—1099.

Az orális anticoncipienszek májmellékhatásával kapcsolatban a primer máj-carcinomával való lehetséges összefüggésről, valamint a drog-icterusról tudósítottak. Skandináviában az utóbbiak 80%-át a hormonális fogamzásgátlókra vezetik vissza. A májártalmak ilyen eredetű genesisét viszont még nem ítélik meg egyértelműen.

A szerzők 5, fogamzásgátló-kezelés kapcsán jelentkező toxikus hepatosisek betegük esetét vizsgálják differenciáldiagnosztikai szempontból. Az 5 vizsgált (24-41 év közötti életkorú) nő 3-7 éve szedett hormonális anticoncipienszeket. Közöttük az irodalomban is ritkán közölt nagyságú transaminase-értékeket észleltek és ezek az anticoncipienszek elhagyására normalizálódtak. Icterus csak egy esetben lépett fel, az alkalikus serum phosphatase értékek pedig mindegyik esetben a normális határon, illetve a normális határon belül maradtak. A kórházi felvétel 3 esetben epepanaszok, 1-1 esetben pedig húgyúti infectio, illetve más jellegű panaszokkal kapcsolatos testsúlycsökkenés miatt történt. A serum vasszintjét 2 esetben határozták meg és az a normálisnál magasabbnak (182, illetve 140 $\mu\text{S}^0/\text{os}$ -nak) bizonyult. (Ref.: *Hormonális fogamzásgátló kezelésben a serum-vas és serum-réz értékek minden egyéb kóros jel nélkül is jelentősen megemelkedhetnek, ami a klinikai diagnosztikában zavart okozhat. Sőt, egyesek az igen jellemző serum rézsint emelkedést az orális anticoncipiens kezelés kimutatására és igazolására is felhasználják.*)

A szerzők véleménye szerint az a megállapítás, hogy a fogamzásgátló tabletták nagyon magas transaminase-értékeket nem okoznak, ma már nem állja meg a helyét. A szubjektív panaszok erősen változnak, sőt teljesen hiányozhatnak is. A fogamzásgátlók szedése mellett azonban még normális bilirubin és alkalikus phosphatase értékek mellett is igen magas transaminase-értékek fordulnak elő. Ezeknek tisztázása a célzott gyógyszer-anamnesis felvételét teszi szükségessé, bár a fogamzásgátlók szedéséhez és a pathológiás transaminase értékekhez hepatitis infectiosa is társulhat. Az elkülönítés főleg azokban az esetekben okoz

nehézséget, ahol a transaminase-értékek emelkedésének egyéb le-
hetőségei (pl. cholelithiasis) is
fennállanak. A probléma tisztázá-
sára, valamint a fertőző osztályon
történő elhelyezés és a nem indo-
kolt laparotomia elkerülésére
nagy fontosságot tulajdonítanak
az általános orvos, nőgyógyász és
belgyógyász együtműködésének.

Angeli István dr.

**Májadenoma spontán rupturája
több éves orális anticoncipiens ke-
zelés után.** Pollak, H.: Münch. med.
Wschr. 1979, 121, 93—94.

Az utóbbi években, főleg az an-
gol—amerikai szakirodalomban
megszaporodtak azok a közlések,
amelyek az anabolikus steroidok és
fogamzásgátlók szedését követő jó-
indulatú májeltérésekkel fog-
lalkoztak. Scheuer és Lehmann az
irodalomból 64 ilyen esetet gyűj-
tött össze és ezekben az asszonyok-
ban az orális anticoncipiens hatá-
sára hepatocellularis adenoma,
focálnodularis hyperplasia és ha-
martoma alakult ki, részben típu-
sos peliosis hepatis képében. E jó-
indulatú májtumorkok lefolyása
azonban a spontán rupturák és
intraoperatív vérzések miatt
sokszor drámai volt.

A szerző egy 34 éves, előzőleg
egészséges nőt ír le, aki 10 éve
megszakítás nélkül szedett anti-
concipiensket (0,5 mg norgestrelt
és 0,05 mg aethyniloestradiolt tar-
talmazó tablettákban), és akit erős
jobboldali sugárzó epigastriális
fájdalmakkal álpozitív terhességi
reakciók alapján szállítottak a szü-
lészeti osztályra. Laparoscopiás
vizsgálattal a hasüregben friss
vért találtak. Tubagraviditás rup-
turájára gondolva alhasi laparoto-
miát végeztek és egészséges geni-
táliák mellett a vérzés forrását a
jobb májleány kráterében találták
meg. Az esetet a jobb májleány
több mint felének resectiójával
látták el. Műtét után intermittáló
hepatocellularis icterusa volt a be-
betegnek, de az 4 hét alatt nyom
nélkül lezajlott. Szöveti vizsgá-
lattal trabekularis felépítésű hepa-
tocellularis adenomát észleltek, a
viszonylag ritka peliosis hepatis
képében. E májtumorkat ritkasá-
guk miatt praeparative alig sike-
rült diagnosztizálni és többnyire
„akut has” miatt kerültek műtétre.
Viszonylag magas, 30%-os halálo-
zásuk miatt azonban gondolni kell
rájuk.

Angeli István dr.

Méhestrák és oestrogén kezelés.
Antunes, C. M. F. és mtsai (Johns
Hopkins University, Department
of Epidemiology and Department
of Obstetrics and Gynecology):
New Engl. Jour. Med. 1979, 300, 9.

Több tanulmányban foglalkoztak
már a méhestrák és oestrogen ke-
zelés közötti összefüggéssel, és a

vizsgálatok fajtájától függetlenül
4—8-szoros relatív kockázatot ta-
láltak oestrogén kezelést követően.
Számos kritikai megjegyzés hang-
zott el a tanulmányokban fellel-
hető pontatlanságok miatt. Ezeket fi-
gyelembe véve a szerzők 1974-ben
retrospektív vizsgálatba kezdtek,
hogy megerősítsék vagy elvessék az
előző tanulmányok megállapításait.

A retrospektív (eset-kontroll)
vizsgálatba 451 méhestrákos bete-
get vontak be, akiket a kórismével
vettek fel Baltimore város és terü-
let 23 kórházába 1973. január 1. és
1977. február 28. közt. A betegek
átlagéletkora 60,6 év volt, s 87%-uk
fehér. Az esetekhez 888 kontrollt
választottak ki nem, kor, szín stb.
szerint, egyik részüket a kórházak
női betegek közül, másik részüket
a nőgyógyászati osztályok nem
métrákos betegek közül.

Kórházi kontrollt használva az
oestrogénnel kezelték becslést méh-
estrákos-kockázatát 6,0-nak talál-
ták, míg nőgyógyászati betegek
esetében alacsonyabb, 2,1 volt, de
mindkét esetben a különbség szig-
nifikáns.

Magasabb kockázatot figyeltek
meg minden stádiumban. A 451
esetből 105 (23%) tartozott a II.—
III.—IV. stádiumba, ezen esetek
relatív kockázatát 4,0-nak találták.
Magas kockázatot találtak mind
diethylstilboestrol, mind kötött
oestrogének esetében. A kockázat
lényegében egyformán magasabb
ciklikus, vagy folyamatos oestrogén
adás után. A kockázat egyértelmű
növekedését figyelték meg hosz-
szabb oestrogén kezelés után, 5
évnél hosszabb kezelés után 15-
szöröst. A szövettani lelet alá-
vagy túlértékelését a szövettani le-
letben két egymástól független pa-
thológus felkérésével küszöbölték
ki. Vizsgálataik során nem találtak
szignifikáns különbséget oestrogént
kapott és nem kapott betegek cso-
portjai között azon időtartam szer-
int, mely a postmenopausalis vér-
zés fellépte és az orvoshoz fordulás
között eltelt.

Ezen eset-kontroll tanulmány
adatai megerősítették az előző viz-
sgálatok állításait, mely szerint ösz-
szefüggés van az oestrogének adása
és a méhestrák között, s az oestro-
gént szedőknek többszörös kocká-
zatuk van a méhestrákban való
megbetegedésre. Egyúttal e vizsgá-
lat megcáfolja azon spekulációkat,
melyek szerint a méhestrák és
oestrogen-kezelés közti összefü-
gést a pontatlanabb kórismérés, a
hyperplasia téves osztályozása,
vagy a tumor korai tüneteinek
oestrogénnel történő kezelése ma-
gvarázhatja.

Juhász Lajos dr.

**Mesenterialis venathrombosis és
az orális ovulatio-gátlók.** Dzi-
enszowski, G. P. és mtsai (Chir.
Univ. Klinik. Mainz): Med. Klin.
1978, 73, 1267.

A mesenterialis terület thrombo-
emboliás folyamatai általában a

magasabb életkor megbetegedései;
így rendszerint 70%-ban 60 év után
lépnek fel. Fialalabb korúakban a
mesenterialis vénák thrombosisa
ritka szövődmény és rendszerint
ún. másodlagos folyamatról van
szó, amit előzetes betegségek (al-
vadási zavarok, hasüregi mecha-
nikus, traumás és gyulladáso-
s folyamatok stb.) váltanak ki. Az iro-
dalomban egyre többen közölnek
ilyen fiatal nőknél mesenterialis ve-
nathrombosisokat, akik hosszabb
időn át orális ovulatio-gátlókat
szedtek (6 eset a világirodalom-
ban). A szerzők 39 éves nőbetegük
kapcsán tárgyalják ilyen elsődleges
mesenterialis thrombosis keletke-
zését és kórismérésének nehézsé-
geit. Az esetek 80—90%-ban de-
le-taer lefolyásúak. A megkülönböz-
tető kórismében számos acut hasi
folyamat (appendicitis, pancreati-
tis, cholecystitis, shock stb.) jöhet
szóba. A hormonalis contraceptio és
a fokozott thrombosis veszély pa-
thogenetikai összefüggése még nem
elégé tisztázott, bár egyes rész-
nyezők (stasis, alvadási zavarok)
szerepe kísérletileg bizonyított.

ifj. Pastinszky István dr.

**Antibioticum inductio követke-
zőben fellépő colitis pseudomem-
branosus.** Meyer, B., P. Gehring
(Kanton. Inst. f. Pathologie, Lies-
tal): Schweiz. med. Wschr. 1978,
108, 1787.

Különböző antibiotikumok (*tet-
racyclin, ampicillin, lincomycin,
clindamycin*) alkalmazása kapcsán
colitis pseudomembranosus fellépé-
sét többen észleltek. Az angolszász
irodalomban az utóbbi időben egy-
re több közlemény olvasható *clin-
damycin* által indukált, részben fe-
nyegető tünetekkel járó, részben
halálos lefolyású pseudomembra-
nosus vastagbélhurutról. A szerzők
81 éves betegükről számolnak be,
aki colon carcinoma resectio kap-
csán 9 napig *clindamycin*, továbbá
9 napon át *ampicillin* kezelésben
részesült. Egy héttel ezután egyre
inkább rosszabbodó diarrhoea lé-
pett fel következményes exsicco-
sissal; a beteg következő 10 nap
után tüdőembóliában meghalt.
Kórismetanilag súlyos colitis pseu-
domembranosa-találtak. Ezen an-
tibioticum mellékhatása tisztázat-
lan. Leevalószínűbb a bélflóra
változása tehető felelőssé a kórkép
kialakulásáért és a toxinképző
clostridiumok felszaporodásáért.

ifj. Pastinszky István dr.

Az ún. dialysis dementia. Pach,
J., Schäfer, R. (Med. Klin., Univ.
Essen): Med. Klin. 1978, 73, 1697.

A chronikus haemodialysis az
idegrendszer különböző károsodá-
saival járhat. Ilyen szövődmények
gyanánt polyneuropathiás zavarok,
hypertonia-encephalopathiák, vagy
különböző színezetű psychotikus

jelenségek mutatkozhatnak. Rendkívül ritka viszont a kóroktanilag tisztázatlan syndroma, amit az irodalomban „dialysis dementia”, „cerebralis dyspraxia” vagy „dialysis encephalopathia” név alatt írtak le. A szerzők egy ilyen malignus, peracut lefolyású és típusos neurológiai-psychiatriai symptoma constellatiót ismertettek. A neurológiai symptomatika legtöbbször beszédzavarokban (dysarthriában, szókeresési zavarokban) nyilvánul. Később remegés, állásképtelenség, dyspraxia, myoclonia, ritkábban generalizált görcsök csatlakoznak. Előrehaladt esetekben hyperreflexia, pyramispályazavarok, adynamia is jelentkezhetnek. Psychiatriai részről amnestikus tünetek zavarai állnak előtérben. A syndroma keletkezésére különböző magyarázatok találhatóak (magas cink-koncentráció az agyszövetben; dopamin-(neurotransmitter) hiány a dialysis következtében; slow-vírus-infectio; alumínium-intoxicatio).

ifj. Pastinszky István dr.

Foetalis „hydantoin-syndroma” testvéreken. Schinzel, A. (Inst. Med. Genetik, Univ. Zürich): Schweiz. med. Wschr. 1979, 109, 68.

A terhesség alatt szedett hydantoin-készítmények a foetus súlyos károsodására vezetnek. Míg az esetek egy részében a foetalis hydantoin-syndroma (FHS) dysmorphia-tünetegyüttesben manifesztálódik, a betegek másik csoportjában nem fajlagos tünetek (alacsony termet, intelligencia-defectus stb.) találhatóak. A szerzők két testvér FHS-kazuistikáját közlik, akiknek anyja mindkét terhességében hydantoin-kezelés alatt állott. A tünetek típusosak voltak: alacsony növekedés, mikrocephalia, intelligenciadefectus és jellegzetes dysmorphia-syndroma. Mindkét gyermekben taréjszerű sutura metopica, széles gyökű kis orr, hypertelorismus, a distalis phalanxok és a lábujjak hypoplasiája, lágycsér. Az a másfél éves lányka, aki in utero pro die 300 mg mesantoin expozíciót szenvedett, még a fentiek kivételével epicanthus, strabismus, ptosis palpebrae superioris és a ventriculus septum-defectus tüneteit is viselte. A 6,5 éves fiún köldöksér. jelentős mentális retardatio, a beszédfejlődés teljes hiánya és a korai gyermeki autismus állottak fent; ennél a gyermeknél a terhesség alatt elszenvedett napi mesantoin adag 400 mg volt.

A terhesség alatt hydantoin-kezelés alatt álló epilepsiás anyák utódainak mintegy felén intelligencia-defectus található, 11%-ban pedig a gyermekek a jellegzetes FHS-t mutatják. Mindezek alapján a terhesség alatti hydantoin-kezelés minden körülmények között kerülendő — s ha ez nem lehetséges a terhesség megszakítása indikált.

ifj. Pastinszky István dr.

Infantilis csigolyák és medence-csont szellemképe a felnőttkori röntgenképen gyermekkorban adott Thorotrast következtében. J. G. Teplick és mtsai (Hahnemann Medical College and Hospital, Philadelphia, Pa.): Radiology 1978, 129, 657—660.

Egy 30 éves férfi és egy 37 éves nő esetét ismertetik. Kisgyermekkorában mindkettő Thorotrasttal végzett agyi angiographián esett át. Később előzőben csontsarcoma, a másikban hepatoma alakult ki. Gerincfelvételeiken a szabályos felnőttkori csigolyatesteken belül fokozottan sclerotikus képletként látható az infantil csigolya, a férfi medencefelvételen pedig hasonló módon a csípőlapátban az infantil csípőcsont. Szövettani vizsgálat szerint a szabályos szerkezetű felnőttkori csonton belül vaskos trabecularis csontképződményről van szó. A csigolyametszetből készített autoradiographiák képen jól láthatók a Thorotrast-részecskék körül az alfa részecskék aktivitását mutató lineáris expozíciók. A szerzők véleménye szerint a felnőtt csonton belül látható képződmény az idült sugárzás okozta gyermekkori sclerotizáló osteitis következménye.

Lacza András dr.

Hypopharynx-sérülés endotrachealis intubatio kísérlete következtében. M. Hirsch és mtsai (Soroka University Hospital, Ben Gurion University of the Negev, Beer-Sheva, Israel): Radiology 1978, 128, 37—39.

A resuscitatio vagy narkózis céljából megkísérelt endotrachealis intubálás ritkán észlelt és közölt szövödménye a hypopharynx átfuródása. Felhívja rá a figyelmet a fellépő nyaki vagy mellkasi fájdalom, légzési nehézség, esetleg cyanosis, a bőr alatti emphysema vagy pneumothorax klinikai jelei. Gyakran csak a röntgenvizsgálat irányítja rá a figyelmet, főként ha a beteg tudata nem tisztá. A röntgenvizsgálat első fokozata a natív mellkas- és nyakfelvétel, mely mutatja a bőr alatti levegőt, a légmellel és pneumomediastinumot, valamint az esetleges szövödményes tüdőelváltozásokat. A második lépés a vízdékonnyal kontrasztanyag nyeletésével végzett vizsgálat, mely kimutatja a perforatio helyét és kiterjedését. A szerzők 6 év alatt észlelt 6 eset részletes leírását adják. Mindegyik esetben kialakult pneumomediastinum és 3 esetben légmell is. Kezelésként antibiotikumokat alkalmaztak, a per os táplálkozást szüneteltették, szükség esetén mellkaspunctiót végeztek. Betegeik gyógyulása így eléggé elhúzódó volt, ezért feltezik, hogy talán jobb eredmények várhatók az agresszívabb terápiától, mely ezenkívül a perforatio régiójának drainézisét is végzi. A

szövödmény felismeréséhez a röntgenvizsgálat elengedhetetlen.

Lacza András dr.

Szerk. megj.: A leírt szövödmény, a hypopharynx átfuródása alig elképzelhető durva trauma következménye lehet; a 6 év alatt észlelt 6 eset pedig hihetetlenül nagy gyakoriságot jelent: sok tízezer intubálás során sem szabad előfordulnia — egyszer sem. Az intubálás során keletkező hypopharynx-nyálkahártya mikrosérülés is ritkaság.

Lithium terapiás adagjainak vese-toxicitása. Häfner, H. és mtsai (Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim): Pharmakopsychiatrie, Neuro-Psychopharm. 1978, 4, 157—163.

Élesen elkülönítendő a lithium (Li) terapiás dosisai esetén (ekkor a Li serumszintje 0,5—1,2 mmol/l) észlelt mellékhatás a 2,0 mmol/l feletti serum-concentratio okozta intoxicációs tünetekről. A Li mérgezés lényeges elemei a növekvő negatív Na-egyensúly, ezzel összefüggésben a Li-clearance csökkenése, a Li fokozott resorptiója révén, ill. intracelluláris Li mobilisatioja. Hosszan tartó, terapiás Li-kezelésnél régóta ismert renalis diabetes insipidus kialakulása. Ennek oka a vasopressin által stimulált adenylcyclase blokája, a distalis tubulus permeabilitás változásával. Mindezek az elváltozások reversibilisek.

A hosszan tartó, terapiás Li-szint mellett kialakult irreversibilis vesekárosodásokról az irodalom álláspontja nem egységes. Hestbech 14 esetet gyűjtött össze, amelyekben vesebiopsia történt. Két esetben interstitialis fibrosist, három esetben atrophias tubulusokat találtak. Más szerzők viszont azt állítják, hogy ezek az elváltozások nem specifikusak a Li-kezelésre. A fenti 14 esetben mindig megtalálható volt a vesekárosodás, vagy csökkent koncentrációs képesség vagy csökkent kreatinin-clearance, vagy mindkettő.

Néhány esetben leírtak vesekárosodás nélküli, monosymptomás, enyhe, átmeneti proteinuriákat terapiás Li-dosisok mellett. A vesebiopsia ezekben az esetekben mindig negatív. Ismertetik saját két esetüket, melyekben a terapiás serumszint mellett alakult ki akut nephrosis syndroma. A tünetek teljesen reversibilisek voltak.

Biró Sándor dr.

Munkaegészségügy

Foglalkozási betegségek kórházban. Klavis, G. (Gesundh. amt, 3000 Hannover) Fortschr. Med. 1979, 97, 219—221.

Németországban 1925 óta nyilvántartják a foglalkozási ártalma-



kat, 1977 óta 55 ilyen megbetegedést ismernek el, decimális beosztással. E betegségek lehetnek vegyi ártalmak, fizikai hatások, fertőző betegségek, allergiás károsodások.

Kórházakban előfordulnak higanyártalmak: hőmérők, quarclámpák bélések belézik a 20 fokon már illó Hg-gőzöket, amelyek szagtalanok; régi laboratóriumok átépítéskor találhatóak a padló alatt higanytócsákat, amelyek ott évek alatt összegyűltek. A Hg-mérgezés részben a fogakon nyilvánul meg, részben az idegrendszer támadja; 1 esetben laboratóriumi mérgezés hatására az egyén elvesztette a járművezető képességét. Ha a vizelettel több mint 100 µg/liter higany ürül, gyanús a mérgezésre.

Szerves oldószerek: CCl₄, trichloroethylen, perchloroethylen, benzol, toluol, xylool, ha mennyiségük meghaladja a MAK-értéket, az idegrendszeren kívül a májat támadják meg (zsírmáj), az elváltozások többsége reverzibilis. Hatásuk alkoholfogyasztókon halmozódik. Férfi 50–60, nő 20–30 g alkoholt fogyaszthat naponta károsodás nélkül, oldószerek munka idején abba kell hagyni az alkoholfogyasztást. Ez vonatkozik az említett szerekre, anilinre, nitrobenzolra, dimethylformamidra.

Az allergiás ártalmak laboratóriumokban gyakoriak, kórházakban másutt is. Túlérzékenységi bőrgyulladás okozhatnak formalin, higanyvegyületek, antibiotikumok. Ezek megnyilvánulhatnak bőr- és légúti tünetekben. Gumi és műanyagok is szenzibilizálhatnak.

A fertőző betegségek közül a tuberkulózis és a hepatitis fontosak. Mióta a tbc morbiditása Európában jelentősen csökkent, a fiatal kórházi dolgozók veszélyeztetettek tekintendők. Felvétel előtt tuberkulin próbát kell végezni, s negatív esetben kötelező a BCG-oltás. A veszélyeztetetteket évente át kell vizsgítani.

A hepatitis jóval gyakoribb, az egészségügyi személyzet — orvosok, ápolók — különösen veszélyeztetettek. Elsősorban a B-vírus veszélyes, bár kórházakban néha a Hepatitis A-vírus is terjed.

Az 1971–1973-as adatok szerint az NSZK-ban néhány kórházi munkakörben a Hepatitis B-morbiditás évente a következő volt: belgyógyász = 4,3%, orvosi asszisztensek = 6,0%, laboratóriumi segédszemélyzet = 5,2%, betegápolók = 3,7%, ápolók = 2,5%, sebészek 2,1%, általános orvosok = 1,8%, orvosi segédorvosok (orvosírnok) = 0,7%, és röntgenasszisztensek = 0,3%.

Természetesen e mutatók kórházanként jelentős változásokat mutatnak. A manapság végzett rendszeres megelőzés csökkenést eredményezett.

Egyes enzimvizsgálattal kiszűrhetők a májbetegség (GOT,

GPT, gamma GT.). Hepatitis A ellen a gamma-globulin adása eredményes lehet. Más betegségek ritkák, a lehetőségükre gondolni kell.

Nikodemusz István dr.

A nikkellal cytotoxikus hatása a csillószőrös hámra. Adalis, D. és mtsai (Department of Biology, Ball State University, Muncie, Ind.): American Review of Respiratory Disease, 1978, 118, 347–354.

Újabbban a környezeti tényezőkkel foglalkozó toxikológusok a fémnyomelemeknek a légutakat károsító hatását vizsgálják. Megállapították, hogy a nikkellel csökkenti az alveoláris macrophagok tevékenységét, valamint a szervezetnek a fertőző ágensekkel szemben való védekező képességét. A nikkellel a légszűrő csillószőrös tevékenységére való hatását eddig még alaposan nem vizsgálták. A szerzők e célból szíriai aranyhórcsógök légszűrőjében in vitro és in vivo vizsgálatot végeztek. Az állatok kimetszett légszűrőgyűrűjét in vitro különböző töménységű nikkellel oldatba helyezték, majd 24, 48 és 72 óra múlva mikroszkóppal megszámlálták a hörgő csillószőrei csapásának a számát, ami a nikkellel töménységével és az expositio idővel arányosan csökkent. Élő kísérletben az állatokkal 24, 48 és 72 órán át naponta 2 óráig 100 és 275 µg/m³ nikkellel tartalmazó aerosol oldatot lélegeztettek, majd az állatok megölése után a kimetszett légszűrőgyűrűt ugyancsak megszámlálták a csillószőröcsapások számát. Hasonló eredményt kaptak: a csillószőrös tevékenység a nikkellel töménységével és az expositio idővel arányosan csökkent. A szöveti képen a csillószőrök pusztulása volt megfigyelhető. A nikkellel expositiót megszüntették, 24 óra múlva még csökkent a csillószőrös tevékenység, 72 óra eltelté után azonban ismét normális lett. Ma a nikkellel bányákban a nikkellel megengedett felső határa 100 µg/m³. Fenti adatok szerint a nikkellel mennyiség belégzése már 2 óra múlva is jelentősen csökkenti a csillószőrök mozgását.

Pongor Ferenc dr.

A tüdő funkciók diagnosztikai zavarainak a gyakorisága egy ipari baromfitelepen. Wuthe, H. és mtsai (Forschungsinstitut für Lungenkrankheiten und Tuberkulose Berlin-Buch, NDK): Zeitschrift für Erkrankungen der Atmungsorgane, 1978, 11, 3–9.

Baromfitelepen a szerves por belégzése allergiás alveolitist okozhat. 4–10 órával a por belégzése után köhögés, nehézlégzés, köpetürítés, láz, ízületi panaszok jelentkezhetnek. Ezzel párhuzamosan immun-eljárásokkal antitestek, röntgenvizsgálattal a tüdőben elváltozás,

légzés-funkciós próbákkal pedig a légzés károsodása mutatható ki. Az allergiás alveolitist restrictiv légzészavar és a tüdő tágulékonyosságának a csökkenése jellemző. A szerzők egy ipari baromfitelepen mozgó laboratóriumban 339 dolgozót vizsgáltak meg. Kérdőívek alapján érdeklődtek az allergiás alveolitist klinikai tüneteiről, megmérték a fül capillaris vérenek az oxigén-telítettségét, a vitálkapacitást, a Tiffeneau-értéket, a residuális térfogatot, a zárótérfogatot, végül a vérsavóban az antitestek mennyiségét. 9 egyénben, 3%-ban legalább két tyúkvérsvó elleni antitestet, 39 egyénben, 12%-ban legalább egy antitestet, 28 egyénben, 8%-ban pedig tyúkbélsár-kivonat elleni antitestet találtak. Ezek az egyének — az antitestek mennyiségével arányosan — restrictiv jellegű légzés-csökkenést észleltek. Amennyiben az allergiás alveolitist klinikai tünete a dolgozón fokozódnak, portmentes munkahelyre való áthelyezése indokolt.

Pongor Ferenc dr.

Orr-fül-gégetbetegségek

Növekedő koponyatörés idegsebészi és fül-orr-gégészeti szemszögből. Simon, G., Zehn, S. (Idegsebészeti és Fül-orr-gégészeti Osztály, Heidelberg Kórház, Hamburg): HNO, 1979, 27, 72–74.

Az ún. „növekedő koponyatörés” a gyermekkor ritka traumás károsodásai közé tartozik. A gyermekkorban elszenvedett, nem ellátott vagy nem megfelelő műtét elállításban részesített olyan koponyatörés késői következménye, ahol intakt fejbőr mellett durasérülés is volt. A törési részekbe benyomult sérült agyszövet az állandó pulsatio miatt megakadályozza a duraszakadás és a törés záródását, és e helyen kiterjedt hegeseződést okoz. A növekedő koponyatörés leggyakoribb helye a boltozat, ill. a hátsó részek. Rendkívül ritka a szerző által közölt fronto-orbitális localisatio.

A felvételtkor 12 éves fiú 8 éves korában lépcsőn elesett és a bal homlokcsonton törés keletkezett. Műtétileg nem látták el. Átmenetileg lágyrészduzzanat, később időnkénti görcsös állapot lépett fel. Emiatt került idegsebészeti és fül-orr-gégészeti műtétre. A műtét célja a kiterjedt agy- és durahégek eltávolítása volt. Tátony törésvonalat találtak, mely a bal homloküregbe is betört, az első műtét során az agyban levő hegeket távolították el, a dura nyílást lyophilizált durával, a csontnyílást műanyagpalattal zárták. A következő fül-orr-gégészeti műtét a bal homloküreg megszüntetése volt, ami a törés miatt az orrüregtől teljesen elzáródott.

Tolnay Sándor dr.

A mandulaműtét javallatai. De Bien Fernandez, M., Boyero Palenzuela, E. (Hosp. Pediat. Matanzas, Kuba): Rev. Cuban. Pediat. 1978, 50, 357—361.

A matanzasi gyermekkorházban 1970-ben 363 gyermekben végeztek tonsillectomiát, 1974-ben 165 gyermek manduláját vették ki, 1975-ben 153-at és 1976-ban 139-et.

Az abszolút javallatok a szerzők szerint: a) ismétlődő heveny mandulagyulladás, b) mandulakörüli tályog, c) hypertrophizáló mandulagyulladás. A relatív indikációk: a) izületi bántalmak, b) vesegyulladások, c) reumás láz, d) asthma és rhinitis allergica.

Megemlítik azt, hogy Kubában nem műtenek okkal ok nélkül, míg az USA-ban sokkal gyakrabban végzik el a beavatkozást: statisztikai adatok szerint az egyetemi hallgatók 99%-ának New Yorkban nincs tonsillája.

Nagy eredmény volt Kubában a diphteria felszámolása, ma már nem kell elvégezni a Corynebacterium diphteriae rutinszerű kimutatását Loeffler táptálcáján.

Nikodemusz István dr.

A dysphonia spastica klinikai vonatkozásai. Aminoff, M. J. és mtsai (Department of Neurology and Otolaryngology, School of Medicine, University of California, San Francisco, CA): J. Neur. Neurosurg. Psychiat., 1978, 41, 361—365.

A betegséget Traube írta le először 1871-ben, az elnevezés Schnitzlertől származik. A szerzők 12 beteget ismertettek, akik közül 10 nő volt. A panaszok 4—23 éve álltak fenn. A beszédzavar általában hónapok alatt alakult ki, csak 2 betegen lépett fel hirtelen, napok alatt. A kórkép több éves fennállás alatt csak minimálisan változott, vagy progrediált. Jelentős volt azonban a napszaki ingadozás, izgalom, vagy fáradtság fokozta a panaszokat.

A betegek beszédhangja erőltetett, torzult, halk és rekedt volt, tremolószerű reszketés kísérte. A beszédben gyakoriak voltak az abnormális szünetek és megakadások, eközben grimaszok és tic-szerű kontrakciók voltak megfigyelhetők, a betegeknek a beszéd szemmel láthatóan nehezebbé esett. 4 beteg megpróbálkozott azzal is, hogy a hangot a légzés inspirációs fázisában képezze. Minden beteg jól és könnyen tudott suttogni, felfelé hangot beszélni, nevetni, köhögni és kiabálni. Az otolaryngológiai kivizsgálás minden esetben negatív eredménnyel zárult. 1 betegüknek az alapbetegsége kivül blepharospasmus, 3-nak tremora, 1-nek idiopathiás torsiós dyskinesiaja volt. 1 betegen buccolingualis dyskinesiaát észleltek, ez azonban feltételezhetően az előzőleg szedett gyógyszerek mellékhatása volt.

A dysphonia spastica aetiologiája nem tisztázott, sokan — a szerzőkkel ellentétben — psychogennek tartják. A szerzők véleménye szerint a dysphonia spastica oka a gégeizmok focalis dystoniája, valószínűleg ezért társul gyakran extrapyramidalis mozgászavarokkal. Általánosan elfogadott, hogy ezeket a betegségeket a basalis ganglionok dysfunctiója okozza. Aronson szerint a dysphonia spastica két típusa van, attól függően, hogy a hangszalagok adductorainak vagy abductorainak működése szenved zavart. Az előzőben a hangszalagok túlságosan adducálódnak phonatio közben, és így a hang erőltetett, torzult. A második esetben a hangszalagok túlságosan abducálódnak, ez a glottis kiszélesedéséhez vezet, és így intermittáló aphonyát vagy suttogó jellegű beszédet okoz.

A szerzők 12 betegből 11 az első típusba tartozott — ennél a típusnál javult a leírt műtét. Betegeiken az indirekt laryngoscopia nem mutatott eltérést, de ennek oka az, hogy a vizsgálatnál a hangszalagok láthatóvá tételéhez kitarított, magas, felfelé hangot képeztek a betegekkel, erre pedig azok képesek.

Minthogy a szerzők betegek előzőleg éveken át alkalmazott konzervatív gyógykezelésre nem javultak, a fenti aetiológiának megfelelően a szerzők a jobb oldali nervus laryngeus recurrens lidocainnal infiltrálták, és amennyiben ez javította a beszédet, műtétet végeztek, az említett idegből egy kis szakaszt resecáltak. A műtétet 10 esetben végezték el, 7 betegen gyógyulás következett be: a beszéd erőltetettsége megszűnt, visszatért a hangtónus tisztasága. 2 betegen közepes fokú volt a javulás, 1 betegen csak átmeneti javulást észleltek.

Szegvári Mária dr.

A Hradec-Králové-i egyetem Fül-Orr-Gége Klinikáján 1964—1975 közt észlelt tuberkulózisok. Novák, J. Pellant, A. (Egyetemi Fül-Orr-Gége Klinika, Hradec Králové, CSSR): Studia Pneumol. 1978, 38, 381.

A gümőkór megírta ellenére még nem szűnt meg a gégecszek szerepe a gümőkór elleni küzdelemben. A jelzett 12 év alatt klinikájukon 27 gümőkóros beteget észleltek; ez kb. egytizede az ötvenes években észlelteknél.

21 betegnek a szövettanilag igazolt tbc-s folyamata a fül-orr-gége területén (vagy az ide tartozó nyirokcsomókban) volt és nyilvánvalóan primer elváltozásnak bizonyult. A 6 nem-specifikus fül-orr-gégészeti megbetegedésben szenvedő közül négyben tüdő-, kettőn bőr-tbc-t fedeztek fel.

A leggyakoribb diagnózis (11 eset) a nyirokcsomógümőkór volt (2 esetben, 15 évnél fiatalabb gyermekben); 5 garat, 4 gége (mindegyi-

ket idős korban) és egy orr-torok lokalizációt találtak.

A fül-orr-gége szakorvosok szerepének fontosságát kiemeli, hogy 4 addig ismeretlen és kezeletlen tüdőgümőkóros beteg is volt a 27 között.

Fauszt Imre dr.

Otitis externa úszókon. Munro, J. G. C. (Univ. of Queensland): Australian J. Sports Med. 1978, 10, 26—29.

A konzervatív álláspont szerint az otitis externa esetén minél tartósabban távol kell tartani az úszót a víztől. Ez az álláspont azonban tarthatatlan, sem az egészségért úszókon, sem a versenyzőkön nem indokolt e szigorúság, ha a következőkben vázolt módon járunk el. A gyulladás fő oka a hallójárat felázása, a bőr alkalikus pH-jú lesz, a gram-negatív baktériumflóra helyett pozitív, pathogén csírák telepsznek meg. Hozzájárul a pathogenezishez a túl szűk vagy túl éles S-alakban hajló hallójárat, exostosis, a levegő magas páratartalma, a melegebb víz. A leggyakoribb kórokozók Ausztráliában a Ps. pyocyanus, B. proteus, Staph. aureus, Candida albicans, Asp. niger.

A kezelés első lépése a hallójárat megtisztítása a faggyútól, hám-törleméltől, hogy a gyógyszerek a bőrhöz férjenek, ha ödémás a hallójárat, akkor 2—8%-os alumínium acetáttal átítatott gézcsíkot vezetünk be, napönkénti cserével. Antibiotikumot (polymyxin, neomycin, gramicidin, bacitracin, framycetin) és helyileg steroidot adunk. Krónikus gyulladásnál a hallójárat kitisztítását többször kell ismétlni. Antibiotikumot és antimykotikumot együtt adunk — utóbbiak közül a nystatint, chinofort naponta-másnaponta, 10—14 napig. Hintópor vagy kenőcs eldugaszolja a hallójáratot, ezért nem adjuk ezeket.

A megelőzés a hallójárat tisztántartása, mindenféle dermatitis azonnali kezelése, a fül szárazra törlése úszás után vattapálcikával, és úszás után 1—5%-os ecetsavat alkoholban vagy 2%-os ecetsavat propylenglykolban oldva cseppentünk a fülbe. Alumínium acetát vagy 2%-os salicilsav 60%-os alkoholban is jó. A gyakori otitissal bajlódó úszóknak neomycin-gramicidin-nystatin tartalmú cseppet, illetve kenőcsöt (vattapálcával kenve) adunk. A vizes oldatok kerülendők! A füldugó nem jó.

Apor Péter dr.

Gastroenterologia

A hiatus hernia és reflux oesophagitis pathogenesisével kapcsolatos újabb szempontok. Kunath, U.: Dtsch. med. Wschr. 1979, 104, 222.

A reflux oesophagitis és distalis nyelőcső záróképeségének gyenge-

sege következtében alakul ki. A gastrointestinalis hormonok és a „digestiv sphincter” összefüggése még nem tisztázott. A fejlődés folyamán, alkalmazkodás és kiválgatódás eredményeképpen alakult ki az a komplikált mechanizmus, melynek eredménye a gyomorszáj életlani megnyílása és záródása. A nyelőcsövet fejlődéstani alapon a garat meghosszabbításának tekintik, melynek feladata — az emésztőrendszer más szakaszaitól eltérően — a táplálék haladéktalan továbbítása. Bár klinikailag a nyelőcső alsó szakaszának zárófunkciója szenved zavart, és ez okoz panaszokat, élettanilag elsődleges feladata mégis a nyitás (ellentétben pl. az anorectalis bélszakasz működésével). Az oesophagus—gyomor átmenet mereedségének csökkenése, a distalis nyelőcső izomzatának ellazulása következtében hiatus hernia, reflux oesophagitis alakul ki a gyomorszáj körös nyitottsága útján. Újszülötteken hasonló viszonyok fízológiasan előfordulnak, ezért gyakori csecsemőkorban a regurgitatio. Felnőttkori adipositas elősegíti hiatus hernia kialakulását.

A szerző állatkísérletben vizsgálta a reflux oesophagitis kialakulását a nyelőcső gyomor beszájdzás anatómiai viszonyainak műtéti történő változtatásával.

A kísérletek alapján azt gondolja, hogy terápiás műtéti korrekció esetén nem a nyelőcső alsó szakaszának záróképeségét kell növelni, hanem a körös nyitási készséget csökkenteni. Az eddigi elülső gastroperxia helyett a hátsó gastroperxiát tartja optimális műtéti megoldásnak. Rövid áttekintést ad a többi, ebben a kórképben alkalmazott műtéti eljárásról.

Kovács Ágota dr.

A dinatrium cromoglycat és sulfasalazin összehasonlítása fő kezelésként a colitis ulcerosában. Willoughby, C. P. és mtsai (Nuffield Dep. Clin. Med., Radcliffe Infirmary Oxford): *Lancet*, 1979, 1, 119.

Egy hathónapos kezelési periódusban 120 colitis ulcerosás betegen fő kezelésként disodium cromoglycatot (Intal, DSCG) sulfasalazint (SASP, salazopyrin) és a két szer kombinációját alkalmazták. A relapsusokat a colitis tünetek megjelenése mellett a rectoscoposan észlelhető gyulladástól nyálkahártya-elváltozások kimutatásával határozták meg.

Az akut colitis ulcerosás schub során kórházba került betegek az alkalmazott három kezelési módszer milyenségétől függetlenül nagyon hajlamosak voltak a relapsusra. Azokon a betegeken, akik a kezelést elkezdésekor klinikailag remissióban voltak, de endoscoposan gyulladás volt észlelhető, a relapsus ráta alacsonyabb volt. Ebben a

betegcsoportban a SASP kezelésben részesültek eredményei valamivel kedvezőbbek voltak.

Azokon a betegeken, akiknek klinikai és endoscopos remissióban kezdtek el a kezelést, a leggyakrabban a DSCG-t kapott betegeken észlelték a betegség kiújulását, legritkábban pedig a SASP kezelésben részesültek. A két szer együttesen adagolva gyakorlatilag ugyanolyan hatást fejtett ki, mint a SASP egyedül. Konklúziójuk szerint a dinatrium cromoglycat (Intal) sokkal kisebb jelentőségű a colitis ulcerosa relapsusainak megelőzésében, mint a sulfasalazin (Salazopyrin).

Ujszászy László dr.

Idült, persistáló colitis ulcerosa ellenőrzött kezelése dinatrium cromoglycattal. N. A. Buckel és mtsai (St. Mark's Hospital, London): *Gut*, 1978, 19, 1140.

26 terápia-rezistens colitis ulcerosás betegen kísérelték meg a dinatrium cromoglycat (DSCG, Intal) adagolását. A szert (200 mg/die) vagy placeboót naponta négyszer adva, 4 héten át adagolták. A négyhetes kezelési időszak után a gyógyszer és placeboét megcserélve újabb 4 hetes kezelést végeztek. Szignifikáns eltérést nem észleltek a gyógyszeres és placeboos kezelési időszakok eredményei között. A kezeléseket ideje alatt az eddig alkalmazott gyógyszereket tovább adagolták.

Lehetséges, hogy a dózis emelése, vagy hosszabb kezelési idő, vagy bármilyen más kombinációban terápiás hatás érhető el a krónikus persistáló colitis ulcerosa egyes eseteiben, jelen értékelésük alapján azonban erre nem túl nagy a lehetőség.

Ujszászy László dr.

A sulfasalazin aktív terápiás alakja. vanHeer, A. M. és mtsai: *Lancet*, 1978, 2, 277.

Colitis ulcerosában a sulfasalazin (Salazopyrin, Azulfidin) egyértelműen hatásos szer. A gyógyszer legnagyobb része eléri a colont, ahol a baktériumok széthasítják sulfapyridinre és 5-aminosalicylsavra (5-ASA). A szer lokálisan adagolva hatásosabb, és ez felveti a lehetőségét annak, hogy valamely alkotórésze terápiásan aktívabb, nem pedig az egész gyógyszer. A terápiásan aktív módozat felderítésére sulfapyridin (300 mg), 5-ASA (200 mg) és placebo kúpot adagoltak idiopathiás proctitis ulcerosás betegeknél. Sulfasalazin kúpot nem alkalmaztak, mert a kúp a rectumban úgyis a két összetevőre hasad szét. A kísérletet kettős vak módszerrel végezték. A kezelés ideje 4 hét volt, a betegek napi 2 kúpot kaptak. Rectoscopia történt a kezelés előtt és után. Remissiónak tekintették, ha a klinikai tünetek teljesen eltűntek és rectoscoppal

teljesen ép nyálkahártyát észleltek. Összesen 30 beteget vizsgáltak. Az eredmények: 5-ASA kúp adagolása mellett 10 betegből 6 került remissióba. Sulfapyridin kúppal 9 betegből csupán kettőn észleltek lényeges javulást. Placebo kúp esetében 11-ből csak 3 javult. Úgy gondolják, hogy a sulfasalazin terápiásan aktívabb alkotórésze az 5-aminosalicylsav.

Ujszászy László dr.

A prostaglandinok szerepe colitis ulcerosában: megnövekedett produkció az aktív betegség ideje alatt és gátoltság sulfasalazinnal. P. Sharon és mtsai (Dep. Med., Hadassah Univ. Hosp. Jerusalem): *Gastroenterology*, 1978, 75, 638.

A prostaglandin E₂ (PGE₂) szintet 17 aktív colitis ulcerosában szenvedő betegből excindált rectalis biopsiás anyagban 2-szer magasabbnak találták, mint 17 kontrollban (2,0±0,4 ng/mg, ill. 0,9±0,2 ng/mg nedves anyagra számítva). A colitis ulcerosás betegek 24 órás rectalis nyálkahártya tenyészetin a PGE₂ akkumuláció a kontrollokhoz viszonyítva 112% volt. Sulfasalazin, sulfapyridin és 5-aminosalicylsav tápoldhathoz való adagolása a PGE₂ akkumulációt 34,32 és 62%-ra csökkentette. Ezek az eredmények felvetik, hogy a PGE₂ közvetítheti a colitis ulcerosában a gyulladást, és elképzelhető, hogy a sulfasalazin és alkotórészei terápiás hatásainak egyike összefügghet a PGE₂ szintézis és akkumuláció gátlásával.

Ujszászy László dr.

Endoscopyával fel nem fedezett vastagbél polypusok. R. E. Miller, G. Lehman (Indiana University School of Medicine, Indianapolis): *Radiology* 1978, 129, 295—297.

Egy új diagnosztikai technika lelkes fogadtatása néha feledteteli annak tökéletlenségét és túlértékeléséhez vezet. Így a colonoscopia kétségkívül előbbre vitte a vastagbél betegségeinek kórismézését. Birtokában felmerült a hagyományos röntgenvizsgálat mellőzhetőségének gondolata is. Ezért a szerzők röviden elemeznék 54 olyan vastagbél polypus esetet, melyekben az elváltozást az endoscopos vizsgálat nem derítette fel, viszont az előtte vagy utána végzett beöntéses röntgenvizsgálat megtalálta. Természetesen a polypusok vonatkozásában különösen jelentős a kettős kontraszt irrigoscopia technikája. Az elnézés 31 esetben colonoscopia, 24 esetben rectosigmoidoscopia kapcsán történt. Nem szabad tehát perdöntőnek tekinteni általában az endoscopos leletet a röntgenvizsgálatával szemben. A két módszer eredményének eltérése esetén egyiket vagy mindkettőt meg kell ismételni. Ha mindkettő-

nek negatív lelete ellentétben van a klinikai adatokkal, ugyancsak megismétlendők. Nem egymást kizáró és helyettesítő, hanem egymást kiegészítő eljárások ezek, melyek célszerű együttes alkalmazása szoríthatja legalacsonyabbra a diagnosztikai tévedések számát.

Lacza András dr.

Jóindulatú nyombél-vastagbél sipoly nyombél diverticulum következtében: két eset ismertetése. K. Yasui és mtsai (Osaka Prefectural Hospital, Osaka): Radiology 1979. 130, 67.

A nyombél-vastagbél sipoly ritkaság. A közölt esetek nagyobb részét a vastagbél flexura hepatica táji rosszindulatú tumorainak következményei. Különösen ritka a sipoly jóindulatú kórfolyamat következtében. Ilyent 93-at ismernek az irodalomban. Az okok gyakorisági sorrendben a következők: nyombélfekély, Crohn-betegség, epeköbetegség, béltuberkulózis, nyombéldiverticulum, műtét, cholecystitis, colitis ulcerosa, idegentest, appendicitis, typhusos fekély, amoebás dysenteria. A szerzők két esetet ismertettek. 50 éves nőbetegük egyetlen panasza hasmenés volt. Röntgenvizsgálat mutatta a sipolyt a duodenum második szakaszán levő diverticulum és a colon ascendens között. A leletet műtét igazolta. 73 éves férfibetegük puffadás, étvágytalanság, székrekedés miatt került vizsgálatra hasonló röntgenlelettel. Ez esetben műtétre nem került sor.

Lacza András dr.

Érbetegségek

Életmódbeli és táplálkozási szokások az atherosclerosis létrejöttében. Jouve, A. (Centre de dépistage et de prévention des maladies cardiovasculaires, Centre Cantini, 8, Av. Védrières, 13009 Marseille): La Revue du Praticien 1979, 29, 619—627.

A szerző kritikusan elemzi a rizikófaktorok szerepét — különös tekintettel diétetikai és életmódbeli vonatkozásban — támaszkodva 244, coronaria-, ill. alsóvégtagi artériát érintő atherosclerosisos betegének epidemiológiai vizsgálatára.

Epidemiológiai tanulmányok már régóta igazolták a rizikófaktorok (hypertensio, dohányzás, dyslipaemia, diabetes és a nembeli hovatartozás) szerepét az atherosclerosis létrejöttében. A rizikófaktor megjelölés meglehetősen homályos. A rizikófaktor nem ok; eltűnésével a betegség nem fejlődik vissza. A veszélytényezők csak statisztikailag igazoltak, az egyén esetében óvatosan kell kezelniük. Közülük az első három faktor li-

neáris jellegű, azaz quantitative minél nagyobb, annál jelentősebb veszély áll fenn.

A **hypertensio** számszerű adatai különösen a cerebralis érleesiókkal korrelálnak. A **dohányzási szokások** is lineáris összefüggést mutatnak az atherosclerosis fokával. Nikotin-abusus kedvez a hirtelen halál, myocardialis infarctus és az alsó végtagi arteriopathia fellépésének. A plasma CO-szint jó tájékoztatás ad quantitative is. A **hypercholesterinaemia** jelenléte esetén az atherosclerosis komplikációi gyakoribbá válnak. A cholesterolin-szint jellemző a kérdéses ország étkezési szokásaira. Az iparilag fejlett országokban az étrend általában hyperkalóriás, telített zsírsavakban és túlfinomított cukorban gazdag, amely főleg a coronaria-atherosclerosisra hajlamosít. Újabb vizsgálatok a cholesterolin-szint meghatározás helyett a serum alacsony denzitású lipoprotein molekuláiban (LDL) szállított cholesterolin mennyiségi meghatározását ajánlják inkább rizikófaktoraként, mert ez pontosabban mutatná az atherosclerosisos komplikációk veszélyét. Az LDL-szint telített zsírsavakban szegény diétával csökkenthető.

A szerző 131 beteg adatainak prospektív tanulmányozása során elemzi az életmódbeli tényezőket. Az otthonülő életmód, a fizikai aktivitás hiánya, az agresszív, ambiciózus jellemvonások, urbanizáció, familiáris konfliktusok, munkahelyváltoztatások különösen a coronaria-atherosclerosis fellépésének kedveznek.

Az atherosclerosis a férfinet sújtja inkább, a női és férfibetegek ischaemiás tüneteinek fellépése között 15 éves a időeltolódás (amelynek részbeni magyarázata a plasma-lipoproteinek megoszlásában lenne).

A szerző végül beszámol myocardialis infarctuson átesett orális contraceptívumot szedő nőbetegeiről: átlagéletkoruk 40 év körüli, s különösen erős dohányosok. A pilulát szedő nőknél a myocardialis infarctushoz társuló halálozás rizikója megnövekedett. Más nemzetközi epidemiológiai adatokkal összehangban rámutat arra, hogy a középkorú dohányosok körében a nikotin elhagyása — 30%-ról 13,6%-ra — csökkenti a coronaria-mortalitás lehetőségét.

Huber Tibor dr.

Az atherosclerosis komplikációi.

Jacotot, B., Beaumont, J.-L. (Unité de recherches sur l'athérosclérose et service de médecine interne et cardiologie Hôpital Henri Mondor, 94010 Créteil Cedex): La Revue du Praticien 1979, 29, 595—599.

A szerzők ismertetik az atherosclerosis szövődésményeinek változásait, haemodynamikai következményeit. A cikk fontosságára utal, hogy egyrészt az ipari országok-

ban a halálesetek több mint feléért az atherosclerosis komplikációi felelősek, másrészt az atherogenesis koncepciója fejlődött az utóbbi kutatások során, de a mechanizmus minden részletében még ismeretlen.

Az atherosclerosis két fontos anatómiai elváltozás jellemzi: 1. simaizomsejtek jelenléte a subendotheliumban, 2. ezek lipoiddal történő beivódása.

Az atherosclerosis **elemi laesiója a fibrosus plaque**, ami három komponensből áll: 1. simaizomsejtek, amelyek gyakran necrosis felé hajlanak, 2. fibrosus kötőszöveti elemek, 3. lipoid depótok.

A fibrosus plaque különböző módon válik veszélyessé: növekedése során stenosishoz vezet; ulcerációja során thrombus kiindulópontjává szolgál; ritkábban elmeszedhet, vagy vérzés helyéül, ill. artériás dissectio kiindulópontjává szolgálhat.

Az atheromatosus plaque-ok megoszlása nem egyforma: a leggyakrabban érintett az aorta abdominalis szakasza; a coronaria-artériák esetében a proximális segmentumok érintettek, míg az intramuscularis terület sohasem; az agyi erek közül a carotis bifurcatiójának környéke és a basilaris erek; az alsó végtagi erek esetében főleg a distalis terület érintett.

Megjegyzendő, hogy a vénás rendszer és a kisvérkör általában mentes az atherosclerosis jelenségeitől.

Huber Tibor dr.

Az „infraklinikus” atherosclerosis kórismézéséről. Gautier, J.-C. és mtsai (La Salpêtrière, Service de cardiologie, 47, Bd. de l'Hôpital, 75634 Paris, Cedex 13): La Revue du Praticien 1979, 29, 651—654.

Az atherosclerosis több tízéves kórfolyamat. Egy adott beteg esetében igen nehéz a folyamat pontos mértékének megállapítása. Az utóbbi időben egyre többen foglalkoznak az ún. „infraklinikus atherosclerosis” felderítésének lehetséges módjaival. Gyakorlatilag a megjelölés alatt azon veszélyt jelentő érszűkületet kimutatása értendő, amely még tüneteket, átáramlási zavarokat nem idéz elő.

A szerző három megközelítési módot tárgyal: epidemiológiai, klinikai vizsgálat és a modern eszközös vizsgálatok révén közelíti meg a kórképet.

Az epidemiológiai vizsgálat az egyes rizikótényezők rendszeres mérését foglalja magába. Ezáltal a magas rizikójú egyének kiemelhetők s megfelelő további vizsgálat, ill. az egyes eltérések korrekciója végrehajtható.

A klinikai és eszközös vizsgálatokat topographiai szempontból csoportosítja: a **coronaria-artériák** vizsgálatakor szem előtt kell tartani, hogy az ún. „csendes” myocardialis ischaemia felderítése a fontos. A nyugalmi EKG ST és T

hullámbeli elváltozásai (ha nem hipertensio, ill. kamrai hypertrophia következménye) gyanúsak coronaria-szűkületre; a terheléses EKG felvilágosítást adhat a coronariartériák mértékéről. A magas rizikófaktorkkal rendelkezők (különösen fiatal egyének), ha bizonytalan praecordialis fájdalmat említenek s nehezen értékelhető EKG-lelettel rendelkeznek, coronarographia, ill. izotóp-scintigraphia döntheti el a helyes diagnózist.

A **cerebrális artériák** vizsgálatához a szokásos neurológiai vizsgálat, a kétoldali radialis artéria megtapintása (a subclavia artéria szűkületének felderítésére alkalmas tájékozódás), a szemfenékvizsgálat, az extracranialis artériák feletti hallgatóság tartozik, de az újabb módszerek közül a retina artéria nyomásának mérését, radioizotóp angiographiát is elvégezhetjük a cerebrális atheroscleroticus elváltozások felderítésére.

Az **alsó végtagi artériák** vonatkozásában megemlékezünk a fizikális vizsgálat fontosságáról (tapintás, hallgatóság, az oscillometriás index meghatározása). A Doppler-vizsgálat megbízható, non-invasív módszer. Az arteriographia már célzott vizsgálat, amelyet nem alkalmaznak rendszeresen az „infraklinikus atherosclerosis” diagnosztikájában, csak kivételes esetben, ahol a sebészeti beavatkozás lehetősége is felmerül.

A szerző végül kitér néhány vizsgálati eljárásra (conjunctivális mikroszkópia, cutan-biopsia), amelyeket még nem alkalmaznak széles körben.

Huber Tibor dr.

Thrombangiitis obliterans diagnosa, kezelése az újabb immunológiai leletek tükrében. Bollinger, A. és mtsai (Dep. Inn. Med., Univ. Zürich): Schweiz. med. Wschr. 1979, 109, 537.

Ma már az endangiitis obliterans (morbus Winiwarter—Buerger) kórkép fennállásáról folyó viták lezártak tekinthető, azonban a betegség pathogenesiséről alkotott vélemények még ma sem egységesek. A thrombangiitis obliterans a kis és középnyag artériák és vénák segmentális, multilocularis, időnkénti hullámokban fellépő idült érgyulladás; klinikai további jellemzői a fiatal kor, perifériásan elhelyezkedő elzáródások, valamint a phlebitis saltans. A kóriszmérésben még jellegzetes mellékkritérium, hogy hiányoznak az arteriosclerosisra típusos faktorok, kivéve a dohányzást. Jellegzetesek az arteriographiás leletben a kontrasztanyag töltés abrupt szakaszai, időbelileg a szakaszos hullámokban való manifestáció, továbbá a kollagenbetegség és az essentialis thrombocytosis kizárhatósága. Az irodalomban vannak már egyes utalások a betegség lehetséges immunopathogenesisére.

A szerzők 33 saját esetük immunológiai vizsgálata és a gyulladásgátló gyógyszerek eredményessége alapján új hypothesis és therapiás koncepciót állítanak fel. Vizsgálataikban a C₄ complementfactor 54,6%-ban magasabb volt, az antielastin-antitest-titer 57,1%-ban volt több 1:8-nál, az immun-complexek pedig 23,3%-ban voltak kimutathatók. Egyetlen eset kivételével a histocompatibilitási-antigen HLA-B 12 hiányzott.

A felsorolt immunológiai leletek, valamint azon tény alapján, hogy a phlebitis saltans tünet anticoagulans szerekkel nem, viszont salicylatokkal és corticosteroidokkal befolyásolható, a következő kezelési módot javasolják: a kórkép akut szakaszában nagyadagú acetylsalicylsav adagolás, s ha ez elégtelen, akkor corticosteroidok és immunosuppressiv szerek is nyújtandók.

ifj. Pastinszky István dr.

Plasma-csere hatásának kontrollált vizsgálatra Raynaud-syndromában. M. J. G. O. Reilly és mtsai (Kings College Hospital Medical School London SE5): British Medical Journal, 1979, 1, 1113.

A szerzők 27, Raynaud-syndromában szenvedő beteget vizsgáltak, Doppler flowmeterrel megállapították, hogy a kezujjakban (minden ujpercen külön-külön) van-e áramlás, hallható-e artériás hang. Megállapították, hogy 1 perces, 45 C-fokos vízfürdő után lényegesen több ujpercen észlelhető áramlás, mint 15 fokos vízfürdő után. A betegeket 3 csoportra osztották: az első csoport 4 hétig placebo tabletát, a második csoport 4 hétig hetente 3000 NE iv. heparint kapott. A harmadik csoportban 8 betegen heti 1 alkalommal a teljes plazma mennyiség 70—75%-át kicserélték, a kezelés itt is 4 hétig tartott. Placebo, ill. heparin kezelés hatástalan volt, a plasma-csere után mind a 15, mind a 45 C-fokos vízfürdő után, és 21 C-fokos környezeti-levégő hőmérséklet mellett jóval több ujpercben tudtak áramlást regisztrálni, mint kezelés előtt, tehát az ujjak vérátáramlása javult.

A kezelés hatásmechanizmusa tisztázatlan. Valószínűleg hatékony defibrinációs módszerről van szó, mely csökkenti a vér viszkozitását, így javulna a keringés. A szerzők mérhető jó hatást a kezelés megkezdése után 6 hónappal is észleltek, jölehet a plazma fibrinogén szint jóval korábban normalizálódott. A hosszabb tartamú hatásért a vörösvérsejtek alakváltozása és keringő immunkomplexek is felelősek lehetnek.

(Ref.: A metodika pontosabbá tehető az ujpercek ultrahangos nyomásmérésével, az artériás nyomás ilyen meghatározásáról hazai szerzők is beszámoltak az Orvosi Hetilapban. Nem derül ki a kórelő-

ményből, hogy a vizsgált betegek-nél mi idézte elő a Raynaud-syndromát. Az derül ki csupán, hogy a plasma-cserével kezelt betegek fele autoimmun betegségben szenvedett. Természetes, hogy különböző aetiológia esetén más a therapia. Pl. thoracic outlet syndroma esetén a torna, ill. az I. borda resectiója ésszerűbb megoldás, mint az ismertett módszer.)

Farkas Péter dr.

Az Indoramin hatása az ujj vérátáramlására vasospastikus betegekben. Clement, D. L. (Dept. of Cardiovascular Diseases, Akademiesch Ziekenhuis De Pintelaan 135, B-9000 Gent, Belgium): Europ. J. clin. Pharm. 1978, 14, 331—333.

Ismeretes, hogy vasospastikus betegségben szenvedőkön csökkent mértékű az ujj vérátáramlása. Mivel a bőr ereinek tónusát főleg az alfa-adrenerg aktivitás szabályozza, az alfa-receptorokat blokkoló szerek javíthatják a bőr ereinek spastikus állapotát.

Állatkísérletekből tudjuk, hogy az Indoramin (indol-etil-piperidilbenzamid) antihistamin, helyi érzéstelenítő és kompetitív alfa-receptor blokkoló hatással rendelkezik. Embernek iv. adva jelentősen fokozza a bőrerek vérátáramlását mind egészségesekben, mind pedig vasospastikus betegségben szenvedőkben.

A szerző 11 vasospastikus betegnek adott placebo-t, majd naponta 3×50 mg Indoramint per os, 6 héten át folyamatosan. A betegek-nél a vasospastikus kórkép már legalább két éve fennállt, kifejezett acrocyanosusuk volt időnkénti Raynaud-rohammal társultan.

Standard mérési kritériumokat betartva a szerző azt tapasztalta, hogy az Indoramin a placeboval kb. azonos mértékben csökkentette a betegek vérnyomását, viszont szignifikáns mértékben fokozta az ujjak vérátáramlását és ugyancsak szignifikánsan csökkentette a bőr capillarissok ellenállását. Mellékhatást nem észlelt az Indoramin alkalmazása során.

Napi 150 mg Indoramin tartósan és per os adva hatásos szer lehet a vasospastikus kórképek kezelésében.

Vas Ádám dr.

Az ulcus cruris cinkszulfát kezeléséről. Hausteijn, U.-F. és mtsai: Dt. Gesundh.-Wesen, 1978, 33, 2421—2424.

A cink életfontos nyomelem, amely több mint 70 enzim aktiválásában, illetve integrálásában vesz részt. A normális táplálkozás cinkhiányt nem okoz, legfeljebb parenteralis táplálás, vagy idült bélbetegségek hozhatják létre. A szerzett cinkhiány acrodermatitis enteropathica-szerű kórképet okoz, de ez cinkkezelésre reversibilis. A

cinkhiányos táplálkozásnak jó indikátora az alkalikus serum-phosphatase csökkenése. Állatokon a cinkhiány parakeratosis okoz. Psoriasis vulgarisban a vérplasma és vörösvérsejtek közötti cinkelosztódás zavarát feltételezik, de összefüggést találtak az immunválasz, a növekedésben való visszamaradás, a hypogonadismus, az izézés zavarok, a rossz sebgyógyulás (ref.: sőt a szénhidrát- és zsírsanyagcsere zavar, diabetes és arteriosclerosis), valamint a cinkhiány között. Ismételt tudósítottak már az égési sebek és ulcus cruris eredményes cinkszulfát kezeléséről.

A szerzők 18 terapia-resistens, vénás és arteriosclerotikus eredetű ulcus cruris beteget kezeltek 30 napig napi 3 evőkanál, összesen 675 mg cinkszulfátot tartalmazó oldattal. (Az oldat összetétele: zinc, sulf. 3,0, acid. sulf. gtt 2, sirup. Cerasi 40,0, aqua dest. ad 200,0 volt.) 3 betegen azonban a kezelést hányás, hasmenés miatt abba kellett hagyni. A 0., 15., és 29. napon meghatározott plasma-cinkszint a normális határokon belül maradt, sőt a cink adása ennek inkább csökkenő, mint növekvő tendenciáját mutatta. A találtak alapján ezért e betegek cinkdeficitje kizárható. Szignifikánsan megnőtt viszont a lábszárfekezéi széli részének cinktartalma és az 4 hét után normalizálódott. A 30 napos cinkszulfát kezeléssel azonban nem tudták az ulcusos terület gyógyulását meggyorsítani és a lábszárfekezéi széli részének cinkfelszaporodását is inkább a helyileg adott cink felszívódásával magyarázzák. Cinket ezért csak annak bizonyított hiánya esetén javasolnak adni és ennek megnőtt szükségletét lábszárfekezéiben helyi alkalmazása is kiegyenlítheti. A hetek, hónapok múlva várható eredményt különben is nagyon nehéz statisztikailag értékelni, mivel a terapia-resistens ulcus crurisok nagyon individualisan reagálnak.

Angeli István dr.

Haematológia

Új diagnosztikus lehetőségek leukaemiákban. Cavalli, F.: Dtsch. med. Wschr. 1979, 104, 3-4.

Az enzymologia, a cytochémia, cytogenetika és immunologia terén elért eredmények jöllehet az akut és chronikus leukaemiák eddigi beosztását döntően megváltoztatták, a kérdést nem tudták a mai napig sem megoldani, hiszen pontos osztályozásuk ma sincs.

Az akut myeloid leukaemiák (AML) közül minden csoport prognózisa közel egyforma, az erythro-leukaemia és monocytia leukaemia kivétel; az akut lymphoid leukaemia (ALL) az előbbi formától a hexosaminidase isoenzym kimutatásával megnyugtatóan elkülöníthető. Újabb sejtkinetikai és immunológiai ismeretek alapján az akut

differenciálatlan (AUL) leukaemiát nem az AML-hez sorolják, mint azelőtt, hanem az ALL-hoz.

Az ALL alábbi formáit lehet elkülöníteni: T-ALL, a ritkábban előforduló és rosszabb prognózisú B-ALL, valamint a O-ALL. A negatív vagy gyenge PAS reakció rosszabb prognózisra utal.

Újabbban komoly érdeklődést váltott ki, hogy az ALL blastokban egy enzyemet sikerült kimutatni — terminal-desoxynucleotidyl-transferase (TDT) —, mely képes a sejtmagban levő desoxynucleotida egységeket lemasolni anélkül, hogy erre a RNS templatok információs tevékenységét felhasználja.

Normális szövetekben TDT csak a thymusban található. ALL-ben pedig csak a T-ALL és O-ALL lymphocytákban valamint chronikus myeloid leukaemia (CML) blastos schubjában. Ezzel szemben AML-ben vagy nincsen vagy csak igen kevés található. Ez a vizsgálat értékesen egészíti ki az anti-ALL serum alkalmazásával kapott eredményeket, melyekkel az ALL egyes formái jól elkülöníthetők egymástól.

Az a felismerés, hogy a CML blastos schubjában lymphocyták vesznek részt, therapiás következményeket is vont maga után, mivel a betegeknek több mint fele vincristin és steroid kezelésre jól reagál, míg a „nem lymphoblastos schub” a legtöbb antileukaemiás szerrel szemben rezisztens.

Chronikus lymphoid leukaemia (CLL) letebb esetében monoclonalis sejtneopulatio található — B-sejtek — de vannak olyan betegek, akikben T-sejteket mutattak ki. A szerző a CLL-hez sorolja a szörseites és prolymphocytás leukaemiát. Az előbbi is három alcsoportra osztható: lympho-, monocytás, differenciálatlan forma.

Remélhető, hogy az említett módszerekkel az egyes formák jobban elkülöníthetők egymástól, ami végső fokán a klinikust segíti a kórkép pontosabb osztályozásának kísérletében. Bán András dr.

Prolymphocytás leukaemia. Abrederis, K. és mtsai (Univ. Klinik f. Innere Medizin, Innsbruck): Dtsch. med. Wschr. 1979, 104, 11-17.

A prolymphocytás leukaemia klinikumát, valamint morfológiai jeleit 1974-ben Galton és mtsai írták le. Hasonlóan a szörseites leukaemiához, a chronikus lymphoid leukaemia egyik ritka variánsáról van szó, és el kell választani az akut lymphoid leukaemia egyik variánsától, melyet Mathé és mtsai ugyancsak prolymphocytás leukaemiának neveztek el. A klinikumban kifejezett lép- és májnagyobbodás észlelhető megnagyobbodott nyirokcsomók nélkül. A kenetekben a lymphocyták protonlasmaszegélye igen széles, a magban

rendszerint egy, de elég nagy, hólyag alakú nucleolus figyelhető meg. A chronikus lymphoid formákban végzett kezelési eljárások hatástalanok, a lép rtg-besugárzása is eredménytelen. Viszonylag jó hatású a splenectomia.

Az esetek 70%-a B-sejtes, a többi T-sejtes, vagyis az utóbbi forma gyakoribb, mint a chronikus formában, de ritkább, mint akut lymphoid leukaemiában. A cytochémiai módszerek közül kiemelendő a savanyú leukocytaphosphatase megszaporodása, ami lehet diffúz vagy göcös, néhány esetben tartarát-rezisztens.

A szerzők két esetüket ismertetik (75 és 55 éves betegek), ahol mind a klinikum, mind a morfológiai kritériumok megfeleltek a fentieknek. Az egyik betegnek B-, a másiknak T-sejtes leukaemiája volt. A túlélés az első esetben 3 hónap volt, míg a második esetben, ahol a lépét kivették, a beteg 16 hónap elteltével is életben van.

A szerzők szerint a prolymphocytás leukaemia az akut és chronikus alak közötti átmeneti variáns.

Bán András dr.

A különböző tartamú kezelés, a cyclophosphamid adás és a besugárzás hatása akut lymphoblastos leukaemia esetén. MRC Working Party on Leukaemia in Childhood: Brit. Med. J. 1978, 2, 787-791.

Az akut lymphoblastos leukaemia kezelése multicentrikus kísérletéről számolt be a munkacsoport. A megfigyelés 1972. január 1-től 1973. szeptember 30-ig tartott. A kísérletsorozatba 1 évnél idősebb és 20 évnél fiatalabb 312 beteg volt a kezelés 12 hetének végén első remissióban, 10 beteg fertőzés, vérzés következtében halt meg a diagnózis felállítását követően két héten belül. A korai központi idegrendszeri kórfolyamatokat és a 12 héten belüli relapsusos eseteket is kizárták az értékelésből. Még további 3 beteget nem tudtak értékelni, mert 1 elköltözött, 2 közreműködése nem volt megfelelő. Így a prognosztikus tényezőkről és a radiotherapiáról alkotott véleményüket a maradék 284 betegen végzett megfigyelésre alapozták.

A chemotherapeutikumokat a kezelés folyamán 12 hetes ciklusokban adták. Egy-egy kezelési periódusban a betegek prednisolont, vincristint, asparaginas, methotrexatot (i. thec., i. m., per os) és mercaptopurint kaptak a sémán megadott mennyiségben, ideig és egymásutánban. A megfigyelés alatt a központi idegrendszer irradiációját, a cyclophosphamid kezelést és az egész kezelés tartamát változtatták és nézték, hogy ezek milyen hatással voltak a betegek remissiójának tartamára.

Azt találták, hogy a leányok túlélése hosszabb volt, mint a fiúké. Ez részben a chemotherápia befejezése utáni nagy számú testicularis relapsusból adódott. De az izolált haematológiai relapsus is hamarabb jelentkezett fiúknál, mint leányoknál.

Azon betegeknél, akik nagy dózisu gerincbesugárzásban (2400 r) részesültek és intrathecalisan nem kaptak methotrexatot, a központi idegrendszeri prophylaxis kevésbé volt eredményes, mint azoknál, akik csak kisebb (1000 r) vagy semmi gerincvelői besugárzásban sem részesültek, de intrathecalisan methotrexatot kaptak. Alacsony rizikójú betegeknél (20 000/mm³ alatti fvs szám, 13 évnél fiatalabb életkor) nem befolyásolta az idegrendszeri manifesztációt az, hogy milyen központi idegrendszeri prophylaxist használtak. Magas rizikójú betegeknél, akiknél vagy 20 000/mm³-nél magasabb volt a fvs szám a kezelés előtt, vagy 13 évnél idősebbek voltak, esetleg mind a két tényező egyidejűleg fennállott, magasabb korai relapsus ráta volt nagy dózisu spinalis radiotherápia esetén, mint alacsonyabbnál.

12 hetenként adott egyszeri cyclophosphamid adagot (600 mg/m² iv.) a betegek jól tűrték, és az nem akadályozta a kezelés folytonosságát. Az észlelt remissio tartama ellenben cyclophosphamidot kapott csoportban rövidebb volt, mint azoknál, akik csak a többi gyógyszert kapták. Beteganyagukon úgy találták, hogy az általuk használt módon és adagban a cyclophosphamid immunosuppressiv hatást nem fejtett ki.

Végezetül nem látták előnyét annak, ha a nyolc 12 hetes chemotherápiás ciklust még további négy periódussal meghosszabbították.

Dux Ernő dr.

Megfigyelések praeleukaemiás betegek erythropoesisével kapcsolatban. Toeffler, Ph. és mtsai (Division of Haematology-Onkology, Dept. of Medicine, UCLA School of Medicine, Los Angeles.) Blood, 1978, 51, 1013—1019.

Az akut myeloid leukaemia rendszerint az erythropoesis morfológiai és functionalis zavaraival jár együtt. Cytogenetikai vizsgálatok szerint az akut myeloid leukaemiás beteg erythroid sejtjei is mutatnak cytogenetikai eltérést. Praeleukaemiában rendszerint észlelni olyan erythropoetikus dys-funcióra utaló jeleket, amelyek mintegy megelőzik a leukaemia kibontakozását. (Megaloblastos vérképzést, sideroachrestias vvt-képzést.) Ezek a megfigyelések is arra utalnak, hogy a leukaemiát megelőző állapotban a pluripotens stem-seitek szintjein megnyilvánuló rendellenesség áll fenn. A szerzők in vitro coloniákban a prae-

leukaemiás betegek vvt-képzését vizsgálták erythropoetin hatására. Azt találták, hogy súlyos anaemia ellenére is, megtartották a vvt-precursorok erythropoetin sensitivitásukat. Az anaemiát ezekben az esetekben, úgy vélik, a vvt-képzés ineffektivitása okozza, ami másodlagosan fokozott erythropoetin képződéshez és a precursorok hyperplasiájához vezet.

Berkessy Sándor dr.

Razoxan az akut myeloid leukaemia kezelésében. M. Bhavnani és mtsai (University Dept. of Clinical Haematology, Royal Infirmary, Manchester): British Medical Journal 1978, 2, 801.

A razoxan (1,2-bis) 3,5 diöxopiperazin-1-yl (propán) valószínűleg DNS és RNS gátló és a sejtciklus G₂/M fázisában hat. A szerzők 10 felnőttkori myeloblastos, 5 myelomonocytás akut leukaemiát és 2 idült myelocytás leukaemia blastos transformatióját (összesen 17 beteg) kezelték ezzel a droggal a következő módon: 3 egymást követő napon 3 × 125 mg razoxant (per os) + 1 mg/kg cytosinarabinozidot iv. adtak a betegeknek. Ezt a terápiát 10 naponként ismételték. Amennyiben az eredménnyel nem voltak megelégedve, úgy a 125 mg razoxant naponta 4-szer alkalmazták és a cytosinarabinozid dózisát 2 mg/kg-ra emelték. A 17 betegből 13 meghalt, ezek közül egy sem kapott 4 kezelésnél többet. Az életben levő 4 beteg közül csak kettőben érték el remissiót. A szerzők következtetése: a razoxan nem a megfelelő terapia az akut myeloid leukaemiában, az elért eredmények nem jobbak, mint amikor a cytosinarabinozidot egyedül alkalmazták. Az idült myelocytás leukaemia blastos transformatiójában talán (más drog kombinációjával) biztatóbb eredményeket lehet elérni.

Szemere Pál dr.

Felnőttkori akut leukaemia kezelése nagy dózisu methotrexattal és l-asparaginaseval. Boh-Seng Yap és mtsai (Dept. of Developmental Therapeutics, University of Texas, System Cancer Center, M. D. Anderson Hospital and Tumor Institute, Houston, Texas 77030, USA): British Medical Journal, 1978, 2, 791—793.

A szerzők összesen 39 akut leukaemiás (21 lymphoblastos, 7 differenciálatlan és 11 myeloblastos) betegükön szerzett terápiás tapasztalataikról számoltak be. Mind-egyiket előzőleg már kezelték. Az alkalmazott újszerű terápiás séma a következőkből állt: először 50—80 mg/m² methotrexatot, utána 3 órával 40 000 IE/m² l-asparaginaset adtak iv. Egy hét múlva 120 mg/m² methotrexatot, ezt követően 24 óra múlva pedig l-asparaginaset

kapott a beteg. Ez utóbbi 2 napos terápiás ciklust 7—14 naponként megismételték úgy, hogy a methotrexat dózisát minden alkalommal 40 mg/m²-rel emelték (tehát 120 után 160, majd 200 mg/m²) mindaddig, amíg a májfunctiók kórosak nem váltak, s akkor az adagot felével csökkentették. Összesen a betegek 46%-ában lehetett teljes remissiót elérni, átlagosan 3 kúrával. Ezen belül a legjobb választ a lymphoblastosok adták (62%), míg a differenciálatlan leukaemiásokban 43%, a myeloblastosokban csupán 18% volt az arány. Az átlagos túrt methotrexat dózis 200 mg/m² volt, de adtak 400 mg/m²-t is. Meglepő, hogy milyen kevés szövődőmeny észleltek, jóllehet folin savat soha nem adtak.

A szerzőknek az a véleménye, hogy feltehetően a methotrexat lőkés után közvetlenül adott l-asparaginase „védte ki” az ilyen dózis mellett már várható szövődőmenyeket. A súlyosabb mellékhatásokat az l-asparaginase okozta. A teljes remissio átlagos tartama 20 hét, s az átlagos túlélési idő ezeken a betegeken 45 hét volt.

A szerzők azzal ajánlják — elsősorban természetesen lymphoblastos és nem differenciált akut leukaemiák kezelésére — terápiás eljárásukat, hogy viszonylag nem nagyon toxikus a kezelés és járóbetegeken is alkalmazható.

Szemere Pál dr.

Neurofibromatosis kapcsán gyakoribb a leukaemia. Bader, J. L. és mtsai (National Cancer Inst., Landow Building, Bethesda, USA): J. Pediat. 1978, 92, 925.

Az irodalomban fellelhető olyan statisztikák, amelyek a Recklinghausen-kór és leukaemia együttes előfordulásáról számolnak be. Az Egyesült Államokban onkológiai centrumok körkérdése alapján 8 ilyen megfigyelésről számoltak be, így jelenleg az irodalomban már 29 ilyen eset vált ismeretessé. Figyelemre méltó az az észlelés, hogy neurofibromatosisis gyermekeken olyan leukaemia típusokat találtak, amelyek gyermekkorban szokatlanok. Gyermekekben ugyanis az akut lymphoblastos leukaemiák a túlnyomóak — addig a Recklinghausen-kórban szenvedő gyermekeken egyéb típusok (acut myelogen leukaemia; acut myelomonocytos leukaemia; idült myeloid leukaemia) találhatóak. Leukaemia lymphatica acuta egyéb leukaemia-típusokhoz való aránya gyermekkorban 4:1. A szerzők 29 esetében pedig 9:20 az arány. Ismeretes továbbá az is, hogy a gyermekeken myelogen leukaemia-formák főleg olyanokon fordulnak elő, akik egyéb genetikus zavarban is szenvednek (pl. Fanconi-anaemia). Ezen genetikus megbetegedések esetén chromatin-anomáliák mutathatók ki. A Recklinghausen-kór és leukaemia együttes előfordulá-

saiban ilyenfajta chromosoma aberratiót nem találtak. A neurofibromatosisban szenvedő gyermekeken további haematologiai megfigyelések szükségesek.

ifj. Pastinszky István dr.

Haemophiliás pseudotumor és iliacus haematoma: radiologiai és klinikai leletek. H. Grauthoff és mtsai (Radiologische Universitätsklinik Bonn): Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen und der Nuklearmedizin 1978, 129, 614—620.

648 haemophiliás beteg között 38 pseudotumort és 163 iliacus haematoma-találtak. Az iliacus haematoma klinikai tünetei a csípőízületi flexiós kontraktúra az egyéb mozgások megtartásával, femoralis paresis érzésvizsgálattal, tapintható terime a fossa iliacaban. Elkülönítendő coxitis, appendicitis, perityphlitis. A hagyományos röntgenvizsgálatok a korai stádiumban nem sokat segítenek, csak a computer tomographia tud a kórisme felállításához vezetni. Később a megnövekedett vérgyülem dislocáló hatása kimutatható kiválasztásos urografiával, majd idült szakban a kialakuló pseudotumor okozta csontelváltozások már natív felvételen is láthatók. A korai kórismét követően substitúciós kezeléssel remissio érhető el, egyébként szükségessé válhat a vérömleny műtéti kitakarítása. A csontrendszerben kialakuló haemophiliás pseudotumorok pusztán a röntgenkép alapján gyakran nem különíthetők el malignus tumoroktól, egyéb jellegű cystás elváltozásoktól, osteomyelitistől. Ezekre a szerzők meggyőző példákat mutatnak be. Az eddigi tapasztalatok alapján a haemophiliás pseudotumorok malignus elfajulásával nem kell számolni.

Lacza András dr.

Malignus folyamattal társult csontvelőnecrosis pathogenesis. Knoblauch, A. és mtsai (Med. Abt. des Spitals Limmattal, Schlieren und Pathol. Inst. des Stadtspitals Triemli, Zürich): Schweiz. med. Wschr. 1979, 109, 158—163.

Eddig 34 olyan esetet közöltek, mikor valamilyen malignus betegségben csontvelőnecrosis keletkezett (carcinoma, akut és krónikus leukaemiák, malignus lymphoma, osteomyelofibrosissal szövődött tüdőcarcinoma).

A szerzők esetüket több szempont miatt ismertetik, mivel a malignus folyamat gyanújára először a csontvelőnecrosis hívta fel a figyelmet. A 23 éves, harmadik hónapban levő terhes nő, kifejezett csontfájdalmak, súlyos normochrom, schizocytosissal járó anaemia és thrombocytopenia miatt került felvételre. A különböző csontokból nyert punctatumokban

kiterjedt sejt-necrosist találtak, ami csontvelő-biopsiával is igazolódott. A csontvelő-sinusok zsúfolva voltak daganatsejtekkel. A primer tumor az ovariumokban volt, melyeket eltávolítottak; ezután a panaszok enyhültek, az erythrocyta és thrombocytaszám normalizálódott. A javulás sajnos csak pár hónapig tartott, és a beteg egészen hirtelen, akut légzési elégtelenség tünetei közben meghalt. Boncolásnál nemcsak a csontokban és a csontvelőben, hanem a tüdők nyirokereiben, a lágy agyhártyán és a mellékvesékben is metastasisokat találtak. A csontvelő sinusait nagy tömegű tumorsejt-massza töltötte ki.

Az anaemia pathogenesisében a fenti elváltozásnak feltétlenül komoly szerepe van, hiszen a nem teljesen obstruált sinusokban áramló erythrocyták valósággal szétrodeznek és hamarabb haemolyzálódnak, mint a normális sejtek. Disseminált intravasculáris coagulopathiát nem észleltek, így az anaemiát a mikroangiopathiás formához sorolják. A csontvelő parenchymasejtjeinek a necrosisa ugyancsak a sinusok obstrukciójával kapcsolatos. Az ovariumból kikerülő daganatsejtek először a tüdőben metastatizáltak, majd onnan kerültek a csontvelőbe.

A szerzők összehasonlítják esetüket Király és Wheby nagyobb számú hasonló esetével és meglepő párhuzamot találtak, jóllehet a csontvelő-sinusok tumoros obstrukcióját először ők figyelték meg és írták le. Csontvelőnecrosis egyébként kísérletesen endotoxinnal is kiváltható és sarlósejtes anaemiában is megfigyelhető (*Utóbbi tankönyvi adat! Ref.*)

Az anaemia és thrombocytopenia okát nemcsak a csontvelő-parenchyma necrosisában, hanem a fragmentált erythrocyták fokozott haemolysisében és nonspecifikus csontvelő-suppressióban látják.

Bán András dr.

Thrombopeniás purpura kezelése Vincristinhez kapcsolt thrombocyták transfúziójával. (Thrombocyták a „trójai faló” szerepkörében). Wautier, J. L., B. Boizard, J. P. Caen (Laboratoire d'Hémostase et Service Central d'Immuno-Hématologie, Hôpital Lariboisière, Paris): Nouv. Presse Méd. 1979, 8, 185—188.

Ezt az új és szellemes módszert Ahn és mtsai alkalmazták először 1974-ben, abból a megfontolásból kiindulva, hogy thrombocytákkal incubált és ezekhez kapcsolt Vincristint a RES sejtjei nagyobb koncentrációban képesek phagocytálni, mint ha a gyógyszert egymagában iv. adták volna. A thrombocytá-Vincristin komplexust tehát a makrophagok veszik fel, ahonnan a Vincristin az ellenanyagtermelő sejtek mikrotubulusaiba kerülve ezeknek működését gátolja. Ahn pl.

11 krónikus idiopathiás thrombopeniás purpurán (ITP) szenvedő betegek közül ezzel a módszerrel 6 teljes és 3 részleges remissiót ért el.

A szerzők 70 éves nőbetegük esetét ismertetik, ahol a (krónikus) ITP mindenfajta kezeléssel, beleértve a splenectomiát, dacolt; 12 egység thrombocytá + 2,0 mg Vincristin egyszeri transfúziója azonban frappáns hatású volt. A remissio ideje az egy évet immár meghaladja és a kezelést megelőző nagy prednison adagot is sikerült napi 5 mg-ra csökkenteni. A thrombocytaszám azóta stabilan 100 000 körül van.

A cikkírók ismertetik a thrombocytá-ellenes antitestek kimutatásának módszereit, ezeknek kritikáját, és a jelenlegi módszert akkor is javasolják, ha pl. nem sikerülne az auto-antitestek kimutatása. A thrombocytá + Vincristin komplex transfúziója a keringésben levő thrombocyták élettartamát nem befolyásolja, ezért ilyen irányú szövődésménytől nem kell tartani. Az előkezelt vérelemek beadás után gyorsan eltűnnek a vérből, a lymphocyták blastos transformatiója ezt követően gyorsan normalizálódik. A hatásmechanizmus valóban az immunsejtrendszeren keresztül érvényesül, és a Vincristin direkt thrombocytopenikus hatása elhanyagolható, ami különben is csak átmeneti jellegű. Ily módon a thrombocyták valóban a trójai faló szerepét töltik be, hiszen az antitestek képződését „becsempészett Vincristinnel” tudják meggátolni, illetve csökkenteni. Lehetséges, hogy ez a módszer az autoimmun haemolitikus anaemiák bizonyos eseteiben is hatásos lesz.

Ezt a terápiát azonban nagyon mértéktartóan, csak azokban az esetekben javasolják, ahol a splenectomia, a cytostatikus és immunosuppressív terapia csődöt mond.

Bán András dr.

A haemophilia-A conductorok felismerésének lehetőségei. Sudeck, M. és mtsai (Abt. für Humangenetik des Klinikums der Universität Kiel): Dtsch. med. Wschr. 1978, 103, 2076—2078.

A haemophilia conductorok felismerése és kiszűrése biztos eljárásokkal még ma sem megoldott. Leggyakrabban alkalmazott eljárás a családfakészítés, amivel a conductor-ságot valószínűsíteni lehet. Ezenkívül a feltételezett conductor vérében a VIII. faktor aktivitását biológiaiilag határozhatjuk meg. Újabbban van elterjedőben az a módszer, amellyel a VIII. faktor protein jelenléte immunológiai kerület meghatározásra. A szerzők biztosan haemophilia conductor nőknél végeztek vizsgálatokat meghatározva a családja szerinti valószínűséget, a VIII. faktor biológiai aktivitását, ill. a VIII. faktor antigén jelenlétét. Ez utóbbit kvantitatív immunoelectroforesissal (Lo-

well eljárása szerint) határozták meg. Alacsonynak tartották a VIII. faktor aktivitást, ha az 70% alatt volt. A faktor aktivitásból valamint a VIII. faktor antigénből számítható hányados egészségeseken 0,85–1,4-ig terjedt. Feltételezhető conductoroknál 0,8 alatti quotienst találtak.

Berkessy Sándor dr.

Központi idegrendszeri vérzések haemophiliásokon. Eyster, M. E. és mtsai (Dept. of Medicine, State University of Pennsylvania): Blood, 1978, 51, 1179–1188.

A központi idegrendszeri vérzések a haemophiliás betegek leggyakoribb haláloklai közé tartoznak. Az Egyesült Államokban és Angliában az elmúlt 10 év statisztikai adatai alapján megállapítható volt, hogy a haemophiliások halálát 25–30%-ban okozták intracranialis vérzések. A szerzők egy kooperatív tanulmány keretében 1274 haemophiliás beteget követték két éven keresztül. A központi idegrendszeri vérzések a kisgyermek korban, ill. gyermekkorban voltak gyakoribbak. Ötvenhárom százalékban lehetett koponyát ért traumát kimutatni. Hypertoniát a vérzés hátterében mindössze 5%-ban észlelték. A központi idegrendszeri vérzés legjellegzetesebb tünetei voltak: fejfájás, hányinger, görcsök. Intraspinális haematómára rendszerint a háti fájdalom, ill. az alsó végtagok bénulása volt jellemző. A trauma és a klinikai tünetek között általában 24 óránál hosszabb idő telt el: 4 ± 2 nap. A leghosszabb latens periódust subdurális haematómák esetében észlelték. 1974 előtt a központi idegrendszeri vérzés diagnosztizálására lumbalpunkciót, ill. az angiogramhiát használták. Az utóbbi időben a non-invasív módszerek között a computer tomographia van elterjedőben.

Az intracranialis vérzések gyakoribbak, mint a gerincvelői vérzések. Prognosztikailag az intracranialis vérzések a rosszabbak, ezek 63%-a végződik halállal. A subdurális vérzések halálozási rátája 14%. A subdurális haematómát általában evacuálták, az intracerebrális vérzéseket steroiddal, ill. az agyi oedemát csökkentő szerekkel kezelték. Vertebrales vérzések többségében laminectomiát végeztek. Ismételt vérzést betegek 24%-ában észlelték, ezek B-haemophiliásokon voltak gyakoribbak. A magas mortalitás arra int, hogy a

koponya traumát szenvedetteket azonnali és tartós substitúciós kezelésben kell részesíteni, olyképpen, hogy a factorszintet 30% fölé kell emelni, s azt legalább 10–14 napig kell a trauma után fenntartani. EACA-t kevés esetben alkalmaztak, főként B-haemophiliában tartják ezt megmondolandónak, mivel a IX. factor concentratumokkal kezelve ez a DIC kialakulásának veszélyét erősen fokozza.

Kiemelik, hogy inhibitorral rendelkező betegeken az intracranialis vérzés előfordulása nem gyakoribb. Hangsúlyozzák azt is, hogy a traumát követő hosszú latens periódus miatt a factorpótlással nem szabad kivárni — komoly fejtraumák után — a tünetek jelentkezését. Különösképpen a háttal ért sérülések igényelnek azonnali kezelést. Papilloedema, fejfájás, hányás esetén — még trauma hiányában is — szükségesnek tartják a megfelelő szintű factorpótlást. Amennyiben intracranialis vagy gerincvelői vérzés nem alakul ki, az elkezdett kezelést 5 nap után szabad csak abbahagyni. Carriernek tartható anyák újszülöttein elengedhetetlen a szülést követően végzett preventív factorpótlás.

Berkessy Sándor dr.

Immun-thrombocytopeniák.

Mueller-Eckhardt, C. (Institut für Klinische Immunologie, Universität Giessen): Dtsch. med. Wschr. 1978, 103, 2061–2063.

A thrombocyták számbeli csökkentésére, illetve functionális károsodására visszavezethető vérzékenység fordul elő leggyakrabban. Ezek többségét az immunológiai okokra visszavezethető thrombocytopeniák képezik. Az immun-thrombocytopeniák diagnosztizálásának felállítása legpontosabban immunológiai módszerekkel lehetséges. Az immun-thrombocytopeniák egy csoportja autoantitestek hatására jön létre. Ezekre alkalmazzuk az immun-thrombocytopeniás purpura (ITP) elnevezést. Ezek döntő többsége chronikus megbetegedés. A diagnózis kritériumai a következők: a betegség legalább 6 hónapja áll fenn, izolált thrombocytopeniában nyilvánul meg, a csontvelőben a megakaryocyták száma normális, vagy emelkedett, a lép nem nagyobb, ezenkívül kizárhatók a lymphoproliferatív betegségek, haemolytikus haemopoetikus betegségek, collagenosisok, infekciók, a thrombopoiesis gyógyszerek vagy

gyulladás okozta toxikus károsodása. Rendszerint bizonyítani lehet a thrombocyt turnover fokozódását és a perifériás vérben található thrombocyták kiterülesi képességének fokozódását. A thrombocyt autoantitestek serologiai kimutatása körülményes. Legbiztosabbnak tekinthető, ha a thrombocyták felszínén kimutathatók az IgG, IgM, ill. a C-3 autoantitestek. Ezek radioaktív immunglobulin technikával, ill. haemolysis inhibíciós rendszerben mutathatók ki. Az ITP-s betegek thrombocytáinak felszínén az IgG koncentráció minden esetben emelkedett. Előfordulhat azonban ez a jelenség CLL-ben, plasmocytomában, aplastikus syndromában, thrombocytopeniás thrombotikus purpurában is. Indirekt radioaktív immunglobulin teszttel a keringő antithrombocytar antitestek kimutatására is van lehetőség.

ITP-s syndroma egyéb betegségekhez is társulhat. Leggyakrabban SLE-ben, autoimmun haemolytikus anaemiában, Hodgkin-kórban, lymphoproliferatív rendszerbetegségekben és Hashimoto thyreoiditisben látjuk. Pathogenetikailag az említett esetekben a thrombocyták ellen ható autoantitestek játszanak szerepet. Az ún. neonatalis ITP ritka betegség és ITP-ben szenvedő terhes anyák magzatain fordul elő. Lényege, hogy az anyai antithrombocytar antitestek a magzati keringésbe jutnak és a magzat thrombocytáit károsítják. A thrombocytopenia tünetei a szülést követően azonnal észlelhetők. Az IgG típusú anyai antitestek diapacentarisan könnyen átjutnak a magzati keringésbe. Keletkezésük oka az anyai keringésbe kerülő és ott idegenként viselkedő magzati thrombocyták lehetnek. Elsősorban tehát az anya immunizálódik. Immunisatio transfusiók révén is létrejöhet, ez feltehetőleg egvike a leggyakoribb kialakulási lehetőségeknek. Ilyen esetekben akut thrombocytopenia felléne észlelhető. Egy sajátos csoportja az immun-thrombocytopeniáknak az immun-complexek okozta thrombocytopenia. Ilyet anaphylaxiában, transplantációt követően, gyógyszer túlérzékenységekben, ill. autoimmun betegségekben láthatunk. A kórkép lényege, hogy az immuncomplexek hatására thrombocyt aggregatio, ill. release reactio következik be. Ezek leggyakrabban chronikus thrombocytopeniák, leggyakoribbak SLE-ben. Berkessy Sándor dr.



KÖNYVISMERTETÉS

G. Sz. Vaszilcsenko (red.): Obscsaja szexopatologija. Rukovodszko dlja vracszej. 1977. Medicina, Moskva, 487 oldal, ára: 2 rubel 20 kop.

A kötet a moszkvai pszichiátriai kutatóintézet szexuálpatológiával foglalkozó részlegének munkája, a részleg vezető szakembereinek közreműködésével készült. Célja az, hogy a szovjet egészségügyi minisztérium által 1973-ban önálló orvosi diszciplínává nyilvánított szexuálpatológia témakörébe bevezetést nyújtson orvosok számára. E célkitűzés jegyében a 25 000 példányban megjelent kötet rendszeresen és részletesen tárgyalja az orvosi szexológia és szexuálpatológia alapkérdéseit. A terjedelem nagy részét szexológiai ismeretek töltik ki. A szexuálpatológia fejlődéstörténetének áttekintése után a szerzőkolléktíva a szaporodás biológiáját, a nemek fejlődéstani differenciálódását, anatómiáját, fiziológiáját írják le, különös részletességgel szólva az orgazmusról és a szexuális készítésekről. A szerzők itt Masters és Johnson adataira és nagyszámú szovjet és nyugati vizsgálat eredményeire támaszkodnak. Igen jelentős az a fejezet a könyvben, amely a normális viszonyok és a normák jellegét, természetét hivatott megértetni az olvasókkal, ebben nagyon sok biológiai, lélektani és szociális szempontot kap az olvasó. Gyakorlati megfontolásból igen jónak mondható a szexológiai és szexuálpatológiai kivizsgálás módszereit leíró fejezet, ebben kérdőíves skálákat, adatlapmintákat is találhatunk. Viszonylag rövid a könyvben a sensu stricto szexuálpatológiai rész, ebben a részben a szexuális zavarok strukturális elemzésének elveit írják le a szerzők (nagy hangsúlyt adnak ebben a pszichopathológiai mozzanatoknak), részben pedig a szexuális zavarok kóroktanának és terápiájának szemléleti kérdéseit tárgyalják. A terápiában a pszichoterapiás módszerek jelentőségét emelik ki.

A könyv 537 irodalmi hivatkozást, sok táblázatot és ábrát tartalmaz, szemlélete korszerű, bár egyes részleteivel, megállapításaival lehetne vitatkozni, rendszereségében igen hasznos, alapos munka, igazi jó bevezető tanulmány lehet orvosok számára az orvosi szexológia és a szexuálpatológia megértéséhez és elsajátításához. Terjedelmében, fogalmazásmódjában, szerkezetében érezhető aránytalanságok, ezek azonban szinte természetesen jelen vannak, hiszen a tárgykör bonyolultsága és forrongó fejlődése miatt ilyenfajta áttekintő szakmunka az

utóbbi másfél évtizedben alig jelent meg a világon, nem lehetett tehát megfelelő modell a szerzők előtt; nyilvánvalóan a könyv felhasználásának tapasztalatai a következő kiadásokra kiküszöbölnek majd ezeket.

Buda Béla dr.

Schneider, R.: Hirnfunktionsstörungen im Kindesalter. (Klinische Psychologie + Psychopathologie, hrsg.: Prof. Dr. med. Dr. phil. H. Reinschmidt, Band 4): — 1. Auflage. Ferdinand Enke Verl. Stuttgart, 1978. 78 oldal, 40 ábrával és 7 táblázattal. Ára: 28,— DM.

A gyermekkori cerebrális dysfunkciók hátterében korábban a structuralis elváltozásokat keresték. Ezzel szemben az utóbbi években egyre inkább a funkcionális tényezők jelentősége kerül előtérbe, írja értékes előszavában H. Reinschmidt, a sorozat szerkesztője. A „normalis” és az „enyhe eltérés” között különösen a gyermekkorból nehéz éles határt húzni, mert a magatartási zavarok mögött gyakran csak normál-variáns, vagy lassúbb cerebrális érés található. A terminologia ezért az agyi károsodástól a minimal-brain-damage-n és a minimal-cerebral-syndromon, ill. dysfunction át a részleges, csökkent teljesítő képességig terjed.

A szerző a bevezetésben három alapvető szempontra hívja fel a figyelmet: a) a károsodás időpontja kiemelkedő jelentőségű, mert döntően befolyásolja a további fejlődést, b) a károsodás mértékét a gyermek fejlettségének aktuális színvonalára vonatkoztatva kell értékelni, c) a gyermek állapotát csak környezetével együtt, a környezeti hatások figyelembevételével ítélnünk meg helyesen.

A tömör fogalmazású könyv 5 fejezetre oszlik. Az első a gyermekkori agyi károsodás fogalmát, a károsító tényezőket és a károsodott szervrendszert (topographia szerinti) parametereit ismerteti. Legjelentősebbek a korai: perinatalis ártalmak, melyek durva és subtilis károsodást egyaránt okozhatnak. Ez utóbbiak közül a visuomotoros, visuo-perceptív, a kognitív funkciók, a személyiség fejlődés és a szociális magatartás zavarai, valamint a Piaget teoriával foglalkozik részletesebben a szerző. Végül kitér a három munkahypotesisre, melyek alapján vizsgálatsorozatokat szervezték és pontosan megtervezték.

A 2. fejezet a beteganyagot, a betegek csoportosítását, a 3. fejezet pedig a methodikákat, az alkalmazott klasszikus és új vizsgálati mód-

szereket, pszichológiai tesztekét foglalja össze.

Rendkívül értékes az eredmények — visuomotoros — kognitív funkciók szerinti csoportosítása, valamint multivariáns statisztikai eljárások szerinti értékelése (4. fejezet).

A discussióban (5. fejezet) a szerző fejlődés-physiologiai alapon, funkcionális szemlélettel értékeli a visuomotoros, a kognitív funkciók és a szociális magatartás vizsgálatával nyert eredményeket és a környezeti tényezők hatását. Ezek alapján bizonyítottnak látja azt a munkahypotesisüket, hogy a gyermek fejlődése szempontjából az ontogenesis korai szakában keletkezett károsodás a legjelentősebb.

Az összefoglalóban külön foglalkozik a fejlődés korai szakában — perinatalisan — károsodott gyermekek későbbi sorsával, összehasonlítva fejlődésüket a 3-5 éves korban károsodott, és a károsodás nélküli gyermekek fejlődésével. Az asphyxia, vagy egyéb eredetű perinatalis hypoxia következtében sérült gyermekeket nem csupán a visuomotoros, hanem a visualis perceptio szempontjából is különösen vulnerabilisnak találták. Kognitív funkciók pedig csak egyszerűbb feladataik megoldására elegendőek. Cselekvési készségük, döntő-képességük határozott csökkenése volt megállapítható az átlagon felüli intellektusúakban is. Ezek a gyermekek összetett feladatok megoldásában, nehezebb helyzetekben, a felsorolt hiányosságait intellektuális képességeik segítségével kompenzálják. A feladatok ilyen összetett megoldására leginkább a közösségben, főként az iskolában kerül sor, ahol sok számukra a nehéz helyzet, megoldásuk fárasztó. Ez a terhelés és a következményes kifáradás szociális magatartásukat kedvezőtlenül befolyásolja, megfelelő kapcsolat létesítését akadályozza.

A szerző megállapításai nemcsak a munkamódszere és a feldolgozás módja azonban nemcsak példás, hanem számos, új elemet tartalmaz, ezért a téma iránt érdeklődő olvasó számára hasznos és érdekes olvasmány.

Wohlmuth Gertrud dr.

Gyarmati László dr., Csontos András dr. és Stampf György dr.: Aeroszok gyógyszerkezelés technológiája. Medicina, Budapest, 1979. 138 oldal, 87 ábra. Ára: 42,— Ft.

Az utóbbi évtizedekben a korábban csupán empirián alapuló gyógyszerkészítés nagymértékben fejlődött. Ennek eredményeként — mint alkalmazott tudományág — kialakult a korszerű gyógyszerkezelés technológia, amire főként a következő tényezők jellemzők: 1. nemcsak leírja, hanem értelmezi, magyarázza az előállítás során végbemenő folyamatokat, s szabályszerűségeket is megállapít; 2. a gyógyszerkezelés technológia keretében behatóan tanul-



mányozzuk a gyógyszerkészítmény anyagrendszerű sajátosságait; 3. vizsgálat tárgyát képezi az adott fizikai, kémiai és kolloidfizikai tulajdonságú gyógyszerformából a hatóanyag szabadbá válásának folyamata és a gyógyszeres hatás kifejlődésének módja. A szerzők könyvükben lényegében ezeket a szempontokat követik.

A szerzők monográfia jelleggel főként a hajtógázos palackos aeroszollokkal foglalkoznak azzal a céllal, hogy az ismeretanyag összefoglalásával segítséget nyújtsanak a gyógyszerészhallgatóknak, valamint a gyógyszergyárban az aeroszol-technológia területén dolgozó szakembereknek.

A könyv behatóan tárgyalja az aeroszol-terápia elméleti és gyakorlati alapjait, valamint biofarmáciai és biológiai szempontjait. Mint-hogy a szerzők részletesen ismertetik a különféle farmakonokat tartalmazó aeroszol-készítményeket, köztük a légutakba, testüregekbe juttatásra vagy helyi, ill. külső használatra szánt aeroszolókat is — a mű az orvosok figyelmébe is ajánlható.

A bevezetőben — főként fiziológiai szempontokat tárgyaló rész után — különösen a palackos aeroszolok előállításának sajátosságainak leírásával találkozunk. Így ismertetésre kerülnek az aeroszol-készítményekhez használt palackok anyagi tulajdonságai (fém, műanyag, üveg), a szelepek különféle megoldásai, valamint a hajtógázok. Részletesen foglalkoznak a szerzők a hajtógázként alkalmazott klórozott-fluorozott szénhidrogének, továbbá más gázok felhasználhatóságával és toxikológiájával.

Külön fejezetet képez az aeroszol palackok üzemi gyártástechnológiájának leírása. Ismertetésre kerül a technológiai és fizikai paraméterek befolyása a részecskeméretre, s ennek folytán a gyógyszeres hatás kialakulására. Áttekinthetően tárgyalja az aeroszol-készítmények mikrobiológiai szempontjait. Leírja az aeroszol-készítmények ellenőrzésének módszereit és előírásait.

A szakemberek számára igen hasznos a könyv utolsó fejezete: „aeroszol-praktikum”, amelyben számos gyakorlati megoldás, ellenőrzési módszer kerül leírásra alkalmas példákkal megvilágítva.

A könyv szép ábrákkal gazdagon illusztrált, amik a közlő elméleti és gyakorlati ismeretek megértését segítik el. Minthogy az aeroszollokkal foglalkozó hazai és külföldi szakirodalom kifejezései nem egységesek, e szempontból is hasznos a fogalmak angol, német és magyar nyelvű jelölését feltüntető táblázat.

A könyv a szerzők nagy tapasztalatáról tanúskodik, s külön elismerést érdemel a gondos kiállítás.

Radnót Magda: A szemészet alapvonalai. Harmadik átdolgozott és bővített kiadás. Medicina Budapest 1978. 278. old., 257 ábra.

A tankönyv orvostannhallgatók számára íródott, de gyakorló orvosok, sőt idősebb szemorvosok is nagy érdeklődést tanúsíthatnak iránta.

Tomören, jól érthetően tartalmazza a szűkebb ismereteket, amelyeket a hallgatóknak a terovított oktatási idő alatt el kell sajátítani.

A bevezetés előírja a munka célját; az orvosnak ismernie kell azokat a szemtüneteket, amelyekből általános betegséget ismertet fel, vagy annak prognózisára következtet.

De tudnia kell, mikor szükséges a beteget szemorvoshoz küldeni és mik azok a teendők, amelyeket magának kell elvégeznie. Hiszen nagyon gyakran függ a szem sorsa az általános orvos első gondos megítélésétől és beavatkozásától. Pl. maróanyag gondos, sürgős eltávolítása a szemrésből, perforáló szemésérülés, glaukóma roham, érelzáródás felismerése. Ezeknél a gondatlan ellátás, vagy szemosztályra való késői beutalás a szem sorsát megpecsételi.

A meghosszabbodott életkor olyan körképeket, illetőleg azoknak olyan súlyos formáit engedi kifejlődni, amelyeket ezelőtt a betegek egyszerűen meg sem értek, ilyenek a keringési betegségek, a diabetes okozta szemfenéki elváltozások. Ezeket a könyv jól összefoglalva tárgyalja.

A könyv igen szép kiállítású, jól érthetőségéhez a mintaszerű ábrák is hozzájárulnak. Az egyes betegségek, elváltozások mutató színes felvételek egyszeri ránézésre megtanítják az olvasót lényegükre. Ugyanez mondható a fénymikroszkópos képekről, az elektronmikroszkópos és scanning képekről és fluorescein angiographiás felvételekről.

Az iatrogen ártalmakkal foglalkozó fejezet jól demontsrálja, mi jöhet létre akaratlanul, vagy a legkisebb mulasztás következtében, vagy helyesen adagolt gyógyszerek nem kívánt mellékhatásaként.

A szemészeti közegészségtan korosztályonkénti tárgyalása ugyan-csak sikeres feladat.

Mivel a tankönyvet jó használhatósága miatt mindenki megtartja, várható következő kiadása. Ezért szeretnék néhány észrevételt tenni: Beszél dioptriáról, de hiányzik a dioptria alapfogalma, a $D = 1/F$.

A szemüveglencsénél megemlíthető, nemcsak bi-, trifokális üvegek vannak, hanem átmenet nélküli minden távolságra jó Varilux vagy Rodenstock progresszív üvegek.

A kontakt lencsénél megemlíthető, hogy az általánosan használt kis corneális „úszó” lencséken kívül sclerális felfekvésű, terápiás célra vagy vízi sportolóknak alkalmas kagylók is léteznek.

A tankönyvről összefoglalóan elmondhatjuk, hogy külföldi könyvekkel tartalmilag és kiállításában versenyt tartó, korszerű könyv kerül az olvasó kezébe.

Németh Béla dr.

Von Ekkehardt Köhler: Klinische Echokardiographie (Klinikai echocardiographia). Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1979. 299 oldal, 189 ábra. Ára: 84,— DM.

A könyv csatlakozik a M-mód echocardiographiáról megjelent könyvek egyre sokasodó sorához. Bevezetésképpen mégis néhány különleges vonására hívnám fel a figyelmet. Mindenekelőtt egyike az első német nyelven megjelent monográfiának. Nagymértékben emeli a könyv értékét echocardiographia történeti szempontból Edler és Hertz bevezetője, melyben elismerő szavakkal méltatják a könyvet. A „két nagyot” idézem, amikor kiemelem, hogy az angol nyelvű könyvekhez viszonyítva a szerző műve különlegesen részletes és alapos. A részletesség azonban nem megy az érthetőség rovására, sőt alkalmassá teszi a könyvet tankönyv funkció betöltésére is. Kedves ajándék a szerzőtől az első fejezetben szereplő fénykép, mely Edlert és Hertzel a két úttörőt első készülékkel ábrázolja. Végül a könyv érdeméért jelölém meg, hogy az egyes fejezet végén röviden utal a kétdimenziós echocardiographia adta új lehetőségekre, mellyel az M-mód echocardiographiát kiegészíti vagy egyes területeken helyettesíti. Ezeket a szövegrészeket ugyan ábrákkal nem illusztrálja, de a legújabb irodalmi hivatkozásokkal támasztja alá.

A könyv szerkezete nem teljesen egységes. Az 1. fejezet a fizikai alapfogalmakat, a 2. fejezet a vizsgálati technika módszereit tárgyalja. A 3—6. fejezet az egyes billentyűk és műbillentyűk megjelenését, echocardiographiai elemzését tartalmazza és ezen belül foglalkozik az adott billentyűk betegségeivel is. A 8. fejezet a bal kamra címet viseli és tárgyalja a bal kamra fructio értékelésének M-mód echocardiographiai lehetőségeit. Meglepetésre itt írja le a kontrasztechocardiographia módszerét, mely elsősorban a jobb szívfél betegségeinek tanulmányozására való (intravénás befeckendezéssel jobb-bal shuntot lehet kimutatni különböző szinteken). Nem tűnik logikusnak az sem, hogy ezen a fejezeten belül a bal kamra két betegségét tárgyalja. a coronaria betegséget és a kongesztív kardiomyopathiát. Külön fejezetet képez viszont a kamrai septum (9. fejezet) és a hypertrophiás kardiomyopathia (10. fejezet). A 11. és a 13. fejezet ismét az eredeti elképzelésnek megfelelően struktúrákhoz kapcsolódik és a bal pitvar, ill. a pericardium betegségeiről szól. A 12., 14. és a 15. fejezet viszont a betegségecsoportokat

— a szívtumorokat, a congenitalis vitumokat és hypertonia betegséget — tárgyalja.

A könyv utolsó 3 fejezete a gyakorlat számára a leghasznosabb. A 16. fejezet az echocardiographia differencialdiagnosztikai értékét foglalja össze. A 17. fejezetben találjuk meg a szerző és számos egyéb szerző normál értékeit részben táblázatokban, részben pedig diagrammok formájában, melyek a testfelülettel való összefüggéseiket mutatják be. Gyakorlati segítségként a következő oldalakon mindjárt megtalálhatjuk a testfelület-számításhoz szükséges nomogramokat is. A 18. fejezet az echocardiographiás lelet összeállításához ad praktikus útmutatást.

189 ábra túlnyomó többségében eredeti echocardiogram, a szerző saját felvételei. Ez érdeme is és fogyatékosága is a könyvnek. Érdeme, mert az ábrák kifogástalan minőségűek és tömegüknel fogva a könyvet atlaszszerűvé teszik, ami igen hasznos egy ilyen új „morfológiai természetű módszer ismertetésében. Fogyatékosága, hogy nem szerepelnek viszont olyan jellegzetes képek, amelyek a szerző gyakorlatában nem fordultak elő (tricuspidalis stenosis, pulmonalis stenosis, endocardialis párna defectus, Fallot tetralógia, constrictiv pericarditis, bal kamra aneurysma stb.). Zavaró, hogy a szövegben nem szerepel következetesen az ábrákra való utalás. Igen hasznosnak tartom viszont a sematikus ábrákat, melyek a normális és kóros minták felismerését könnyítik meg.

A szerző naprakészen és kritikusan dolgozza fel az irodalmat. 1978-cal bezárólag szinte minden érdemleges echocardiographiás cikk szerepel a fejezetenként gyűjtött, igen jól kezelhető bibliographiában.

A könyv szemlélete címének megfelelően igazi klinikai, diagnosztikus szemlélet. Az egyes szívbetegségek cardiographiai jellemzőit a fejezetek végén pontokba foglalva, formailag is kiemelve fog-

lalja össze. Ezek az összefoglalások a „diagnosztikus kritériumok” címet viselik, ami kicsit pontatlan. Hiszen vannak olyan jellemzők, melyek nem tekinthetők kritériumnak, csak gyakori jelnek (pl. mitralis stenosisban a tág bal pitvar) és vannak olyan betegségek, melyeknek nincs is echocardiographiai kritériuma (sajnos!) mint pl. a mitralis insufficiencia. Így keveredik össze az obstructív és nonobstructív hypertrophiás kardiomyopathia diagnosztikája, mert az előbbiben a kritérium a mitralis billentyű systolés előreesése, míg az utóbbiban a kritérium a mitralis billentyű kismértékű előreesése vagy ennek hiánya (a non-obstructív kardiomyopathiát demonstráló 10—22 ábra viszont a mitralis billentyű határozott előreesését mutatja).

Tartalmi szempontból a legkevésbé a bal kamra funkciót tárgyaló fejezet sikerült. Nem ad teljes áttekintést a systolés és a diastolés functio megítélésének lehetőségeiről, mert a mitralis billentyű mozgására alapuló paraméterek, mérések a mitralis billentyű fejezetében szerepelnek. A segmentalis mozgászavarok kérdése is elmosódik és ezek értékelésére a szerző nem alkalmazza a systolés falvastagodás mérését.

Összegezve az elmondottakat, a könyv hasznos tagja az echocardiographiai monographiáknak. Ma még nem alakult ki a módszer standardizálása, nehéz tájékozódni a folyóiratokat elárasztó echocardiographiás közlemények tömegében. Ez a könyv is egy lépés ahhoz, hogy egységesen elfogadható értékek szűrődjenek le, hogy olyan alapvető ismeretek alakuljanak ki, melyek oktatásra, szakemberképzésre is alkalmasak.

Fontos kézikönyv azok számára, akik most kezdenek foglalkozni az echocardiographiával és azok számára is, akik már járatosak a módszerben. Szól az orvosok hallgatóknak, a belgyógyászoknak és cardiológusoknak, akik napi munkájukhoz segítségül vehetik, de hasznára

válják az echocardiographiával foglalkozó kutatóknak is, akik megtalálják benne a szinte teljesnek mondható echocardiographiás bibliographiát.

Lengyel Mária dr.

Dr Christoph Schwabe: Methodik der Musiktherapie und deren theoretische Grundlagen. Johann Ambrosius Barth. Leipzig. 1978. 250 oldal. Ára: 34,— DM.

A szerző a Lipcsei Marx Károly Egyetem Orvosi Karának Idegklinikáján a Psychotherapiás és Neurosiskutató Osztályt vezeti. A zenetherapia egyik nemzetközileg elismert szaktekinélye, e témakörben már több könyve is megjelent.

Új munkájában eddigi munkásságát összegezi. A kötet 2 fő részből áll. Az elsőben a zenetherapia elméleti alapjait tárgyalja. A zenével történő kezelés helyét valóságosan határozza meg a psychotherapia, a rehabilitáció keretein belül. Ismerteti, hogy az egyes szerzők művei hogyan hatnak a hallgatókra, összehasonlítva pl. Sibelius, Mozart, Bach, Beethoven, Dvořák muzsikáját.

A könyv második része a zenetherapia gyakorlati vonatkozásait elemzi. A módszer alkalmazható psychosomatikus betegségekben, psychiatriai kórképekben különböző gyermek- és időskori neuropsychiatriai folyamatokban. (A psychosomatikus, valamint az idős betegek zenetherapiájával hasonlóan igen kedvező tapasztalatokat szereztünk.) A zenetherapia intézményben és ambulánsan is alkalmazható. Két alapvető formája van: aktív és receptív. Az előbbi során a betegek maguk zenélnék, énekelnek; az utóbbi esetén passzív hallgatók. Mindkét típus lehet egyéni és csoportos. A szerző részletes, konkrét tanácsokat is ad.

A könyv végén széles körű, világirodalmat átfogó irodalomjegyzék van.

Vértes László dr.

PROGNOSTÁR

Helyszínen alkalmazható táptalajkészlet. Az objektív szemikvantitatív tájékoztatás eszköze, a környezet mikrobiológiai szennyezettségének vizsgálatára.

Felhasználható elsősorban folyékony minták és lenyomatok vizsgálatára.



Gyártja és forgalmazza:

**PHYLAXIA OLTÓANYAG-
ÉS TÁP SZERTERMELŐ VÁLLALAT**

1486 Budapest 10. Pf. 23.



987



A Magyar Kardiológusok Társasága, a Magyar Sebész Társaság Kardiovaszkuláris Szakosztálya, a Magyar Gyermekorvosok Társasága, a Magyar Kardiológusok Társasága Gyermekkardiológiai Szekciója 1980. május 8–9–10-én (csütörtök, péntek, szombat) Balatonfüreden, a SZOT dísztermében („A” terem), az Állami Kórház előadótermében („B” terem), a Bányászuduló előadótermében („C” terem) — a Magyar Kardiológusok Társasága megalakulásának 25. évfordulója alkalmából — tudományos ülést rendez.

1980. május 8., csütörtök,
de. 10.30 óra

„A” terem

Ünnepélyes megnyitó
és a tudományos pályázat
eredményhirdetése

Üléselelnökök: Böszörményi Ernő,
Ghyczy Kálmán, Kunos István.

I. főtéma: A szívbetegségek megelőzése gyermek- és felnőttkorban.

a) primer prevenció

Elnök: Ghyczy Kálmán, Palik Imre.

1. Kökény Mihály, Palik Imre, Gyárfás Iván, Najzer Alajos: Kiemelt szakmai célprogram a szív- és keringési betegségek leküzdésére (I.) Megelőzés, gyógyítás, rehabilitáció.

2. Palik Imre, Kökény Mihály, Gyárfás Iván, Najzer Alajos: Kiemelt szakmai célprogram a szív- és keringési betegségek leküzdésére (II). Az alapellátás gondozási tevékenységének fejlesztése.

3. Gyárfás Iván: A kardiovaszkuláris betegségek lakosság szintű komplex megelőzési és gondozási programja a XVII. kerületben.

4. Jánosi András: Ernyőképszűrítéshez kapcsolódó aktív lakosság-szűrés a XVII. kerületben.

5. Szigetvári Endre: A kardiovaszkuláris szűrés és gondozás Budapest XVII. kerületében a körzeti orvos szemszögéből.

6. Scheirich Alice: Körzeti orvosi továbbképzés a XVII. kerületi kardiovaszkuláris preventív programban.

7. Bágyoni Attila: Egészségnevelési feladatok az ischaemiás szívbetegségek megelőzésében.

1980. május 8., csütörtök,
du. 3 óra

„A” terem

b) juvenilis hipertonia

Üléselelnökök: Török Eszter, Verkerdy Sándor.

8. Török E., Gyárfás I., Csukás M., Kamarás I.: Juvenilis hipertonia vizsgálat I.: a nemzetközi vizsgálat tervezése.

9. Duba J., Török E., Gyárfás I., Csukás M., Kamarás I.: Juvenilis

hipertonia vizsgálat II.: a szűrővizsgálat adatai.

10. Tarján Zs., Török E., Gyárfás I., Csukás M., Kamarás I., Duba J., Ofner P.: Juvenilis hipertonia vizsgálat III.: A szülők postai kérdőívének értékelése a juvenilis hipertonia vizsgálatban.

11. Kamarás I., Török E., Gyárfás I., Csukás M., Domokos M., Rózsa Zs., Kökény M., Tar P.: Juvenilis hipertonia vizsgálat IV.: a gyermekek részletes orvosi vizsgálata.

12. Ofner Péter, Kökény Mihály: Ergometriás és echokardiographiás vizsgálatok serdülőknél.

13. Könyei Vilmos, Gyódi Gyula: A gyermekkori hipertoniáról — a preventív kardiológia szemszögéből.

Szűnet

c) kockázati tényezők

Üléselelnökök: Naszlady Attila, Világi Gyula.

14. Németh J., Naszlady A., Váradny T., Droba L., Gomez H., Györfi L., Györfi Z., Kerekes I., Molnár L., Pomozi A., Vajda I.: Az EKG gépi értékelésével szerzett tapasztalataink tömeges lakosságvizsgálat során.

15. Mezey Zsuzsa, Buday Géza, Hajdu Nóra, Klátyik Mária, Lambóy László, Sárman Pál, Keller László: Dohányzás előfordulása myokardiális infarktusos és kontroll csoportokban.

16. Fenyvesi T., Temesvári A., Tenczer J.: A dohányzás akut hatása a systole idő intervallumokra és a szívfrekvenciára.

17. Buzási György: Rizikó faktorok előfordulása falun élő ischaemiás szívbetegségeknél.

18. Szigeti Gyula, Sz. Erdei Pirokka: Thrombocyták szerepe az ischaemiás szívbetegség és szövődményeinek kialakulásában.

19. Bonczos László, Kiss Mária: Az ischaemiás szívbetegség foglalkozási kockázati tényezői a közlekedésben és a járműiparban.

1980. május 8., csütörtökön,
du. 3 óra

„B” terem

Téma: Klinikai farmakológia.

Üléselelnökök: Békés Miklós, Szám István.

20. Solti Ferenc, Czákó Elemér: Arrhythmia analízis jelentősége az antiarrhythmiaszerek hatásának vizsgálatában.

21. Borbola József, Elkafarna Ali, Szatmáry László: A Tobanum human szívelektrofiziológiás hatásainak tanulmányozása ép és csökkent motop interképzés esetén.

23. Máday András, Lengyel Mária, Péterfy Miklós, Vass Éva: Tartós propranolol kezelés hatása mitralis billentyű prolapsusban.

24. Veres József, Schwarz János, Böszörményi Ernő: GYKI 41 099 (Tobanum) antianginás hatásának vizsgálatát egyéves utánkövetés során.

25. Udvardi György: A Tobanum antiarrhythmias és antihypertensív hatásának vizsgálata ambulans betegeken.

Szűnet

Üléselelnökök: Matos Lajos, Hajduczki István.

26. Sipos Zoltán, Boga Bálint, Iskum Miklós: A GYKI 41 099 új beta-adrenerg receptor gátló szer klinikai hatásának vizsgálata esszenciális keringési hyperkinesisben.

27. Józán Mihály, Tarján Jenő, Parti Géza, Kovács Sándor: A Tobanum (GYKI 41 099) hatásának radiokardiographiás vizsgálata hyperkinetikus szív szindrómában.

28. Schwarz János, Veres József, Böszörményi Ernő, Fehér Gyula, Pintér István: Nagy dosisú beta-adrenerg blockoló, diuretikum, illetőleg ezek kombinációjának összehasonlító vizsgálata esszenciális hipertonia eseteiben.

29. Mikes L., Böszörményi E., Szigeti Gy., Fejes M., Szodrai E.: Cordanum „R” (Talinalol) hatása ischaemiás szívbetegség teljesítőképességére.

30. Kovács Izabella, Winkler Gábor, Salamon Ferenc, Naszlady Attila, Németh József, Korom Gyula, Szám István: Obesitas — Anorexigen gyógyszerek — Kisvérköri hipertonia.

31. Bíró V., Török E., Podmaniczky M.: Prazosin (Minipress) első dosisának hatása hipertóniában.

32. Kapocsi Judit, Farsang Csaba, Juhász István, Vajda Lída, Székács Béla: Prazosin és oxprenolol hatása a vérnyomásra és plasma renin aktivitásra esszenciális hipertonia esetén.

1980. május 8., csütörtökön,
du. 3 óra

„C” terem

III. főtéma: A koszorúerek fejlődési rendellenességei.

Üléselelnökök: Árvay Attila, Lozsádi Károly.

33. Lozsádi Károly: A koszorú artériák és a veleszületett szívbetegségek korrelációinak morfológiai vonatkozásai (referátum).

34. Záborszky B., Kamarás J., Bendig L.: Az arteria coronariák fejlődési rendellenességei: Felosztás, klinikai gyanújelek és klinikai jelentőségük.

35. Szenté András, Rózsa Zsuzsa, Romóda Tibor, Palik Imre: Haemodynamikailag jelentős veleszületett koszorúér-anomáliák radiológiai diagnosztikájáról.

36. Sárközy Károly, Mészáros Rozália, Árvay Attila: A koszorúerek shunttel járó congenitális anomáliái: A sebészi helyreállítás lehetőségei és tapasztalatai.

37. Hartyánszky I., Lozsádi K., Várkonyi P., Demeter Mária: A Bland-White-Garland-szindróma sebészi kezelése csecsemőkorból.

38. Kertész Erzsébet, Tekulics Péter, Száva Judit, Fráter Lóránd, Tószegi Anna, Matkó Ida, Fazakas

Sándor, Kovács Gábor: Diagnosztikus problémák a coronáriák veleszületett rendellenességeiben.

39. Czákó E., Bodor E., Pénztáros I., Szabó Z.: Congenitalis arteriovenosus coronaria fistuláról.

Sz ü n e t

Üléselnökök: Lónyai Tihamér, Szabó Zoltán.

40. Lónyai Tihamér, Sárközy Károly: Arteria pulmonalisból eredő jobb arteria coronariának aortába történő transplantációja.

41. Kovács Gábor, Fazakas Sándor, Felkai Béla, Gaál Tibor: Van-e kontraindikációja a billentyűpótlásnak?

42. Bartek Iván: Mechanikus keringéstámogatás szívsebészeti betegekben.

43. Újházy Gyöngyi, Fazakas Sándor, Gaál Tibor, S. Nagy Erzsébet, Kovács Gábor: St. Jude billentyűprothesis.

44. Móricz Ferenc, Barankay András, Volcz Márta, Schlotthauer József, Soltész Beáta: Az intubálást követő keringési változások kivédési lehetőségeiről szívbetegben.

1980. május 9., péntek, de. 8.30 óra
„A” terem

II. főtéma: Az akut és a krónikus keringési elégtelenség vazodilatátor kezelése.

Üléselnökök: Antalóczy Zoltán, Szigeti Gyula.

45. Antalóczy Zoltán: Új utak a kardiális dekompenzáció kezelésében: a vazodilatátorok alkalmazása.

46. Kerkovits Gy., Sárman P., Buday G.: A vazodilatátorok helye a szívinfarctus akut szakában keletkező szívelégtelenség kezelésében.

47. Székely Adám, Harsányi Adám, Jakab Tivadar, Kékes Ede, Kiss Béla: Dopamin-Nitroglycerin kezeléssel szerzett tapasztalataink heveny myokardialis infarktushoz társuló shock haemodynamikailag ellenőrzött eseteiben.

48. Szilasy Zsuzsanna, Kroó Mária, Bodor Géza: A tartós hatású nitroglycerin (Nitrong) terápia jelentősége coronaria betegség miatt műtött betegek postoperatív kezelésében.

49. Kroó Mária, Szilasy Zsuzsanna, Bodor Géza: A nitroglycerin infusio jelentősége a coronaria sebészeten.

Sz ü n e t

Üléselnökök: Földváry Gyula, Strommer Mátyás.

50. Perényi Tamás, Sárman Pál, Kerkovits Gyula: Orális vazodilatátor kezelés krónikus szívelégtelenségben.

51. Földváry Gyula, Varga István: Az idült szívelégtelenség vazodilatátor kezelése.

52. Préda István, Antalóczy Zoltán: Tartós hatású nitroglycerin (Nitrong) alkalmazása kardiális dekompenzációval járó ischaemiás szívbetegségben.

53. Kékes Ede, Dékány Miklós, Préda István, Bányai Ferenc: Elő- és utóterhelést csökkentő vazodilatátorok együttes alkalmazása ischaemiás szívbetegséghez társult krónikus szívelégtelenségben.

54. Dékány Miklós, Kékes Ede, Bányai Ferenc, Préda István: A vazodilatátor kezelés indikációja különböző eredetű krónikus szívelégtelenségben.

Sz ü n e t

Üléselnökök: Kerkovits Gyula, Ludvig Károly.

55. Barcsák János, Dékány Miklós, Kékes Ede, Nadas Iván: Vazodilatátor kezelés dekompenzált aorta insufficienciában.

56. Dekov E., Lengyel M.: Krónikus szívelégtelenség kezelése Depressannal.

57. Németh K., Cserhalmi L., Huszár Gézané, Szokolay Sándorné: Prazosin (Minipress) akut hatásának vizsgálata COCM-ben szenvedő betegekben.

58. Bányai Ferenc, Dékány Miklós, Kékes Ede, Barcsák János: Tartós vazodilatátor kezelés kongesztív kardiomyopathiában.

59. Kárpáti Pál, Nadas Iván, Dékány Miklós: A primer pulmonalis hypertonia vazodilatátor terápiaja.

1980. május 9., péntek, de. 8.30 óra
„B” terem

d) a szívinfarktus kockázati tényezői

Üléselnökök: Fülöp Tibor, Wesely János.

60. Fehér Csaba, Urbán Irén, Peuser Péter, Németh Ilona: Az effort- és instabil angina kapcsolata az akut myokardiális infarktussal.

61. Fekete K., Böszörményi E., Kármán M., Berényi I., Tóth T.: Kockázati tényezők vizsgálata myokardiális infarktus előtt és után.

62. Kelemen A., Erdős J.: A myokardiális infarktus kockázati tényezőinek vizsgálata reconvalescens betegekben, különös tekintettel a pszichés tényezőkre.

63. Arnold Csaba: Váratlan halál-e a hirtelen halál?

64. Zörényi István, Takács Piroška: A munkaképes kor infarktuszának és fontosabb rizikótényezőinek elemzése.

65. Gonda Ferenc: A mortalitás mintája az akut myokardiális infarktust túlélők között (A „Life table” technika használata).

Sz ü n e t

I. főtéma

c) gondozás, rehabilitáció

Üléselnökök: Endersz Frigyes, Romoda Tibor.

66. Rusznák Miklós, Hadházy Csaba, Koháry Emőke, Adorján Tibor, Csinády György: A Szabolcs-Szatmár megyei felnőtt szívbeteg-gondozás újrászervezésével kapcsolatos tapasztalataink.

67. Bokor Péter, Bence Mariann: Postinfarktusos területi rehabilitáció 2 éves tapasztalatai.

68. Hofmann Artúr, Gara Imre, Keltai Mátyás, Köves Gáborné, Jilling Erika: Ambuláns rehabilitáció szívinfarktus után.

68/a. Tahy Ádám: A postinfarktusos betegek orvosi rehabilitációjának a lehetőségei megyei tüdőgyógyintézetben.

69. Endersz Frigyes, Gangl Miklós, Kiss-Antal Mária, Lénárt Katalin, Szabó Mária: A tréningeffektus korszerű követése myokardiális infarktust követően.

70. Fejes M., Szigeti Gy., Mikes L.: Rövid, intenzív tréning kúra hatása myokardiális infarktust szenvedett fiatal betegek teljesítőképességére és néhány biokémiai mutatóra.

1980. május 9., péntek, de. 8.30 óra
„C” terem

IV. főtéma: A myokardium intraoperatív protekciója.

Üléselnökök: Kovács Gábor, Sárközy Károly.

71. Juhász-Nagy S.: Az intraoperatív myokardium védelem köréletana.

72. Moravcsik Endre, Papp Lajos, Juhász-Nagy Sándor, Sótónyi Péter, Szabó Zoltán: Ischaemiás szívmegállítást és kardioplegia hatásának összehasonlítása (Haemodynamika és ultrastruktúra).

73. Szabó Zoltán: Az intraoperatív myokardium védelem jelentősége a szívsebészeten.

74. Váczai Gábor, Aranyosi János, Halmi Márta, Mahunka Imréné, Békássy Szabolcs: Cyclicus nucleotidok (cAMP, cGMP) szintjének változása nyitott szívműtétek során.

75. Szende B., Egerváry M., Lapis K., Moravcsik E., Szabó Z.: Szívműtéten átesett betegek szívműködésének értékelése az intraoperatív myokardium protekció tükrében.

76. Papp L., Juhász-Nagy S., Moravcsik E., Sótónyi P., Szabó Z.: Postischaemiás myokardium inotrop támogatásának kísérletes sebészeti vizsgálata.

Sz ü n e t

Üléselnökök: Barankay András, Gömör András.

77. Schlotthauer József, Bartek Iván, Barankay András, Volcz Márta: Kardioplegiás myokardium védelemmel szerzett tapasztalatainkról.

78. Kalmár Imre, Százados Margit, Soós József, Olajos Márta, Bodor Elek, Rényi-Vámos Ferenc, Szabó Zoltán: Tapasztalataink az intraoperatív myokardium protekcióval.

79. Fazakas Sándor, Matkó Ida, Kovács Gábor: Coronaria perfusio vagy kardioplegia?

80. Tomcsányi István, Lónyai Tihamér, Kroó Mária, Bodor Géza:

A myocardium védelem különböző módszereinek összehasonlítása.

81. *Homolay Péter, Aranyosi János, Békássy Szabolcs, Szamaránszky Júlia, Szarka József, Vácsi Gábor, Gömörly András:* Tapasztalataink a hideg kardioplegiás oldat alkalmazásával.

82. *Várkonyi Péter, Demeter Mária, Hartyánszki István, Lozsádi Károly:* Mély hypothermiás módszer alkalmazása csecsemők és kisgyermekek nyitott szívműtéteihez.

1980. május 9., péntek, du. 3 óra

„A” terem

Téma: Korszerű diagnosztika.

Üléselelnökök: *Berentey Ernő, Fráter Lóránd.*

83. *Fráter L., Száva J., S. Nagy E., Gaál T.:* Újabb lehetőségek a kardiológiai röntgendiagnosztikában.

84. *Gaál T., S. Nagy E., Száva J., Fráter L.:* Sircam kamerával szerzett angiographiás tapasztalataink.

85. *Lengyel Mária, A. J. Tajik:* A két-dimenziós sector-echocardiographia (2DSE) helye a kardiológiai diagnosztikában.

86. *L. Pahl:* Összehasonlító echokardiográfiás vizsgálatok fiatalokú hipertoniás és coartatio aortaés betegeken.

87. *Csanády Miklós, Gruber Noémi:* Különböző sportágak hatása a szívre: echokardiographiás vizsgálatok.

88. *Nguyen M. Ha., Lengyel Mária, Kókény Mihály, Hoffmann Artúr:* A bal kamra functio követése echokardiographiával postinfarktuszos betegek ambuláns rehabilitációja során.

Szünet

Téma: Intrakardiális elektrogramok.

Üléselelnökök: *Solti Ferenc, Veress Gábor.*

89. *Tarján Jenő, Gaborják Mária, Temes Gyula, Horgász János:* Az intrakardiális EKG ST-szakaszának változása jobb kamrai infarktuszban.

90. *Littmann L., Tenczer J., Molnár F., Fenyvesi T., Kékes E., Zámolyi K., Világi Gy., Böhm A.:* His-köteg eredetű vezetési zavarok klinikai elektrofiziológiai vizsgálata.

91. *Polgár Péter, Wórum Ferenc, Kovács Péter, Lőrinc István, Lócsey Lajos, Ványi József:* Jobb pitvari monophasisus akciós potenciál prognosztikus értéke pitvar fibrillatio megszüntetése után.

92. *Rostás László:* Wenckebach típusú H-V block digitalis intoxicatióban.

93. *Szabó Zoltán, Schmidt János, Máté Károly:* Alternáló Wenckebach periódus.

94. *Óze Béla, Turi József:* Hármias atrioventricularis ingerületvezető pálya.

1980. május 9., péntek, du. 3 óra

„B” terem

I. Főtéma

f) infarktusz regiszter, intenzív terápiás ápolási egységek

Üléselelnökök: *Bohenszky György, Rochlitz Károly.*

95. *Pethő Anna, Jánosi András:* Az alapellátást végző orvos betegirányító munkájának jelentősége a szívinfarktuszos betegek intenzív ellátási rendszerében.

96. *Buday G., Sárman P., Jánossy A., Klátyik M., Lamboy L., Mezei Zs., Hajdu N., Kerkovits Gy.:* A prehospitalis fázis jellemzői a délpesti infarktusz program adatai alapján.

97. *Klátyik M., Buday G., Hajdu N., Lamboy L., Mezei Zs., Sárman P., Keltai M., Gara I.:* A szívroham prehospitalis kezelése Dél-Pesten.

98. *Lamboy L., Hajdu N., Klátyik M., Sárman P., Buday G., Mezey Zs., Maklary L.:* Resuscitatio az intenzív coronaria egységben.

99. *Macskásy Olívia:* Infarktusz Regiszter szerepe a területi kardiológiai munkában.

Szünet

g) követéses vizsgálatok

Üléselelnökök: *Csanády Miklós, Simon György.*

100. *Naszlady A., Littauer A.:* Kisvérköri hypertonia követéses vizsgálata légzőszekárosodottakban.

101. *Istvánffy Mária, Lengyel Mária, Róza Zsuzsa, R. Halmágyi Margit:* A regionalis myokardialis perfusio és fali asynergia vizsgálata.

102. *Horváth M., Böszörményi E., Kármán Miklós, Németh L., Bábiczy T., Törkő János (vegyszermérnök):* ¹³¹Cézium miokard-szcinográfia és radiokardio- és ciklográfia bal kamra-aneurizmás betegeken.

103. *Gruber Noémi, Láng Jenő, Csanády Miklós, Csernay László:* 201 TI-mal végzett terheléses vizsgálatok coronaria betegeken.

104. *Andréka Bertalan, Pölöskey István, Háfenschner István:* Radio-cirkulográfiás vizsgálatok a szívinfarktusz rehabilitációs időszakában.

105. *Gelléri Dezső:* Szívbillentyűhibás betegek követéses vizsgálata gondozási módszerrel.

Film: Hogyan kerülhető el a szívinfarktusz?

1980. május 9., péntek, du. 3 óra

„C” terem

Klinikai tapasztalatok metoprolollal.

Üléselelnökök: *Böszörményi Ernő, Kerkovits Gyula.*

106. *Claes Wilhelmsson:* Betaloc (Metoprolol) és methyllopum összehasonlító vizsgálata hypertoniában.

107. *Böszörményi Ernő:* Betaloc pectorisus betegeken.

108. *Polák Gyula, Békés Miklós,* alkalmazása hypertoniás és angina Sztankay Ildikó: Betaloc hatása

angina pectorisban és essentialis keringési hyperkinesisben. Akut és krónikus vizsgálatok.

109. *Sárman P., Buday G., Kerkovits Gy.:* A Betaloc klinikai-pharmakológiai vizsgálata coronaria-insufficienciában és hypertoniában.

110. *Bódis Lóránt, Radnai Béla, Németh Magdolna, Tényi István, Jávor Tibor:* Metoprolol (Betaloc) alkalmazásával nyert klinikai tapasztalataink angina pectorisban, rhythmuszavarokban és magas vérnyomásban szenvedő betegeken.

111. *Miskovits Eszter, Mátray Katalin, Várnay Ferenc:* Klinikai tapasztalataink metoprolol kezelés kapcsán.

Film: A béta-blockolók vasculáris hatásai.

Szünet

Téma: Pacemaker.

Üléselelnökök: *Záborszky Béla, Mihóczy László.*

112. *John P. Gams:* Szisztéma fejlesztés a pacemaker betegek automatizált ellenőrző vizsgálatára.

113. *R. Paliege, H. Volkmann, A. Lukácsy:* Sürgősségi elektrostimulátor (TUR RS 30).

114. *Lőrincz István, Wórum Ferenc, Kovács Péter, Polgár Péter, Ványi József:* T-hullám és ST-szakasz megváltozása átmeneti és végleges pacemaker kezelés során.

115. *Hormay M., Szabó I., Felkai E.:* A Fővárosi Weil Emil Kórház-Rendelőintézet területi ellátásában pacemaker kezeléssel szerzett tapasztalataink (1974—79).

116. *W. Teichmann, H. C. Vogel:* Iatrogen orthostatikus regulációs zavarok pacemakeres betegeken.

1980. május 10., szombat, de. 8.30 óra

„A” terem

Téma: Myokardialis infarktusz.

Üléselelnökök: *Magyar Éva, Strausz Imre.*

117. *Hajduczki István, Kálmán Miklós, Horváth Mihály, Endersz Frigyes:* Prosztinfarktuszos betegek phonomechanographiás paramétereit az izotópos vizsgálatok tükrében.

118. *Hajdu Eleonóra, Keltai Máttyás:* Mellkasi EKG térkép mellső-fali infarktuszban.

119. *Ludwig Géza, Berényi István, Böszörményi Ernő:* Trapezoidalis terhelés kiváltotta pulzusválasz linearitásának kérdéséről.

120. *Szeles Éva, Szigeti Gyula, Fejes Magda:* Izometriás terhelés hatása az ischaemiás szívbetegek bal kamra funkciójára.

121. *Sipos Erzsébet, Andréka Bertalan:* A sav-bázis és szérumelektrolit eltérések viszonya szívinfarktuszban.

122. *Bohenszky György, Bokor Zsuzsa, Fendler Kornél, Mátrai Árpád:* A vér viszkozitás alakulásának jelentősége akut myokardialis infarktuszban.

123. *Bársony Júlia, Harman Katalin:* Elvek és gyakorlat a myokar-

dialis infarktus hospitalis időszakán dietoterápiájában.

1980. május 10., szombat,
de. 8.30 óra

„B” terem

Téma: Gyermekkardiológia.

Üléselnökök: Kamarás János,
Peuser Loránd.

124. Mészáros Márta, Czeizel Endre, Nagy András, Krasznai Géza: A congenitalis kardiovasculáris malformációk születés kori gyakorisága.

125. Felkai Béla, Kertész Erzsébet, Matievics Istvánné: Automatizált irányítási rendszer congenitalis vitiumosok gondozásában, Csongrád megyében.

126. Simon Gy., Fábrián M., Rumppler J., Kunsági K., Gács É.: Szűrővizsgálati eredmények a valeszületett szívhibák gyermekkori kórismézésében.

127. Simon T., Imre E., Donkó É., Kamarás J.: Szívűtőre váró gyermekek megoszlása és gondozása Magyarországon.

128. Péntek Erzsébet, Szendrei Etelka, Györy Klára: Csecsemőkorú congenitalis vitiumosaink összehasonlító adatai és 1957–61-es és az 1973–77-es években.

129. Andres Savio, Dubecz Erzsébet, Kamarás János: A febris rheumatica prognózisának változása Kubában 1961-től 1978-ig.

130. Száva J., Fráter L., Kertész E., Tekulics P., Gaál T., Kovács G.: 1200 csecsemő- és kisgyermek angiokardiographia.

131. Kádár Krisztina: Suprasternalis echokardiographia a congenitalis vitiumok diagnosztikájában.

1980. május 10., szombat,
de. 8.30 óra

„C” terem

Téma: Patofiziológiai és experimentális farmakológia.

Üléselnökök: Horváth Mihály,
Takács Lajos.

132. Kékes Violetta, Sótónyi Péter, Juhász-Nagy Sándor: A sejt-felületi Ca-frakció Lantán-blokádjának hatása a koszorúér keringésre és a szívűködésre.

133. Németh Vera, Zelmanovics László, Juhász-Nagy Sándor, Solti Ferenc: Adenosin hatása a sinus csomó működésére.

134. Pogátsa Gábor, Grósz György, Wágner Mária, Dubecz Erzsébet: A szérum ozmolalitás hirtelen emelkedésének hatása a szívűködésre.

135. Cserhalmi Livia, Sótónyi Péter, Grósz György, Pogátsa Gábor: Congestív kardiomyopathia farmakológiai modellje patkányokon.

136. Farsang Csaba, Ramirez-Gonzalez, Kunos György: Naloxone gátolja a clonidin és a propranolol hypotenzív és bradikardizáló hatását. Egy endogen opiát feltételezhető szerepe a centralisan ható antihypertensív szerek hatásmechanizmusában.

137. Kósa E., Jaszlits L., Tardos L.: Egy új antihypertensív vegyület: GYKI—11 679.

138. Sebeszta Miklós: Anti arhythmias szerek hatása szívizom catecholaminokkal kiváltott lassú akciós potenciálokra.

Május 10., szombat, de. 11 óra

„B” terem

Poszter vita.

Üléselnökök: Böszörményi Ernő,
Ghyzsy Kálmán.

Tudnivalók:

A tudományos ülések csak részvételi jeggyel látogathatók.

A jegy ára 300,— forint, a helyszínen megváltva napi 100,— forint. Négy évnél nem régebbi diplomával rendelkező orvosok (ezt a körülményt a csekkap hátoldalán jelezni kell) számára 10,— Ft.

A szállás és étkezés három napra — csütörtök déltől szombat délig — személyenként 1000,— Ft.

Az előadások időtartama maximum 10 perc.

5 × 5 mm-es diaposzítív és 16 mm-es mozgófilm vetíthető.

A poszterek számára 2 m × 1 m álló téglalapnyi felület áll rendelkezésre. Poszter felelős: Szeles Éva dr., Balatonfüred, Állami Kórház.

Kongresszusi iroda: 1980. május 8—10-én Balatonfüreden az Annabella szálló halljában.

Felvilágosítás:

Németh Mária Megyei Idegenforgalmi Hivatal Kirendeltsége, Balatonfüred, Blaha Lujza u. 5. Telefon: 40-281.

Kerkovits Gyula dr. Bajcsy-Zsilinszky Kórház-Rendelőintézet, 1475 Budapest, Maglódi út 89. Telefon: 484-550.

A Magyar Tudományos Akadémia Orvosi Tudományok Osztálya 1980. május 5-én, hétfőn 15 órakor Budapesten, az Akadémia felolvasótermében (Roosevelt tér 9., I. em.) tudományos ülést tart.

Donhoffer Szilárd, az MTA rendes tagja: Osztályelnöki megnyitó.

I. Molnár László: Anyagforgalmi zavarok az ún. endogen és symptomás psychosisokban.

Felkért hozzászólók:

Fejér Arthur György: Rheographiás vizsgálatok heveny exogen psychosisokban.

Pataký István: Az alkohol-dependens állatkísérletes vizsgálata.

Gráf László: Endogen opioid peptidok enzimatisz átalakulásai és a neuronális szabályozás.

II. Tariska István: Az idegrendszer aktuális vírusbetegségei.

Felkért hozzászólók:

Mázló Mária: Elektronmikroszkópos víruskimutatás.

Gosztónyi György: A neuronális vírusvándorlás.

III. Környey István az MTA rendes tagja: Az idegrendszer örökösödő betegségeinek kutatása Magyarországon.

Felkért hozzászólók:

Czeizel Endre: Genetikai nyilvántartás.

Pálffy György: Örökléses tényezők nem döntően örökletes idegbetegségben.

Garzuly Ferenc: A Werdnig-Hoffmann betegségről.

Máttyus Adorján: A késői infantilis családi vakságos idiotaságról.

A Pécsi Orvostudományi Egyetem Tudományos Szakcsoportja 1980. április 28-án, délután 16 órakor, az Orvostudományi Egyetem Központi Épületében tudományos ülést tart.

Bero Tamás: Jejunalis by-pass (esetismertetés).

Németh Magdolna, Tényi István, Nemes János: Indomethacin hatása a renin — angiotensin — aldosteron rendszerre.

Kenyeres Miklós: Koponya pótlás „legező”-lebennyel.

Kránicz János, Bellyei Árpád: A gyermekkori spastikus bénulások műtéti kezeléséről.

Nádor Györgyi, Gáti Ágnes: A gerincvelő vascularis megbetegedéseinek elkülönítő kórjelzése.

A Magyar Egészségügyi Társaság Dél-dunántúli Szakcsoportja 1980. szeptember 26—27-én Kaposváron, a Megyei Könyvtár előadótermében (Csokonai köz 4.) tudományos konferenciát tart.

Előadásokat, részvételi szándékot 1980. június 15-ig kérjük bejelenteni.

Cím: Gyódi Gyula dr. osztályvezető főorvos, Kaposvár, Megyei Kórház Gyermekosztály 7401.

Az Egészségügyi Minisztérium, a KISZ Központi Bizottsággal és az Orvos-Egészségügyi Dolgozók Szakszervezetével közösen

szakmai-politikai vetélkedőt

hirdet fiatal ápolónők és védőnők részére.

Kérjük az orvos kollégákat, hogy belgyógyászati és belgyógyászati jellegű, sebészeti és sebészeti jellegű osztályokon ápolónői munkakörben, valamint védőnői munkakörben dolgozó 30 éven aluliak figyelmét hívják fel a vetélkedőre és segítsék elő a eredményes felkészülést. Célszerűnek tartjuk, hogy a vetélkedősorozat munkahelyi szintű fordulóján mind több fiatal ápolónő, illetve védőnő vegyen részt. A háromfordulós vetélkedő részletes felhívását az Egészségügyi Közlöny áprilisi száma tartalmazza. A fiatalok 1980. május 15-ig jelezhetik részvételi szándékukat munkahelyi vezetőjüknek.

ELŐADÁSOK–ÜLÉSEK

Dátum	Helye	Időpont	Rendező	Tárgy
1980. április 25. péntek	Szájsebészeti Klinika, VIII., Mária u. 52.	délelőtt 8,30 óra	Magyar Fogorvosok Egyesülete	1. Schuder László, Ferenczy Ida, Nemes Júlia, Osztrics István, Petruzsán Ferencné: Fogpaszta alapanyagok lepedékeltávolító hatásának összehasonlító vizsgálata. 2. Gera István: A feszes íny sebészeti rekonstrukciója. 3. Szüle László (Miskolc) Dens in dete és néhány elmélete
1980. április 25. péntek	Orsz. Idegsebészeti Tudományos Intézet könyvtára, XIV., Amerikai u. 57.	délután 13 óra	Orsz. Idegsebészeti Tudományos Intézet Röntgen Osztály	Gorácz István: Hypophysis tumor (esetbemutatóval)
1980. április 25. péntek	Főv. Heim Pál Gyermekekórház előadóterme, VIII., Üllői u. 86. „H” ép.	délután 14 óra	Főv. Heim Pál Gyermekekórház-Rendelőintézet	1. Kamarás Ilona, Ujváry Mária: A serdülőkor, mint sajátosság gondozási kategória. 2. Kamarás Ilona, Ráczné Baukó Mária, Tolvaj Ilona: Morbiditás a serdülőkorban. 3. Hegedűs Imre: Psychoszociális problémák megjelenése az adolescens korban
1980. április 30. szerda	Orsz. Reuma és Fizioterápiás Intézet klubterme, II. Frankel L. u. 25.	délelőtt 7,30 óra	Orsz. Reuma és Fizioterápiás Intézet Orthopaed Sebészet	1. Gáspárdy Géza, ifj. Richter András: Mozgásszervi műtéti igény felmérése reuma osztályokon. 2. Ifj. Richter András: Kézrekonstrukciós műtétek differenciál-indikációi



Az OMKER Bemutatótermében
(Budapest, VI. Népköztársaság útja 36.)

1980. április 14 – május 2-ig
naponta 9–16 óráig
(szombat – vasárnap zárva)

**Elektronikus
és optikai elven működő
laboratóriumi készülékek
kiállítása**

Minden érdeklődőt szeretettel várunk!

Szakmai és kereskedelmi felvilágosítás!

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



80.0840 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:

TRENCSENI TIBOR DR.

*

Munkatársak:

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

*

121. ÉVFOLYAM

*

17. SZÁM

*

1980. ÁPRILIS 27.

TARTALOMJEGYZÉK

Baranyi Éva dr., Tamás Gyula dr. Jr.,
Szalay János dr., Békefi Dezső dr.,
Dimény Emőke dr., Petrányi Gyula dr. Jr.,
Anda Lujza dr., Brooser Gábor dr.,
Gáti István dr. és Magyar Imre dr.:

Diabetesszel szövődött terhesség
gondozásának belgyógyászati vonatkozásai ... 995

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Mészáros Klára dr. és Stuber Adrienne dr.:
Populációs vizsgálatok köldökvérből
A köldökvér szérum nátrium-ion szintjének
meghatározása elektrometriás módszerrel ... 1001

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Asztalos Miklós dr. és Lampé László dr.:
Cukorbeteg terhesek
retardált kis súlyú magzatai 1005
Nagy Gyula dr., Németh András dr.,
Bodor Ferenc dr. és Ficsór Ervin dr.:
Idült arzénmérgezés által kiváltott
hólyagrák esetek 1009

TERÁPIÁS KÖZLEMÉNYEK

Pelle Pál dr., Pete Imre dr.,
Végh György, Illei György dr.:
Kombinált hatású magisztrális hüvelykúp
készítése és klinikai alkalmazása 1015

KAZUISZTIKA

Erdős László dr. és Kiss Lajos dr.:
Ismétlődő masszív vérzést okozó
ischaemiás colitis 1019
Groák Vera dr., Domján Gyula dr.
és Földes Gyula dr.:
Újszülöttkori streptococcus
(Béta-haemolytikus B csoport)
okozta gyógyult meningitis 1021
Horváth Örs dr. és Imre József dr.:
Hodgkin-kór miatt történt mediastinalis
röntgenbesugárzás következtében
kialakult oesophago-trachealis fistula
sebészi kezelése 1023

MÓDSZERTANI LEVÉL

Az epilepsziás betegek ellátásáról 1027

SZERKESZTŐSÉGI KÖZLEMÉNYEK

Felhívás Szerzőinkhez! 1033

Beszámoló, jegyzőkönyvek 1035
Folyóiratreferátumok 1037
Könyvismertetés 1049
Hírek 1051
Pályázati hirdetések 1026
Előadások, ülések 1052

TURINAL[®]



Tablettánként 5 mg allyloestrenolumot tartalmaz.

HATÁS

A Turinal a terhesség megtartására orálisan adható progesteron készítmény. Terhességmegtartó hatását a készítmény placentotrop aktivitása magyarázza. A Turinal növeli a trophoblast endocrin aktivitását, serkenti a placenta csökkent működését. Különösen olyan esetekben hatásos, ahol a terhesség megszakadását hormonalis dysfunctio okozza.

A Turinal nem okoz anyai virilisatiót, sem magzati masculinisatiót. Nem gátolja sem a gonadok, sem a mellékvese működését, a szervezet electrolyt-egyensúlyát nem befolyásolja.

Gastrointestinalis panaszokat nem okoz.

JAVALLATOK

Fenyegető vetélés, szokványos vetélés, fenyegető koraszülés.

ADAGOLASA

Fenyegető vetélés: naponta 3×1 tablettát 5–7 napon át, ill. a tünetek megszűnéséig. Szükség esetén az adag emelhető.

Szokványos vetélés: napi 1–2 tablettát a kritikus időpont után még legalább 1 hónapon keresztül.

Fenyegető koraszülés: az adagolást minden esetben egyénileg célszerű meghatározni, sokszor fentieknél magasabb adagok alkalmazása szükséges.

MEGJEGYZÉS

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

CSOMAGOLÁS

20 tablettát térítési díj: 9,- Ft.

Kőbányai Gyógyszerárugyár Budapest X.

Semmelweis Orvostudományi Egyetem,
I. Belgyógyászati Klinika
(igazgató: Magyar Imre dr.),
Orvostovábbképző Intézet,
Szülészeti Tanszék
(igazgató: Gáti István dr.),
Semmelweis Orvostudományi Egyetem,
I. Gyermekklinika
(igazgató: Gerlóczy Ferenc dr.),
Orvostovábbképző Intézet,
Szemészeti Tanszék
(igazgató: Brooser Gábor dr.)

Diabetesszel szövődött terhesség gondozásának belgyógyászati vonatkozásai

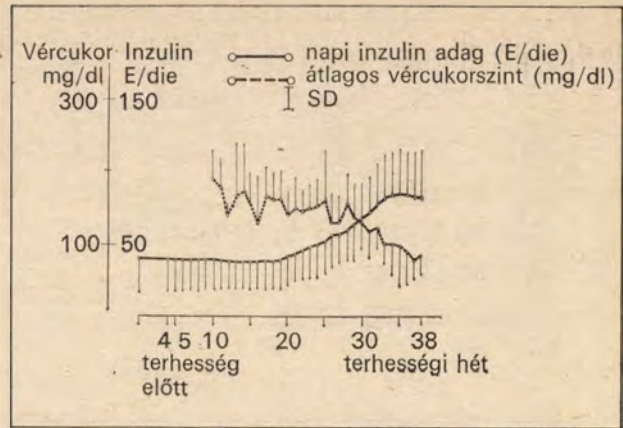
Baranyi Éva dr., Tamás Gyula dr. Jr.,
Szalay János dr., Békefi Dezső dr.,
Dimény Emőke dr., Petrányi Gyula dr. Jr.,
Anda Lujza dr., Brooser Gábor dr.,
Gáti István dr. és Magyar Imre dr.

Az utóbbi évek vizsgálatai egyértelműen igazolták, hogy a diabéteses anyák terhesség alatti szénhidrátanyagcsere-állapota döntően befolyásolja újszülöttjeik perinatalis morbiditását és mortalitását (16, 22, 32, 33, 46). A legjobb eredményeket világszerte azokban a centrumokban érték el, ahol a cukorbeteg terhesek és újszülöttjeik ellátását szorosan együttműködő diabetológus (szülés, belgyógyász, gyermekgyógyász) orvoscsoporth végezte, és gondozásukban a diabéteses gravidák vércukra a fiziológiás szintet alig haladta meg (22, 34, 45, 29, 36, 14, 18).

A legutóbbi évek hazai tapasztalatainak (5, 3, 2, 41, 7, 12, 20, 10) és külföldi eredményeinek számbavétele után, a diabéteses terhesek és újszülöttjeik ellátására 1976 tavaszán munkacsoportot alakítottunk. Célunk olyan egységes gondozási program kidolgozása és megvalósítása volt, mely lehetővé teszi mind az anyai, mind a magzati károsodás megelőzését, valamint — a hazai viszonylatban sajnos még általában jelentős — perinatalis mortalitás csökkentését. Gondozási munkánk irányelveit korábban már ismertettük (9, 40, 43).

Közleményünkben az elmúlt 2 év eredményeiről és a diabéteses terhesgondozás során szerzett belgyógyászati tapasztalatainkról számolunk be.

Az Egészségügyi Minisztérium 3.02-es számú Endokrin Kutatások megnevezésű tárcaszintű kutatási főirányaihoz elfogadott, a diabétes mellitus syndroma c. témához végzett kutatómunka alapján (1-22-0302-01-2/M).



1. ábra: Az átlagos vércukor szint és az alkalmazott inzulinadózis változása cukorbeteg terhesek intenzív gondozása során (1976–1978)

Beteganyag és módszer

1976. szeptember 1. és 1978. szeptember 1. között észlelésünk alatt 75 diabéteses gravida terhessége fejeződött be.

Betegeink kora 18–40 év volt; 26 primipara, 49 multipara volt. A gondozás a praeconceptionalis időszakban kezdődött 13 esetben, az I. trimeszter idején (a 13. gesztációs hét előtt) 18 esetben, a II. trimeszterben (a 26. gesztációs hét előtt) 20 esetben és 24 beteget a terhesség III. trimeszterében (a 26. gesztációs hét után) észleltünk először.

A diabétes súlyosságának megítélésére a módosított White-sémát (30) alkalmaztuk:

White-B csoport: 27 eset.

E betegek diabétes terhességük alatt vagy 20 éves koruk után kezdődött, ill. a betegség tartama a 10 évet nem haladta meg. A terhességük során valamennyi beteget inzulin kezelésben részesült.

White-C csoport: 13 eset.

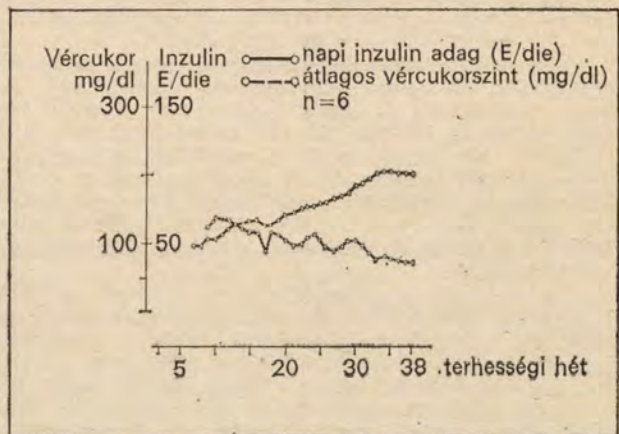
Betegségük 10–20 éves koruk között kezdődött, vagy tartama 10–19 év volt.

A White-B, -C csoportban diabéteses érszövődés nem fordult elő.

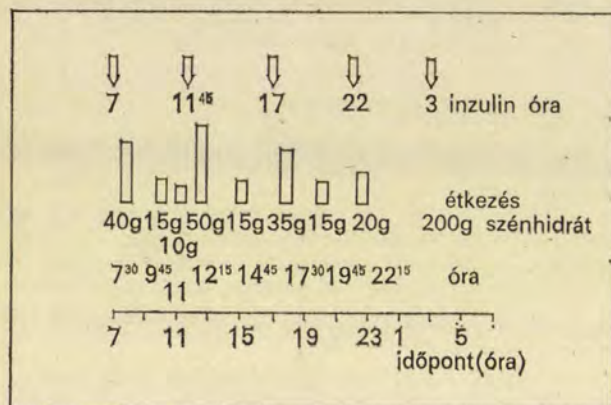
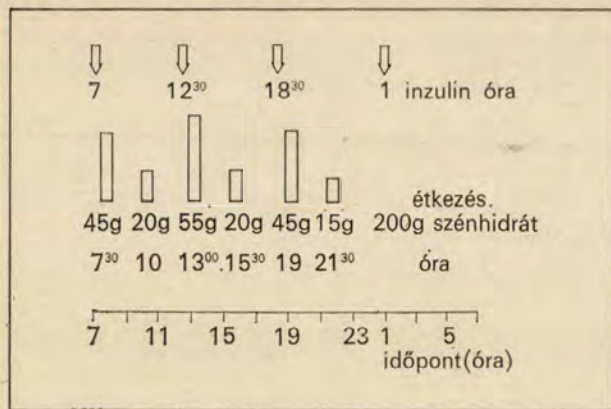
White-D csoport: 24 eset.

Diabétesük 10 éves koruk előtt manifesztálódott, vagy több mint 10 éve állt fenn. Ebbe a csoportba kerültek azok a betegek, kiknél a terhesség során kifejezett retinopathiát (microaneurysmák, vérzések, exsudatumok) észleltünk.

White-F csoport: 11 eset.



2. ábra: Az átlagos vércukorszint és a napi inzulinadag alakulása azon cukorbeteg terheseken, kiknél már a terhesség felismerésének idejétől normoglykaemiára törekedtünk (1978. ápr.–1978. aug.)



3. ábra: A naponta többszöri kristályos inzulín adagolás és az ennek megfelelő étkezési rend kezelési sémái, napi négyszeri (A ábra), illetve ötszöri (B ábra) injekciós esetén

E betegek mindegyike súlyos proliferatív retinopathiában és/vagy nephropathiában szenvedett. E betegek már terhesen kerültek gondozásunkba.

Betegeink esetében a terhesség előrehaladásával normális vércukorértékek elérésére törekedtünk. Kezdetben a terhesség első felében a 120–180 mg/dl közötti vércukorszintet még kielégítőnek ítéltük, a 20. gesztációs hét után azonban 80–120 mg/dl, a 30. gesztációs hét után pedig 50–100 mg/dl közötti vércukorértékeket tartottunk kívánatosnak.

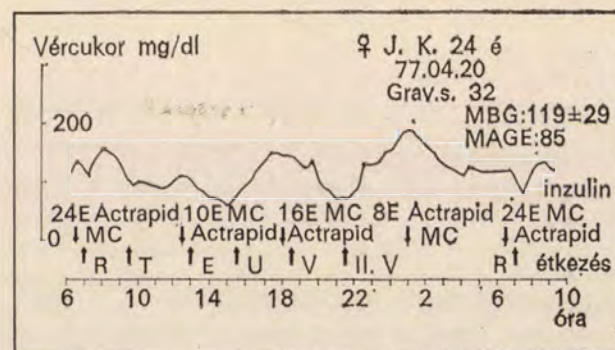
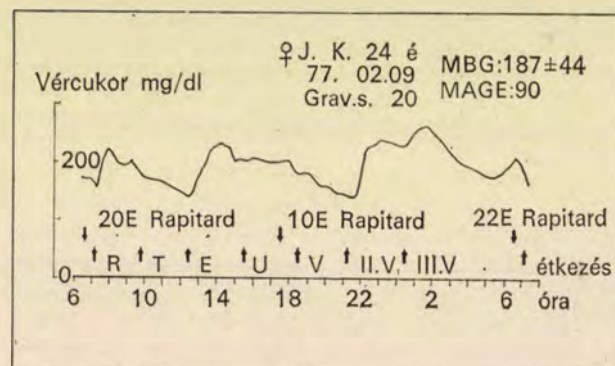
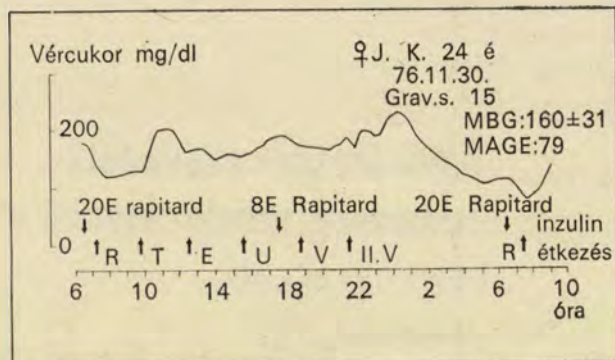
1978 áprilisától — a diabeteses terhességgel foglalkozó lainzi szimpoziumot (13) követően, Pedersennel történt személyes megbeszéléseink alapján — már a terhesség felismerésétől törekedtünk normoglykaemia (80–120 mg/dl) elérésére és fenntartására.

Cukorbeteg terheseink gondozását már a praeconceptionalis időszakban igyekeztünk megkezdeni. A praeconceptionalis gondozás célja az volt, hogy a kívánt terhesség mielőbb, jó anyagcsere-állapotban következzen be. Ennek során a megfelelő anyagcsere-egyensúly biztosításán kívül megvizsgáltuk a vesék állapotát, és rögzítettük a szemfenéki képet (fluoreszcein-angiográfiás fotó). E vizsgálatok elvégzése tette lehetővé a terhesség folyamán kialakuló állapotváltozások felmérését.

A terhesség megállapításakor a beteget azonnal intézetben helyeztük el. Ez volt a terhesség során az első, ún. „obligát hospitalizáció”, mely a kívánatos anyagcsere-állapot stabilizálódásáig, általában a 15–17. terhességi héting tartott. Hospitalizáció során az anyagcsere-állapot ellenőrzése a napi cukorürítés több frakcióban történő meghatározása, 1–2 hetenkénti 24 órás 8–10 egyes meghatározásból álló vércukorprofil, ill. esetenként — 24–48 órán át tartó — folyamatos vércukor-meghatározás (35) segítségével történt. A második obligát intézeti felvételre a 20. gesztációs hét táján került sor, és ez a megfigyelés 1–2 héting

tartott. Harmadik alkalommal a 30. gesztációs hét után hospitalizáltuk ismét a beteget. A 30–34. terhességi hét között, a gravidát belgyógyászati osztályon, a 34. héttől a szülésig szülészeten észleltük. Az intézeti felvételek közötti időszakokban hetenkénti ambuláns ellenőrzésre került sor (vizeletcukor, aceton-, postprandialis vércukor stb. meghatározás).

Terhelő szülészeti anamnézis, igen labilis diabetes, valamint súlyos érszövődmények esetén a diabetikát egész terhessége folyamán hospitalizáltuk. Folya-



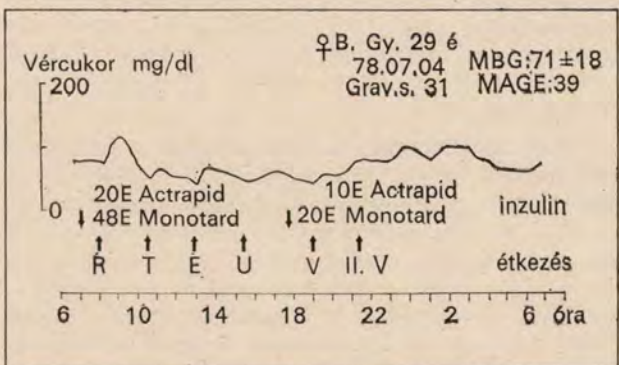
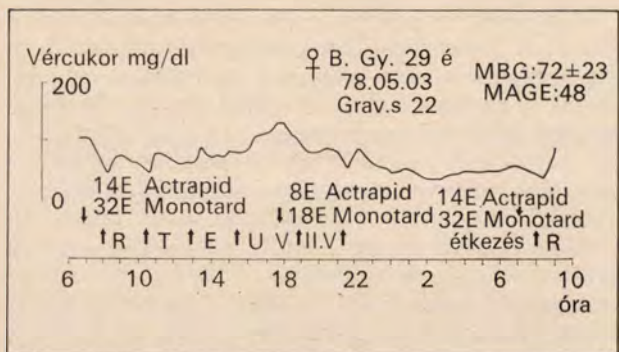
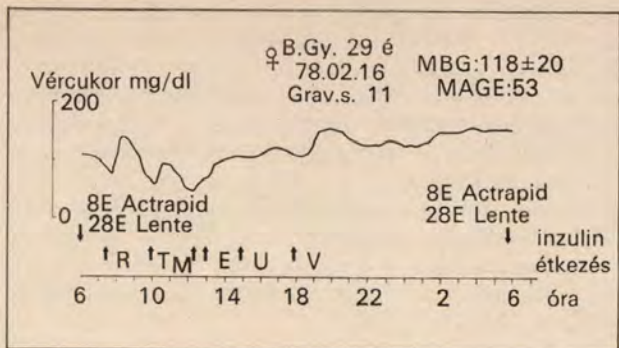
4. ábra: Terhesség alatti anyagcsere-irányítás módja labilis, inzulínérzékeny cukorbeteg esetében.

A ábra: A 15. terhességi héten naponta kétszer adott intermediaer inzulinnal — a 24 órán át folyamatosan végzett vércukor-meghatározás (Contiflo, Labor MIM) tanúsága szerint — kielégítő anyagcsere-egyensúlyt értünk el.

B ábra: A 20. terhességi héten ez az inzulín adag már kevésnek bizonyult, ezért mennyiségét fokozatosan emeltük.

C ábra: A 32. terhességi hétre az inzulín adag közel kétszeresére emelkedett, és napi négyszeri injekciós vált szükségessé. A vizsgálatot követően további inzulínemelés történt.

MBG (mean blood glucose) = átlagos napi vércukorszint, MAGE (mean amplitude of glycemic excursion) = a napi vércukoringadozást jellemző adat



5. ábra: Terhesség alatti anyagcsere-irányítás módja stabil cukorbetegség esetén.
A ábra: A 11. terhességi héten naponta egyszer adott inzulinval közel optimális anyagcsere-egyensúlyt sikerült elérni.
B-C ábra: A 22., majd 31. terhességi hétre az inzulin szükséglet kétszeresére, majd háromszorosára nőtt, azonban naponta kétszer adott intermediaer inzulinval a kívánatos anyagcsere-állapot még akkor is biztosítható volt

matos hospitalizációra került sor akkor is, ha a gravida Budapesttől távol (több mint 100 km-re) lakott, és így a hetenkénti ambuláns kontrollok megoldása nehézkes lett volna.

A szükséges belgyógyászati-szemészeti-szülészeti kontroll az együttműködő intézetben azonnal biztosítva volt, az egyes szakmák közötti kapcsolat rendkívül szoros volt. Diabetikáink szülésekor minden esetben — a szülészen kívül — a gyermekgyógyász és a belgyógyász is jelen volt.

Cukorbeteg terhesek kezelésére orális antidiabetikumot nem alkalmaztunk, zinkprotamin inzulin adását — napi egyszeri alkalmazandósága, bizonytalan felszívódása, és nagy antigenitása miatt — kerültük. Minden gravidát, kinek postprandiális vércukra a 120 mg/dl-t meghaladta, inzulin kezelésben részesítettünk. Az anyagcsere-irányítás során az inzulin kezeléssel egyenrangú fontosságúnak ítéltük a megfelelő diéta

összeállítását, megtanítását. Terhesek — testsúlytól függően — napi 150–200 g szénhidrátot fogyasztottak és napi 6–9 alkalommal étkeztek. Valamennyi betegünk veszélyeztetett terhesként történő betegállományban tartását indokoltnak tartottuk.

Eredmények

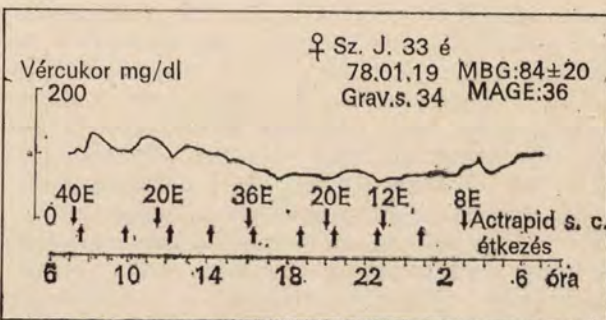
A diabetikus terhesgondozás során szerzett tapasztalataink arra mutatnak, hogy a terheség egymást követő szakaszaiban megkívánt vércukorszintek az inzulinadagok fokozatos emelésével érhetőek el. A terheség első felében diabetikáink átlagos napi inzulinadagja 38 E (± 18 E), a 30. gesztációs héten már 65 E (± 21 E) volt, a 35. terhességi hétre pedig elérte a 88 (± 27 E) egységet. A terheség utolsó heteiben az inzulinszükséglet valamelyest csökkent (1. ábra).

1978 áprilisától bevezetett kezelési elveink alapján a terheség felismerésétől kezdve normoglycaemiára törekedtünk. Ennek elérésére az inzulinadagot már a terheség elejétől fokozatosan emelnünk kellett (2. ábra).

A normoglycaemiára törekvés azt is jelentette, hogy a kívánatos átlagos vércukorszint elérésén kívül célunk volt a napi jelentősebb vércukor-ingadozások elkerülése is. Ezt a terheség elején naponta kétszer adott intermediaer inzulin vagy inzulin kombináció (Monotard, Rapitard, Lente inzulin, ill. ezek Actrapid inzulinval történő kiegészítése) alkalmazásával többnyire biztosítani lehetett. Labilis diabetes vagy érszövődmények fennállásakor már a terheség korai szakában is napi négyszer adott kristályos (Actrapid) inzulinra volt szükség. A terheség előrehaladásával a növekvő inzulinadagok bevitelére már csak napi 5–6-szori elosztásban kerülhetett sor. A 3. ábrán (a, b) vázoltuk az általunk eredményesnek talált inzulinadagolási módokat. E kezelési eljárásokkal az esetek legnagyobb részében sikerült a trimesternek megfelelő anyagcsere-egyensúlyt biztosítanunk (4., 5. ábra).

Az intenzív gondozással elért szoros anyagcserekontroll eredményeképpen 75 terhességből 62 fejeződött be élő, egészséges gyermek születésével.

Eredményeink értékeléséhez összevetettük ugyanezen anyák korábbi terhességének alakulását jelen graviditásuk kimenetelével (1. táblázat). Sikeresnek tekintettük a terheséget, ha abból élő, egészséges gyermek származott. Ez gondozottaink



6. ábra: Inzulin adagolás módja a III. trimeszterben, labilis diabetes esetén. A kívánatos vércukor szint elérése csak hatszori elosztásban alkalmazott kristályos inzulinval sikerült

1. táblázat. **A terhesség kimenetelének alakulása betegeink jelenlegi (intenzív gondozás alatt álló), és megelőző (intenzív gondozás nélküli) graviditásának esetén**

White csoport	Jelen graviditás			Előző graviditások		
	összes	sikeres	sikertelen	összes	sikeres	sikertelen
B	27	23	4	35	9	26
C	13	12	1	7	0	7
D	24	20	4	25	5	20
F	11	7	4	14	1	13
Összesen	75	62	13	81	15	66
Sikeres terhességek aránya:		82,%		18,5%		

között 82,6%-ban következett be, míg intenzív gondozás nélküli korábbi terhességeink mindössze 18,5 százaléka volt sikeres. Jelentősnek tartjuk, hogy súlyos érszövődményekkel rendelkező 11 White-F csoportú diabetikánk terhességéből 7 egészséges gyermek született, míg 14 korábbi terhességükből mindössze 1.

A 2. táblázatban a sikertelen terhességeket az anyai diabetes súlyossága szerint, a 3. táblázatban az anya gondozásbavételének ideje alapján csoportosítva tüntettük fel. 75 terhességből 6 spontán abortusszal végződött. A spontán abortuszok többsége (4/6) azokon a betegeken következett be, akiknél érszövődmények már megjelentek. A lezajlott 69 szülésből 7 esetben vesztettünk el gyermeket. A 7 gyermek közül 5-nek az élettel összeegyeztethetetlen fejlődési rendellenessége volt. Mind az 5 gyermek anyját a 24 terhességi hét után észleltük először, 4 esetben a magzati veszteség a perinatalis időszakban történt, így anyagunk összesített perinatalis mortalitása 4/69, azaz 5,7%.

A praeconceptionalisan, ill. kora terhességtől gondozottak valamennyien egészséges gyermeknek adtak életet. Esetükben a perinatalis mortalitás 0/25, azaz 0% volt.

Megbeszélés

A diabetesszel szövődött terhességgel kapcsolatos munkák egybehangzó tanúsága szerint a jó anyai anyagcsere-vezetés a magzati károsodások megelőzésének egyik legfőbb módja.

A vércukor facilitált diffúzió révén átjut a placentán (38). A foetalis-neonatalis cukorfelhasználás és inzulinválasztás mértéke így elsősorban az anyai vércukorszinttől függ (17). A magzat számára optimális környezetet a fiziológiás vércukorszint teremti meg, mely normális terhességben a 100 mg/dl-t alig haladja meg, és a nap folyamán minimálisan ingadozik (16, 34). Ha a terhesség során az anyai vércukorszint magasabb, ez foetalis hyperglykaemia és további súlyos magzati szövődmények — hyperinzulinizmus, macrosomia, neonatalis hypoglykaemia, adaptációs zavarok — kialakulására vezethet (8, 34, 47, 38).

Az elmondottak alapján racionálisnak látszott a feltételezés, hogy diabetikák terhessége során a fiziológiást megközelítő vércukorszint biztosításá-

val a magzati szövődmények gyakorisága és így a perinatalis mortalitás arányszáma csökkenthető. A klinikai tapasztalatok e feltételezést teljes mértékben alátámasztották, és e kérdéssel foglalkozó szerzők egyetértenek abban, hogy a terhesség 30. hetét követően a normoglykaemia fenntartása feltétlenül szükséges (4, 21, 42, 6, 18, 34, 14, 22, 25). Eredményeink is egyértelműen igazolják e kezelési elv helyességét, melynek segítségével gondozott diabetikánk sikeres terhességének arányát 82%-ra növeltük és újszülöttjeik perinatalis mortalitását 5,8%-ra csökkentettük.

Amikor eredményeinket az irodalmi adatokkal összevetjük, figyelembe kell venni, hogy munkacsoportunk működése csak rövid múltra tekint vissza. A gondozásunkba küldött diabetikák jelentős részének terhelő szülészeti anamnézise és/vagy súlyos diabeteze volt, ill. azért került gondozásunkba, mert a terhesség során anyagcsere-felborulás, vagy egyéb szövődmény következett be. Mindezek alapján beteganyagunk a súlyosabb kórképek irányába eltolódott esetekből tevődött össze. Az 1970-es évek irodalmi adatai a diabetesez anyák gyermekei között többnyire 5–10%-os magzati veszteségről számolnak be (26). Egyes nagymúltú európai centrumokban 1978-ra már 20% körüli perinatalis mortalitást sikerült elérni (15, 27). Anyagunkban mind a 25 diabetika, akiket már praeconceptionalisan vagy a kora terhességtől gondoztunk, egészséges gyermeket szült. Ez az adat is a korai, intenzív terhesgondozás döntő jelentőségét támasztja alá.

Nem egyértelmű az állásfoglalás a terhesség első felének anyagcsere-vezetését illetően. Mivel e periódusban a diabetika szénhidrát-anyagcseréjét labilitás és inzulinérzékenység jellemzi (24, 43), a 100 mg/dl körüli vércukorátlag elérése — az esetek többségében — csak hypoglykaemiás periódusok árán lehetséges. Bár a normoglykaemia biztosítása nemcsak a foetus, hanem az érszövődmények alakulása szempontjából is döntő fontosságú lenne (44, 11), a kora terhességi hypoglykaemiák esetleges káros hatására is több szerző hívta fel a figyelmet (23, 48, 1). A kérdés a mai napig sem véglegesen eldöntött. A legutóbbi idők állásfoglalása szerint a kora terhességi hypoglykaemiák teratogen hatása nem igazolható (28, 30, 46, 26), sőt Pedersen az 1978 márciusában tartott lainzi szimpóziumon ismételten hangsúlyozta, hogy az I. trimeszterben hypoglykaemiás kómán átesett diabetikák gyermekei között kevesebb fejlődési rendellenes-

2. táblázat. **Az anyagunkban szereplő „sikertelen terhességek” megoszlása az anyai diabetes súlyossága szerint**

White csoport	Esetszám	Spontán abortus	Perinatalis halálozás	Késői post-natalis halálozás
B	27	2	1	1
C	13	0	0	1
D	24	3	1	0
F	11	1	2	1
Összesen	75	6	4	3

3. táblázat. **A magzati veszteséggel végződött terhességek megoszlása az anya gondozásba vételének ideje alapján**

Anyai gondozás kezdete	Esetszám	Perinata- talis mor- talitás	Késői port- natis mor- talitás
Praeconceptionalis	13	0	0
I. trimeszter	12	0	0
II. trimeszter	20	1	1
III. trimeszter	24	3	2
Összesen	69	4 ×	3

× Perinatalis mortalitás: $4/69 = 5,78\%$

ség fordult elő mint azokéin, akiknél nem észleltek hypoglykaemiát (31).

Anyagunknak még csak néhány esetében törekedtünk már a kora terhességtől normoglykaemiás beállításra — állásfoglaláshoz e tapasztalat kevés. Hangsúlyozzuk azonban, hogy e betegek mindegyike egészséges gyermeknek adott életet, annak ellenére, hogy valamennyien retinopathiában szenvedő cukorbeteg volt.

Terhes diabetikák gondozása során a kívánatos vércukorszint gyakorlati megvalósítása nem könnyű. A kezelés során individuálisan kell figyelembe venni a beteg testsúlyát, az erek állapotát, diabetesének típusát, inzulinérzékenységét, stb. Mindezek a paraméterek a terhesség előrehaladásával is változnak: a terhesség elején észlelhető labilitással szemben a terhesség második felének anyagcsere-állapotára inkább a stabilitás és relatív inzulinrezisztencia jellemző (24, 43, 45, 39). Ez utóbbi oka főként a kontrainzuláris hormonok növekvő aktivitásában, a placenta inzulint inaktíváló hatásában, ill. a testsúly növekedésében keresendő (19, 45, 39, 46, 37). Mindezen inzulinrezisztenciát okozó tényezők fennállása ellenére a vércukor szintet alacsonyan kell tartanunk, és így a harmadik trimeszterre relatíve nagy inzulin adagok bejuttatása szükséges. Napi 80—160 E inzulin beadása csak többszöri elosztásban valósítható meg — ebbe 1—2 éjjeli injekció is beletartozik — és ez a beteg számára nem kis megterhelés. Hozzávéve ehhez a hetenkénti kontroll vizsgálatokat, a tartós hospitalizációt, valamint az anyagcsere-egyensúly biztosításához elengedhetetlenül szükséges napi ritmus (étkezés, mozgás) pontos betartását, azt mondhatjuk, hogy az intenzív gondozáson való részvétel a beteg részéről is erőfeszítéseket és teljes kooperációt igényel. Tekintettel arra, hogy betegeink gyermek utáni vágya igen erős volt, és az esetek jelentős részében már több sikertelen terhesség állt mögöttük, az adott graviditás sikeréért szívesen vállalták e szigorúan szabályozott életformát.

Nem hangsúlyozható eléggé, hogy bár e közlemény a diabeteses terhesgondozás csupán belgyógyászati tapasztalataink ismertetésére szorítkozik, a közölt adatok egy igen szorosan együttműködő interdisciplináris (szülész, szemész, gyermekgyógyász, belgyógyász) munkacsoport eredményei. A munkacsoport tagjai valamennyien a diabeteszsel szövődött terhesség iránt érdeklődő egészségügyi dolgozók, kiknek munkájukhoz biztosítva volt a

megfelelő intézeti és laboratóriumi háttér. Ezen feltételek nélkül eredményes gondozás aligha valószínűsíthető meg.

Köszönetnyilvánítás. Köszönetünket fejezzük ki a Labor—MIM cégnek, a Contiflo készülék rendelkezésünkre bocsátásáért.

Összefoglalás. Szerzők a diabeteszsel szövődött terhesség intenzív gondozására munkacsoportot alakítottak abból a célból, hogy megfelelő módszert dolgozzanak ki az anyai és magzati károsodások megelőzésére. A terhesgondozás belgyógyászati szempontjait figyelembe véve számolnak be munkájuk első 2 éves periódusának tapasztalatairól. Módszerük lényege a normoglykaemiás anyagcsere-állapotra való törekvés, melyet a terhesség egymást követő szakaszaiban növekvő inzulin mennyiségekkel értek el. A helyesnek tartott inzulinadagolás módszerét példákkal illusztrálják. Szükségesnek tartják a szoros anyagcsere kontrollt: ez hetenkénti ambuláns ellenőrzésben, valamint a terhesség elején, a 20. gesztációs hét körül és a 30. gesztációs hét után obligát intézeti megfigyelésben áll. A két év alatt összesen 75 inzulin kezelésre szoruló terhest vettek gondozásba, kiknek 45⁰/₀-a súlyos, White-D, -F csoportba tartozó diabeteses volt. 62 terhesség fejeződött be egészséges gyermek születésével, 6 spontán abortusz történt, a perinatalis időszakban 4, a későbbiek során még további 3 újszülöttet vesztek el. A perinatalis mortalitás 5,78⁰/₀ volt. Jelentősnek tartják, hogy a praekonceptionális időszakban, illetve a kora terhesség idején gondozásba vett 25 diabetikájuk közül mind a 25 egészséges gyermeket szült.

IRODALOM: 1. *Abell, D. A. és mtsai:* Am. J. Obstet. Gynecol. 1975, 124, 388. — 2. *Angeli I.:* Orvosképzés. 1974, 49, 50. (Suppl.) — 3. *Asztalos M.:* Orvosképzés. 1974, 49, 59. (Suppl.) — 4. *Asztalos M.:* Diabetikák terhesség alatti anyagcsere-irányítása. In Diabetes mellitus és terhesség. A MDT III. kongresszusán elhangzott előadások. Szerk.: Asztalos M. és Tamás Gy. Jr., Ed.: Magyar Diabetes Társaság, 1977, 45. old. — 5. *Asztalos M., Komáromi B.:* Orv. Hetil. 1970, 111, 2114. — 6. *Auinger, W.:* Wien. Klin. Wschr. 1978, 90, 110. — 7. *Bányász T.:* Orv. Hetil. 1970, 111, 393. — 8. *Beard, R. W., Turner, R. C., Oakley, N. W.:* Postgrad. Med. J. 1971, 47, 68. — 9. *Békefi D., Baranyi É., Szalay J.:* Magy. Belorv. Arch. 1977, 30, 315. (Suppl.) — 10. *Bikich Gy., Szalay J.:* Diabeteses terhesek gondozása MDT közgyűlése, Siófok. 1972. — 11. *Brooser, G. és mtsai:* Serial ophthalmological observations during intensive care in diabetic pregnancy. In European Association for the Study of Diabetes, 13th Annual Meeting Geneva, 1977. — 12. *Csapó G. és mtsai:* Magy. Belorv. Arch. 1973, 26, 147. — 13. *Diabetes-Probleme in der Schwangerschaft I.* Lainzer Diabetes Symposium, 10—11 März 1978. Herausgegeben von: K. Irsigler, H. Regal, J. Brändle, Urban und Schwarzenberg, München—Wien—Baltimore, 1978, 92. old. — 14. *Essex, N. L. és mtsai:* Brit. Med. J. 1973, 4, 89. — 15. *Fuhrmann, K.:* Ultrasound studies. In EASD Pregnancy Study Group Meeting: Dubrovnik, 1978. — 16. *Gillmer, M. D. G., Beard, R. W., Brooke, F. M.:* Brit. Med. J. 1975, 3, 399. — 17. *Gillmer, M. D. G. és mtsai:* Brit. Med. J. 1975, 3, 402. — 18. *Gyves, M. T. és mtsai:* Am. J. Obstet. Gynec. 1977, 128, 606. — 19. *Heisig, N.:* Diabetes und Schwangerschaft. G. Thieme, Stuttgart, 1975. — 20. *Horváth S., Gagy D.:* Magy. Nőorv. Lapja. 1973, 36, 162. — 21. *Illei Gy., Kneffel, P.:* Terhességi diabetes praehypoglycaemiás insulin ke-

zelése során szerzett tapasztalataink. In Diabetes mellitus és terhesség. A MDT III. kongresszusán elhangzott előadások. Szerk.: Asztalos M. és Tamás Gy. Jr. Ed.: Magyar Diabetes Társaság, 1977, 119. old. — 22. Karlsson, K., Kjellmer, I.: Am. J. Obstet. Gynecol. 1972, 112, 213. — 23. Landauer, W.: Teratology. 1972, 5, 129. — 24. Lev-Ran, A., Goldman, S. A.: Diabetes. 1977, 26, 926. — 25. Lewis, S. B. és mtsai: Obstetrics and Gynec. 1976, 48, 260. — 26. Malins, J. M.: Journal of the Royal Society of Medicine. 1978, 71, 205. — 27. Molsted-Pedersen, L.: Preterm labour. In EASD Pregnancy Study Group Meeting, Dubrovnik, 1978. — 28. Molsted-Pedersen, L., Tygstrup, I., Pedersen, S.: Lancet. 1964, 1, 1124. — 29. Möller, E.: Studies in Diabete Pregnancy Lund, Student Literature, 1970. — 30. Pedersen, J.: The Pregnant Diabetic and Her Newborn. 2nd Ed. Kopenhagen, Munksgaard Williams and Wilkins, Baltimore, 1977. — 31. Pedersen, J.: Discussion. In Diabetes-Probleme in der Schwangerschaft. T. Lainzer Diabetes Symposium. 10—11 März 1978. Herausgegeben von: K. Irsigler, H. Regal, J. Brändle, Urban und Schwarzenberg, München—Wien—Baltimore, 1978. 92. old. — 32. Pedersen, J., Pedersen, L. M., Andersen, B.: Diabetes. 1974, 23, 302. — 33. Persson, B. és mtsai: Acta Paediatr. Scand. 1976, 1, 65. — 34. Persson, B., Lunell, N. O.: Am. J. Obstet. Gynecol. 1975, 122, 737. — 35. Petrányi Gy. Jr. és mtsai: Diabetol. Croat. 1977,

6, 33. — 36. Roversi, G. D. és mtsai: J. Perinat. Med. 1973, 1, 114. — 37. Satiago, J. V., Clarke, W. L., Arias, F.: Am. J. Obstet-Gynecol. 1978, 132, 455. — 38. Spellacy, W. N.: In Carbohydrate Metabolism in Pregnancy and the Newborn. Ed. H. W. Sutherland and S. M. Stowers. Churchill, Livingstone, Edinburgh, 1975, pp. 42. — 39. Spellacy, W. N., Cohn, S. E.: Obstetrics and Gynec. 1973, 42, 330. — 40. Szalay J.: Diabetes és terhesség. In A cukorbetegség kórtana és gyógyítása. Szerk.: Magyar I., Tamás Gy. Jr. (megjelenés alatt). — 41. Szalay J. és mtsai: Orv. Hetil. 1973, 114, 1287. — 42. Szinnyai M. és mtsai: A gestatiós diabetesről. In Diabetes mellitus és terhesség. A MDT III. kongresszusán elhangzott előadások. Szerk. Asztalos M. és Tamás Gy. Jr. Ed.: Magyar Diabetes Társaság. 1977. 187. old. — 43. Tamás Gy. és mtsai: Insulinbedarf in Schwangerschaft. In Diabetes-Probleme in der Schwangerschaft. I. Lainzer Diabetes Symposium. 10—11 März 1978. Herausgegeben von: K. Irsigler, H. Regal, J. Brändle. Urban und Schwarzenberg, München—Wien—Baltimore, 1978. pp. 92. — 44. Tchobrovtsky, G.: Diabetologia. 1978, 15, 143. — 45. Tyson, S. E., Hock, R. A.: Am. J. Obstet. Gynecol. 1976, 125, 1009. — 46. Watkins, P. J.: Diabetic control in pregnancy and labour Journal of the Royal Society of Medicine, 1978, 71, 202. — 47. Whitelaw, A.: Lancet. 1977, 1, 15. — 48. Wickes, I. G.: Brit. Med. J. 1954, I, 1029.



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.

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.



Schöpf Merei Kórház és Anyavédelmi Központ,
Központi Laboratórium
(főorvos: Stuber Adrienne dr.)

Populációs vizsgálatok köldökvérből

A köldökvér szérumból nátrium-ion szintjének meghatározása elektrometriás módszerrel

Mészáros Klára dr. és Stuber Adrienne dr.

A koraszülöttek — szervezetük éretlensége következtében — többnyire még nem tudják kielégítően szabályozni só-víz háztartásukat, gyakran külső támogatásra szorulnak. Az orvos adekvát beavatkozásához azonban szükség van a koraszülött szervezetében levő egyensúlyi viszonyok ismeretére és folyamatos ellenőrzésére. A perifériás véréből nátrium-ion szintjének rendszeres meghatározása segítséget nyújt a klinikusnak e kérdésben.

Az ismételt vizsgálatoknak mindeddig gátat szabott, hogy a véréből nátrium-ion szintjének meghatározására szolgáló hagyományos lángfotometriás módszer viszonylag sok vizsgálati anyagot igényel, ugyanakkor a koraszülöttektől — különösen a naponta végzett vizsgálatokhoz — csak igen kis mennyiségű vér nyerhető. Az elektrometriás módszer bevezetése azonban megnyitotta az utat a sorozatban végzett meghatározások előtt.

Az új módszer alkalmazásának igazolásához nagyszámú vizsgálat elvégzése volt szükséges. Erre lehetőségünk nyílt azáltal, hogy rendszeresen kapunk köldökvérmintákat a kórházunk I. és II. szülészeti osztályán lezajlott szülésekből. 1975 óta végzett vizsgálataink során a köldökvérek több biokémiai jellemzőjét határoztuk meg és az így nyert tapasztalatokról e lap hasábjain számoltunk be (11, 12). Az elektrometriás módszer kipróbálása mellett nagyszámú köldökvérminta szérumból nátrium-ion szintjének meghatározásától arra a kérdésre is választ vártunk — előző vizsgálataink folytatásaként —, milyen információt nyújthat ez a biokémiai paraméter az újszülött, ill. a koraszülött várható állapotára vonatkozóan. E két problémakör közös megoldására 1977 és 1978 folyamán csaknem 800 köldök-

vér szérumból nátrium-ion szintjét határoztuk meg. A következőkben a kapott eredményekről számolunk be, amelyek mindkét kérdésre megfelelő választ adtak.

Vizsgálati anyagok

- Mérő oldatok
 - az elektromos illesztéshez használt oldatok:
 - 10^{-1} m NaCl (Type S—Na—01)
 - 10^{-2} m NaCl (Type S—Na—001)
 - a mérési karakterisztikák felvételéhez
 - 4,0 mmol/l kálium-ion tartalmú 110—120—130—140—150 mmol/l nátrium-oldatok
- Biológiai minták
 - Precilip (Boehringer AG, Mannheim) és Serotrol-N (Human O. K. I., Gödöllő) gyári kontroll savók.
 - a szülészeti osztályokról naponta kapott köldökvérmintákat lecentrifugáltuk, a nem haemolitikus szérumokat a meghatározásig mélyhűtőben tároltuk.

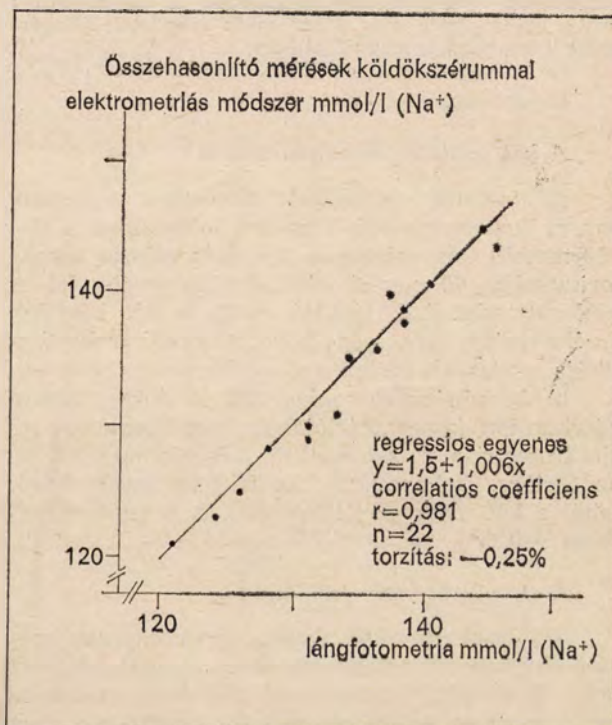
Vizsgálati módszerek

1. Az elektrometriás méréseket Radelkisz OP—263 típusú nátrium-ion koncentrációmérő készülékkel végeztük. A mintákat hígítás nélkül használtuk.

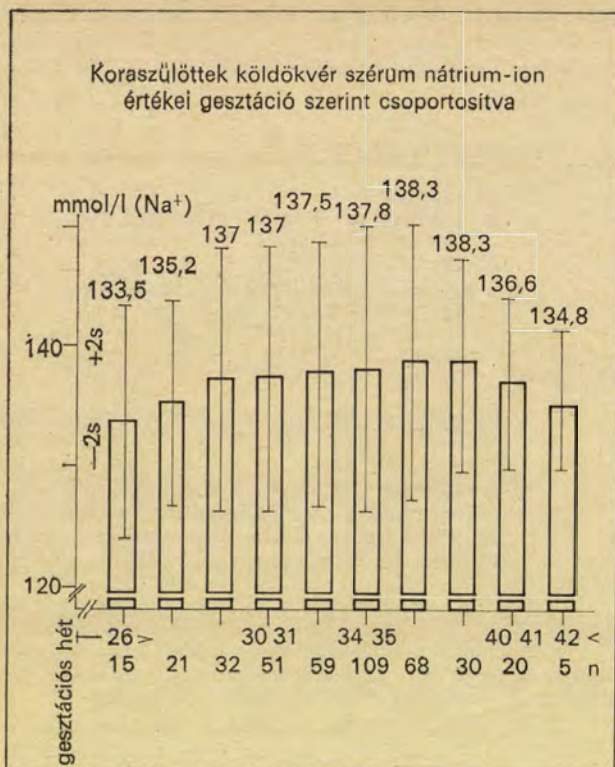
2. A lángfotometriás méréseket Zeiss III. típusú lángfotométeren hajtottuk végre. A mérőoldatokból és a szérummintákból ammóniás dest. vízzel ötvenszeres hígítást készítettünk és ezeket lángfotométeren határoztuk meg.

3. Az adatok biometriai feldolgozásához az alábbi módszereket használtuk:

a) a köldökvérmintákat úgy csoportosítottuk, hogy a gesztációs idő és születési súly szerint homogén csoportokat képezzünk. Érett újszülöttön gesztációs idő szerint 38 hétnél idősebb, születési súly szerint 2500 g-nál nagyobb gyermeket értettünk. Koraszülöttekhez soroltuk azon újszülöttek köldökvérmintáit, akiknek



1. ábra.



2. ábra.

születési súlya 2500 g alatt volt. Ezek között nagyobb részben valódi koraszülöttek, kisebb részben intrauterin retardált újszülöttek voltak;

b) a két módszer összehasonlítására felhasznált matematikai módszer a regresszió analízis volt. F próbával ellenőriztük a koraszülöttescsoportok szórásnégyzetének azonosságát. A csoportok átlagértékeinek összehasonlítására egyszempontos variancia analízist végeztünk csoportonként különböző megfigyelésszámmal. F próbával állapítottuk meg, hogy a csoportok között van-e szignifikáns különbség. A páronkénti t próba azt mutatta meg, hogy mely csoportok átlagértékei különböznek szignifikánsan.

Eredmények

A két módszer összehasonlítása

a) *standard oldatokkal*: méréseket végeztünk ismert koncentrációjú standard oldatokkal 110–150 mmol/l tartományban. Mindkét műszer karakterisztikáját 60 mérési adat alapján vettük fel. A táblázat adataiból látható, hogy a két készülék érzékenysége, pontossága közel azonos, karakterisztikája a vizsgált tartományban lineáris;

b) *humán szérumokkal*: 22 köldökvér-szérumból nátrium-ion koncentrációjának lángfotometriás és elektrometriás összehasonlító mérését mutatja be az 1. ábra. A korrelációs koefficiens értéke 0,981, tehát a két módszer jól korrelál. A torzítás mindössze $-0,25\%$.

Érett újszülöttek vizsgálata

385 érett újszülött köldökvér-mintájának szérumból nátrium-ion értékét elemezve megállapítottuk, hogy az eloszlás normális. A különböző gesztációs hetű csoportok között szignifikáns különbséget nem találtunk. A vizsgált populáció szérumból nátrium-

ion koncentrációjának átlagértéke $137,5 \pm 4,2$ mmol/l.

Koraszülöttek vizsgálata

A 2500 g születési súly alatti 410 újszülött köldökvér-mintáiból nyert szérumból nátrium-ion értékeket gesztációs idő szerint csoportosítottuk, összesen 10 csoportot képezve (2. ábra). Az oszlopdiagramon az első 7 oszlop a valódi koraszülöttek, a 38 hét feletti négy oszlop az intrauterin retardáltak csoportjainak átlagértékeit mutatja.

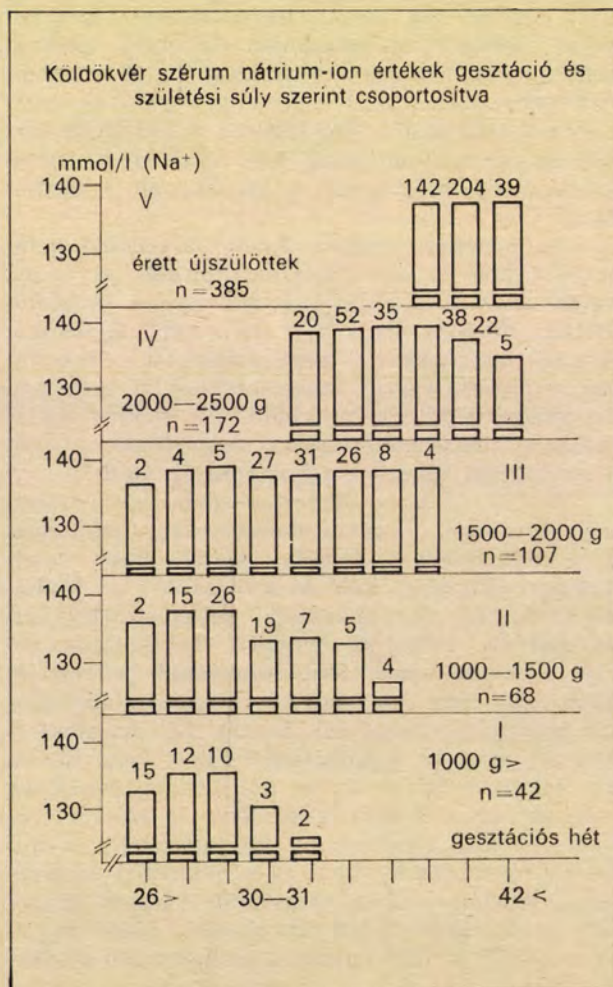
A fiziológiás tartomány alsó és felső határát a szórási (S. D.) kétszeresével tüztük ki.

A variancia analízis szignifikáns különbséget jelzett a csoportok átlagértékei között:

szóródás	négyzetes eltérés	szab. fok
csoportok között	$Q_k = 792,75$	8 $S_k^2 = 99,09$
csoportokon belül	$Q_b = 10100$	396 $S_b^2 = 25,00$
összes	10892,75	404

$F_{(8;396)} = 3,96 > F_{(8;396)}^{5\%} = 2,93$

A továbbiakban t próbákkal kerestük meg, hogy a szignifikáns különbség mely csoportok között áll fenn. Megállapítható volt, hogy szignifi-



3. ábra.

Összehasonlító mérések standard oldatokkal

	lángfotométer Zeiss III.	Potenciometriás készülék OP-263
karakterisztika egyenlete:	$y = 0,0032 + 0,998xy = 0,028 + 1,003x$ $r = 0,997$	$r = 0,999$
A karakterisztika $F(6,60) = 3,74 >$	lineáris $F = 1,98$	lineáris $1,32$
érzékenység	(2s) $\pm 1,62$ mmol/l	$\pm 1,52$ mmol/l
torzítás	(T%) 0,23	0,20
pontosság	(s) $\pm 0,81$ mmol/l	$\pm 0,76$ mmol/l

kánsan alacsonyabb a köldökvérserum nátrium-ion értéke a 26. geszt. hét alatti újszülötteknél, szemben a 32–42. geszt. hét közötti újszülöttekkel:

$$t_{(396)} = 2,760 > t = 2,576 \quad P < 0,01$$

Nincs szignifikáns különbség az érett újszülöttek és a koraszülöttek 32–42. geszt. hetű csoportjainak értékei között. A 42. geszt. hétnél idősebb csoportot ki kellett hagyni az értékelésből, mert ennek a csoportnak a szórásnégyzete lényegesen különbözött a többi csoporttól, így nem teljesítette a varianciaanalízis alkalmazásának követelményeit.

Ezután az egyes csoportokat születési súly szerint 4 kategóriát képezve, tovább bontottuk (3. ábra).

Azonos gesztációs időre, de 10 percentil alatti születési súllyal született újszülötteknél szignifikánsan alacsonyabb szérumszámú nátrium-ion koncentrációt találtunk.

geszt. hét	10 súly percentil g	alacsony Na ⁺	P
30–31	1040–1160	<1000 g	<0,01
32–33	1280–1470	<1000 g	<0,001
34–35	1680–1940	<1500 g	<0,01
36–37	2160–2340	<1500 g	<0,001

Ezekből az adatokból megállapítható az a tendencia, hogy minél nagyobb a diszkrépancia a gesztációs idő és a születési súly között, annál alacsonyabb nátrium-ion értékre számíthatunk a köldökvérben.

Megbeszélés

A klinikai laboratóriumok az elmúlt években mind szélesebb körben alkalmazzák az elektrometriás módszert biológiai anyagok különböző ionkoncentrációinak meghatározására. Készültek már ion szelektív membránelektrodok — a hidrogén-ion funkciós üvegelektrodok mintájára — klorid, ammónium, kalcium, nátrium-ion aktivitásának mérésére (1, 3, 4, 7, 14).

A mérés alapja, hogy a megfelelő ismeretlen ionaktív oldatba merülő szelektív mérőelektrod potenciálja az oldat megfelelő ionaktivitásától függ. Ezt az elektrod potenciált megfelelő mérőlánc segítségével mérjük.

A módszer előnye a membrán-elektrodok nagyfokú szelektivitásán túl az, hogy az elektrodok lineárisan működnek tág koncentráció-intervallum-

ban. További előnye, hogy a modern készülékekben több ion mérése elvégezhető 50–70 μ l vizsgálati anyagból — ez különösen indokolja alkalmazását a koraszülöttek vizsgálatakor.

Adataink bizonyítják, hogy az OP-263 típusú nátrium-ion koncentrációmérő megfelelően használható a szérumszámú nátrium-ion szintjének meghatározására. Érdemesnek tartjuk megjegyezni, hogy az újabb, OP-266 típusú műszerrel már ugyanazon 50 μ l szérumszám, sőt, kapillárisvér-mintából egyszerre meghatározható a nátrium- és a kálium-ion szint.

A koraszülöttek só-víz háztartásának szabályozását jól ismerjük *Kerpel-Fronius és mtsai* (5) vizsgálataiból. Ugyanők (6) mutatták ki, hogy a koraszülöttek vesefunkciójának késői beérése miatt az első élethetekben alacsony a hidrogén-ion ürítés, és ezzel párhuzamosan először magas, majd fokozatosan csökkenő a nátrium-ion ürítés. Ehhez a megállapításhoz kapcsolódva *Sulyok* (13) vizsgálta a koraszülöttek első élethetében a szérumszámú nátrium-ion szintjének alakulását: megállapította, hogy a harmadik életnapon észlelt enyhe emelkedés után a szérumszámú nátrium-ion szint fokozatosan csökken, mélypontját 132,66 mmol/l értékkel a harmadik életheten éri el, majd ismét emelkedik és kb. a hatodik életheten normalizálódik (137,5 mmol/l).

Ezt az ún. „késői hiponatrémia”-t részletesen vizsgálták az 1300 g szül. súly alatti koraszülötteknél *Day és mtsai* (2), valamint *Roy és mtsai* (9): a koraszülöttek kb. egyharmadában észlelték a jelenséget, néhány esetben klinikai tünetek kíséretében. Véleményük szerint az alacsony szérumszámú nátrium-ion szint kialakulásában a vesetubulusok éretlensége mellett egyéb tényezők is szerepet játszanak: így pl. a renin-angiotensin-aldoszteron rendszer éretlensége, a nátrium-ionnak a kalcium-ionnal való ko-precipitációja a csontokba, és nem utolsósorban a viszonylag alacsony nátrium-ion bevitel. Ezért a hiponatrémia elkerülésére a kis súlyú koraszülötteknek legalább 3 mmol/kg/die nátriumbevitelre van szükségük.

Mindezek alapján nyilvánvaló, hogy szükséges a koraszülöttek szérumszámú nátrium-ion szintjének ellenőrzése az első élethetekben. Véleményünk szerint erre ma már lehetőséget nyújt az elektrometriás módszer.

Köldökvérvizsgálataink elemzéséből az alábbi következtetések adódnak:

1. az újszülöttek köldökvér szérumszámú nátrium-ion szintje általában azonos a születés utáni szinttel. Az általunk meghatározott 137,5 mmol/l értékhez közelálló, 138,4 mmol/l értéket közölnek *Stober és mtsai* (10) 95 köldökvérminta vizsgálata alapján;

2. szignifikánsan alacsonyabb szintet csak a legéretlenebb újszülöttek köldökvérmintáiban láttunk;

3. ha a koraszülötteken a születési súly saját kategóriájuk 10 percentilje alatt van, az esetek nagy részében szignifikánsan alacsonyabb a köldökvér szérumszámú nátrium-ion szint. Ezekben nagy a valószínűsége annak, hogy az első életnapok szé-

rum nátrium-ion szintje is alacsonyabb lesz, tehát gyorsabb és mélyebb hiponatrémia alakulhat ki.

Vizsgálataink alapján úgy gondoljuk, hogy a köldökvér szérumban nátrium-ion szintjének rutinszerű meghatározása nem bír gyakorlati jelentőséggel, de azokban az esetekben, amikor születés után észlelhető a gesztációs idő és a születési súly közötti diszkrépancia, célszerű lenne mind a köldökvér szérumban nátrium-ion szintjének meghatározása, mind az újszülött folyamatos ellenőrzése az első életnapokban. Ily módon a valódi szükségletnek megfelelően lehetne a nátrium-ion bevitelét szabályozni.

Összefoglalás. Szerzők összehasonlították a szérumban nátrium-ion szint meghatározására szolgáló elektrometriás és lángfotometriás módszert: a két módszer jól korrelált. A kevesebb vizsgálati anyagot igénylő korszerűbb elektrometriás módszer lehetővé teszi a koraszülöttek első életheteiben a szérumban nátrium-ion szint folyamatos ellenőrzését. 385 érett újszülött, valamint 410 koraszülött köldökvérmintáinak szérumban nátrium-ion szintjét határozták meg az elektrometriás módszerrel. Az érett újszülötteken nyert értékek normális eloszlást mutattak, az átlagérték 137,5 mval/l-nek bizonyult, amely megfelel az újszülött első életnapjain ismert értéknek. A koraszülöttek köldökvérmintáiban hasonló szintet észleltek, kivéve a legéretlenebb, 26

gesztációs hétnél fiatalabb koraszülötteket, akiknek szignifikánsan alacsonyabb volt a köldökvér szérumban nátrium-ion szintje. Azonos gesztációs időre, de 10 percentil alatti születési súllyal született koraszülötteken szintén szignifikánsan alacsonyabb értéket találtak — ezért javasolják, hogy ha az újszülött gesztációs ideje és születési súlya nem felel meg egymásnak, határozzák meg a köldökvérmintát, majd az újszülött szérumban nátrium-ion szintjét az első életnapokban.

IRODALOM: 1. *Boksay Z. és mtsai:* Hung. Sci. Inst. 1970, 19, 31. — 2. *Day, G. M. és mtsai:* Pediatr. Res. 1976, 10, 522. — 3. *Eisenmann, G., Rudin, D. D., Casby, I. V.:* Science. 1957, 126, 831. — 4. *Havas J. és mtsai:* Hung. Sci. Inst. 1978, 43, 7. — 5. *Kerpel-Fronius E.:* Pathologie und Klinik des Salz- und Wasserhaushaltes. Akad. Kiadó, Budapest, 1959. — 6. *Kerpel-Fronius, E., Heim T., Sulyok E.:* Biol. Neonate. 1970, 15, 156. — 7. *Küttel, D. és mtsai:* Magy. Kém. Folyóirat. 1969, 75, 181. — 8. *Lengyel B., Boksay Z., Csákvári B.:* Szilikátüvegek elektromos tulajdonságai. Akad. Kiadó, Budapest, 1966. — 9. *Roy, R. N. és mtsai:* Pediatr. Res. 1976, 10, 526. — 10. *Stober, B., Heinrich, W., Weidinger, H.:* Perinat. Med. Band V. 288. old. G. Thieme Verlag, Stuttgart, 1974. — 11. *Stuber A., Mészáros K.:* Orv. Hetil. 1979, 120, 1923. — 12. *Stuber, A., Mészáros K.:* Orv. Hetil. 1979, 120, 2165. — 13. *Sulyok E.:* Biol. Neonat. 1971, 17, 227. — 14. *Suschke, H. D., Lüdendbach, J.:* Z. Chem. 1964, 4, 61.

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 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 gyulladáscsökkentő – 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.

Debreceni Orvostudományi Egyetem,
Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika
(igazgató: Lampé László dr.)

Cukorbeteg terhesek retardált kis súlyú magzatai

Asztalos Miklós dr. és Lampé László dr.

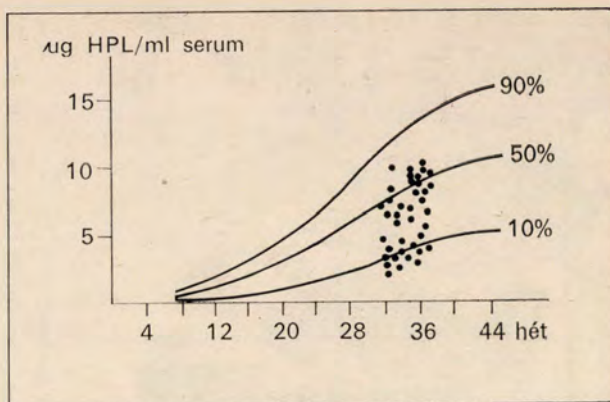
Cukorbeteg anyák magzatait több veszély fenyegeti. A fejlődési rendellenességek gyakorisága legalább háromszorosa az átlagnak. Karlsburgban cukorbeteg szülő nők 2000 újszülöttje közül 5,4%-nak volt fejlődési rendellenessége (1). Ezek között első helyen áll a szív, a nagyerek, a vesék és a csontrendszer fejlődésének zavara, de feltűnően gyakori a gerinc alsó harmadának és az alsó végtagoknak a rendellenessége is. Ezek keletkezéséért a kora terhességi hyper- vagy hypoglykaemiás anyagcsere-kisiklás felelős.

A másik súlyos ártalom a foetopathia diabetica, ami a terhesség utolsó 10–12. hetében alakul ki. Az átlagos meghaladó súlyt a fokozott zsírlerakódás, a nagyobb intracelluláris folyadékterhelés és a szokásosnál több glikogén lerakódása magyarázza. Alig tíz évvel ezelőtt a cukorbeteg szülő nők újszülöttjeinek 60–80%-át a tipikus „cushinoid kép” jellemezte: macrosomia, nagyfokú zsírlerakódás — különösen a nyak és váll területén — visceralomegalia, livid-piros bőrszín. A magzatok károsodásának ez a formája egyre ritkábban fordul elő, amióta a szénhidrát-anyagcsere optimális irányítására bevezették a normoglykaemiás (az ún. „prahypoglykaemiás”) insulin kezelést (2, 9).

Csak az utóbbi években figyeltek fel arra, hogy a foetopathiának az előzőtől jól elkülöníthető egyéb formája is van, amire az „éhezés”, a retardáció, a terhességi korhoz képest alacsony súly jellemző. A kórformát már White (10) felismerte, mégis csak elvétve találkozunk egy-egy idetartozó eset ismertetésével (7, 11). A rendelkezésünkre álló irodalomban csak egy összefoglaló munkát találtunk (8), hazai közlés pedig erről a témáról még nem jelent meg. Emiatt is indokoltnak tartottuk tapasztalataink ismertetését.

Klinikai megfigyelések, eredmények

A debreceni Szülészeti Klinikán az utóbbi 12 év alatt 159 manifest cukorbeteg terhest kezeltünk. Újszülöttjeik közül 10 (6,3%) volt retardált, ala-



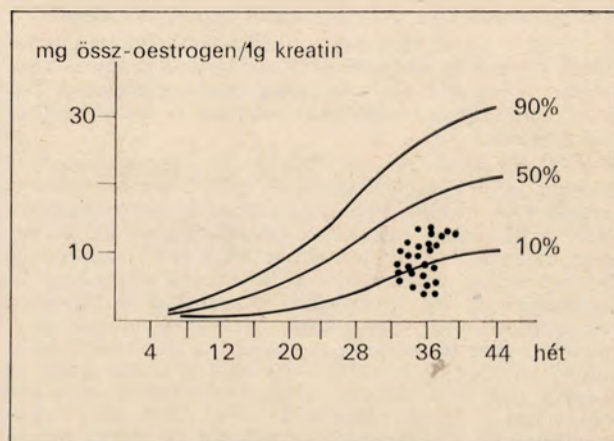
1. ábra: Az intrauterin retardált magzatok anyai szérumban HPL értékei

csony súlyú. A Bazsó és mtsai (4) által intézetünkben készített születési súlygrafikonon, valamint a Gödel és mtsai (8) által a cukorbeteg újszülöttjeinek súly alapján szerkesztett standarden mindegyik tíz percentilis alatti súlyú volt.

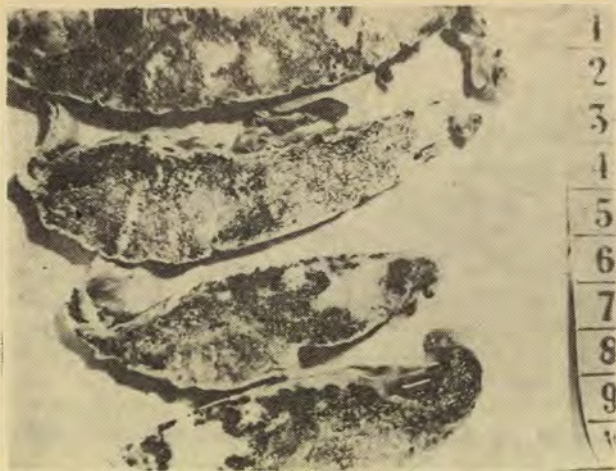
Az anyák és a magzatok fontosabb adatait az 1. táblázaton tüntettük fel. A 10 terhes közül csak 2 tartozott a White-féle (beosztást a 2. táblázaton ismertetjük) „B” csoportba, 4 a „C” csoportba és további 4 a vascularis szövödményekkel jellemzett „D” és „F” csoportba. Öt terhesség toxámiával szövődött. Hydramniont egy esetben sem észleltünk. A magzatok ellenőrzését szolgáló, sorozatban végzett fizikai terheléses test (FTT) vagy oxytocin terheléses test (OTT) eredménye 7 esetben pozitívra vált, a magzatok fenyegető hypoxiáját bizonyította. A diabetesben gyakran prognosztikai értékű ún. „systoles click” a terheléses fonokardiogrammon egyetlen esetben sem fordult elő.

A hormonvizsgálatok közül mind a human placentalis lactogen (HPL), mind a vizelettel kiválasztott oestrogen meghatározása igen értékesnek bizonyult. A HPL szintek lényegesen alacsonyabban voltak mint egészséges terhesek szérumának azonos gestatiós időben mért értékei (1. ábra). A vizelet össz-oestrogen 10-ből 7 esetben kifejezetten alacsony volt (2. ábra).

Jellemzőnek találtuk az insulin-szükségletnek a szokásosnál kisebb mértékű emelkedését. Legtöbb



2. ábra: Vizelet oestrogen ürítés retardáció esetében



3. ábra: A lepényállomány egész vastagságát átszövik a régi, rostonyás elhalások. Számos helyen a lepény bevérzett

cukorbetegben az insulin-igény a terhességben fokozatosan növekszik, s az optimális normoglykaemiás szint eléréséhez a terhesség előtti insulin-mennyiséget 300–350⁰/₀-kal kell növelni a terhesség végére (2).

Tíz esetünkben 1 ikerterhesség kivételével az insulin-szükséglet növekedése nem haladta meg a 200⁰/₀-ot és a 26–28. héttől az insulin adagját nem kellett növelni. Ennek magyarázatát nem ismerjük.

Három érdekesebb esetünket részletesebben ismertetjük.

1. B. I.-né, a White „C” csoportba tartozó 22 éves cukorbeteg. Első terhességének 27. hetében vettük fel. A 32. terhességi héten a klinikai jelek, az alacsony oestrogen-ürítés és az ultrahang vizsgálatok is az intrauterin retardáció gyanúját vetették fel. A 37. héten idő előtti burokrepedést követően (magzatvíz tiszta) fájáskeltés történt. A kezdődő fájások hatására DIP II. típusú bradycardia jelentkezett. Az aktuális pH mérés feltételei nem voltak meg (gyakorlatilag megtartott portio, bemenet felett könnyen kimozdítható fej). A szülés gyors befejezését nem remélhettük, ezért profilaktikus, magzati javallat alapján császármetszést végeztünk.

A 2300 g-os fiú magzat jó állapotban (Apgar 9-es pontszám) született. A lepény súlya: 300 g. A köldökzsinór szokatlanul vékony, benne 1 arteria és vena fut. Az újszülött 16 óra múlva apnoés rohamot követően, a látszólag jó általános állapot ellenére elhunyt. Boncoláskor nagyfokú atelectasiát találtak. A retardáció valószínű oka a köldökzsinór rendellenessége.

B. I.-né II. terhessége alatt normoglykaemiás kezelés történt terhespatológiai osztályunk diabetes részlegén. A 39. hét betöltése után császármetszéssel 3200 g-os fiú magzatot szült, aki jelenleg is él, egészséges, jól fejlődik.

2. M. A.-né 25 éves, White „F” csoportba tartozó először szülő cukorbeteg a 28. héten vettük fel osztályunkra. A klinikai jelek, az alacsony oestrogen-ürítés már a 31. héten jelezték a retardációt. A 34. terhességi héten a magzati terheléses EKG (FTT) eredménye káros volt, a bradycardia a következő napokban súlyosbodott. A magzatot külső vizsgálattal és rtg-felvétel alapján is kicsinek ítéltük, ezért a várakozás álláspontjára helyezkedtünk. A magzat a 35. héten intrauterin elhalt, ezt követően röviddel a szülés bekövetkezett, 1500 g-os halott, fiú magzat született. A lepény súlya 200 g, kicsi, vékony (3. ábra). A lepény súlyos elváltozásait a mikroszkópos felvétel (4. ábra) jól demonstrálja (a metszet festése haematoxilín-eosinnal, Weigert-féle fibrin és van Geos-eljárásal történt). A

retardált magzatok közül az egyik ikerterhességből származik.

3. Sz. L.-né, 20 éves, White „D” csoportba tartozó először terhes, 3 éves korától cukorbeteg. Gemini terhességét a 24. héten ultrahang vizsgálattal igazoltuk. A terhesség 35. hetében idő előtti burokrepedés történt. Steroid (2×15 mg Oradexon) terapia után fájáskeltés, spontán szülés. Az „A” magzat 1300 g súlyú leány. Apgar 7/1, 10/5 értéket mutatott, néhány perces lélegeztetés után állapota rendeződött. A „B” magzat 2350 g súlyú fiú, állapota 8/1, 10/10-es Apgar pontszámmal jellemezhető. Az újszülöttek 4 hét után egészségesen távoztak.

A diaplacentaris, dichorialis, diamnialis lepény „A” magzathoz tartozó súlya 200 g. A köldökzsinór vékonyabb, 1 arteria és 1 vena található benne.

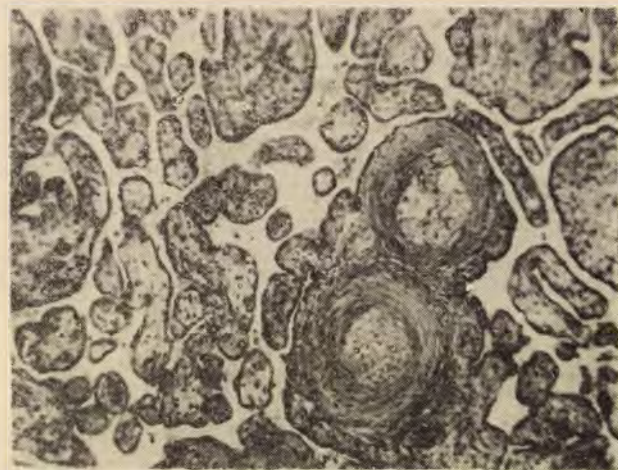
Megbeszélés

A diabeteses foetopathia súlyos formája az intrauterin retardáció. A kis súlyú magzatokon a foetalis éhezés jelei jól felismerhetők, a születési súlystandarden a 10 percentilis alatt helyezkednek el.

Klinikai tapasztalat ma már, hogy az intrauterin növekedésben retardált magzatok a fokozottan veszélyeztetett („high risk”) újszülöttek egyik fontos csoportját képezik (4, 5, 6), fokozódik ez a veszélyes cukorbetegség esetén (1, 2, 7, 8).

Diabeteses anyák retardált magzatairól kevés adatot ismerünk, a külföldi irodalomban is csak utalások vannak. White (10) szerint az újszülöttek súlya csökken a diabetes tartamával, a White-féle beosztásnak megfelelően. Farquhar (7) a „White F” csoportban, a diabeteses nephropathiás anyák újszülöttjei között talált több kis súlyút. A retardációt az uterus és a placenta vérkeringésének beszűkülésével magyarázza. Anyagunkban 4 esetben szerepel anyai vascularis szövődmény. Az uteroplacentaris keringés jelentőségére utal, hogy az esetek felében toxemiával társult a retardáció.

Az intrauterin növekedési zavar független volt a terhesség alatti anyagcsere-irányítás (2) minőségétől. Egyenlő arányban fordult elő az intenzíven gondozottak, a normoglykaemiásan kezelt csoportjában. A terhesség alatti anyagcsere-irányítást illetően volt azonban egy lényeges különbség: a 24–26. terhességi héttől elmaradt az insulin-szük-



4. ábra: A boholy-stroma kapillárisok falának durva rostú megvastagodása, az endothel pusztulása és az érnylások elzáródása jól látható. Recanalizációs törekvés is megfigyelhető

1. táblázat. Diabetikák retardált magzatai

Diabetika kora (év)	White csoport	Hányadik szülés	Gestosis EPH	Vasculáris szövőd-mény	Terheléses EKG	PKG	24 órás oestrogen ürités	Szülés módja	Gestációs idő (hét)	Újszülött súlya (g)	sorsa	Placenta súlya (g)
22	C	I.	—	—	+	—	alacsony	császármetszés	36	2000	él	280
26	C	I.	—	—	+	—	alacsony	császármetszés	36	2050	elhunyt	270
27	D	II.	H	+	+	—	norm. alsó határa	császármetszés	37	2250	él	310
36	D	III.	EPH	+	—	—	alacsony	spontán	38	2400	elhunyt	300
21	F	I.	PH	+	+	—	alacsony	spontán	35	1500	Intrauterin elhalás	200
38	B	II.	—	—	+	—	alacsony	spontán	38	2300	él	350
35	B	IV.	H	—	—	—	norm. alsó határa	spontán	38	2600	él	300
28	C	II.	—	—	+	—	alacsony	császármetszés	37	1950	elhunyt	260
22	C	I.	—	—	+	—	alacsony	császármetszés	37	2300	elhunyt	300
22	D	II.	EPH	+	—	—	norm.	spontán	35	1300	él	200

séglet további emelkedése. A legtöbb cukorbeteg az insulin-igény a III. trimeszterben 300—350%-kal magasabb, mint a terhesség előtt. A retardáltak csoportjában az 1 ikerterhes kivételével, ahol csak az egyik magzat volt retardált, az insulin-igény növekedése nem haladta meg a 200%-ot.

Feltűnő volt, hogy az insulin-adagot a 26—28. héttől nem, vagy alig kellett emelni.

A témakörhöz tartozó egyéb vizsgálataink arra utalnak, hogy nem cukorbeteg terheseken — akiknek magzata retardált — a glukóz terhelésre kisebb az insulin-szint-emelkedés, mint a kontrollokban.

Az anyai szérum HPL koncentrációja minden esetben alacsonyabb volt mint a normál terheseké. *Doszpod* és *Gáti* (5) nem diabeteses terheseken, a retardált magzatok csoportjában szintén alacsonyabb értékeket kapott. *Doszpod* (6) ezt azzal magyarázza, hogy a placentákban a HPL tartalom magasabb, de a hormon leadása akadályozott.

Az alacsony oestrogen-ürítést hasznos diagnosztikus vizsgálatnak találtuk, ami tizből hét esetben jól jelezte a magzatok veszélyeztetettségét. *Gödel és mtsai* (8) tanulmánya szerint a szokásosnál

alacsonyabb oestrogen-kiválasztás nem jellemző diabetesben a magzat retardációjára.

A magzatok állapotának rendszeres ellenőrzése során mind a fizikai terhelés, mind az oxytocin terheléses test értékesnek bizonyult, mivel 7 esetben jelezte a fenyegető hypoxiát, már a terhességek 35—38. hetében. Érdekes viszont, hogy systolés clicket, ami foetopathia diabetica esetén a magzat veszélyeztetettségére jellemző (3) egyetlen esetben sem észleltünk.

Az is szokatlan, hogy a diabetes súlyossága (8 terhes a White-féle C, D és F csoportba tartozott, a B csoportban levő 2 terhes pedig 35 és 38 éves volt) ellenére hydramnion nem fordult elő.

A diabetes okozta érkárosodással függhet össze, hogy a placenta súlya az átlagnál kisebb; a különbség még szembetűnőbb, ha a súlyokat a cukorbetegségben megszokott, az átlagnál nagyobb placenta-súlyokhoz hasonlítjuk. A méh érrendszerének ártalma, esetleg a kora terhességben a szénhidrát-anyagcsere zavara magyarázhatja azt, hogy 2 esetben a köldökerek rendellenesen fejlődtek.

Tapasztalataink arra utalnak, hogy a cukorbetegség súlyosabb kórformáiban (főleg az érkárosodással jellemzett D és F csoportokban és idősebb korban) a placenta a szokásosnál nagyobb mértékben károsodik, ami a magzatok nutritív elégtelenségéhez, retardációjához vezet. Még optimális anyagcsere-irányítás ellenére is kifejlődhet a fenyegető hypoxia, már a 34—35. héten. A kórkép súlyosságára jellemző, hogy a tíz terhességből született 10 magzat közül egyet praenatalisan, négyet a szülést követő órákon vagy napokon belül elvesztettünk.

Indokolt a magzatok érdekében a rendelkezésre álló, s a magzatok állapotát jelző valamennyi diagnosztikus vizsgálatot igénybe venni, azokat sorozatosan végezni, továbbá cukorbeteg terheseknek ezt a jól definiált csoportját mind elméleti, mind gyakorlati szempontból gondosan tanulmányozni.

Összefoglalás. A szerzők a debreceni Női Klinikán az utóbbi 12 év alatt 159 manifest cukorbeteg terhest kezeltek. Az újszülöttek között 10

2. táblázat. A cukorbetegség White-féle beosztása

Csoport	Kritérium
A	Inzulin kezelést nem igénylő, Latens-, kémiai-, gesztációs d.
B	Inzulin kezeltek, D. tartama 10 évnél kevesebb D. felismerése 20. év után
C	D. tartama 10 évnél hosszabb D. manifeszt 10—20. év között
D	D. tartama 20 évnél hosszabb D. felismerése 10. életév előtt Retinopathia (I—II°)
E	Medence arteriák meszesedése
F	Nephropathia diabetica Retinopathia proliferans (III°)

volt retardált, a születési súlygrafikonon 10 percentilis alatti súlyú. A szülő nők közül kettő a White-féle „B” csoportba, négy a „C”, négy a „D” és „F” csoportba tartozott, tehát valamennyi súlyos diabeteszes volt. Hydramniont nem észleltek. Gyakori volt a 40. hét előtti fenyegető hypoxia. A diagnosztikus próbák közül a vizelet oestrogen és a szérum human placentalis lactogen meghatározás, a terheléses magzati EKG vizsgálatok és újabban az ultrahang biometria bizonyult értékesnek. Feltűnőnek tartják, hogy a terhesség 26–28. hete után — a szokásostól eltérően — nem emelkedik az insulin-szükséglet. A kórkép veszélyességét bizonyítja, hogy a 10 terhes 10 retardált magzata közül 5 a perinatalis korban meghalt.

IRODALOM: 1. Amendt, P. és mtsai: Zbl. Gynäk. 1974, 96, 950. — 2. Asztalos M.: Manifest diabetes és terhesség. Kandidátusi értekezés, 1978. — 3. Asztalos M., Komáromy B.: Orv. Hetil. 1970, 111, 2114. — 4. Bazsó J. és mtsai: Magy. Nőorv. L. 1968, 31, 405. — 5. Doszpod J., Gáti I.: Magy. Nőorv. L. 1974, 37, 104. — 6. Doszpod J.: Az anyai szérum Human Chronic Somatomammotropin (HCS) szintje és a magzati intrauterin retardáció közötti összefüggés vizsgálata. Kandidátusi értekezés, 1975. — 7. Farquhar, J. W.: Arch. Dis. Childh. 1962, 37, 321. — 8. Gödel, E. és mtsai: Dtsch. Ges.-wesen. 1972, 27, 1014. — 9. Roversi, G. D. és mtsai: J. Perinatal. Med. 1973, 1, 114. — 10. White, P.: Pregnancy complicating diabetes. In Joslin, E. P., Root, H. F., White, P., Marble, A.: The treatment of diabetes mellitus. Lea and Febiger, Philadelphia, 1959. — 11. Willi, H.: Bull. Schweiz. Akad. med. Wiss. 1965, 21, 110.

SOMBREVIN[®] injekció

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

HATÁS: Barbituratmentes, intravénásan alkalmazható, rövid hatástartamú narcoticum.

JAVALLATOK: Rövid ideig tartó fájdalmas eszközös, diagnosztikus vagy therapiás beavatkozások, endoscopiás vizsgálatok, ambulans sebészeti kisműtétek során alkalmazható. Hosszabb időt, tartósabb narcosist igénylő műtétek esetén a Sombrevin a narcosis bevezetésére, más narcoticumok potenciálására alkalmas.

ELLENJAVALLATOK: Fokozott görcskészséggel járó megbetegedésekben, haemolyticus anaemiában, shockban, súlyos szív-, vese- és májbetegségekben, heveny alkoholmérgezésben, hypertonia betegségben a készítmény alkalmazása ellenjavallt.

MELLÉKHATÁS: A Sombrevin injekciót a betegek általában jól tolerálják, a narcosis kezdetén azonban rövid hyperpnoe, ezt követően pedig mérsékelt és ugyancsak rövid ideig tartó hypoventilatio előfordulhat.

ADAGOLÁS ÉS ALKALMAZÁS: A készítmény kizárólag intravénásan alkalmazható. Tekintettel arra, hogy az oldat relatíve viszkózus, az injiciálást tanácsos szélesebb lumenű tűvel végezni. A Sombrevin optimális beadási ideje 30 mp. Veszélyeztetett betegeknél az injekció beadása idejét meg kell nyújtani 60 másodpercre. Az adag nagyságát a beteg életkora, test-súlya, az állapot súlyossága, a műtéti beavatkozás minősége és a beteg általános állapota szabja meg.

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

MEGJEGYZÉS: ✖ Orvosi rendelő részére rendelhető.

FORGALOMBA KERUL

5 × 10 ampulla térítési díj: 19,80 Ft
50 × 10 ampulla térítési díj: 198,- Ft



Városi Kórház-Rendelőintézet, Kiskunfélegyháza,
Szegedi Orvostudományi Egyetem,
I. Sebészeti Klinika
(igazgató: Petri Gábor dr.),
Megyei Kórház-Rendelőintézet, Kecskemét,
Urológiai-sebészeti Osztály
(főorvos: Bán László dr.)

Idült arzénmérgezés által kiváltott hólyagrák esetek

Nagy Gyula dr.,* Németh András dr.,
Bodor Ferenc dr. és Ficsór Ervin dr.

Az arzént gyógyszerként és mérgeként már évezredek óta ismerjük és felhasználjuk, míg az onkogén hatásáról 1820 óta, *Paris, J. A.* munkássága óta tudunk (5). Az arzén cancerogén hatásának a tanulmányozására a tömeges mérgezések áldozatainak a hosszan tartó, éveken, évtizedeken át tartó megfigyelése a legjobb módszer. Tömeges arzénmérgezést, amely néhány tucat embertől több száz vagy mint a tajvani endémia esetében, több ezer embert érintett, az utóbbi 80 évből is többet ismerünk. A vektor, amely a mérgezéseket közvetítette, ivóvíz, sör, bor, „Hastrunk”, vagy liszt volt. *Geyer L.* 1898-ban írt le ivóvíz közvetítésével kialakult, tömeges arzénmérgezést Szilézia Reichenstein városából (7). Hasonló módon kialakult, ivóvíz közvetítette arzénendémiát észleltek Argentína Córdoba tartományában és Tajvan dny-i partvidékén is. A cordobai As-endémiáról *Tello, E. E.* 1938 óta több közleményben számolt be (17, 18). A tajvani endémiáról pedig már 1963 óta olvashatunk közleményeket (20, 21). Ezeknek a tömeges arzénmérgezéseknek közös tulajdonsága, hogy az arzén természetes úton jutott az ivóvízbe, úgy, hogy a víz azt az eredetileg is magas As-tartalmú talajból oldotta ki. Francia- és Németország szőlő- és borszemelő vidékein kialakult tömeges arzénmérgezések forrása arzén peszticid volt, de a mérgezéseket nem ivóvíz, hanem alkoholtartalmú ital közvetítette (1, 3, 19). A manchesteri endémiát sör, a franciaországi Bégard-ban és Magny-en-Vexin-ben lezajlott endémiát pedig liszt közvetítette (1).

1941 óta találunk közleményeket, amelyekben Magyarországon, a Duna—Tisza közti homokhátság egyes helyein észlelt arzénmérgezésekről számolnak be: *Hámori A.* a szegedi tanyavilágban, *Pataki J.* és *Lusztig G.* Helvecián, *Csanády M.* és *mtsai Kecelen*, *Zsigó M.* pedig Zákányszéken észlelt arzénmérgezéseket (2, 8, 9, 15, 22). A Duna—Tisza közti homokhátságon, Bugac-Alsómonostor tanyavilágában fellépett arzénendémiát mi 1973-ban fedeztük fel. Az arzénmérgezettek észlelése során nyert ed-

digi klinikai tapasztalatainkról több közleményben számoltunk be, érintve ennek a közegészségügyi vonatkozásait is (12, 13, 14). Ezek az eseteink Alsómonostor Galambosértől d-re eső részéről kerültek ki. A Galambosértől é-ra eső részeken is fordultak elő arzénmérgezések az ötvenes években anélkül, hogy ezeket a szakirodalomban közölték volna. A bugaci arzénendémiás góc, összehasonlítva a Földünk egyéb helyein fellépett arzénal szennyezett göcökkel, különleges helyet foglal el, mivel az arzén peszticid, amely a talajba került valahogyan, majd onnan kioldódva a talajvíz közvetítésével az itteni tanyák ásott kútjaiba került és így elsődlegesen vízendémiát okozott. Bizonyos arzénfelvétel magas arzéntartalmú élelmiszerek fogyasztása révén is történhetett másodlagosan (11).

1978 őszén, több mint 20 évvel az első arzénmérgezések fellépte és 5 évvel az újabb esetek észlelése után katamnesztikus vizsgálatokat végeztünk Bugac-Alsómonostor lakossága körében, amelyek során két hólyagrák eset bukkant elő, amely arzénrák jellegét, úgy véljük, igazolni tudjuk. Tartós arzénhatásra jelentkező rosszindulatú daganatok között 3 hólyagrák esetet írtak le: *Gattner, H.* 2 esetet 1964-ben (6) és *Denk, R.* és *mtsai* 1 esetet 1969-ben (3), ezért két arzénhatásra létrejött hólyagrákos esetünket közlésre érdemesnek tartjuk.

Esetismertetés

1. eset: Sz. László (a családfán: II/4) első ízben 36 évesen feküdt a Kecskeméti Kórház urológiai-sebészeti osztályán 1963. II. 10—IV. 13-ig pyelonephritis apothematosa l. s., perinephritis l. s., ulcus simplex vesicae urin. dg.-sal. Septicus állapotát bal oldali nephrectomiával oldották meg.

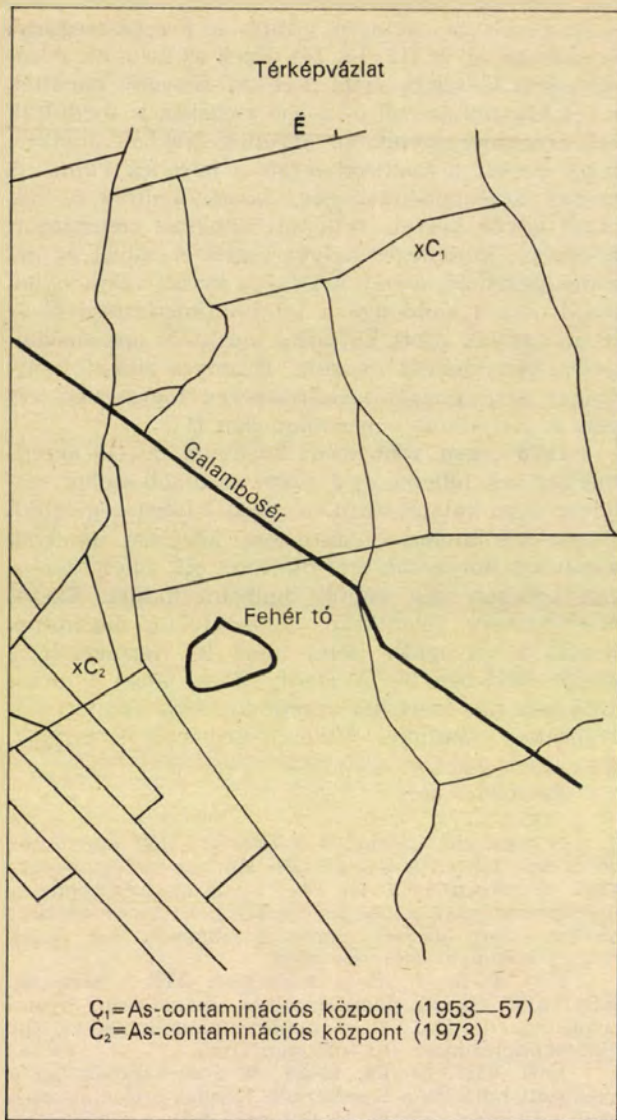
1965. I. 26—II. 15-ig a Szegedi OTE I. Sebészeti Klinikáján fekszik papillomatosis vesicae urin., pyelonephritis chr. l. d., st. p. nephrectomia l. s. dg.-sal. Hólyagpapillomáit elektrokoagulálták.

1965. VIII. 19—IX. 13-án, 38 éves korában bekövetkezett haláláig a Kecskeméti Kórház urológiai-sebészeti osztályán ápolták. A bal vese helyén retroperitonealis tályog keletkezett, amit feltártak és draináltak. A feltárást után bélsársípoly alakult ki a flexura lienalis coli sérülése következtében. A tehermentesítő coecostomiára septicus állapota nem szűnt meg. A jobb oldali solitaer vesében képződött kő miatt teljes anuria, uraemia és pyelonephritis apothematosa lépett fel. Emiatt nephrostomiára kényszerültek, mire septicus, uraemiás állapota megszűnt, majd hamarosan vérzés indult meg a bélsípolyból, újabb ismételt feltárást történt és a colon flexura lienalisát csonkolták. Két nap múlva a beteg meghalt.

A sectiókor a húgyhólyag hátsó falán, a vertex közlőében bal oldalon 5 Ft-nyi nagyságú, szemölcsös felszínű, laposan kiemelkedő, a falat infiltráló daganatot figyeltek meg. A húgyhólyag ezen papillaris rákja áttétet is adott a pancreas farkába, a vastagbélbe, a májba, a I—II. lumbalis csigolya testébe és a retroperitonealis nyirokcsomókba (Józsa L.).

2. eset: Sz. Sándor, az előző beteg öccse (a családfán: II/5) 45 évesen feküdt első ízben a Szegedi OTE I. Sebészeti Klinikáján 1976. VIII. 31—IX. 4-ig, ekkor már panaszai egy éve fennálltak, időnként gáttájéki göresős fájdalmakat érzett, vizelete nehezen indult meg és csipett is, több ízben haematurias is volt. Dg.: cystitis chr., hyperthyreosis, st. p. haematuriam, így a később elvégzett cystoscopia során tisztázódott a helyes diagnosis: tumor vesicae urinalis. Ezért 1977. I. 6. és I. 22. között a Szegedi OTE I. Sebészeti Klinikáján ápolták és subtotalis hólyag-resectio történt. A műtét során, a cystoscopus vizsgálatnak megfelelően, a hátsó fal és a bázis határán hosszanti irányú, 7—8 cm hosszú

* *Jelenlegi munkahely:* Somogy megyei Tanács Kórháza, bőr- és nemibeteg osztály, Kaposvár.



1. ábra.

és 3—4 cm széles, kb. $\frac{1}{2}$ cm-re kiemelkedő, helyenként fibrinnel fedett, hámfosztott, infiltráló jellegű tumort találtak, amely a hólyagfalat nem törte át, de amely bal oldalra és a trigonumhoz közel több apró borsónyi-babnyi nagyságú helyi áttétet adott. A szövettani vizsgálat során a neoplazma a húgyhólyag átmeneti sejtes carcinomájának bizonyult, amely nyirokér-invázióval és helyi áttétképződéssel járt (Mónus Z.).

1977. IV. 7—30-ig az Országos Onkológiai Intézet radiológiai, sugárklinikai osztályának a betege volt. Mivel lymphographiás vizsgálattal paraaorticus nyirokcsomóáttéteket találtak, a hólyag telekobalt rácsbesugárzása után (800 rad) mindkétoldali paraaorticus regio masszív rácsbesugárzását végezték el, mezónként 3000 r dózisban (Ródé I., Kiss B.).

1977. XII. 8—19-ig ismételtén a Szegedi OTE I. Sebészeti Klinikáján fektült, mivel újra haematuriássá vált és vizelelkor újra égő-csipő érzései voltak. Húgy-csőtágításra panaszai csökkentek. Csontfelvételekkel, kiválasztásos urographiával, urethrocytographiával metastasisokat nem tudtak kimutatni.

Újra jelentkező panaszai, vérvizelése és fogyása miatt 1978. I. 24-én már ismét a Szegedi OTE I. Sebészeti Klinikáján fektült, ahol 1978. II. 16-ig, 47 éves korában bekövetkezett haláláig gyógykezelték. A boncoláskor a tumor szövettanilag éretlenebb jellegű volt mint a műtétkor. A következményes elváltozások közül kiemelhető a kétoldali hydroureter és hydroneph-

rosis, a húgyhólyag heveny gennyes gyulladása és a nephritis interstitialis purulenta (Mágori A., Farkas E.).

Megbeszélés, ill. családi kórtörténet elemzése

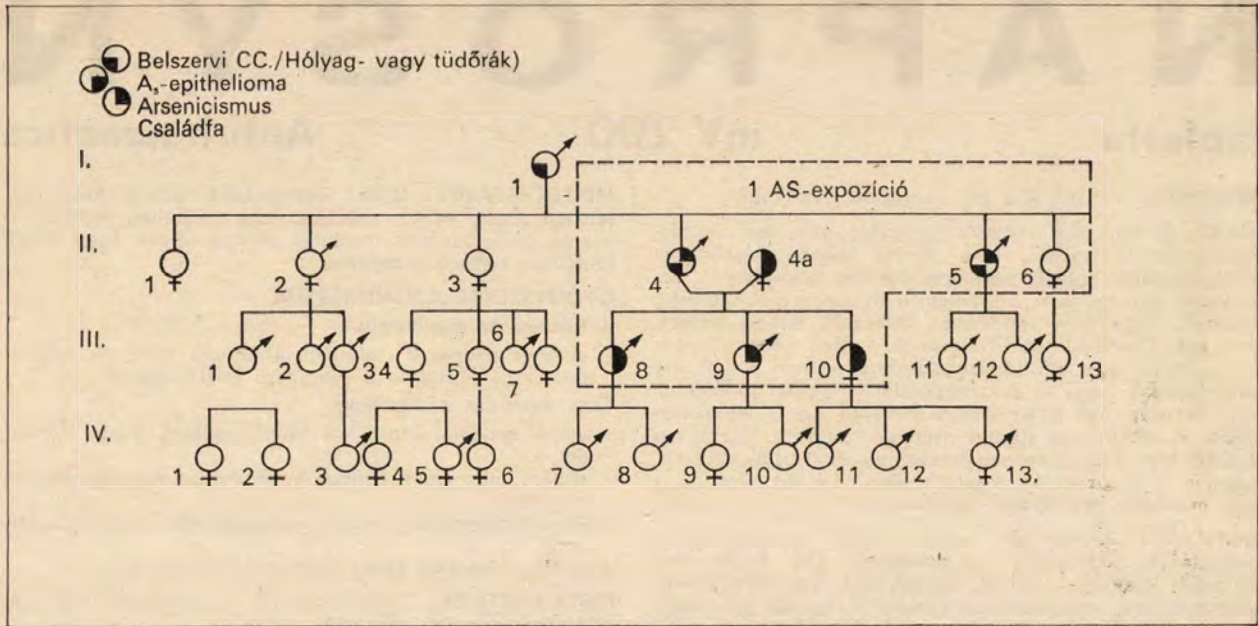
E két fiútestvér annak a családnak a tagja, amely az ötvenes évek közepén arzén behatásnak volt kitéve, olyan tanyán élt, amelynek ásott kútjának a vize magas arzéntartalmú volt. Ez az ún. Illés-tanya volt a Bugac-Alsómonostor Galambosértől északra eső As-contaminációs terület központja, ahol és amely közelében fordultak elő a súlyosabb arzénkárosodások. E család 1957-ig élt itt, ha időben be akarjuk azt határolni, hogy mikor állt fenn az arzén behatás, úgy azt 1957 utánra már nem tehetjük. E család egyik 1953-ban született tagján manifeszt arsenicismus észlelhető még most is, ugyanúgy mint az idősebb testvéreire, akik 1949-ben és 1952-ben születtek, így az arzénbehatás az 1953—57. években érthette ezt a családot. Feltehető, hogy az arzénbehatás hosszú időn át, de alacsony és változó dózisban érthette az itt élőket, hasonlóan a Galambosértől délre eső részek mérgezettségeihez, ahol a kútvizekben mért legmagasabb As-szint is csak 4 mg/l volt (10, 12, 13, 14).

Ebben az időben a családfő, I/1 már nem élt, mivel 1950-ben tüdőrákban meghalt. A II. nemzedékből az idősebbek már nem éltek itt, mivel családot alapítva elköltöztek (II/2 és II/3), illetve e nemzedék egyik tagja (II/1) ismeretlen körülmények között meghalt még gyermekkorában. Itt éltek viszont a II. nemzedék fiatalabb tagjai, a II/5 és a II/6, sőt már a II/4 családtag feleségével és 3 gyermekével (III/8, III/9 és III/10), akik mind arzénmérgezést szenvedtek el. E család II/4 tagjának a feleségét, valamint a III/8 és a III/10. sz. tagjait Egyed K. és Pataky E. már közölték, késői arsenikárosodás kifejezett bőrtünetei figyelhetők meg náluk, beleértve az arzénepitheliomákat is (4).

Ezt a családot tehát aszerint, hogy arzénbehatásnak ki volt-e téve vagy nem, két részre lehet osztani.

A család azon ágán, amely arzénbehatásnak nem volt kitéve, a családfő, I/1 volt az egyetlen, aki malignus daganatban, tüdőrákban szenvedett és meghalt, a másik, As-behatásnak kitett ágon, bár ez az ág kevesebb tagból, összesen 7 emberből áll, 2 tagnál arzén indukálta bőrrákot észlelhetünk, két tagja pedig hólyagrákban fiatalon, 38 és 47 éves korban meghalt, miközben idősebb testvéreik, akiket As-behatás nem, vagy kevésbé ért, rosszindulatú daganattól mentesen még élnek. A család azon ága, amely As-behatásnak nem volt kitéve, az arzén expozícióinak kitett ág kontrolljaként szerepelhet.

Az arzénrákok közül az arzénepitheliomák fordulnak elő a leggyakrabban. Többen részletesen és nagy anyagon tanulmányozták ezeket (3, 17, 18, 19, 20, 21). Olyan jellegzetes tulajdonságokkal rendelkeznek, amelyek segítségével csak a klinikai kép alapján is meglehetősen biztonsággal felismerhetők, elkülöníthetők egyéb eredetű epitheliomáktól. Előszórtan lépnek fel ruhától fedett bőrterületen, szemben a nem arzén eredetű epitheliomákkal, amelyek a napnak kitett bőrfelzárnyakon, az arcon és a kéz hátakon lépnek fel különösen. Az arzén-



2. ábra.

epitheliomák emellett nagyobb számban lépnek fel mint a nem arzén eredetű bőrrákok. Éveken át makacsul újabb és újabb rákos burjánzások alakulnak ki a bőrön, mire egy-két bőrtumort sebészileg vagy radiológiailag megoldunk, már újabb friss epitheliomák támadnak (17, 18). *Dubreuilh* szerint az arzénbehatásra csak az arzénkeratosis jön létre, ezt követően maga a keratosis fajul el rosszindulatúan, az arzénbehatástól most már függetlenül.

A belszervi rákfajták közül arzén hatására elsősorban tüdő- és májrák kifejlődésére lehet számítani. Ahogy az arzénkeratosisra arzenepithelioma következhetik, úgy az arzén okozta idült bronchitist tüdőrák, az arzén hatására kialakult máj-cirrhotist pedig májrák követheti (3, 5). Olyan szervek betegedhetnek meg tehát arzénrákban, amelyek szerepet játszanak vagy az As kiválasztásában mint a tüdő és a bőr, vagy pedig annak a detoxikálásában mint a máj. A vesék is jelentős szerepet játszanak az arzén kiválasztásában, így várható volna, hogy a húgyutakban is idült gyulladást követ a tartós As-ártalomra fellépő rosszindulatú daganat, mégis ritka jelenség ez idült arzénmérgezésekben. *Peller, S.* ezt azzal magyarázza, hogy a húgyutak, a trigonum vesicae környékét kivéve, mirigyekben szegények (3). *Denk, R. és mtsai* 1969-ben 100 boncolásra került arzénmérgezett moseli vincellérnél 85-nél találtak valamilyen rosszindulatú daganatot, elsősorban tüdő- és bőrrákot, hólyagrákot csupán egyetlen esetben észleltek (3). *Gattner, H.* 1964-ben közölt még két hólyagrák esetet idült arzénmérgezésben (6). Ez a három, és az általunk most közölt újabb két hólyagrák eset, amely idült arzénmérgezetekben lépett fel, mindenesetre arra utal, hogy a hólyagrákok etiológiájában számolni kell a tartós As-behatással is.

Összefoglalás. Egy család két fiútestvérén jelentkezett hólyagrák esetet közölnek a szerzők. A hólyagrák mindkét esetben idült arzénmérgezés

után keletkezett, 8 illetve 20 évvel az arzénbehatás után. A szerzők felvetik az arzénexpozíció etiológiai szerepének a lehetőségét a hólyagrák megjelenésében, mivel ezek a család arzénbehatásnak kitett tagjain léptek fel, és a család másik, kontrollként szerepeltethető, arzénbehatásnak ki nem tett ágán rosszindulatú daganatot nem lehetett észlelni, kivéve a családfőt, akitől a család örökölhette daganatra való hajlamát.

Megjegyzés a korrektúránál. A cikkünk megírása óta eltelt időben az ismertett család egy másik tagja, *Sz. András*, 55 éves férfi (családfán: II/2) 1979. okt.-ban generalizált hólyagrák miatt a szegedi I. sz. Sebészeti Klinikán meghalt. Szintén a cikkünk megírása után jutott az is a tudomásunkra, hogy a családfő (I/1) feleségénél az ötvenes években malignus papillómát távolítottak el.

IRODALOM: 1. *Bureau, Y., Rinckenbach, B., Barriere, H.:* Ann. Derm. Syph. 1950, 10, 385. — 2. *Csanády M. és mtsai:* Magy. Belorv. Arch. 1969, 22, 292. — 3. *Denk, R., Holzmann, H., Lange, H.-J., Greve, D.:* Med. Welt. 1969, 20, 557. — 4. *Egyedi K., Pataky E.:* Dermatosen in Beruf und Umwelt. 1978, 26, 54. — 5. *Ehlers, G.:* Zschr. Haut-Geschl.-Krk. 1968, 43, 763. — 6. *Gattner, H.:* Arsen und seine chronische Wirksamkeit, in: Beiträge zur Inneren Medizin, hrsg. Keiderling, K., Schattauer, Stuttgart, 1964. — 7. *Geyer, L.:* Arch. Derm. Syph. (Berlin) 1898, 43, 221. — 8. *Hámori A.:* Dtsch. med. Wschr. 1941, 67, 728. — 9. *Hámori A.:* Népegészségügy. 1946, 19, 1217. — 10. *Horváth A.:* Arzénell szennyezett területek talajhigiéniai vizsgálata. Értekezés. Debrecen, 1976. — 11. *Kovács Gy., Bicsérdy Gy., Molnár Z.:* Magy. Áorv. Lapja. 1977, 32, 253. — 12. *Nagy Gy. és mtsai:* Bőrgy. Vener. 1975, 51, 19. — 13. *Nagy Gy. és mtsai:* Z. Hautkr. 1975, 50, 201. — 14. *Nagy Gy., Varga Gy., Thurzó T.:* Orv. Hetil. 1975, 116, 497. — 15. *Pataky J., Lusztig G.:* Orv. Hetil. 1958, 94, 1580. — 16. *Reinl, W.:* Zbl. Arbeitsmed. 1970, 20, 75. — 17. *Tello, E. E.:* Laval Médical. 1963, 34, 762. — 18. *Tello, E. E.:* Rev. fac. cienc. méd univ. Córdoba, 1962, 20, 197. — 19. *Thiers, H. és mtsai:* Ann. Derm. Syph. 1967, 94, 133. — 20. *Tseng, W. P. és mtsai:* J. Nat. Cancer Inst. 1968, 40, 453. — 21. *Yeh, Shu, How, S. V., Lin, C. S.:* Cancer. 1968, 21, 312. — 22. *Zsigó M.:* Szóbeli közlés.

NAPROSYN

tabletta

mV 200

Antirheumatica

ÖSSZETÉTEL: 1 tabl. 250 mg naproxent tartalmaz.

HATÁS: A Naprosyn tablettá gyulladásgátló, láz- és fájdalomcsillapító hatású, 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 gyulladásgátlókhöz – 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, spondylosis, spondylarthrosis, extraarticularis rheumatismus különböző formái (lumbago, egyéb myalgia, fibrositisek, neuralgiák, bursitisek, peri-arthritis 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 össz-dózis) a fájdalom 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 ugyan-csak naponta kétszer kell beadni.

MELLÉKHATÁSOK: Ritkán gyomorégés, gyomorfájás, telítettségi érzés, enyhe szédülés vagy rosszullet, fejfájás, a gyomor-béltraktusban átmeneti jellegű vérzés. Igen ritkán bőrküetés, thrombocytopenia.

GYÓGYSZERKOLCSONHATÁSOK

Kerülendő az együttadás

– magnéziumoxid és alumíniumhidroxid tartalmú antacidumokkal (gátolják a Naprosyn felszívódását);

Csak óvatosan adagolható

- orális anticoagulánsokkal (anticoaguláns hatás fokozódik);
- szulfanilurea típusú antidiabetikumokkal (hypoglycaemia veszélye);
- difenilhidantoinnal (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) ismételtethető.

CSOMAGOLÁS: 30 db tablettá 22,- Ft.

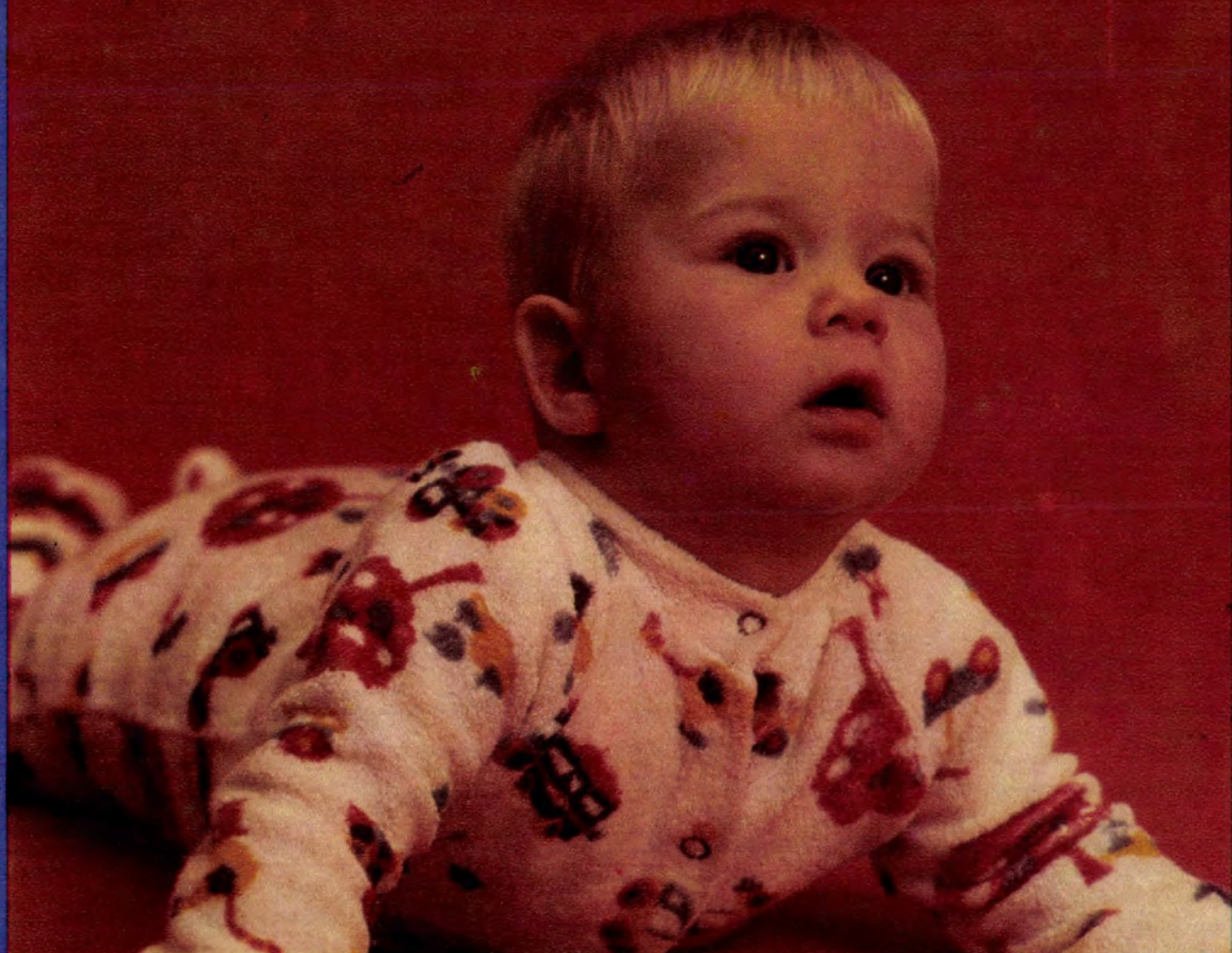
FORGALOMBA HOZZA: Alkaloida Vegyészeti Gyár, Tiszavasvári, Syntex licencia alapján.

ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR, TISZAVASVÁRI



Robébi "B"^R

GYÓGYTÁPSZER



A Robébi „B” kémiailag 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) annyiszor 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 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 (¾ 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. Rendelésére jogosultak mindazok az orvosok, akiknek a gyógyító-megelőző ellátás keretében a csecsemőellátás a feladatkörükbe tartozik.

Csomagolás: 200 g 6,50 Ft

Egyt GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST

Markusovszky Kórház-Rendelőintézet, Szombathely,
Szülészeti-Nőgyógyászati Osztály
(osztályvezető főorvos: Illei György dr.)
Gyógyszertár
(főgyógyszerész: Végh György),
Megyei Gyógyszertári Központ, Szombathely
(igazgató: Schäfer Béla dr.)

Kombinált hatású magisztrális hüvelykúp készítése és klinikai alkalmazása

Pelle Pál dr., Pete Imre dr.,
Végh György, Illei György dr.

A nem venerológiai genitális fertőzések leggyakoribb kórokozói a sarjadzó gombák, közülük is a *Candida albicans* (továbbiakban C. a.). Az ezen megbetegedésekben szenvedők száma ugrásszerűen emelkedik (2, 7, 8, 15, 30, 36).

A korábban ubiquiter mikroorganizmusnak tekintett C. a. patogenitása fokozódik kevert (gomba, baktérium, parazita) fertőzésekben. Az okokat a nyálkahártya mikroflórájának egyensúlyában bekövetkezett változásokban (terhesség, orális fogamzásgátlók, széles spektrumú antibiotikumok, citosztatikumok alkalmazása következtében), zavart anyagcsere-folyamatokban (diabetes mellitus, ösztrogének és szteroidok hatására), valamint egyéb körülményekben (foglalkozási ártalom, öltözködési kultúra, higiénia stb.) látjuk (14, 30, 35).

Szolnoki és mtsai (29) szerint a társfertőzések egyre gyakoribbak. *Bodó és mtsai* (5) széles körű vizsgálatában a hüvelyi moniliázis előfordulása 1–2% volt. Osztályunkon 5 év alatt cervix elváltozással kezelt körében a C. a. előfordulása önállóan vagy társfertőzésként 14,2% volt. A kolpitisz szanálása nélkül történt IUE felhelyezését ötször gyakrabban kísérheti lázas kismencedei gyulladás (38, 39). A vaginalis mycosis, ill. kevert fertőzés talaján kialakuló chorioamnionitis — melyre leginkább a gyakori belső és műszeres vizsgálatok teremtenek lehetőséget (12, 33) — idő előtti burokrepedést, koraszülést okozhat. A sarjadzó gombák veszélyt jelentenek az újszülöttekre is, hajlamosító tényezők mellett szisztémás mikózis, candida sepszis alakulhat ki (17, 22, 27, 28, 37).

A lokális hüvelyi kezelésre ma már egyre több készítmény áll rendelkezésre: Nystatin, Klion, Hexetidin, Canesten, Pimafucin stb. (1, 2, 6, 7, 9, 18, 19, 24, 26, 31, 32, 34, 35). A jelzett készítmények hatásspektruma viszont nem terjed ki a számba jöhető egyéb kórokozók teljes skálájára, így a kevert fertőzések következtében kialakult akut és krónikus kolpitiszek egyéni gyógykezelésében a magisztrális készítmények alkalmazása feltétlen létjogosult. Osztályunkon évek óta alkalmazunk lokális kezelésre chloramphenicol, sulfadimidin, acidum boricum tartalmú hüvelykúpokat. Antimikotikum hozzáadásával a készítményt sarjadzó gombák ellen is hatásossá kívántuk tenni. Az előíratot in vitro előkísérletek alapján a bórsav elhagyásával és nystatin hozzáadásával módosítottuk. A készítmény előállításáról, mikrobiológiai vizsgálatáról és klinikai alkalmazásának tapasztalatairól számolunk be.

Anyag és módszer

I. Összetétel, gyógyszer technológia

Rp. Chloramphenicoli
Sulfadimidini
Nystatini
aa centigrammata decem (0,10)
Massa polyoxatheni
qu. s. ut fiat lege artis ovulum.
Dentur tales doses No. decem (X).
Signetur: Hüvelykúp. Este egy kúpot a hüvelybe helyezni.

Az alap-, valamint a hatóanyagok Ph. Hg. VI. (20) minőségűek voltak. A poliéter szerkezet miatt a hidrofíli karakterű kúp alapanyag biztosíthatja a modern biogygyszerészeti szemlélet szerint a vízben nem, vagy rosszul oldódó farmakonok leadását a hatékony terápia érdekében (11, 23).

Az alapanyagot kb. 50–60 °C-on megolvastjuk, majd hozzáadjuk a chloramphenicol és a sulfadimidin előírt mennyiségét, amely az alapanyagban szuszpendálódik. A sűrűn folyó anyagot lehűtjük 40 °C-ra és kis részleteivel elkeverjük a nystatin port. Tapasztalatunk szerint az egyébként hőérzékeny tetraen szerkezetű antibiotikum ezen a hőmérsékleten nem változik. Egy alkalommal ötven kúpot mértünk össze. A hüvelykúpok nagyobb mennyiségben ERWEKA készülékkel is előállíthatók.

A kihűlt, megszilárdult kúpok homogenitása megfelelő. Egyenként kasírozott alumínium fóliába csomagolva, falkarton dobozban, hűvös, száraz helyen tartottuk. Organoleptikus vizsgálattal ellenőrizve, egyhónapos eltartása során a készítmény nem változott, ennek ellenére egzakt analitikai vizsgálatok hiányában az ovulumokat ex tempore készítettük.

II. In vitro mikrobiológiai vizsgálatok

A teljes készítmény, valamint hatóanyagainak vizsgálatát az indikátor organizmusoknak tekintett C. a. és E. coli törzsekkel végeztük. A részletes eredményekről más helyen számolunk be, jelen dolgozatban azok összefoglalását adjuk. Az antimikrobás szerek és kombinációik hatásának kvalitatív és kvantitatív vizsgálatát Pilkington (21) és agardiffúziós (3) módszerrel, ill. a MIC (Minimum Inhibitor Concentration) értékek meghatározásával végeztük. Táptalajok: agar (HUMAN), dextrózés agar (HUMAN), folyékony gombatáptalaj (10, 20) és DIFCO bouillon. Inkubáció: 24, ill. 35 °C, 48, ill. 24 óra.

III. Klinikai vizsgálatok

A hüvelykúpot a szombathelyi Markusovszky Kórház szülészeti-nőgyógyászati osztályának terhespatoló-

A hüvelyből kitenyészett kórokozók megoszlása az első HB vizsgálatok alapján

Candida albicans	Staph. a. haem.	Staph. b. haem.	Staph. epid.	Staph. aur.	Prot. m.	Klebs.	E. coli	Entero-coccus	Összes
Candida albicans									
20	5	9	25	12	5	5	15	10	106

giai, nőgyógyászati részlegén, valamint meddőségi szakrendelésén próbáltuk ki. A készítmény adását 1977 elején kezdtük el és 1978 februárjáig 106 esetet gyűjtöttünk össze.

A beteganyag kiválogatásában az objektív és szubjektív panaszok (fluor, pruritus) mellett hüvely-citológiai (továbbiakban HC) vizsgálatra és ezzel egyidejűleg hüvelybakteriológiai (továbbiakban HB) vizsgálatra támaszkodtunk.

A hüvelykúpot candidiasis, C. a. + vegyes bakteriális fertőzésekben alkalmaztuk. Az esetek kiválogatását megkönnyítette, hogy az osztályra felvett valamennyi terhesen a HC és HB vizsgálatok rutinszerűen megtörténtek, ugyanúgy a meddőségi szakrendelésen jelentkező betegekben a hormonális status meghatározása mellett a hüvelyflóra elemzését is elvégeztük. A kezelték közül 4 az I., 8 a II., 46 a III. trimeszterbe sorolható grávida volt, méhszáj laceráció miatt műtetre váró beteg 8, meddőségi ambulancián kezelt nőbeteg 36, és egyéb terápiára nem reagáló colpitis miatt kezelt beteg 4 volt. A készítményt minden esetben 10 napos kúra során alkalmaztuk, esténként egy hüvelykúpot.

A terápia eredményét kontroll HC és HB vizsgálatokkal ellenőriztük a kúra befejezése után közvetlenül vett mintából. A hatékonyság meghatározása céljából a HC és HB vizsgálatokat egy hónap múlva megismételtük. Eredménytelenség esetén a kúrát folytattuk, ill. más szerre tértünk át.

Eredmények

A kölcsönhatások eredményéről kvalitatív felvilágosítást adó Pilkington-módszerrel kapott adatok szerint a C. a.-szal szemben a nystatin önállóan is hatásos volt, viszont e hatással szemben a chloramphenicol kismértékben antagonistá, önálló aktivitás nélkül. Az E. coli fejlődését a chloramphenicol gátolta, sulfadimidin és a chloramphenicol között in vitro szinergizmus alakult ki. Az agardiffúziós teszt eredménye a hüvelykúpok vizes oldatainak, ill. szuszpenzióinak hatását vizsgálva azt mutatta, hogy a C. a. esetén nystatin nélkül nincs hatás, chloramphenicol nélkül felére csökken az antibiotikus akció. E. coli ellen hatásos a teljes összetétel, de chloramphenicol nélkül nincs gátlás. A vizsgált törzsek elleni MIC értékek meghatározásának eredménye: sem a nystatin, sem a chloramphenicol hatását nem változtatták meg a kombinációs partnerek. Bár az első két módszerrel a chloramphenicolra vonatkozóan ellentmondó eredményeket kaptunk (valószínűleg a táptalajokban a hidrofil és részben felületaktív kúp alapanyag által okozott eltérő diffúziós viszonyok miatt), a vázolt in vitro adatokat alkalmasnak találtuk arra, hogy a készítményt kipróbáljuk klinikai körülmények között. Az in vitro kapott, metodika-függő ellentmondások okát, valamint a chloramphenicol nystatin hatást elősegítő effektusát tovább vizsgáljuk.

Klinikai tapasztalatok: a szülés lezajlása miatt a kúrát nem fejeztük be: 6 esetben, első kontroll negatív, egyhónapos kontrollra nem került sor 13

esetben, C. a. eliminálódott, egyéb patogén mikroorganizmusok retentiója miatt a kúrát folytattuk az eredeti nystatin nélküli kúppal 16 esetben, mindkét kontroll negatív volt 69 esetben, végül, mint-hogy a kontroll kenet C. a.-t tartalmazott, a kúrát folytattuk 2 esetben. A kezelt esetek száma összesen: 106. Tehát 98 olyan esetünk volt (90%), melyben az első kontroll egyértelműen a gomba eliminálódását mutatja. Objektív nehézségek ellenére 69 olyan esetet sikerült regisztrálnunk (62%), mely a kúra eredményessége mellett annak tartósságát is igazolta. 16 esetben igazolt a kontroll vizsgálat visszamaradó, nem gombás fertőzést. Az első HB vizsgálatok eredményeit táblázat mutatja. Az első kontrollnál E. coli 8, enterococcus 4, candida 2, vegyes bacteriumflóra 4 esetben volt kimutatható. A második ellenőrző vizsgálat során 1 esetben igazolt az ellenőrzés E. coli + candida előfordulást.

Megbeszélés

Az adatokból kitűnik, ahogy azt a bevezetőben is említettük, hogy a vaginalis mycosis önállóan csak az esetek viszonylag kis (20%) hányadában fordul elő. E körülmény is alátámasztja a kombinált magisztrális kezelés szükségességét. Megemlítjük azt a két esetet is, amikor az ellenőrző vizsgálatok szerint a gomba a kúra alatt nem eliminálódott. Mindkét esetben újabb tíznapos kezelést kezdtünk, egy esetben sikerrel, második esetben csak a Pimafucin volt hatásos. Ellenpéldaként említjük viszont azt a négy, fluor miatt felvett és kezelt betegünket, akiken többszöri eredménytelen Pimafucin, ill. Canesten kezelés után sikerült a jelzett magisztrális hüvelykúppal a colpistist meggyógyítani.

Ismert, hogy a portio felszínén vagy a tátony méhszájban megbúvó kórokozó kezelésére a hüvelybe applikált kúp nem alkalmas. Gombás cervicitis kezelésére lokális ecsetelés vagy megfelelő formátumú, a cervixbe juttatható hatóanyag jelenléte a kívánt módszert. Recidíváját pedig csak anatómiai rekonstrukcióval előzhetjük meg.

Betegeink a kúra elkezdése után 2—3 nappal szubjektíve panaszmentesek lettek, a gomba két esetet leszámítva eliminálódott. Ezen eredményeket az új készítmény hatásának tulajdoníthatjuk. Mellékhatást egy esetben sem észleltünk. Kifogásolható tényként említhetjük meg viszont az alapanyag lassú „eltávozását”. A kúra befejezése után 1—2 nappal azt minden esetben sikerült észlelni. Hasonló megfigyelést viszont más, gyári készítménnyel is tettünk.

A 15%-ban előforduló Gram-negatív, ill. pozitív kórokozók miatt a kúrát nystatin nélkül, az eredeti, chloramphenicol, bórsav, sulfadimidin tartalmú hüvelykúppal folytattuk. Beteganyagunkban

ezzel a megoldással a visszamaradó fertőzést minden esetben sikerült szanálni.

Az interakciók, szenzibilizáció, polipragmázia veszélye miatt az antibiotikus ágensek egy időben történő adása még lokális kezelés esetén is különös megfontolást igényel. Kevert, helyi fertőzések, melyek esetanyagunk zömét képezték, mégis igénylik a több támadásponton, minél szélesebb spektrumban történő beavatkozást. Általában távolhatással nem kellett számolni, bár a hüvelyi nyálkahártyáról való felszívódás kevéssé vizsgált terület. A szenzibilizáció veszélyét irodalmi adatokra támaszkodva (25) nem tartottuk jelentősnek, indokoltnak láttuk a két antibakteriális, ill. antimikotikus szer együtt adását a terápia sikere érdekében. Viszont hangsúlyozzuk, hogy a hatóanyagok iránti érzékenységről előzetesen meg kell győződni! Eredményességét a jó gyógyulási arány direkt módon igazolta. (Megjegyezzük, hogy kéziratunk összeállítására óta a jelzett összetételű hüvelykúpot osztályunkon és szakrendeléseinken azóta is rendszeresen alkalmazzuk, több száz esetben eredményel.)

Összefoglalás. A szerzők a kevert, lokális hüvelyi fertőzések gyógyítására széles spektrumú antibakteriális és antimikotikus hatású chloramphenicol, sulfadimidin és nystatin tartalmú hüvelykúpot készítettek hidrofil karakterű alapanyaggal. Ismertetik a kúp készítés technológiáját, bemutatják az in vitro mikrobiológiai vizsgálat tapasztala-

latban, majd 106 beteg kezelésének eredményeit ismertetik. Adataik alapján a magisztrális hüvelykúpot jó és hatásos készítménynek tartják a vaginális fertőzések lokális kezelésére és széles körű alkalmazását javasolják.

IRODALOM: 1. *Altmayer P., Annus I., Kincses L.:* Magy. Nőorv. L. 1975, 38, 123. — 2. *Balasz, A. és*

mtsai: Przegl. Lek. 1976, 33, 824. — 3. *Bálint P.* (szerk.): Klinikai laboratóriumi diagnosztika. Medicina, Bp., 1962. — 4. *Berki E. és mtsai:* Orv. Hetil. 1953, 94, 1059. — 5. *Bodó M., Görcs I., Halász Z.-né:* Előadás. Magyar Nőorv. Társ. 1971. évi szegedi nagygyűlése. Szeged, 1971. Előadáskivonatok, 331. old. — 6. *Burmucic, R.:* Wien. Med. Wschr. 1977, 127, 116. — 7. *Domány Z.:* Gyógyszereink. 1976, 26, 123. — 8. *Forgács I., Tarnóczy P.:* Minerva Gynecol. 1973, 25, 210. — 9. *Grund, G.:* Ztg. Allgemeinmed. 1974, 50, 1477. — 10. *Horváth I.:* Kvantitatív mikrobiológiai eljárások. Akadémiai Kiadó, Bp., 1974. — 11. *Huszárné Horváth A.:* Doktori értekezés. Semmelweis OTE, Gyógyszerészeti Intézet, Bp. 1976. — 12. *Jakobovits A.:* Magy. Nőorv. L. 1976, 39, 148. — 13. *Jórárt Gy., Prohánka E.:* Gyermekgyógyászat. 1976, 27, 403. — 14. *Justin, R. G.:* J. Am. Med. Assoc. 1973, 28, 198. — 15. *Komorowska, A. és mtsai:* Wiad. Parazytol. 1973, 19, 343. — 16. *Korányi Gy., Prohánka E.:* Orv. Hetil. 1975, 116, 1951. — 17. *Kovalovszky L. és mtsai:* Orv. Hetil. 1977, 118, 2446. — 18. *Lachenicht, P. és mtsai:* Arzneim. Forsch. 1974, 24, 525. — 19. *Legal, H. P.:* Geburtsh. Frauenhkl. 1973, 33, 53. — 20. Magyar Gyógyszerkönyv VI. Medicina, Bp., 1967. — 21. *Pilkington, T. R. E., Elek, S. D., Jewell, P.:* J. Lab. Clin. Med. 1956, 47, 562. — 22. *Rhatigan, R. M.:* Am. J. Dis. Child. 1968, 116, 545. — 23. *Ritschel, W. A.:* Angewandte Biopharmazie. Wiss. Verl. MBH, Stuttgart, 1973. — 24. *Rzepka, J.:* Gynecol. Pol. 1976, 47, 107. — 25. *Simon C., Stille, W., Münnich, D.:* Korszerű antibiotikum kezelés. Medicina, Bp., 1974. — 26. *Sturkalev, I.:* Akush. Gynecol. 1977, 16, 131. — 27. *Szerk. közl.:* New Engl. J. Med. 1975, 1, 293. — 28. *Székely I. és mtsai:* Magy. Nőorv. L. 1975, 38, 284. — 29. *Tóth E.:* Magy. mtsai: Orv. Hetil. 1972, 113, 799. — 30. *Tóth E. és mtsai:* Magy. Nőorv. L. 1970, 33, 342. — 31. *Szolnoki F. és mtsai:* Orv. Hetil. 1975, 38, 127. — 32. *Tóth N. és mtsai:* Ztg. Haut-Geschlechtskr. 1973, 48, 47. — 33. *Tóth P., Hegedűs T.:* Orv. Hetil. 1977, 118, 2401. — 34. *Vágó J. és mtsai:* Gyógyszereink. 1971, 21, 508. — 35. *Vágó J., Kulahy I., Vágóné Hegedűs I.:* Előadás. Magyar Nőorvos Társ. 1971. évi szegedi nagygyűlése. Szeged, 1971. Előadáskivonatok; 331. old. — 36. *Valent, M. és mtsai:* Wiad. Parazytol. 1973, 19, 319. — 37. *Vörös J.-né, Korányi Gy.:* Orv. Hetil. 1978, 119, 396. — 38. *Weström, L. és mtsai:* Lancet. 1976, II, 221. — 39. *Weström, L. tait Candida albicans és E. coli törzsekkel kapcsolatban:* Brit. Med. J. 1976, 2, 717.

MEGRENDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett

az ORVOSI HETILAP-ot

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



1017

VENORUTON

kapszula, injekció

H 600 Antivaricosa

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 therápia 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 orális (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.

ELOÁLLITO:

BIOGAL GYÓGYSZERGYÁR, DEBRECEN



ZYMA AG (Svájc) licencia alapján.

Semmelweis Orvostudományi Egyetem,
II. Sebészeti Klinika
(igazgató: Stefanics János dr.)

Ismétlődő, masszív vérzést okozó ischaemiás colitis

Erdős László dr. és Kiss Lajos dr.

A vastagbél nem specifikus, különböző eredetű vérellátási zavarán alapuló kórképet, mely általában az idősebb életkorban jelentkezik, ischaemiás colitisnek nevezzük. Az irodalomban első leírója *Boley és mtsai* (2) volt, kísérletesen *De Villiers* (9) foglalkozott a kórképpel; klinikumát, pathológiáját 1966-ban *Marston és mtsai* (16) foglalták össze. Három csoportot különböztettek meg: 1. gangraenás, necrosisos; 2. stenotizáló és 3. átmeneti formát, amely utóbbi spontán visszafejlődhet (16). *Brown* (3) e hármast felosztás helyett a gangraenás és nem gangraenás megkülönböztetést ajánlotta.

A hazai irodalomban *Winter és Könyves* (32) összefoglaló közleménye mellett egy-egy eset közlése kapcsán foglalkoztak a kórképpel (1, 7, 12, 18, 28, 29).

A kórkép kialakulásához a mesenterialis keringés elzáródás nélküli elégtelensége vezet, amely a vastagbél falában rövidebb vagy hosszabb ideig tartó perfúziós zavart okoz (13, 16, 20). *Varró* (31) kiemeli a nyálkahártya microcirculációjának elégtelenségét a kórállapot létrejöttében. Az első pathológiás történések — oedema, vérbőség — a hypoxiára nagyon érzékeny submucosában kezdődik (5, 24, 25), ezután lép csak fel a nyálkahártya histolysis. Az elhalást a baktériumok invasiója követi és a vérzés csak később és főleg a kiterjedt esetekben következik be (10).

Az ischaemiás elváltozások legtöbbször segmentális elhelyezkedésűek, az esetek nagyobb részében a bal oldali vastagbélszakaszt érintik (4, 10, 17, 19, 21), de magukba foglalhatják az egész colont is. Ezt a topográfiai megjelenést a vastagbélszakasz szegényes vérellátása magyarázza, ugyanis a flexura lienalis és a szomszédos vastagbélszakaszt csupán egy nagyobb arteriális ág látja el, a mesenterica superiorból és a mesenterica inferiorból kialakult ún. arcus Riolani. Ezen a területen létrejött keringési zavar a collateralisok hiánya miatt könnyen vezet az általa ellátott bélen ischaemiás károsodáshoz (23, 27). A rectum részvétele az iro-

dalmi közlések alapján nagyon ritka, legtöbbször a hasi aorta szakaszán végzett reconstructio mûtétek után lép fel (11, 14, 15, 22, 26, 30).

Hajlamosító tényezőként megemlíthető a hosszasan tartó szívbetegség, kifejezett arteriosclerosis, diabeteses arteriopathia, systole volumen csökkenéséhez vezető cardialis elégtelenség, és minden olyan keringési zavar, ami hypovolaemiához vezet (8, 17, 19, 27, 31, 32).

A betegek klinikai tünetei közül a legjellemzőbbek: hirtelen fellépő köldök körüli hasi görcsös fájdalom, hányás, élénkvoros vér vagy melaena ürítése (3, 10, 16, 18). A gondos anamnesis-felvétel és a jellegzetes klinikai tünetek mellett segítséget nyújthat a kórismezésben a natív hasi átvilágítás, melynél distendált, gázos belek láthatók. Enyhébb formáknál az irrigoscopia elvégezhető, ahol típusos esetben az érintett vastagbélszakasz spasmusa, a nyálkahártya foltos rajzolata, illetve a heveny szak lezajlása után stricturák kialakulása figyelhető meg. A ritka rectalis elhelyezkedést kivéve rectoscopia vizsgálatkor ép nyálkahártya-rajzolat észlelhető a magasabb szakaszról üregi vérzés mellett. Diffus peritonitist okozó gangraenás formában diagnosztikus punctio során véres-zavaros exsudatumot nyerünk.

Differenciáldiagnózis szempontjából a mesenterialis érelzáródás, ileus, valamilyen hasüregi szerves perforatiója jöhet szóba (10, 20).

Esetismertetés

D. S., 54 éves nőbeteg 1976. szeptember 21-én került felvételre, kivérzett állapotban. Elmondása szerint napok óta szurokszkélete volt, majd felvételét megelőzően nagy mennyiségű friss piros színű vért ürített, hasi görcsös fájdalmak mellett. Megelőző betegségei közül 30 éve kezelt hypertonia, 10 éve fennálló diabetes érdemel említést.

Felvételi statusából: RR: 190/90 Hgmm, P: 112/min, sápadt bőr és nyálkahártyák, balra 2 h.-ujjal nagyobb szív, bal oldali hasfélben mérsékelt nyomási érzékenységet jelez. Kóros resistentia nem tapintható. Rectalis digitális vizsgálat alkalmával a kesztyűujj piros vérral szennyezett. Laboratóriumi lelete: hgb: 9,4 g¹⁰⁰%, ht: 26%, vércukor: 250 mg¹⁰⁰%. Konzervatív kezelésre — transfusio, vérzéscsillapítók, cardiacum, antibioticum — anaemiája javult, keringése, diuresise kielégítő lett. Ápolása 3. napján ismét masszív friss vérzés jelentkezett. Az ekkor elvégzett rectoscopia során 12 cm magasságból a rectum hátsó faláról egy vérző nyeles polypot távolítottunk el. A beavatkozást követő napon kb. 2000 ml friss vér ürítését észleltük, mely keringését megingatta, és a konzervatív kezelés elégtelenségét bizonyította, ezért a vérzésforrás tisztázása és ellátása érdekében az ápolása 4. napján, szeptember 24-én exploratív laparotomiát végeztünk. A műtét során anaemiás, de gyulladásmentes serosájú hasüregi szerveket találtunk, a zsigeri arteriák nagyfokú sclerosisára utaló tapintási lelete mellett. Az arteriák lüktetése a marginális oszlásig jól követhető. Feltűnő volt ellenben, hogy a vastagbél érintésre kötélszerű spasmusba került, mely csak meleg konvhasos borogatásra oldódott. A belek lumenében vért nem észleltünk. A vérzés anatómiai okának tisztázása nélkül kényszerültünk a hasüregt zárni. A műtét utáni napokban a vérzés folytatódott, ekkor coloscopyt és oesophagogastroduodenoscopyt végeztünk a gastrointestinalis tractus nyálkahártyájának megítélésére. A coloscopy vizsgálat során az eszközt csak a colon descendens közepéig sikerült felvezetni. A vizsgált szakaszon friss piros vér, valamint véralvadék látszott, de fekélyt, tumort kimutatni nem tudtunk, így diffus nyálkahártya-károsodásra kellett gondolni. A tovább

folytatott konzervatív kezelésre vérzése megállt, általános állapota javult, széklete fokozatosan normális színűvé vált. A 10. posztoperatív napon, jó általános állapot mellett hirtelen masszív vérzés lépett fel, mely a betegnél keringés-összeomláshoz és halálhoz vezetett. A resuscitatio során készített EKG myocardialis infarctust mutatott.

Kórbontani epikrízis: vastagbélben friss vérzéssel tartalom, amelynek eltávolításával együtt a nyálkahártya szabálytalanul levált, ugyanakkor a fal egyes részei épen maradtak, a belek muscularis, ill. serosa része kóros eltérést nem mutatott. A gastrointestinalis tractus egyéb szakaszán vérzésforrás nem volt kimutatható. Zsigeri erek kemény tapintatúak, lumenük szabad. A súlyos arteriosclerosis mellett a szívben a bal kamra elülső falán kiterjedt friss infarctusa volt.

Megbeszélés

Az ischaemiás colitis kezdeti, heveny szakában először konzervatív kezelés ajánlott, mely után az esetek jelentős részében a tünetek enyhülnek, regressio következik be (20, 21). Folyadékpótlás, elektrolitháztartás rendezése, a microcirculatio javítására kis molekulású Dextran készítmények, Gram-negatív kórokozókra ható széles spektrumú antibiotikumok adása, cardialis támogatás, bél-tractus leszívása alkotják a konzervatív kezelés lényegét. Ha a bevezetett intenzív kezelésre 24–48 óra alatt a beteg klinikai állapota nem javul, peritonealis tünetek lépnek fel, toxaemia tünetei észlelhetők, állandósul a fájdalom, fokozódik a meteorismus, a masszív vérzések ismétlődnek, akkor exploratív laparotomiát kell végezni. A bél-necrosis kiterjedését, az ép és az elhalt terület határát még műtét közben is nehéz megítélni, mert az épek látszó serosa-felszín alatt a nyálkahártya-elhalás tovább folytatódhat (24). Ezért a bél életképességének peroperatív megítélésére Loup (13) többszörös colotomiát, Murat (20) peroperatív coloscopyt ajánl. Az elhalt vastagbélszakaszt el kell távolítani, azonban a bélfolytonosság azonnali helyreállítására csak akkor törekedhetünk, ha meggyőződünk a bélvégek életképességéről. Kétes esetekben a nagyfokú varratelégtelesség veszélye miatt helyesebb két ülésben végezni a bél-passage helyreállítását (20). Ha az egész colont anaemiásnak, spasticusnak találjuk, Brown (3) tapasztalatai szerint nem szükséges colectomiát végezni, mely egyrészt igen nagy műtéti megterhelést jelent, másrészt ezekben az esetekben spontán regressióra is számíthatunk.

Esetünkben az ischaemiás colitis ritka, ismétlődő masszív vérzéssel járó formájával találkozunk, ahol az exploratio során az egész vastagbelet rendkívül spasticusnak, anaemiás külleműnek találtuk. A kórképre nem jellemző masszív gastrointestinalis vérzés jelentősen megnehezítette a műtét előtti és a műtét alatti diagnózist. Gastroduodenoscopyra, illetve coloscopyra a megtévesztő recto-

scopiás vizsgálat, valamint technikai okok és a keringést megingató nagy vérzés miatt csak posztoperatív került sor. A kórlefolyás, a vérzés jellege alapján azonban igen valószínűnek látszott, hogy vastagbélből származó, diffúz nyálkahártya-károsodás következtében kialakuló vérzéssel állunk szemben. Jelentős segítség lett volna egy intraoperatív coloscopy elvégezhetősége, bár esetünkben a totalis colectomia feltételei nem voltak adottak. A beteg sorsát — véleményünk szerint — a friss szív-infarctushoz csatlakozó keringési zavar és az ezt követő újabb masszív vérzés pecsételte meg. Esetünk elemzése kapcsán ismételten hangsúlyozzuk a diagnosztikus és terápiás nehézségeket. A sürgős endoscopos vizsgálatok elvégezhetőségének szélesebb körű elterjedése kibővíti a kórismézési lehetőségeinket, és a vérzés okának tisztázása megteremti a helyes kezelési terv kialakítását.

Összefoglalás. Szerzők ismétlődő masszív vérzést okozó ischaemiás colitis esetét ismertetik. Ennek kapcsán foglalkoznak a kórkép kialakulásával, a diagnosztikus nehézségekkel és a terápiás teendőkkel.

IRODALOM: 1. Asztalos B., Ján H., Pirkner F.: Orv. Hetil. 1968, 109, 1609. — 2. Boley, S. J. és mtsai: Surg. Gynec. Obstet. 1963, 116, 53. — 3. Brown, A. R.: Brit. J. Surg. 1972, 59, 463. — 4. Byrd, B. F. és mtsai: Ann. Surg. 1968, 167, 901. — 5. Carayon, A. és mtsai: Medicine Tropicale, 1975, 35, 175. — 6. Colín, R., Balmes, J. L., Favier, Ch.: Chirurgie. 1974, 100, 49. — 7. Cseh Z.: Magy. Seb. 1964, 17, 81. — 8. Davis-Christopher: Textbook of Surgery. Sabiston, D. 11th Ed. 1977. Philadelphia—London—Toronto. — 9. De Villiers, D. R.: Brit. J. Surg. 1966, 53, 497. — 10. Hillemand, B.: Sem. Hôp. 1972, 48, 1607. — 11. Kilpatrick, Z. M. és mtsai: JAMA. 1968, 205, 74. — 12. Langer Gy.: Orv. Hetil. 1947, 88, 1618. — 13. Loup, I.: Lyon Chir. 1978, 74, 142. — 14. Loygue, J., Cormier, J. M., Lagnean, P.: J. Chir. 1969, 98, 597. — 15. Marcuson, R. W.: Clinics in Gastroenterology. 1972, 1, 745. — 16. Marston, A. és mtsai: GUT. 1966, 7, 1. — 17. Morson, B. C.: Postgrad. Med. J. 1968, 44, 665. — 18. Németh Gy., Kiss L., Jámor Gy.: Magy. Seb. 1970, 23, 67. — 19. O'Connell, Th. X., Kadell, B., Tompkins, R.: Surg. Gynec. Obstet. 1976, 142, 337. — 20. Olivier, Cl.: Actualités Chirurgicales. 75^e Congrès Français de Chirurgie. Masson et Cie, Paris, 1974. — 21. Paillat, B., Geoffroy, Y.: Concours Med. 1975, 11, 6003. — 22. Poupon, R. és mtsai: J. Chir. 1974, 108, 241. — 23. Rausis, C. és mtsai: Helv. Chir. Acta. 1972, 39, 251. — 24. Rausis, C. és mtsai: J. Chir. 1972, 104, 569. — 25. Saegesser, F., Cardiol, D., Rausis, C.: Schweiz. Med. Wschr. 1972, 102, 1669. — 26. Saegesser, F. és mtsai: Chirurgie. 1977, 103, 907. — 27. Stefanics J. (szerk.): Részletes sebészet. Medicina, Bp. 1977. — 28. Szabó L., Mezey K.: Magy. Seb. 1979, 32, 52. — 29. Szendrői L., Nagy T., Bánfi J.: Magy. Seb. 1970, 23, 67. — 30. Van der Stricht, J., Janne, Ph., Goldstein, M.: Chirurgie. 1976, 102, 241. — 31. Varró V.: Orv. Hetil. 1972, 113, 3169. — 32. Winter M., Könyves G.: Orv. Hetil. 1967, 108, 1016.

Újszülöttkori streptococcus (Béta-haemolytikus B csoport) okozta gyógyult meningitis

Groák Vera dr., Domján Gyula dr.
és Földes Gyula dr.

Tizenöt évvel ezelőtt az újszülöttkori sepsisek jó egynegyed részét meningitis kísérte (8). A meningitis társulása általában még egyet jelentett a beteg halálával. Csak a 70-es években ismeretesek olyan kedvező adatok, melyek az újszülöttkori sepsis — addig csaknem 100%-os — halálozását 40-60%-ban adják meg (7). Ezt a kezdeti — de még nem kielégítő — eredményt a kórokozó érzékenységén alapuló korai erélyes antibiotikus kezelésnek, még inkább az antibiotikum intrathecalis alkalmazásának tulajdonítják.

Számos közlemény foglalkozott ebben az időben a kórokozó kérdésével is. A 60-as évek óta kórokozóként a Gram-negatív *E. coli*, *Pseudomonas* stb. mellett a Gram-positív streptococcus is egyre nagyobb szerepet kapott az újszülöttkori infectiókkal kapcsolatos közleményekben. Mint ismeretes, *Lancefield* a streptococcus falában található csoportspecifikus polysaccharida antigen alapján csoportosította a streptococcusokat s a különböző fajtákat az ábécé betűivel jelölte meg. Ennek alapján az A csoportot — a köznapri orvosi szóhasználatban elterjedten — Streptococcus haemolytikus vagy pyogenesnek nevezik. A B csoport kórokozóit a 60-as évekig nem játszottak lényeges szerepet az emberi pathológiában (4). 1961-ben *Hoods és mtsai* irányították a figyelmet első ízben a béta-haemolyzáló streptococcus B csoportra. Újabban — a hetvenes évek óta — ez a kórokozó került az érdeklődés középpontjába, mivel egyes nyugati irodalmi jelzések szerint az újszülöttosztályokon előforduló neonatalis septicaemiának jelenleg gyakori okozói (5, 11, 12). Hazai vonatkozásban *Pados és mtsai* (8/a) újszülöttkori meningitis esetét ismertetik, majd *Korányi és mtsai* (6) az Orvosi Hetilapban megjelent közleményükben említést tesznek róla, de saját tapasztalatról sem ő, sem *Bíró és mtsai* (2) nem számoltak be. Ezért tartjuk célszerűnek, hogy saját esetünkkel kapcsolatos megfigyeléseinkről számot adjunk.

Esetismertetés

B. D. zavartalan lefolyású első terhességéből, a 39. gestációs hétre, 3200 g súllyal született leány újszülött (a születéskor észlelt Apgar-érték: 1 percre 9, 5 percre: 10). 14 óras korában nyögő légvétel miatt vették át az egyik fővárosi kórház szülészeti osztályáról. Felvétele után koponyaúri nyomásfokozódás tünetei miatt Mannitol és 10%-os glucose infúzióban részesült, amelyre állapota rendeződött. 24 óras korában láz kíséretében jelentkeztek ismét koponyaúri nyomásfokozódásra utaló tünetek (hányás, nyugtalanság), majd a beteg elesetté vált. Ekkor intracerebralis folyamat gyanúját felvetve, lumbálpunctiót végeztünk. Igen sűrű, tapadós, gennyes liquorot nyertünk. Gram-negatív infectiót feltételezve azonnal adtunk intrathecalisan Garamycint (2 mg/kg). A liquor laboratóriumi vizsgálata megfelelt a makroszkópos képnek: sejtszám 43 000/3, fehérje: 6,9 g/l, cukor nem mérhetően alacsony. Cytológia: a látótér zsúfolva granulocytákkal, elvéve 1—1 lymphocytá és monocytá. Kolloid görbe balra tolódott. Bakteriológiai vizsgálat során a liquorból (véres agaron) béta-haemolysist okozó streptococcusok nőttek ki. Antibiógram: Semicillin, Chlorocid, Oleandomycin, Erythromycin, Ceporin érzékeny; Penicillin, Ampicillin mérsékelten érzékeny; Polymyxin B-resistens. A telep-morphológia, illetve a „double zone haemolysis” alapján merült fel, hogy B csoportba tartozó streptococust tenyésztettünk ki (9). A kórokozó pontos serológiai meghatározása a Pharmacia—Phadeback Streptococcus Test készítményével történt. Egyéb leletei: htk: 67%, hgb.: 18,5 g%, fvs.: 19 400. Thrombocytá-szám: 110 000. Vizelete: negatív. A továbbiakban a parenteralisan bejuttatott Garamycin mellett Ceporint (25 mg/kg) adtunk az intravénás táplálással (Rindex 10). Mindezek nyomán állapota már a következő napon jelentősen javult. Az 5. napon a liquor bakteriológiai vizsgálata steril maradt, és a sejtszám is fokozatosan csökkent. Így az intravénás táplálásról már a 4. napon nöitej-táplálásra térünk át; egyidejűleg az antibiotikus kezelést 12 napig folytattuk.

A liquor bakteriológiai vizsgálati eredményének ismeretében leoltásokat végeztünk a beteg orrából, torokból, vulvájáról és székletéből. Mindezen helyekről azonban béta-haemolysist okozó streptococust nem sikerült kitenyésztenünk. Ugyanakkor viszont a szülőintézetben az anya lochiajából béta-haemolysist okozó streptococcusokat tenyésztettek ki; sajnos ott csoportmeghatározás nem történt. Az újszülött 14 napos korában — az akkor már tünetmentes csecsemőnél — az AST vizsgálat 800 E eredményű volt. 17 napos korában átvizsgált osztályunkról, azóta többször ellenőriztük. Legutoljára 7 hónapos korában, amikor is megfelelően fejlődőnek láttuk, belszervi, idegrendszeri eltérést nem találtunk. Az ekkor vizsgált immun statusa relatíve alacsony IgG-t eredményezett (IgG: 348, IgA: 18, IgM: 130 mg%).

Megbeszélés

A B csoportba tartozó streptococcusokat leggyakrabban acut felső légúti megbetegedések alkalmával tenyésztik ki. Mint fakultatív kórokozó kb. 50%-ban normális körülmények között is megtalálható a felső légutakban. *Butter és de Moor* (3) szerint a terhések, illetve az újszülöttek mintegy 9—10%-a hordozza ezt az organismust a vaginában, a mellbimbókon, a torokban és a köldökön. A bakteriológiai gyakorlatban általában gyakran izolálhatók az urogenitális traktusból.

Irodalmi adatok alapján a streptococcus béta-haemolytikus B csoport által okozott megbetegedés két típusa ismeretes, a betegség kialakulása és lefolyása szerint. Így megkülönböztetünk korai, illetve késői kezdetű infectiót. A korai kezdetű általában a születés utáni első 24 órában okoz tüneteket:

RDS, septicaemia formájában. *Roland és mtsai* (10) szerint ebben a fajtában a halálozás 40–80⁰/₀-os. Megjelenése, lefolyása igen hasonló az RDS-hez, még a mellkasi rgt-felvétel alapján is; ilyenkor a gyomorvuladékból Gram-positív coccusok mutathatók ki. A betegség intrapartum eredetére utal az a körülmény, hogy mind az újszülöttről, mind a maternalis hüvelyváladékból ugyanaz a fajta streptococcus tenyészhető ki. Az előbbiekkal szemben az ún. késői kezdetű megbetegedés az első két hét után fejlődik ki és az anyai kórokozó-hordozással nem függ össze. Igen gyakran okoz meningitist, de leírtak arthritist, osteomyelitist, otitist is. Ezekben az esetekben valószínűleg kórházi eredetű fertőzésről van szó. További különbség az is, hogy relatíve jobbindulatú betegség.

A betegség megelőzése jelenleg megoldatlan; javasolják a streptococcus B csoport baktériumot hordozó terhesek szülés előtti per os, valamint az ilyen anyáktól származó újszülöttek, de különösen koraszülöttek és kis súlyúak azonnali parenterális Penicillin kezelését (11). *Baker és Kasper* (1) megjegylik, hogy a streptococcus B csoport baktériumot hordozó terhesek serumában specifikusan antitest-elégtelenség jelentkezik, további lehetőséget ad a megelőzésben felhasználható egyéb eszközökre.

Összefoglalva az eddigieket, ismertetett esetünket a klinikai kép és bakteriológiai vizsgálat alapján az ún. korai lefolyású streptococcus B fertőzésnek gondoljuk. Azt, hogy az egyébként kedvezőtlen, rossz prognózisú folyamatot sikerült megállítanunk és kedvező irányba terelnünk, egyértel-

műen a korán megkezdett intrathecalis antibiotikus kezelésnek tulajdonítjuk.

Összefoglalás. Szerzők 3200 g-os újszülött esetét ismertetik, akit 14 órában nyögő légvétel, intracranialis nyomásfokozódás tüneteivel vették fel osztályukra. A lumbalpunkció sűrű gennyest tartalmazott. A bakteriológiai vizsgálat B csoportba tartozó *Streptococcus haemolyticus*-t mutatott. Azonnali intrathecalis és muscularis antibiotikumok adására, valamint a folyadék kezelésére állapota gyorsan javult. A liquor az 5. napon steril maradt. Az újszülött orrából, torkából, vulvájáról nem sikerült a kórokozót kimutatni, azonban a lochiából vett minta vizsgálata béta-haemolysist okozó streptococust eredményezett. 5 hónapos korában ellenőrizve kifogástalan somatomentális fejlődést mutat. Magyarországon ez az első felismert és gyógyult újszülöttkori *Streptococcus haemolyticus* B meningitis.

IRODALOM: 1. *Baker, C. J., Kasper, D. L.*: N. Engl. J. Med. 1976, 294, 753. — 2. *Bíró E. és mtsai*: Magy. Ped. 1978, 12, 62. — 3. *Butter, M. N., Moor, de, C. E.*: Antonie Leeuwenhoek. 1967, 33, 439. — 4. *Eickhoff, T. és mtsai*: N. Engl. J. Med. 1964, 271, 1331. — 5. *Hammersen, G. és mtsai*: Europ. J. Ped. 1977, 126, 189. — 6. *Korányi Gy. és mtsai*: Orv. Hetil. 1975, 116, 1696. — 7. *Loewenich, W. W.*: Mschr. Kinderheilk. 1977, 122, 405. — 8. *Mauzke, H.* in Simone, C.: Neugeborenen infection. Enke Verlag, Stuttgart, 1978. — 8/a. *Pados É. és mtsai*: Orv. Hetil. 1972, 113, 451. — 9. *Reinartz, J. A., Sanford, J. P.*: Medicine. 1965, 44, 81. — 10. *Ronald, C., Ablow, M. D.*: N. Engl. J. Med. 1976, 294, 65. — 11. *Roos, R.*: Med. Klin. 1978, 73, 1064. — 12. *Stewardson-Krieger, P. B., Gotoff, S. P.*: Infection. 1978, 6, 49.



Az OMKER Bemutatótermében
(Budapest, VI. Népköztársaság útja 36.)

1980. április 14 – május 2-ig

naponta 9–16 óráig

(szombat – vasárnap zárva)

**Elektronikus
és optikai elven működő
laboratóriumi készülékek
kiállítása**

Szakmai és kereskedelmi felvilágosítás!

Minden érdeklődőt szeretettel várunk!

Hodgkin-kór miatt történt mediastinalis röntgenbesugárzás következtében kialakult oesophago-trachealis fistula sebészi kezelése

Horváth Örs dr. és Imre József dr.

Az elmúlt 25 évben nagy fejlődés ment végbe a Hodgkin-kór gyógyításában. A diagnosztikai módszerek, a sugárkezelés és a chemoterapia jelentős haladása azt eredményezte, hogy az I. és II. stádiumban levő betegek 5 éves túlélése eléri a 70–90%-ot, és az ugyanebben a stádiumban levő betegek 50–60%-a 5 év múlva is panasz- és tünetmentes — gyakorlatilag gyógyultnak tekinthető (7, 9).

A sikeres kezelés két alapvető fegyvere a kombinált cytostatikum kezelés és a nagy dózisú röntgenbesugárzás. Az ilyen röntgen-therapia károsíthatja az ép szöveteket is, és szövődmények jöhetnek létre.

A mediastinalis röntgenbesugárzás megfigyelt szövődményei a következők: pleuralis folyadékgyülem, mediastinalis fibrosis, pulmonalis fibrosis, paraparesis, rekeszbénulás, akut pericarditis, oesophagitis, oesophagus strictura és oesophago-respiratorikus fistula (7, 9).

Hodgkin-kór, illetve mediastinalis röntgenbesugárzás következtében kialakult oesophago-respiratorikus fistulák ritkák, *Baranyai* (2) az irodalomból 14 esetet gyűjtött össze.

Az alábbiakban egy Hodgkin-kór miatt végzett mediastinalis telecobalt besugárzás hatására kialakult oesophago-trachealis fistula esetéről számolunk be, melynek gyógyítására sikeres palliatív műtétet végeztünk.

Esetismertetés

N. Zs., 18 éves nő lymphogranulomatosisát 1974-ben nyaki nyirokcsomó-exciszióval, ill. szövettanilag diagnosztizálták. 1975-ben más intézetben „staging laparotomia” történt splenektomiával, appendektomiával és a paraaortikus nyirokcsomók eltávolításával. Ekkor II. stádiumbeli, szövettanilag ún. kevert sejtes lymphogranulomatosisát állapítottak meg. Mivel a mediastinum szélesebb volt — telecobalt besugárzást kezdtek. Az ún. „mantle” besugárzás során 4000 rad gócdózist kapott a mediastinumra a. p. és p. a., 7×15

cm mezőben, 10 cm mélyre, napi 200 rados fractióban. A kezelésre jól reagált, a mediastinum kiszélesedése megszűnt. Ezután fél éven keresztül kombinált cytostatikum kezelésben részesült. A rtg-besugárzás után kb. 10 hónappal kezdett a torka fájni, majd szilárd étel fogyasztásakor nyelési nehézségei támadtak, és a klinikánkra történt felvétele (1976. XI. 27.) előtt pár nappal evés közben köhögési rohamai léptek fel, táplálhatatlanná vált. A beküldő intézetben diagnosztizálták oesophago-trachealis fistuláját.

Táplálásának biztosítására 1976. XII. 4-én gastrostomiát készítettünk. Köhögési rohamai azonban továbbra is fennálltak, és főleg éjszaka voltak kínzóak. Köpete időnként epés jellegű volt. Táplálását ezután a szűkület alá vezetett Foley-katéterrel biztosítottuk, melynek ballonját az evés után 2–3 óráig felfújva tartottuk. Ezzel a módszerrel sikerült a köhögési rohamokat jelentősen mérsékelni.

A további therapiás teendőket eldöntendő (sebészi kezelés vagy a röntgenbesugárzás folytatása) — részletes mellkas röntgenvizsgálatokat végeztünk. Mivel a mediastinumban kórosat kimutatni nem sikerült, sebészi kezelés mellett döntöttünk.

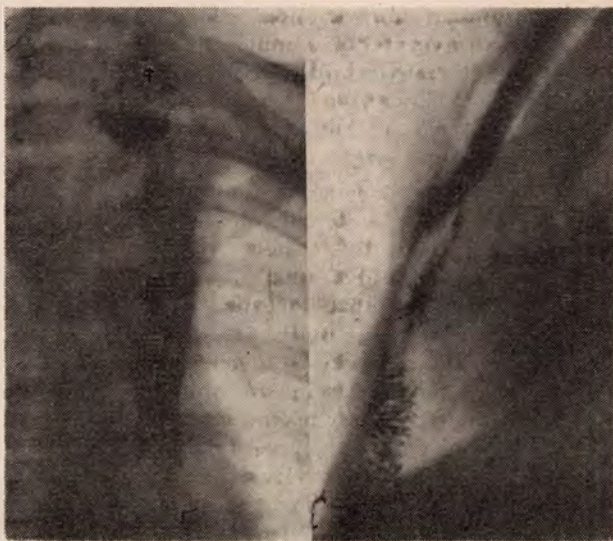
1977. I. 3-án jobb oldali thoracotomiát végeztünk, azért, hogy a nyelőcsövet eltávolítsuk és a nyakra kiszegjük a cervicalis csontot. A rendkívül heges, oedemás környezetben a nyelőcső-exstirpációt elvégezni nem lehetett. A fistula környezetéből biopsziát végeztünk és bezártuk a mellkast. A biopsziás anyagban kórszövettanilag lymphogranulomatosis kimutatni nem sikerült.

1977. I. 25-én bal oldali nyaki feltárásból felszabadítottuk a nyelőcsövet, majd átvágtuk és oralis végét a nyakra kiszegtuk az aboralist vakon buktattuk. Felső median laparotomiából leköttöttük a cardiát, és egy Roux-kacsot húztunk fel subcutan a sternum középig, és elkészítettük a jejuno-gastricus anastomosis. E műtét után a beteg köhögési panaszai rövidesen megszűntek és fokozatosan hízásnak indult.

A nyelőcsőplasztika befejező lépéseként 1977. IV. 7-én a nyaki oesophagostoma és a sternum középig felhúzott jejunumkacs között bőrcsővet készítettünk. Mivel a bőrcső az előzetes rtg-besugárzások miatt károsodott bőrből készült — az anastomosis gyógyulása a szokásosnál hosszabb időt vett igénybe, de az utolsó műtét után két hónappal a beteg elkezdte a per os táplálkozást, nyelési panaszai nem voltak, gastrostomáját megszüntettük.

A fél éves ellenőrző vizsgálaton az oesophago-cutaneo-jejunosomia jól functionál (*ábra*).

1978 januáriában rövid előzetes panaszok után mindkét lába megbénult — paraparesis alakult ki,



Ábra: Antehoracalis bőrcső és jejunum. Ap és oldal felvétel

emiatt idegosztályon ápolják. Az idegosztály a tüneteket nem kompressziós eredetűnek tartja.

Megbeszélés

A szövetek különböző mértékben érzékenyek a röntgenbesugárzásra. Az ép szövetek közül legérzékenyebb a gastrointestinalis tractus nyálkahártyája, míg a sima- és harántcsikolt izmok kifejezetten rezisztensek. A kiserek is könnyen károsodnak a besugárzás hatására, és az emiatt létrejött vérellátási zavar következtében aztán az izomszövet is károsodhat (1).

Rubin és Casarett (10) besugárzási tolerancia dózisonak nevezi azt a sugármennyiséget, amely mellett 1—5%-ban bizonyos szövődemény 5 éven belül kialakul. Nyelőcső esetén a strictura, ill. a fekély kialakulása 6000 R dózisonál kezdődik, míg a gerincvelő besugárzási toleranciája 5000 R.

Röntgenbesugárzás hatására az ép nyelőcsövön először oesophagitis lép fel (6), a nyelőcső motilitása csökken, később a hegesedés következtében szűkület alakul ki, és ezután jöhet létre az oesophago-respiratorikus fistula (11). A fistula kialakulásában — a fal meggyengülésén kívül — szerepe lehet a nyeléskor jelntkező fokozott lumenen belüli nyomásnak, amely a szűkület következtében magasabb a normálnál. A szűkület, ill. a fistula kialakulásának előbbi magyarázatát alátámasztja az is, hogy a sipolyok mindig valamivel a szűkület felett alakulnak ki.

A mediastinalis Hodgkin-kóros betegen észlelt oesophagotrachealis fistulákkal kapcsolatban mindig felmerül az a kérdés, vajon a fistula kialakulásának oka az alapbetegség-e vagy a röntgenbesugárzás. E kérdést az anamnesis (volt-e dysphagiás panasz?), a nyelésvizsgálat (szűkület van-e?), a mellkas rtg (a mediastinum ki van-e szélesedve?), és a szövettani vizsgálat döntheti el.

Esetünkben a nagy dózisú telecobalt besugárzás után egy évvel — pár hetes dysphagiás panaszok után — jelentősen beszűkült nyelőcsőben alakult ki az oesophago-trachealis fistula. Az ebben az időben végzett mellkas röntgenvizsgálattal a mediastinumban kórosat nem sikerült kimutatni. A fistula környezetéből a műtét kapcsán eltávolított szövet kórszövettanilag nem bizonyult Hodgkin-kórosnak. Ezekután joggal feltételezhetjük, hogy esetünkben a fistula kialakulásának oka a röntgenbesugárzás volt.

Az oesophago-trachealis fistula kialakulása a nyelésképtelenség és az állandó aspiratio folytán a beteg életkilátásait pár hétre rövidíti, állapotát pedig alig tolerálhatóvá teszi. Gyógyítása a nehéz sebészeti feladatok közé tartozik. A fistula elvarrása — ami a congenitalis és traumás fistulák eseteiben bevált módszer — a malignus alapbetegség, illetve a röntgenbesugárzás miatt létrejött sipolyban szenvedő betegeken eleve kilátástalan, egyrészt a nyelőcső és légcső falának az elvékonyodása, másrészt a fal hegesedése vagy daganas infiltrációja miatt. A legkézenfekvőbb megoldás a nyelőcső mellkasi szakaszának az eltávolítása és a tracheán maradó fistula zárása technikailag leggyakrabban akadályba ütközik.

Hoffman (3) a tisztán lymphogranulomatosis okozta oesophago-respiratorikus fistulák röntgenbesugárzással való kezelését ajánlja.

Papaioannou (8) volt az első, aki daganat következtében kialakult fistula miatt palliatív megoldásként nyaki oesophagostomiát készített és a cardiát zárta. A műtétet gastrostoma készítésével fejezte be.

Van de Water (12) végzett először palliatív by-pass műtétet Hodgkin-kór következtében létrejött oesophago-trachealis fistula miatt. A nyelőcsövet azonban a cardiánál nem kötötte le, és így a fennmaradó reflux következtében a fistulán keresztüli aspiratio rövidesen a beteg halálát okozta.

Az első sikeres colon by-pass műtétet Lambert (5) végezte Hodgkin-kór talaján kialakult oesophago-trachealis sipoly miatt. A colont subcutan vezette fel a nyakra, és a nyelőcsövet a cardiánál lekötötte. Ivanov (4) a by-pass antethoracalis felhúzott jejunummal készítette el. Úgy Lambert mint Ivanov a sipoly nyílást a megnyitott nyelőcsövön keresztül zárta. Az előbbi izom- és fascia-darabbal, az utóbbi magával a nyelőcsőnyálkahártyával. Mi a fistula-nyílást érintetlenül hagytuk, és ennek semmiféle hátrányát nem észleltük. Amint a nyelőcsövet kiiktattuk (a nyakon és a cardiánál történt lezárással) a beteg köhögési rohamai megszűntek, és panaszai később sem jelentkeztek. (A sipoly nyílást érintetlenül hagyását malignus és corrosiv sérülés következtében kialakult oesophago-trachealis sipolyok esetén is több ízben káros következmény nélkül alkalmaztuk.)

Esetünkben a röntgensugárzás és a Hodgkin-kór miatt súlyosan destruált mediastinumból nem lehetett a nyelőcsövet eltávolítani, ezért kényszerültünk by-pass műtétre, ami jelen esetben antethoracalis jejunum és bőrcső kombinációjából állott. A műtét sarkalatos pontja a nyaki oesophagostoma, továbbá a bennmaradt beteg nyelőcsőszakasz orális végének zárása és a cardia lekötése. Ez utóbbi azért lényeges, mert a fistulán keresztül történő aspirációban a gyomortartalom refluxa legalább olyan fontos szerepet játszik mint a nyál lenyelése és aspirációja.

A gyomortartalomnak a fistulán keresztül a tüdőbe jutását átmenetileg a fistula alá vezetett, felfújt Foley-katheterrel meg lehetett akadályozni, és a katheteren keresztül egyúttal a beteg kielégően táplálható is volt.

A Hodgkin-kór, illetve a röntgenbesugárzás következtében létrejött oesophago-trachealis fistulák esetén a palliatív műtétnek feltétlenül van létjogosultsága, mert a by-pass műtét a beteg életét akár évekre is meghosszabbíthatja, sőt szerencsés esetben végleges gyógyuláshoz vezethet.

A bevezetőben már említettük a Hodgkin-kór kezelésében elért sikereket. Betegünk Hodgkin-kórjának felismerése több mint négy évvel a röntgen- és cytostatikus kezelés hatására tünetmentes. A röntgenbesugárzás hatására létrejött oesophago-trachealis fistulája az elvégzett műtét után életét nem veszélyezteti. Sajnálatos, hogy a sebészi gyógyulása után kb. egy évvel, feltehetően a gerincvelő sugár sérülése következtében paraparesise alakult ki.

Az esetünkben kialakult, szerencsére ritkán előforduló szövődmények a mediastinalis röntgenbesugárzás kockázatára is felhívják a figyelmet.

Összefoglalás. A szerzők Hodgkin-kór miatt történt mediastinalis röntgenbesugárzás következtében kialakult oesophago-trachealis sipoly palliatív kezelésére végzett antethoracalis bőrcső-jejunum by-pass műtétről számolnak be. Az esetismertetés kapcsán a mediastinalis röntgenbesugárzás kockázatára hívják fel a figyelmet.

IRODALOM: 1. Ackerman, L. V.: Amer. J. Roentgenol. 1972, 114, 447. — 2. Baranyai F., Vajda J.: Orv.

Hetil. 1978, 119, 974. — 3. Hoffman, H.: Strahlentherapie. 1970, 140, 268. — 4. Ivanov, P. A.: Grudn. Khir. 1976, 13, 105. — 5. Lambert, A.: J. Thor. Cardiovasc. Surg. 1975, 69, 820. — 6. Love, L., Berkow, A. E.: Gastrointest. Radiology. 1978, 2, 305. — 7. Nickson, J. J., Hutchinson, G. B.: Amer. J. Roentgenol. 1972, 114, 564. — 8. Papaioannou, A. N.: J. Thor. Cardiovasc. Surg. 1965, 49, 881. — 9. Prosnitz, L. R. és mtsai: Amer. J. Roentgenol. 1972, 114, 583. — 10. Rubin, P., Casarett, G. W.: Clinical radiation pathology. Vol. I., II. W. B. Saunders Co., Philadelphia, 1968. — 11. Seaman, W. B., Ackerman, L. V.: Radiology. 1957, 68, 534. — 12. Van de Water, I. M. és mtsai: Am. Surg. 1965, 31, 629.

VINCRIPTIN injekció

ÖSSZETÉTEL: 1 üveg 0,5 mg liofilizált vincristin sulf.-ot; az oldószerampulla 10 ml natr. chlor. inj. 0,9%-ot tartalmaz.

JAVALLATOK: Gyermek- és felnőttkori akut leukaemia, lymphogranulomatosis, Wilms-tumor. Bármely solid tumor kombinált kezelése.

ELLENJAVALLATOK: Csontvelő-elégtelenség, idegrendszeri megbetegedések.

ADAGOLÁS: Az üveg liofilizált hatóanyagát az oldószerampulla tartalmával feloldjuk. Az így elkészített oldat 1 ml-enként 0,05 mg hatóanyagot tartalmaz. A Vincristin frissen elkészítve intravénásan injekció vagy infúzió formájában hetenként egy alkalommal alkalmazható. Az adag nagyságát a beteg testsúlyának és egyéni tűrőképességének figyelembevételével kell meghatározni.

Felnőtteknek: akut leukaemia gyógykezelésére testsúlykilogrammonként 0,05–0,10 mg adható hetenként.

Gyermekeknek: célszerű az adagot a testfelszínre számítani, amely a kezdeti 4–6 hetes kezelés folyamán testfelszín-négyzetméterenként és hetenként 1,5 mg. Fenntartó kezelés esetén testfelszín-négyzetméterenként 1 mg adható hetenként mind akut leukaemiában, mind egyéb malignus tumorokban.

Egyéb megbetegedésekben: az egyéni tűrőképesség megszemenő figyelembevételével általában a következő adagok adhatók:

első héten: 0,025 mg/testsúlykg,
második héten: 0,05 mg/testsúlykg,
harmadik héten: 0,1 mg/testsúlykg,
negyedik héten: 0,125 mg/testsúlykg,
továbbiakban

hetenként max. 0,15 mg/testsúlykg.

Miután a remissio kialakult, fenntartó adagként testsúlykilogrammonként 0,025–0,05 mg adható hetenként.

KOMBINÁCIÓS TERAPIA: Egyéb cytostaticumokkal együtt jól adható.

MELLÉKHATÁSOK: Alopecia, obstipatio, álmatlanság, paræsthesia, ataxia, izomgyengeség, idegfájdalmak, leukopenia, láz.

FIGYELMEZTETÉS: A kezelés előtt már fennálló granulocytopenia, illetve thrombocytopenia nem kontraindikálja a Vincristin-kezelést; ilyenkor azonban fokozott körültekintésre van szükség. Abban az esetben, ha a fehérvérsejt-

szám 2000 alatt van, a dózist felére kell csökkenteni, míg 1000 alatti fehérvérsejtszám esetén a kezelés nem ajánlható. A paravénásan adott injekció fájdalmas localis reakciót okozhat. Vincristin-kezelés után akut urikaemiás nephropathia léphet fel, ezért a szérum húgysavszint ellenőrzése, megfelelő folyadékmennyiség bevitel, illetve a vizeletürítés biztosítása szükséges. A vérképet rendszeresen – de legalább minden injekció beadása előtt – ellenőrizni kell. Láz esetén a kezelést meg kell szakítani.

MEGJEGYZÉS: ❖❖ Kizárólag fekvőbeteg-gyógyintézeti (gondozóintézeti) felhasználásra van forgalomban.

CSOMAGOLÁS: 25 × 0,5 mg + 25 × 10 ml oldószer térítési díja: 110,- Ft.



Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

(424/a)

Budapest Főváros XXI. ker. Tanács Gyógyító-Megelőző Intézménye (Bp., Déli u. 11. 1751) főigazgató főorvosa pályázatot hirdet a tudógondozó intézetben megüresedett **tüdőgyógyász szakorvosi** állásra.

Belgyógyászati szakképesítéssel rendelkezők is pályázhatnak.

Mittler István dr.
főigazgató főorvos

(432)

Orvosi vizsgáloasztal eladó. Tel.: 376-104. Reggel vagy este.

(433)

A Fővárosi János Kórház-Rendelőintézet (Budapest XII., Diósárok út 1. 1125) főigazgató főorvosa pályázatot hirdet egy **fő körzeti orvosi** állásra.

Az állás elnyeréséhez belgyógyász, illetve általános orvosi szakképesítés szükséges.

Bérezés a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM-MÜM sz. együttes rendelet szerint.

Sinkovics Máttyás dr.
főigazgató főorvos

(434)

A Főv. Tan. Tétényi u. Kórház-Rendelőintézet főigazgató főorvosa (Budapest IX., Tétényi u. 12/16. 1115) pályázatot hirdet az intézmény Központi Anaesthesiológiai és Intenzív Betegellátó Osztályán

1 fő szakorvosi,
1 fő szakképesítés nélküli orvosi állásra.

Az állások azonnal elfoglalhatók. Bérezés és besorolás a 3/1977. EÜM-MÜM sz. rendelet alapján.

Frekot Nándor dr.
mb. főigazgató főorvos

(435)

A BM Korvin Ottó Kórház és Szakorvosi Rendelőintézet pályázatot hirdet:

1 fő **ideggyógyászati adjunktusi**,
1 fő **EKG belgyógyász**,
1 fő **urologus**,
1 fő **szemész**,
1 fő **röntgen**,
1 fő **anaesthesiológus**,
1 fő **or-fül-gége szakorvosi**

állásokra.
Illetmény a Belügyminisztériumban érvényes bértételek szerint.

A pályázatot részletes önéletrajzzal együtt a BM Korvin Ottó Kórház és Szakorvosi Rendelőintézet (Budapest VII., Gorkij fasor 9-11.) parancsnokához kell benyújtani.

Részletes felvilágosítást az intézet parancsnoka ad. BM Korvin Ottó Kórház és Szakorvosi Rendelőintézet parancsnoka

Szegedi Ferenc dr.
r. alezredes
osztályvezető

(436)

A Semmelweis Orvostudományi Egyetem Általános Orvostudományi Karának dékánja pályázatot hirdet az Ersebészeti Intézet 3224 ksz. **egyetemi tanársegédi** állásra.

Pályázhatnak fiatal sebész szakorvosok, vagy legalább három évi kórházi, illetve klinikai általános sebészeti gyakorlattal rendelkezők.

A pályázónak meg kell felelnie az egyetem oktatóival szemben támasztott követelményrendszerben foglaltaknak (megtekinthető az Egyetem Személyzeti és Oktatási Osztályán Bp. VIII., Üllői út 26. fsz. 9.)

Illetmény kulcsszám szerint kerül megállapításra.

Az állásból az egyetem lakást biztosítani nem tud.

A szabályszerűen felszerelt pályázatokot — a szolgálati út betartásával — az Egyetem Személyzeti és Oktatási Osztályára kell benyújtani, a megjelölést követő három héten belül.

(437)

Fővárosi István Kórház-Rendelőintézet főigazgató főorvosa (Bp., Nagyvárud tér 1. 1096) pályázatot hirdet — változó munkahellyel — áthelyezést folytán megüresedett: **1 fő transzfúziós szakorvosi állásra (Vérellátó osztály)**.

Az alkalmazás és bérezés feltételeit a fennálló rendelkezések határozzák meg. Az állás azonnal betölthető.

Balázs Tamás dr.
főigazgató főorvos

(438)

A Nógrád megyei Tanács Kórháza II. igazgatója (Pásztó 3060) pályázatot hirdet a kórház sebészeti osztályán megüresedett **E 2103/B kszámú osztályvezető főorvosi** állás betöltésére.

Lakást biztosítunk.

Kovács Bertalan dr.
kórházigazgató főorvos

(439)

A Nógrád megyei Tanács Madzsar József Kórház-Rendelőintézet főigazgató főorvosa (Salgótarján, Vörös Hadsereg út 64.) pályázatot hirdet:

— 1 fő **traumatológus szakorvos** részére 2104 kulcsszámú főorvosi,
— 1 fő **szemész szakorvos** részére 2104 kulcsszámú főorvosi, és

1 fő **röntgen szakorvos** részére 2104 kulcsszámú főorvosi állások betöltésére. Illetmény a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM-MÜM sz. együttes rendelet alapján kerül megállapításra.

Az állások betöltése esetén lakást biztosítunk.

Telek Vilmos dr.
főigazgató főorvos

(440)

A Karcag városi Tanács elnöke — Karcag, Kossuth tér 1. — pályázatot hirdet VTVB Egészségügyi és Szociálpolitikai **osztályvezetői** állás betöltésére.

Képesítési követelmény: orvostudományi egyetemi végzettség és egészségügyi szervezésből szakorvosi képesítés.

Fizetési besorolás a 15/1977. (XII. 1.) MüM számú rendelet alapján, valamint 1500 Ft munkaköri pótlék.

Az állás azonnal elfoglalható. kétszobás gázfűtéses lakás biztosított.

Jelentkezés személyesen vagy írásban lehetséges a városi tanács elnökénél.

Szabó Sándor

(441)

Erd városi Rendelőintézet igazgató főorvosa pályázatot hirdet napi 6 órás főfoglalkozású **belgyógyász szakorvos** — főorvosi állásra.

Illetmény kulcsszám szerint.

Erden letelepedő belgyógyász szakorvos részére 2 szobás lakótelepi tanácsi lakást is biztosítani tudunk.

Üresen álló főfoglalkozású általános felülvizsgáló főorvosi állásra. Belgyógyász szakorvos, több éves körzetorvosi gyakorlattal rendelkező előnyben részesül. Működési területe Erd város 12 felülnött körzeti orvosa és 2 körzeti gyermekorvos.

Az állás Budapestről kijárással is elérhető, illetve a munkakör Erd területén helyi VOLÁN autóbusszal. Saját gépkocsi használat esetén útiállományt biztosítunk.

Leteledni kívánó orvos részére a városi tanács lakást biztosít.

Bodnár Béla dr.
ri. ig. főorvos

(442)

A Borsod-Abaúj-Zemplén megyei Tanács V. B. Egészségügyi Osztály vezetője (Miskolc, Tanácsház tér 1. sz. 3525) pályázatot hirdet:

1. a megyei kórház-rendelőintézet szikszói 60 ágyas szüléset-nőgyógyászati osztálya megüresedett **osztályvezető főorvosi** állására.

A kinevezésre kerülő osztályvezető főorvos feladatát képezi; az osztály vezetése és a hozzátartozó szakrendelés irányítása, szervezése.

Illetmény a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM-MÜM sz. együttes rendelet előírásainak megfelelően.

Magángyakorlat folytatására lehetőség nincs.

Lakást, a szikszói nagyközségi tanács biztosít, ahol a helybenlakás kötelező.

2. a megyei kórház-rendelőintézet integrált röntgen- és izotópdiaosztikai osztálya újonnan szervezendő **osztályvezető főorvosi** állására.

A kinevezésre kerülő osztályvezető főorvos feladatát képezi; az integrált központi diagnosztikai osztály vezetése és irányítása.

Illetmény a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM-MÜM sz. együttes rendelet előírásainak megfelelően.

Magángyakorlat folytatására lehetőség nincs.

Az álláshoz lakást biztosítunk.

A pályázatot a közzétételtől számított 30 napon belül a megyei tanács egészségügyi osztály vezetőjéhez kell benyújtani.

Szabó István dr.
megyei főorvos

(443)

A Borsod-Abaúj-Zemplén megyei Tanács V. B. Egészségügyi Osztály vezetője (Miskolc, Tanácsház tér 1. sz. 3525) pályázatot hirdet: a megyei kórház-rendelőintézet megüresítő **üzemegészségügyi ellátást irányító főigazgató helyettesi** állására.

A kinevezésre kerülő főigazgatóhelyettes feladatát képezi — a megyei üzemegészségügyi szakrendelés vezetése, valamint a megyei üzemegészségügyi ellátás irányítása és szervezése.

Pályázati feltételek: üzemorvosi szakképesítés, 5 éves szakorvosi gyakorlat az üzemegészségügyi területén, üzemegészségügyi és belgyógyászati szakképesítéssel rendelkezők előnyben részesülnek.

Magángyakorlat folytatására lehetőség nincs.

Illetmény a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM-MÜM sz. együttes rendelet előírásainak megfelelően.

A pályázatot a közzétételtől számított 30 napon belül a Megyei Tanács Egészségügyi Osztály vezetőjéhez kell benyújtani.

Szabó István dr.
megyei főorvos

Az epilepsziás betegek ellátásáról

Az epilepszia gyakori idegrendszeri krónikus megbetegedés. Nemzetközi statisztikák a lakosság 4—6 ezrelékére becsülik az epilepsziások számarányát. Hazánkban így 40—60 000 beteg lehetséges. Amennyiben az élet folyamán egy-két ízben jelentkező alkalmi epilepsziás rohamokat is számításba vesszük, a velük kapcsolatos orvosi teendők a lakosság 4—6⁰/₀-ában válnak szükségessé.

Az epilepsziások kórismézése, kezelése, gondozása az ideggyógyász, elmeorvos, gyermekgyógyász, electroencephalographus, idegsebész, laboratóriumi orvos, pszichológus, gyógypedagógus együttműködésével válhat korszerűvé. Ez a körülmény és az epilepsziáról alkotott szemlélet változása, fejlődése tette szükségessé e módszertani levél kibocsátását.

Epilepsziás mechanizmusok kialakulhatnak különböző agyi megbetegedések következtében „második betegségként”; és jelentkezhetnek önálló megbetegedés formájában is. Ezekről az epilepsziás mechanizmusoktól elkülönítjük az „alkalmi epilepsziás rohamokat”, amelyek az agyi görskésztség időleges fokozódása következtében keletkeznek tartós epilepsziás működészavar kialakulása nélkül. (Leggyakoribb megjelenési formái; a csecsemőkori lázas görcsrohamok, terhességi toxikózishoz társuló eklampszia, az alkohol-, illetve gyógyszer-hozzáadásokhoz társuló rohamok, illetőleg arra hajlamos egyénknél alváshiányt követő rohamok.)

Az alábbiakban az epilepsziás betegek kivizsgálásának, gyógykezelésének, gondozásának és az epilepszia megelőzésének irányelveit foglaljuk össze az alapellátás és ideg-elmeorvos szakellátás számára.

Kivizsgálás

Részletes első kivizsgálásra szorul az a beteg, akinél az első epilepsziás rohamot vagy erre gyanús rosszulletet észleltek. Célzott ellenőrző vizsgálat szükséges, ha már megállapított epilepszia lefolyása során kedvezőtlen fordulat áll be: rohamoktól független ideg- vagy elmeorvos tünetek

* Az epilepsziás szindrómát részben klinikai adatok (a rohamok, a neurológiai status, az első roham életkora, a kóroki tényezők) részben pedig electroencephalographiai ismérvek (roham alatti és rohamközi tünetek) alapján határozzuk meg.

jelennek meg, a rohamok jellege megváltozik, számuk megnövekedhet vagy gyógyszeres kezelésre nem érzékenyek.

Azokat a betegeket, akiknél előrehaladó agyi folyamat gyanúja merül fel, vagy a roham jellege nem tisztázható, ideggyógyászati osztályon kell kivizsgálni.

1. A kivizsgálás során meg kell állapítani:

- a) a rohamok pontos lefolyását, előjeleit és utótüneteit, gyakoriságukat, napszaki eloszlásukat, valamint a kiváltó, illetőleg elősegítő tényezőket, külön ki kell térni a rohamjelenségek oldaltüneteire és a tudati változásokra;
- b) a rohamok kezdetének időpontját (különböző típusú rohamok esetén külön-külön);
- c) a rohamok közti és szerencsés esetben a rohamok alatti EEG tüneteket; azok elektromorfológiai jellegzetességeit, lokalizációjukat és sorozatos EEG vizsgálatok esetén a tapasztalható változásokat, szükség esetén az aktivációs eljárások igénybevételével (fényingerlés, hyperventilláció, természetes és gyógyszeres alvás, alvásmegvonás);
- d) az esetleges agyi károsodás tüneteit, fizikális idegrendszeri vizsgálattal, szükség szerint pneumoencephalographiával, carotis angiographiával, illetve computerizált axialis tomographiával;
- e) az elmeorvos jelenségeket mint oligophrenia vagy dementia, személyiségfejlődési zavar vagy személyiségtorzulás, illetőleg időszakos pszichotikus állapotok;
- f) kóroki tényezők (anamnézisben szereplő esetleges agyi károsító tényezők adatai, genetikai adatok);
- g) azt, hogy vannak-e belgyógyászati megbetegedésre utaló adatok és melyek azok;
- h) korábbi kórlefutást: annak romló, javuló vagy stagnáló tendenciáját, a tünetek gyógyszeres befolyásolhatóságát, valamint a kezelés történetét.

2. A fentiek ismeretében dönteni kell arról, hogy:

- a) vajon valóban epilepsziás rohamra volt-e a betegnek (collapsus, drop-attack, syncope, neurotikus vegetatív rosszullet stb. kizárása);
- b) lehetőleg meg kell határozni az epilepsziás mechanizmust a rohamforma és az epilepsziás szindróma* szempontjából (lásd: Ideggyógy. Szle. 1973. 4. számában, vagy Halász —Juhász: Az epilepszia mindennapi klinikai problémái című, 1977-es GYOK kiadványában és közölt táblázatunkban);
- c) az epilepsziás roham szerkezeti vagy agyi megbetegedés részjelensége-e vagy sem (alkalmi epilepsziás rohamok). Amennyiben agyi megbetegedés megállapítható, mely tünetek hozhatók összefüggésbe ezzel, és melyek magával az epilepsziás kórfolyamattal;
- d) terápiás célfeladatokat kitűzve kell megter-

Gyógyszeres kezelési javaslat a gyakrabban előforduló epilepsziás mechanizmusokban

Lokális agykárosodással összefüggő fokális (parciális) epilepsziák	Diphedan Diphedan-Sevenal (este)
Temporalis-limbikus epilepsziás mechanizmus	Diphedan-Ospolot Ospolot-Stazepine Stazepine Sertan Sertan-Diphedan Neophedan (resistens esetekben megkísérélhető)
Centro-temporalis tüskekiszüléssel járó jóindulatú gyermekkori epilepsziás mechanizmus	Diphedan és/vagy Sevenal
Iskoláskorban induló petit mal epilepszia (kisiskolás korban induló absence-ok, EEG-on generalizált tüskehullám paroxysmusokkal)	Succinimidek (Suxilep, Perlepsin), Depakine, GM rohamok együttes jelenléte vagy társulása esetén Sertan, Sevenal, esetleg Diphedan hozzáadásával
Serdülőkorban induló petit mal epilepszia (Ébredést követő GM rohamok absence-okkal v. ezek nélkül, EEG-on generalizált többtüskehullám minta)	Sertan esetleg Depakine
Lennox-Gastaut syndroma (myoclonosus asztatikus petit mal rohamokkal és generalizált lassú tüske-hullám mintával járó, többnyire kisgyermek korban kezdődő epilepsziás mechanizmus)	Diphedan, Sevenal és/vagy Depakine, Perlepsin, Eunocin, Rivotril
BNS syndroma (tömeges myoclonosusokkal és hypsaritmiával járó infantilis epilepsziás mechanizmus)	ACTH és Eunocin, ill. Rivotril

Diphedannel szembeni speciális érzékenység vagy intolerábilis mellékhatások esetén Sacernoval pótolható (nagyobb myelotoxicitás kockázatával).
Adjuválok kezelésként temporális epilepsziában és petit mal epilepsziában Fonurit (carboanhydrase enzim gátlása) és petit mal epilepsziában az éberségi szintet növelő készítmények adása szöbe jön.

vezni a kezelést és gondozást. Meg kell szabni a terápiavezetés irányait, feltételeit és kereteit.

Gyógykezelés és gondozás

Az epilepsziás betegek gyógykezelése és gondozása szakellátást igényel, amelyben az orvosi és a szociális pszichiátriai tevékenység összefonódik az epilepsziás rohamok kivédése és a betegek társadalmi beilleszkedésének, önmegvalósításának elősegítése érdekében.

Gyógyszeres görcsgátló kezelés

A kezelés célja a rohamok kivédése állandó görcsgátló szérumszint biztosításával. A rendelkezésre álló antiepileptikumok megfelelő alkalmazásával kb. 70–80%-ban rohammentesség vagy rohamszámcsökkenés érhető el.

Amennyiben az epilepsziás mechanizmust megállapítottuk, meg kell kezdeni a tartós, folyamatos, rendszeres antiepilepsziás kezelést. Alkalmi epilepsziás rohamok esetében krónikus görcsgátló kezelés nem, vagy kivételesen szükséges. A gyógyszer megválasztását az epilepsziás megbetegedés típusa (mellékelt táblázat szerint) és a beteg gyógyszer-tűrő képessége szerint határozzuk meg.

Kezdetben lehetőleg egy gyógyszert adjunk és csak ennek sikertelensége, illetőleg eleve több fajta roham előfordulása és súlyos epilepsziás megbetegedés esetén indokolt a kombinált kezelés. A kombinációk alkalmazásakor számolni kell a kölcsönhatásokkal a különböző antiepileptikumok, és az egyéb hatáscsoportba tartozó gyógyszerek között (lásd Mezei, Morvai: A gyógyszer-kölcsönhatások c. kiadványban).

Az antiepilepsziás szerek közül a leggyakrabban használt diphenilhydantoin (Diphedan) és phenobarbital (Sevenal, illetve Sertan) lassan bomlanak le és ürülnek ki, ami lehetőséget biztosít a napi adag kétszeri vagy akár egyszeri (Sevenal) bejuttatására. A megfelelő szérumszintet ezek a szerek 4–5 nap alatt érik el, így tőlük csak ezután várhatunk megfelelő eredményt. A gyógyszer hatását a rohamok alakulásával mérjük. Optimális eredményt beteg és orvos megfelelő együttműködése biztosítja. A beteggel és hozzátartozóival meg kell értetni a kezelés szükségességét, módját és stratégiáját. Az adagot célszerű fokozatosan emelni. Hatástalansága esetén elhagyása is fokozatosan történjék, az újabbban rendelt szer adagjának emelésevel párhuzamosan. A legjobb szer vagy kombináció kiválasztása gyakran hosszú időbe telik és számos átmeneti fázis — időleges dózis és kombináció — kipróbálása szükséges. Kívánatos, hogy a beteg vagy családtagja a rohamokat rohamnaplóban rögzítse, ilyen módon hosszabb időszakok áttekintése, régebbi gyógyszerrezsimek összehasonlítása is lehetővé válik.

Amennyiben teljes rohammentességet elérni nem tudunk, ki kell egyeznünk a még elfogadható rohamszám és a toxikus mellékhatások tekintetében. Az antiepilepsziás kezelés krónikus kompenzáló eljárás, éveken át tartó gyógyszerelést tesz szükségessé.

A tartós antiepilepsziás kezelés veszélyei a következők:

1. mellékhatások, amelyek elsősorban a májat, vérképző rendszert, Ca-anyagcserét, immunapparást (hydantoinoknál lymphadenopathia, IgA deficit, mellékvese-károsodás) érintik;
2. idegrendszeri tünetek a gyógyszer(ek) felhalmozódása következtében (krónikus tudati integrációzavar, cerebelláris tünetek (nystagmus, ataxia, dysarthria), polyneuropathia);
3. teratogén hatás: gyógyszermentesen és kezelés alatt kihordott újszülöttek között az utóbbiakban nagyobb a fejlődési rendellenességek, főleg a nyúlajak és a szájpadzáródás rendellenességek száma.

A beteget figyelemmel kell kísérni 1—3 havonta vérkép, vizelet, és felévenként Ca, P, alkali-kus phosphatase meghatározás tanácsos, valamint az idegrendszeri és belszervi, a pszichés állapot ellenőrzése szükséges; a teratogén hatások kivédése érdekében a családtervezés és a kezelés összehangolására kell törekedni.

A kezelés megítélésében segítséget nyújt a rosszullétek, a gyógyszerfűró-képesség elemzése, veszélyzetetett időszakok figyelemmel kísérése mellett a gyógyszerek szérumszintjének meghatározása. Ez tisztázhatja, hogy a beteg szedi-e a gyógyszert, az alkalmazott adag elegendő-e. Dózis-vér-szint aránytalanság esetén felhívhatja a figyelmet az ürülés és metabolizáció esetleges anomáliáira. Toxicus tünetek kialakulását előre jelezheti, és felvilágosítást nyújthat arról, hogy melyik gyógyszer felelős a kedvezőtlen hatásért.

A krónikus gyógyszerelést megszakítani nem szabad. Nem szabad kihagyni a gyógyszert ellenőrző vizsgálatok (pl. EEG vizsgálat), terhesség és szoptatás idején sem. Tartós rohammentesség elérése után is a gyógyszerek elhagyása csak rohammentesen eltöltött 4—5 év után jöhet szóba, EEG ellenőrzés mellett, fokozatosan. A serdülőkorban a gyógyszerelohagyás epilepszia típusonként mérlegelendő.

Status epilepticus kezelése

Status epilepticus alatt értjük valamely rohamfajta olyan fokú halmozódását, amikor a rohamok, illetve a köztük jelentkező postparoxysmalis tünetek összefüggő kóros állapotot alakítanak ki. A grand mal statusban a görcsök halmozódnak; a tudatzavar, a vegetatív tünetek, a hypoxiás agyi károsodás lehetőségét teremtik meg, és egyéb szövődő másodlagos következménnyel közvetlen életveszélyt hoznak létre. A grand mal status a rohamokat elősegítő tényezők többszörös egybeesése, ezek között a gyógyszerzedés gyors változtatása vagy megszakítása idézheti elő. Fenntarthatja az állandó epilepsziás izgalmat progresszív jellegű patológiai folyamat (pl. sinus-, ill. venathrombosis) is.

A status epilepticus intézetben kezelendő. A kezelést már a helyszínen meg kell kezdeni, s többnyire a mentőszállítás közben is folytatni kell. Első teendő a rohamok megszakítása iv. Seduxen lökéssel, amelynek kezdeti adagja 10—40 mg. Amennyiben ez nem ad kielégítő eredményt, az adagot 2—3 óránként megismételve 100 mg összmennyiségig emelhetjük. Amennyiben a Seduxen nem szünteti meg a rohamokat, iv. diphenilhydantoin (Epanutin) 250 mg-os egyszeri adagja következhet. Ez 24 óra leforgása alatt 2—3 ízben ismételtető. Iv. Hexobarbital adása szintén megkísérletető, bár adása a tudatzavart fokozza. Hasonló okokból lehetőség szerint kerüljük még a tartósabb hatású Sevalen inj. alkalmazását. Adhatunk még iv. Rivotril vagy Hemineurint, illetve Lidocaint is.

Az iv. lökés a kezelés első lépése. Egyidejűleg gondoskodnunk kell az intravénás szerek hatásának megszűnését követően is érvényesülő görcsgátló hatásról. Ez csak per os adott görcsellenes szerek-

kel tartós. Esméletlenség esetén szondán, per os a szokásos egyszeri dózisonál 2—3-szor nagyobb adagot juttatunk be, majd ezt időszakonként ismételtjük. Erre legalkalmasabb a Sertan és a Diphedan.

A status epilepticus kezelésének további fontos része a tudatzavarban és súlyos vegetatív állapotban az ún. intenzív ellátásban szokásos gondos ápolás és gyógyszeres eljárások alkalmazása.

Sebészi kezelés

Műtéti beavatkozás indokolt lehet valamilyen egyébként is sebészi kezelést igénylő agyi kórfolyamatban (tumor, angioma, posttraumás állapotok stb.) és a súlyos esetekben, amelyekben a gyógyszeres kezelés sikertelen. A sebészi kezelés célja az epilepsziás góc eltávolítása és a belőle eredő kisülések terjedésének megakadályozása. Műtetre akkor van lehetőség, ha egyetlen epilepsziás góc mutatható ki (vagy bizonyítható, hogy a rohamokért az a felelős), a góc sebészileg megközelíthető és eltávolítása nem hagy maga után olyan maradandó károsodást, amely a beteg további sorsát még az epilepsziás mechanizmusnál is kedvezőtlenebbül befolyásolja. Az epilepsziás góc meghatározására a modern követelményeknek megfelelően stereocephalographiás kivizsgálás szükséges. Nem elégséges a rohamközi elektromos tünetek figyelembevétele, hanem a roham alatt megfigyelt jelenségek az irányadók.

Pszichopathológiai tünetek kezelése

A pszichés tünetek kezelésében szomatoterápiás, pszichoterápiás és szocioterápiás módszerek együttes alkalmazása szükséges. A mentális deficit tünetek és személyiségzavarok kezelése az epilepsziával nem kapcsolódó hasonló tünetek kezelésétől nem tér el. Az epilepsziás pszichózisok esetében elemezni kell azonban, hogy az epilepsziás kórfolyamat aktivitásfokozódásával (pl. rohamsorozat után, és EEG tünetek súlyosbodásával), vagy éppen ellenkezőleg, rohammentes időszakban jelentkez-e. Tisztázandó, nincs-e toxikus vagy praetoxikus állapot. Amennyiben a pszichózis az epilepsziás tünetek súlyosbodásával egyidejűleg jelentkezik, a pszichiátriai kezelést (farmakoterápia, esetleg akár ES kezelés is) az antiepilepsziás kezelés megerősítésével együtt kell alkalmazni. Egyes esetekben az antiepilepsziás kezelés módosítása önmagában megoldhatja az állapotot. Abban az esetben, ha rohammentes állapotban jelentkezik a pszichózis és toxikus tünetek nem állnak fenn, valószínűsíthető, hogy pszichogén tényezők is szerepet játszhatnak, és ilyenkor a szocioterápiás komponens nagyobb szerepet kap. Toxikus tünetek esetén az antikonvulzív kezelés dózisának csökkentésére van szükség. Az epilepsziás pszichózis differenciálásában az EEG vizsgálat jelentős segítséget nyújt. A pszichotikus manifesztációktól elkülönítendő a petit mal, illetve pszichomotoros rohamokból összetevődő status epilepticus, ami stuporos, illetve gátolt állapot vagy tenebrosítás képében jelentkezhet. EEG vizsgálat alapján ismerhetjük fel, kezelése a status epilepticus kezelésével azonos.

Gondozás

A korszerű terápiavezetés folyamatos és rendszeres orvos—beteg kapcsolaton nyugszik. Ennek biztosítására a gondozásban szocioterápiás, pszichoterápiás és rehabilitációs szempontok és módszerek jelentős szerepet kapnak. A gondozás legfontosabb feladatai a következők:

- a) a beteg teljesítőképességének megfelelő iskoláztatás és továbbtanulás biztosítása;
- b) a beteg támogatása a családon belül kialakult helyzetében, hozzátartozóival való kapcsolatában, a „beteghelyzet” csökkentése vagy megszüntetése érdekében. Ehhez a hozzátartozók felvilágosítása, illetőleg a kezelésbe való bevonása (szükség esetén családterápia) szükséges;
- c) a beteg kedvteléseinek, szórakozásának, üdülésének, sportolásának elősegítése, a felesleges korlátozások ésszerű csökkentése révén (iskolában pl. csak szertornát szükséges megtiltani, egyéb torna megengedhető, kézilabda, atlétika, felügyelet mellett úszás megengedhető; közös üdülések eltöltése felesleges; a tv-nézés csak azoknál ellenjavallt, akikre a fényingerlésnek aktiváló hatása van, ami nagyon ritka);
- d) tanácsadás és támogatás szükség esetén a munkahellyel, illetőleg munkaalkalmasságot elbíráló illetékes szervekkel történő kapcsolatfelvétel útján munkaalkalmassági, illetőleg rehabilitációs kérdésekben. Biztosítani kell, hogy az epilepsziások megbetegedésükkel össze nem egyeztethető veszélyes, vagy mások számára veszélyeztető munkakörökben ne dolgozzanak; ha a megbetegedés serdülés idején jelentkezik, ilyen munkakörökre ne képezzék őket, illetőleg idejében képezzék át. Ugyanakkor minden lehetőséget meg kell ragadni arra, hogy az alkalmasság megítélése szakszerűen, elfogultságtól mentesen és egyénileg, a munkakörök tényleges veszélyeztetésének megállapításával történjen, és ne a jelenleg még erősen ható negatív társadalmi értékítéletnek és a felelősséget hátrító, „védekező” beállásnak megfelelően. Kiemelt munkaalkalmassági probléma a gépjárművezetői alkalmasság kérdése. A jelenlegi rendelkezések lehetőséget biztosítanak az egyéni megítélésre, elsősorban azokban az esetekben, amelyekben az epilepsziás mechanizmus nem állapítható meg egyértelműen, illetőleg ahol már tünetmentesség következett be;
- e) a gondozás során reagálni kell a beteg életében bekövetkező változásokra: különösen a serdülés korában; együtt kell működni más szakmák orvosával speciális orvosi beavatkozások (műtétek, altatás, gyermekkorban védőoltások), illetőleg interkurrens megbetegedések idején;
- f) a családtervezés és graviditás esetén a gondozásnak lehetőség szerint kapcsolatba kell

lépnie a genetikai tanácsadóval. Házasságkötés és graviditás esetén a házasulandó feleket, illetőleg a szülőket fel kell világosítani az epilepsziás megbetegedés természetéről függően, az öröklődés esélyeiről, vagy ennek kizárhatóságáról. Lehetőség szerint el kell érni, hogy a terhességek előre tervezettek legyenek. A terhesség első három hónapjában hydantoinok és általában a kombinált kezelés kerülendő, lehetőleg csak phenobarbitalt adjunk. A terhesség idején a kezelést abbahagyni nem szabad: a rohamok mind az anyát, mind a magzatot veszélyeztetik. Követni kell a graviditás lefolyását és a gyógyszeres kezelést szükség szerint módosítani kell. A szülést lehetőség szerint intézetben, ideggyógyászati tanácskozás biztosításával kell lefolytatni.

Megelőzés

1. Áthatoló és lokális agykárosodással járó traumáknál a beteg hosszmetzeti EEG és klinikai követésével egyénileg mérlegelni kell a preventív antikonvulzív kezelés bevezetését.
2. Kóros koponyaüregi képződmények eltávolítását követően — amennyiben megelőzőleg epilepsziás megnyilvánulások is voltak — az antiepilepsziás kezelést minden esetben folytatni kell. Amennyiben ilyen tünetek nem voltak, a műtéti beavatkozást követően antiepilepsziás terápia egyénileg mérlegelendő.
3. A megbetegedés öröklődésének meggátlása érdekében egyre inkább törekedni kell genetikai tanácsadás biztosítására az epilepsziás betegek számára a különböző epilepsziás formák öröklődésének kockázata irányában.

Az epilepsziás betegek ellátásával kapcsolatos egyes szervezeti kérdések

Országszerte tapasztalható az a tendencia, hogy az epilepszia ellátás specializálódik és ezekben a centrumokban a betegek kivizsgálása, gondozása, EEG követése és laboratóriumi vizsgálatai is egy helyen történnek, egységes megítélés szerint.

A jelenlegi gyakorlatnak megfelelően az epilepsziás betegek alapellátását a körzeti orvos végzi. Megfigyelései és közlései az epilepsziás betegek ellátásában pótolhatatlanok. Együttes munkával el kell érni, hogy amennyiben a körzeti orvos a kezeléssel nem ért egyet, vagy változtatást javasol, azt beszélje meg a gondozással. Kívánatos, hogy a körzeti orvos mind a saját, mind a beteg idejének kímélése érdekében havonta írja fel a szükséges gyógyszermentyiséget a beteg számára.

*Országos Ideg
és Elmegyógyászati Intézet
Ideggyógyászati Szakmai Kollégiuma*

Linolac^R

GYO



A Linolac kémiailag 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 kell használni!

ADAGOLÁS

Ha az orvos másként nem rendel, 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 zavaraik megszüntetéséhez rendelhető, minden esetben térítésmentesen. Rendelésére 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

Felhívás Szerzőinkhez!

Az Orvosi Hetilap szerkesztési és nyomdai munkáját, ezzel a dolgozatok megjelenését nagymértékben elősegíthetik és meggyorsíthatják, ha közlésre szánt írásait kulturáltan, nyomdakész állapotban juttatják el a szerkesztőséghez.

E szerkesztőségi közleményünkben a leggyakoribb hiányosságok — korántsem teljes — felsorolásával megkíséreljük megóvni azokat az Orvosi Hetilap szerzőit.

1. *A dolgozat fejléce:* az intézetek, egyetemek névadóinak nevét kegyeletstörően ne rövidítsék (pl. SOTE, ELTE, JATE). A fejléc tartalmazza az intézet rövidrefogott, pontos megjelölését. Klinikák, országos intézetek, elméleti intézetek esetében az igazgató, kórházi osztályok esetében az osztályvezető főorvos nevének említésével (pl. Semmelweis Orvostudományi Egyetem, I. Belgyógyászati Klinika; igazgató: Magyar Imre dr.).

2. *A dolgozat címe:* törekedjünk rövid és informatív címre. A cím fedje a dolgozat tartalmát.

3. *A szerzők megjelölése:* teljes nevük és doktor címük (dr.) kiírandó, de a rangjukra vonatkozó jelölés mellőzendő. A szerzők száma műfajtól függően lehetőleg ne legyen több 6-nál és a szerzők között csakis az érdemi tudományos munkában valóban résztvevők szerepeljenek.

4. *A dolgozat összefoglalása:* íródjék harmadik személyben, és legyen önálló, gondosan megszerkesztett, tömör, világos írásmű, amelyből a sietős olvasó tájékozódhat a dolgozat lényegi mondani- valójáról. Terjedelme — műfajtól függően — ne legyen több 15 sornál (mintegy 100 szónál).

Az Összefoglalást ne foglaljuk pontokba és ne tartalmazzon bekezdéseket, legyen folyamatos szöveg, abban csak a leglényegesebb számadatok forduljanak elő. Négy példányban küldendő be. Élén kérjük feltüntetni a szerzők nevét és a dolgozat címét. A gondosan megírt összefoglalásra azért hívjuk fel külön is a szerzők figyelmét, mert foglalkozunk azzal a gondolattal, hogy a szakfolyóiratok túlnyomó részének gyakorlatához hasonlóan azt a dolgozatok élén kiemelve adjuk közre.

5. *A dolgozat írásának és megszerkesztésének módja:* a dolgozatokat szabványos A/4 méretű papírlapokra 2-es sorközzel szabvány szerint gépeljük (oldalanként 30 sor, soronként 60 leütés). A dőlt betűs (kurzív) kiemelések: a szerzők nevei, az ábrákra és táblázatokra történő hivatkozások, a kéziratban egyszer húzandók alá. A túlzott mennyiségű dőltbetűs szöveg nem hat kiemelésként, ezért mellőzendő. Egyéb kiemelések a nyomtatott szövegben nem hatnak esztétikusan (pl. vastag betű; fett, csupa nagybetű: VERZÁL) ezért a lehetőség szerint nem alkalmazandók. Az apróbetűs (petit) szedésre szánt szövegrészeket is az *említett sőtávolsággal gépeljük és azt a margón jelöljük*. A módszert, esetismerttetést, kevésbé fontos szövegrészeket apróbetűs szedésre kérjük jelölni. A dolgozatok terjedelme a műfajtól függ. Törekedjünk rövidsége. A kézirat húsz szabvány gépelt oldal- nál (mellékletekkel együtt) nem lehet több, hacsak a szerkesztőséggel előzetes megállapodás nem történt.

Tanácsoljuk a dolgozatokban szokásos struk- túra „tagolás” alkalmazását, amely a dolgozat gon-

dolatmenetét és logikai felépítését elősegíti. A dol- gozat *bevezetése* exponálja a kézirat tárgyát. Az *anyag és módszer* alfejezetben a vizsgálatokban szereplő betegek stb. kiválasztásának módját és kritériumait adjuk meg. Az alkalmazott módszerek közül a standard módszerekre elegendő utalni, az újabb vagy általánosan nem ismert módszereket olyan mértékig jellemezni, hogy az reprodukálható legyen. Szükségtelen a dokumentáció (pl. boncolási jegyzőkönyv stb.) számának megjelölése. Az *ered- mények* között csak a lényeges adatokat adjuk meg logikai sorrendben. Lehetőleg számszerűen szerepeljenek az eredmények.

Az SI = Systeme International d'Unités által előírt új mértékegységek használatát kérjük, de *zárójelben feltétlenül a hagyományos értékeket is meg kell adni*. A táblázatban vagy ábrában szem- léltetett eredményeket a szövegben ne ismételjük meg (a szövegben a zsúfolt a számadatok nehezen követhetők), hanem inkább csak utaljunk azokra. Ahol szükséges, a számadatokat statisztikailag is elemezzük, de tegyünk különbséget a matematikai és biológiai szignifikancia között. Százalékos érté- keket általában ne közöljünk konkrét számadatok nélkül, kis számokból ne százalékoljunk! A *Meg- beszélés* csak akkor indokolt, ha diszkutabilis anyag van. Irodalmi adatok csupasz felsorolása, klinikum és más ehhez hasonlóak nem igényelnek megbeszé- lést.

A *Köszönetnyilvánítás* a dolgozat szövege és az összefoglalás közé kerül petit jelzéssel, abban csak az érdemi segítséget nyújtókat szerepeltessük.

6. *Irodalmi hivatkozások:* csak a valóban el- olvasott, feldolgozott, a dolgozat megírásához fel- tétlenül szükséges cikkekre hivatkozunk. Ne fe- ledjük, a kritikusan, igényesen és gazdaságosan megválogatott szakirodalom is jellemzi a dolgozat szerzőjét. A hivatkozások száma — műfajtól füg- gően — legyen korlátozott, a szöveg csak kivéte-lesen érheti el előzetes megállapodás alapján. Ugyancsak műfajtól függően nem szükséges min- den magyar szerzőtől megjelent dolgozat felsoro- lása, csupán azok említendőek, amelyeknek az adott esetben határozott jelentőségük van. A szövegben csak az irodalomjegyzék sorszáma hivatkozunk zárójelben. A dolgozat végére illesztett irodalmi felsorolásban a sorszámot követően alfabetikus egymásutánban adjuk meg az idézett szerzőket és a megjelenés helyének pontos megjelölését. Há- romnál több szerző esetén csak az első szerző nevét írjuk ki, a társszerzők helyett „és mtsai” rövidí- téssel. A szerző(k) nevét egyszer aláhúzzuk, majd kettőspont után következik a folyóirat nemzetközi rövidítése (a World Med. Periodicals List szerint) utána a megjelenés évszáma, kötetszám (egyszer

aláhúzva), majd az idézett cikk kezdő oldalszáma következik. A cikk címét ne adjuk meg (pl. *Petri G.: Orv. Hetil. 1978, 119, 3167.*). Ha a hivatkozás tárgya könyv, a következő adatok közlendők: a szerző, ill. szerkesztő neve (utóbbi esetben megjelölendő: Szerk.), a mű címe, a kiadó neve, a kiadás helye, éve, oldalszám (pl. Juhász P.: *A klinikai neurológia alapjai. Medicina, Budapest, 1971. 375. old.*).

Az irodalomjegyzék szövegét ne folyamatosan — bár a szedése így történik —, hanem tételenként külön bekezdéssel gépeljük, mert folyamatos gépelés esetén a szedő számára ez rendkívül fárasztó, zavaró és nagyobb a hibalehetőség.

7. A *dolgozat megírásának, fogalmazásának módja*: legyen világos, érthető, tömör, magyaros. Kerüljük az idegen szavak halmozását, az orvosi nyelvet szennyező, idegen — főleg angol — nyelvből átvett kifejezések használatát. Ilyeneket csak akkor alkalmazzunk, ha azok már polgárjogot nyertek. Olykor az idegen szót (kifejezést) zárójelben adjuk meg. A dolgozat ne legyen terjengős. Önkényes rövidítéseket ne használjunk. A rövidítéseket első használatkor zárójelben adjuk meg. Nem alkalmazható a rövidítés a címben és az Összefoglalásban. *Több rövidítés esetén azokat összegyűjtve az 1. oldal alján lábjegyzetben soroljuk fel.* Az írásmód terén csak általános irányelvek adhatók: azon görög és latin eredetű szavakat, amelyek a magyar nyelv gyakorlatában közhasználatúak lettek, fonetikusán írhatjuk (pl. intenzív, krónikus stb.), azok a szavak, amelyek szinte kizárólagos szakmai használatuk miatt nem váltak közhasználatúakká, etimológiai helyesírással írandók (pl. dysmenorrhoea stb.). Ugyanazokat a szavakat írjuk egy dolgozaton belül jól és azonosan. A helyesírással vonatkozóan tájékoztatást nyerhetünk Brencsán János: *Orvosi Szótár, Terra Kiadó, Budapest műből.* A mikroorganizmusok nevét a Nemzetközi Taxonómiai Bizottság határozatainak megfelelően írjuk. A hatóanyagokat kis kezdőbetűvel, a gyógyszerek gyári védett nevét nagy kezdőbetűvel írjuk.

8. Az *ábrák*: csak a leginkább informatív és a legszükségesebb ábrákat mellékeljük. Az *árnyaltos felvételeket* (autotípiák) soha ne az eredeti röntgenképben (felvételen), hanem annak kicsinyített változatában küldjük be. Legyenek tekintettel a szükséges kicsinyítésre, a képek felületére ne rajzoljanak! Célszerű a fotóhoz illesztett pauszpapírra rajzolni. Ha az ábra nehezen értelmezhető, helyes vonalas sémát is mellékelni. *Színes ábrák,*

diafilmek klisékészítésre nem alkalmasak! A *vonalas ábrákat* (fototípiák) a lap egységes tipográfiai képe, továbbá azok demonstrabilisabbá tétele céljából átrajzoltatjuk. Ez jelentős anyagi ráfordítást igényel. A kész klisé nem javítható; ezért ügyeljenek az ábraszervezésre; törekedjenek világosságra, egyértelműsége. Szövegük írásmódja a kéziratéval legyen azonos! Idegen nyelvű szöveg nem használható. Az ábrákon a szöveget ne írják csupa nagybetűvel. Gondoljanak arra, hogy a rajzoló nem orvos. Kérjük, hogy a kefelevonaton javítsanak. *Ábramagyarázat*: külön lapon csatolandó a dolgozathoz; az ábraszöveg legyen rövid. A szövettani metszetek ábramagyarázatában megemlítendő a festési eljárás és a nagyítás mértéke.

9. A *táblázatok*: számukat csökkentjük minimumra, lássuk el címmel és magyarázó szöveggel. Mind a táblázatok, mind az ábrák legyenek önmagukban is — a dolgozat szövegének ismerete nélkül — érthetőek. A szövegben könnyedén elhelyezhető számadatokat ne foglaljuk táblázatba. Ugyanazon adatokból nem készülhetnek táblázatok és ábrák is. A táblázatok nem rajzolhatók, nem gépelhetők, a dolgozat szöveges részei közé! Külön lapra (lapokra) gépelendő! A táblázatok címeit, szöveges részét ne írjuk végig nagy — nyomtatott — betűvel. A táblázatok számadatai és az azokkal elvégzett műveletek eredményei ellenőrizendők. A táblázatok alkalmazkodjanak a lap tipográfiájához. A táblázatokban nincsenek választó léniák, a rovatfej és az oszlopok szövege azonos betűhelyen kezdődnek.

10. Az *el nem fogadott kéziratokat archívumunkban őrizzük meg és azokat nem adjuk vissza.*

11. *Egyéb tudnivalók.* Az *előzetes közlemény* a prioritás védelmét szolgálja, amíg a felismert tény bizonyítása még csekély anyagra támaszkodik. A *könyvismertetés* önálló kis írásmű, amely nem a recenzióra kerülő mű fejezeteinek taxatív felsorolása, hanem az egész könyv lényegének kritikai ismertetése. (A könyvismertetésre vonatkozó álláspontunkat részletesen kifejtettük az Orv. Hetil. 1979. évi 120. évf. 1025. old.)

A szerkesztőségi feldolgozás során a kéziratban végzett szerkesztői javítások megváltoztatása csak előzetes megbeszélés után lehetséges.

A párhuzamos hazai közlést általában kifogásoljuk és kívánatosnak tartjuk arról a szerkesztőséget tájékoztatni. Külföldi közlés szándéka esetén is a hazai publikáció elsőbbségét tartjuk kívánatosnak.



BESZÁMOLÓK, JEGYZŐKÖNYVEK

A XI. Nemzetközi Psychotherapiás kongresszusról (Amsterdam, 1979. augusztus 27—31.).

A Nemzetközi Orvosi Psychotherapiás Szövetség védnöksége alatt 1979. augusztus 27—31-ig került megrendezésre a XI. Nemzetközi Psychotherapiás Kongresszus Amsterdamban. A rendezvényt a főváros nemzetközi kongresszus centrumában a RIA-ban bonyolították le, ami kitűnően megfelelt a világ minden tájkáról érkezett nagyszámú résztvevő fogadására. A résztvevők 4, de néha 14 párhuzamosan folyó program közül választhattak. A központi téma a psychotherapiás kutatás és a képzés kérdése volt. A fő összefoglaló, áttekintő előadásokon túl rendkívül sokszínű, kisebb előadások sokasága mutatta be a világszerte e téren folyó munkát. Szép számmal kerültek előadásra érdekes határterületi problémák is. A résztvevők a kutatás vagy képzés speciális kérdéseivel foglalkozó munkacsoportokban demonstrációk, filmek és videotape-felvételeket bemutató és megbeszélő csoportokban is részt vettek.

A számos előadás és munkacsoport során 3 fő szemlélet dominanciája tűnt ki: 1. a psychoanalitikus, dinamikus pszichológiai mélylélektani irányzatoké, ahol az orthodox analízistől a psychoanalitikus módszer modern változataig a főbb irányzatok szerepeltek. 2. A Rogers-féle irányzat igen szép kutatásokkal és szakszerűséggel mutatkozott be. Ennek a „gestalt” (alaklélektani) therapiás és existencialista irányzatokkal való kombinációi gyakoriak voltak. 3. A behavior therapeuták képviselték a harmadik fő irányzatot, kiknek népes tábora mutatkozott be jelezve az e területen folyó egyre intenzívebb és szélesebb körben elterjedt munkát.

A központi témát átfogó nagy előadások hangsúlyozták, hogy a kutatásoknak és a therapiának nem szabad egymástól elkülönülniük, bár a kutatói és gyógyító közelítés egymástól erősen eltérő beállítódást kíván és ez — ezen az érzékeny területen — nagy nehézségeket okozhat. Nem lehet csak kutatóval foglalkozni, mert a psychotherapia nem laboratóriumi jelenség. Szükséges viszont, hogy a therapeuták rendszeres kutató munkát is végezzenek, hogy munkájuk tudományos igény szempontjából is fejlődjön. A tudományos vizsgálatokban világszerte a képmagzó technika rohamos térhódítása tapasztalható. E módszer segítséget jelent az eddig megismételhetetlen, intim jelenségek kutatásában, tekintettel arra, hogy az események rögzíthetőségével tetszés szerinti számba megismétel-

hetővé válnak. A készülék egyre olcsóbbá, s így elérhetőbbé válik. Már számos kiváló márka készít 3-4 órás folyamatos felvételre képes, színes, kazettával dolgozó készülékeket. Egy teljes apparátus ára 3-7 ezer nyugatnémet márka között van.

A képzés vonatkozásában az egyéni saját élmény megszerzése, általánosan elfogadott és hangsúlyozott követelmény volt. Sőt a módszer specifikus képzés kérdésében is a legtöbben úgy foglaltak állást, hogy a különböző módszereket saját élményeken keresztül is meg kell ismerni. Volt előadás, pl. M. Nevejan (Hollandia) ki azt az álláspontot képviselte, hogy még a pártherapiát folytatónak is előzetesen saját házastársukkal kell, hogy kiképző therapiában részesüljenek. A képzésnek számos érdekes rendszerre került bemutatásra. A videotecnika itt is egyre nagyobb szerepet kap mind az eset demonstrációban, mind a szupervíziós munkában.

A nemzetközi részvételről annyit jegyeznek meg, hogy a világ minden részéről jöttek résztvevők — még Bangladesből és Nigériából is voltak — hazánkat sajnos csak egyedül képviseltem. Közép-Európából kiemelkedő volt a jugoszlávok népes tábora, akik sokoldalú, érdekes, elsősorban dinamikus lélektanilag orientált előadásokkal szerepeltek.

A munkacsoportok közül némelyek — az is, amelyikben személyesen részt vettem — nem túl jól sikerültek. Annyira részletekbe menni nem voltak szervezve és idejükben széttagolva, hogy a spontaneitást erősen gátolták, és a kreatív viták, vélemények kibontakozását akadályozták. Erre inkább az előadások közti szünetben a folyosón nyílt lehetőség, de ezek viszont nem kerültek már visszajelentésre a többi résztvevő felé.

Nagyon érdekesek, impresszionálóak voltak a képmagzó demonstrációk, bennem erősen éreztették hazai lemaradásunkat a videotecnika terén. Jól kitűnt, hogy összességében a technikai felszerelés csak akkor értékes kutatási eszköz, ha azt kellő hozzáértésű szakemberek kellő koncepcionális felkészültséggel használják, egyébként nem több drága játékszernél.

Az egyes, általam elért és jelentősnek tartott előadásokról, az ott elhangzott lényegesebb gondolatokról: H. Strupp: A psychotherapiás kutatások jelenlegi áramlatairól tartott előadásában kifejtette, hogy a psychotherapia egyre szélesebb néprétegekhez és szociológiai vonatkozásában is egyre több olyan beteghez jut, akiket az eddigiekben

psychotherapiával nehezen megközelíthetőnek tartottak. A pszichiatéria jelenlegi fejlettségi szintjén már elavultnak, anakronisztikusnak tekinthető a pszichotikusok esetében is csak a biológiai szintű kezelés, mely psychotherapiás módszereket nem alkalmaz. Az állami támogatások növekedése és módszerek, irányzatok proliferációja látható világszerte. Az USA-ban több mint 150 psychotherapiás formát lehet elkülöníteni. A jövő véleménye szerint a célorientált rövid módszereké, és egyre aktuálisabb kérdése a betegek védelme is az inadekvát módszerektől. A példák között az indokolatlan biológiai kezeléseket és a némely banális esetben évtizedekig folytatott psychoanalitikus kezeléseket problémáikhoz hozták fel.

M. Pines a londoni Maudsley kórházból a csoportpsychotherapiás képzés problémáival foglalkozva érdekesen elemezte a szimbolikus interakciós teóriát, majd megállapította, hogy a csoportpsychotherapiának jelenleg 3 fő irányzatát lehet elkülöníteni. Az első fő jellemzője, hogy a csoporton belül folyik a psychoanalízis, ez alatt azt érti, hogy a vezető felváltva egy-egy tag elemzését végzi a csoport többi tagjával együtt, a csoportdinamika tehát egy-egy tagra összpontosul. A második irányzat fő jellemzője, hogy a csoport psychoanalízise folyik, ami azt jelenti, hogy a vezető nem az egyedi személyiség problémáival foglalkozik, hanem az egész csoport közös tudattalan dinamikájának feltárását tekinti fő feladatának. A harmadik pedig, hogy a psychoanalízis a csoport által történik, ez pedig elsősorban az előző két szempont szintézisét jelenti azaz kiegészítve, hogy a csoportmunkában fokozatosan a tagokat is aktív, a vezetőhöz hasonló funkcionálásra készíti a therapeuta. A csoportlélektani folyamatok közül érdekesen mutatott rá az insighttal ellentét, csoportban jelentkező és megfigyelhető insight jelenlétére, ami alatt a csoporton belüli tényleges folyamatokra való belátlás, azoknak elmélyült megértését jelenti.

A hollandiai J. Z. Dijkhuig professzor a psychotherapiás képzési folyamatok kutatásának jelentőségét emelte ki. Nagy számú, kiképzésre vonatkozó szakirodalom áttekintése után megállapította, hogy a képzési módszerek fejlődése nem növekszik arányosan e témáról megjelent publikációk hatalmas számával. A képzés speciális problémáira való tekintettel az e téren való kutatások fokozását szorgalmazta, és rámutatott, hogy több olyan psychotherapeutára lenne szükség, akik a therapiás munka mellett kutatói munkát is végeznek. Elemezte a kétirányvú munka részben egymást akadályozó ellentétességét, de rámutatott arra, hogy enélkül a szintetikus tevékenység nélkül, további érdemleges haladás nem várható. Igen sok előadás fog-

lalkozott a pszichoterapiás képzés kérdéseivel kapcsolatosan a leendő terapeutának mind egyéni, mind csoportos formában történő személyes analízisának problémáival.

A svájci R. Battagay professzor kiemelte a képzés másik elengedhetetlen alappilléreinek a szupervízióknak jelentőségét. Ugyan úgy mint a személyes képzésbe, itt is világszerte egyre elterjedtebb a csoport-szupervíziós forma. Ezzel kapcsolatban ő is kiemelte, hogy a csoportokon belül kialakuló kölcsönhatásnak konstellációja a szupervíziós folyamathoz misőségleg új információs elemet nyújt.

A hollandiai P. Bierkens a gestalt-terápiára való képzés programjáról számolt be, amiben részletesen kidolgozott, gyakorlatban kipróbált képzési szisztémát mutatott be. A 3 éves programban 25 gyakorló hétvége van, amelyen belül személyes csoporttapasztalat, csoport szupervízió, demonstrációs csoport cotherapiás csoportvezetésben való részvétel, valamint egyéni pszichoterapiás személyes élmény is szerepel. A képzés problémájához kapcsolódó legtöbb előadás kiemelte az intézményesített, rendszeres tréningprogramok jelentőségét, ahol a kellő szakmai ellenőrzés és kontroll biztosítható. Ezek az intézményes képzési programok általában 2-4 éves időszakokra vonatkoznak, kat jelentettek, amelyben rendszeres és részletesen kidolgozott stratégiá-
rint nemcsak egyféle képzési forma volt integrálva, hanem egymással párhuzamosan egyéni és csoportos formák, személyes és didaktikus képzés, valamint szupervíziós szemináriumok kombinációja képezte a rendszert.

Belgiumból T. Compennolle a családterápiára való képzés sajátos problémáját elemezte részlete-

sen, élesen rámutatva és demonstrálva, hogy a pszichoterápia e formáját sem lehet megtanulni sem elméleti képzés, sem erről való beszélgetés által csak, hanem e téren elsősorban a gyakorlat és a gyakorlás során való kontroll-technikák alkalmazásával lehet a tanulás téren érdemben előrejutni. Ebben a „one-way” tükröknek (egy irányból átlátható, „detektív tükrök”) és a videotape technikáknak kimagasló jelentőségére mutatott rá. A képzésnek alapelvei a legkülönbözőbb pszichoterapiás irányzatok programjában egyaránt megtalálhatók voltak. Így elsősorban a psychoanalitikus és egyéb mélylélektani terápiák terén, de ugyanilyen komolysággal és rendszerességgel a rogeriánus terápiák, a tranzakcionális analitikus terápiák, gestalt-terápiák, az egzisztenciál-analitikus terápiák, de még a különböző, mind szemléletben, mind technikában igen érdekes mediatív terápiás formák módszereire való képzés folyamatában is.

Igen érdekesek voltak és sok hozzászólást váltottak ki — azok az előadások, melyet elsősorban a kliens-centrikus és egzisztenciális nézőpont követői képviseltek, hogy a kiképzendő terapeutáknak az alapterapiás elméleteken és gyakorlatokon túl a képzés során — de a részben azt meghaladó módon, saját önképzésükben folytatva — ki kell dolgozniuk a saját egyéniségüknek leginkább megfelelő terápiás stílust. Ez még az illető számára leginkább megfelelő elméleti rendszer is magában foglalja, tekintettel arra, hogy ma már az orvos irányzatokon belül is többféle elméleti, szemléleti változat is kifejlődött. A terapeutának törekednie kell arra, hogy mind terápiás gyakorlatának, individuális, egyedi

stílusjegyei, mind a benne meglevő metateoretikus koncepcióban is a saját számára leginkább áttekinthető, személyiségével leginkább összhangban levő, leginkább használható koherens, koncepcionális rendszert is kidolgozza. Mindez jelentős eltérés a régebbi merev, dogmatikus rendszerhez képest.

A varsói S. Leder szintén a kutató pszichoterapeuta eklektikus szemléletének fontosságát hangsúlyozta, tehát azt, hogy egyik irányzattal szembe se legyen elfogult, ahhoz kötődő. Mint közös tényezőt kiemelte, hogy minden pszichoterápiában kell hogy a páciens úgy tapasztalja a terapeutát, mint kognitív, mind emocionális szempontokból, hogy az számára a segítségnek valamilyen forrása.

N. Cohen és M. Alpert érdekes EEG vizsgálatokról számoltak be. A tárgyilagos, pontos terápiás megfigyelés és a terapeuta szenzitivitását vizsgálták EEG regisztrációval és a fenti két szempontot mérő hagyományos methodikákkal. Eredményeik szerint korreláció mutatkozott a bal féltéke feletti alfa hullámok dominanciája, és klinikailag pontos megfigyelőképesség között. A jobb hemiszférium alfa hullámainak összmenyisége a terápiás szenzitivitással mutatott pozitív összefüggést.

Összességében a rendezvény a nagykongresszusok sajátosságait mutatta. Széles körű áttekintést nyújtott a jelenleg folyó kutatásokról, de szervezési sajátosságai miatt a munkacsoportokban eléggé elmélyült megbeszélés nem alakult ki.

Felettes hatóságaimnak és az Egészségügyi Minisztériumnak köszönettel tartozom részvételem engedélyezéséért. *Süle Ferenc dr.*

Helyesbítés

Kérjük szíveskedjék figyelembevenni, hogy e számban megjelenő színes hirdetésekben a ROBÉBI B és LINOLAC szöveges oldalán a feketébe szedett rész felelőtlődött.

Ezért a kék színnel nyomtatott összetétel táblázatok után a ROBÉBI B hirdetésnél a LINOLAC, a LINOLAC oldalán pedig a ROBÉBI B ismertető szövege található.

Egyt

Gyógyszervegyészeti Gyár, Budapest



A dohányzás ártalmai

Egypetéjű ikrek tüdőfunkciója: a nem dohányosok és a dohányosok összehasonlítása. Webster, P. M. és mtsai [Trihospital Respiratory Service (Mount Sinai, Toronto General, and Womens College Hospital), Department of Medicine, University of Toronto]; American Review of Respiratory Disease, 1979, 119, 223.

Az oki kapcsolat a dohányzás és az obstructív légúti betegség keletkezése között általánosan elfogadott. Újabb kutatások szerint mégis e betegség keletkezésében a dohányzás mellett egyéb tényezők is szerepelhetnek. A tüdőátogatul keletkezésében pl. jelentőséget tulajdonítanak genetikai tényezőknek, így az alfa₁-antitrypsin hiányának is. A szerzők ezt a kérdést nem dohányos és dohányos egypetéjű ikreken tanulmányozták. A légzésfunkciós próbak közül a nem dohányosokat a dohányosoktól a legjobban a maximális kilégzési áramlás próbával sikerült elkülöníteni. A 47 egypetéjű ikerpár közül 17 ikerpár sohasem dohányzott, 19 ikerpár mindkét párja dohányzott, 9 ikerpárból pedig az egyik dohányzott, a másik nem dohányzott. A maximális kilégzési áramlás párok közti különbsége ugyanaz volt mind a dohányos, mind a nem dohányos ikerpároknál. Adataik szerint tehát a cigarettafüstnek a légutat károsító hatásában a genetikai tényezők is közreműködnek.

Pongor Ferenc dr.

A bronchoalveolaris mosófoliadék biokémiai elemzése egészséges dohányos és nem dohányos embereken. Low, R. B. és mtsai (Department of Physiology and Biophysics and the Department of Medicine, University of Vermont, Burlington, Vt. 05401); American Review of Respiratory Disease, 1978, 118, 863—875.

A szerzők 12 dohányos és 14 nem dohányos egészséges egyénen bronchofiberoscoppal kimoszták a tüdő jobb középsőlebenyének vagy a lingulának a hörgőit és elvégezték a mosófoliadék biokémiai vizsgálatát. A mosófoliadék teljes fehérje töménysége 31—136 µg/ml volt. Az electrophoresissal kapott értékek hasonlóak voltak az ember vérsavójának az értékeivel. A mosófoliadékok IgG és IgA töménysége nagyon alacsony volt, és kimutatható IgM vagy alpha₂-macroglobulin nem volt bennük. A mosófoliadék szénhidrát töménysége 3,8 és 21,2 µg/ml között váltako-

zott. Ezeknek a szénhidrátoknak mintegy négyötöde 10 000 daltonnál alacsonyabb molekulásúlyú volt. A poláris lipidek mennyisége valamivel kevesebb volt a nem poláris lipideknél. A lipid-phosphor töménysége arra mutatott, hogy a poláris lipid fractio főleg glucolipidekből állott és bennük nem volt phosphor. A további elemzés azt mutatta, hogy a teljes phospholipidnek a 84%-a phosphatidylcholin volt, ami elsődlegesen palmitin-savból állott. Jelentős mennyiségű phosphatidylglycerin is volt bennük. A legtöbb anyagban ezek mellett még kis mennyiségben phosphatidylserin, phosphatidylinositol, phosphatidylethanolamin, foszforsav is volt. A mosófoliadék kálium, cukor és fehérje tartalma arányos volt egymással. A dohányosok bronchoalveolaris mosófoliadékában alacsonyabb volt a phosphor-fehérje arány és az albumin tartalom, mint a nem dohányosokéban. A hörgőmosófoliadék biokémiai elemzését alkalmasnak tartják a tüdőbetegségek kóriszmézésére és folyamat klinikai lefolyására a nyomon követésére.

Pongor Ferenc dr.

A menopausa és dohányzás kapcsolata. Lindquist, O., C. Bengtsson: Acta med. scand. 1979, 205, 73.

Mind a korai menopausa és szívinfarctus, mind a dohányzás és szívinfarctus között bizonyított összefüggést mutattak ki. Előterbe került annak feltételezése, hogy a nők korai menopausájának és ezzel egyidejű szívinfarctusának a dohányzás az oka, mivel ezek között a cigarettázás különösen gyakori.

A szerzők Svédországban 1462 (38—60 éves) nőt kérdeztek ki dohányzási szokásaikról és utolsó menstruációjukról a testsúlyuk megmérése mellett. Vizsgálatukat az 50 évesekre koncentrálták, mivel a prae- és postmenopausa közötti átmenet ezek között a leggyakoribb. Az 50 éves, menopausán már túl levő 161 nő között szignifikánsan több volt a dohányzó (80 — 50%)⁰, mint a hasonló korú, de még rendszeren menstruáló 168 nő között (43 — 26%)⁰. A dohányzó nők ugyanakkor már több mint 10 éve, vagyis a menopausa előtt is már dohányoztak. A menopausába jutott nők testsúlya nagyobb volt, mint a még menstruálóké, a dohányzó nők aránya azonban a menopausán túl levő 50 éves nők között még a különböző testsúlyok figyelembevételével is nagyobb volt.

Adatok vannak arra vonatkozóan, hogy a nagyobb testsúly a perifériás oestrogen produkciót növeli és a menopausát kitolja. Ugyanakkor az is ismert, hogy a metabolikus folyamatokat és így az oestrogen metabolizmust a májban a dohányzás befolyásolja, és ezáltal idő előtti, korai menopausához vezet. A svéd szerzők vizsgálati eredménye ezt a feltételezést látszik alátámasztani.

Angeli István dr.

A tüdő rugalmassági nyomásának a csökkenése a dohányzás abbahagyása után. Zamel, N. és mtsai [Trihospital Respiratory Service (Mount Sinai, Toronto General, and Womens College Hospitals), Department of Medicine, University of Toronto]; American Review of Respiratory Disease, 1979, 119, 205.

26 egészséges dohányos egyénen légzésfunkciós vizsgálatot végeztek 2 hónappal a dohányzás abbahagyása előtt és után. Lényegesen javult a dohányzás abbahagyása után a vitálkapacitás, a Tiffeneau-érték, a tüdő dinamikus rugalmassága, a III. fázishurok, a maximális kilégzési áramlás és a statikus tüdő nyomás—főfogat görbe. Az egyéni légzéses szén-monoxid diffúzió kapacitás értéke nem változott. Eredményeik megerősítik azok megállapítását, akik a dohányzás abbahagyása után a légzésfunkció lényeges javulásáról számoltak be.

Pongor Ferenc dr.

Középkorú dohányzók és nem dohányzók mortalitása. Friedman G. D., Dales L. G., Ury H. K. (Dept. Med. Methods Res. 3700 Broadway Oakland, CA 94611); N. Engl. J. Med. 1979, 300, 213.

4004 emberen 11 éves megfigyelés alatt elemezték a halálozási és megbetegedési statisztikát, összehasonlítva a cigarettázókat (1541 fő), nem dohányzókat (1866) és volt dohányzókat (597) adatait. Elettörbe kerültek azt is, hogy más tényezők befolyásolják-e a morbiditást és mortalitást. A vizsgált 48 tényező között laboratóriumi eredmények, előző betegségek, gyógyszeresedés, alkoholfogyasztás, környezeti ártalmak, emocionális problémák szerepeltek. Az embereket időszakos szűrővizsgálatokon ellenőrizték, a halálokokat tisztázták.

A statisztikai adatokat tisztították. A dohányzók összes mortalitása 2,6-szoros (tisztított 2,1), ezen belül a coronaria halálozás 4,7-szerese (3,6) a nem dohányos csoporténak. A volt dohányzók (akik már legalább 1 éve abbahagyták a dohányzást) összes halálozása 1,1-szerese, a coronaria halálozásuk 1,86-szoros volt. Feltűnő, hogy a nem dohányos csoportban 0, a volt do-

hányosban 1, a dohányosban 15 tüdőrákos haláleset volt.

Statisztikai elemzés szerint az összes vizsgált tényező közül csupán a dohányzás hozható összefüggésbe a halálozás ezen arányaival.

Adataikból nem igazolható az a feltevés, hogy a cigarettázók között emelkedett halálozás egyéb körülmények, ill. károsító hatások következménye.

Balogh Péter dr.

Idegsebészet

Az idegsebészet alkalmazása pszichológiai zavarokban 1974—76 év folyamán a Brit-szigeteken. B. M. Barraclough, N. A. Mitchell—Heggs (MRC Clinical Psychiatry Unit, Graylingwell Hospital, Chichester; Department of Psychiatry, St. George's Hospital, London); British Medical Journal, 1978, 2, 1591—1593.

A szerzők megfelelő statisztika hiányában mérték fel a funkcionális idegsebészet alkalmazását a Brit-szigeteken — Írországot is beleértve. Az idegsebészeti és pszichiatriai társaság segítségével és egyetértésével kérdőívet küldtek — melyet függelékben mellékelnek — 44 idegsebészeti egység vezetőjének. A kapott válaszokat dolgozták fel. Második kérdőív megválaszolására csak a 3 legtöbb műtétet végző intézetet kérték. Valamennyi intézet válaszolt, 13-ban nem végeztek psichochirurgiai műtétet.

Az 1974—76. években a 31 intézetben, illetve részlegben 431 műtétet végeztek. Ez a szám évi gyakoriságot tekintve a 15 éven felüli korosztályban 3,4 műtét/1 millió lakos. Az arány Angliában és Walesben 3,6/millió (411 műtét), Skóciában 1,2/millió (14 műtét) és Észak-Írországból 0,6/millió (6 műtét) volt. A műtétek száma csökkent. 1974-ben 158, 1975-ben 154, 1976-ban 119 műtétet végeztek. A csökkenésben a közvéleménynek tulajdonítanak jelentős szerepet. A legtöbbet kezelt kórformák: hangulati rendellenességek, szorongásos állapotok és nyomasztó kényszerképzetekkel járó neurosok, amelyek egyéb kezeléssel dacolnak. A három legtöbb műtétet végző intézetben kezelt 248 beteg (58%) közül hangulati rendellenességek: depressio, szorongásos állapotok, schizoaffektív psychosis, psychosis maniacodepressiva alkotta a diagnosisek 80%-át. A betegek 2/3-a volt depressiós. Míg két intézetben a diagnosisek hasonló jellegűek voltak, a harmadikban 21 beteget (32%) ismétlődő erőszakos cselekmény miatt kezelték.

A laesiók helyét, amelyek megállapítására stereotactikus módszert használtak az eljárások 2/3-ában, táblázatban közlik.

A műtétet 5 intézetben csak stereotactikus módszerrel végez-

ték: 225 esetben (52%). További 117 műtét (27%) történt 6 intézetben a stereotactikus és a „szabad kéz” módszert használva.

Hő- és radioizotóp technikát csak 8 intézetben használtak, de ez a betegek 58%-át jelentette. Ezzel szemben szívást és leukotomiát 26 intézetben alkalmaztak a betegek mintegy 40%-án. A szerzők megállapítása szerint azok az intézetek, ahol kevesebb műtétet végeznek, hajlanak a régebbi módszer használatára.

A leukotomia, 30 sebész véleménye szerint — beleértve azokat is, akik már nem használják többé — értékes volt. Gyermekegsebészek az eljárást nem használják. Más sebészeknek fenntartásuk volt a mentális megbetegedések olyan kezelésével kapcsolatban, ahol az agyat sértik; tapasztalatuk szerint a leukotomizált betegek nem javultak.

A felmérés tanulsága szerint a funkcionális idegsebészet végzéséhez regionális centrumok szükségesek, ahol nagy beteganyagot megfelelő mennyiségű tapasztalatot szereztek. Ez jelenleg a Brit-szigetek vonatkozásában Angliában és Walesben valósult meg.

Huszka Endre dr.

Összevarrt emberi idegek regenerációja: elektrofiziológiai tanulmány. Danoso, R. S., Ballantyne, J. P., Hansen, S. (Glasgow University Department of Neurology); J. Neurol., Neurosurg. Psychiatr., 1979, 42, 97—106.

Modern társadalmunkban a perifériás idegek sérülései jelentős és növekvő problémát jelentenek. Az átmetszett idegek varrására többféle technikát alkalmaznak: elsődleges és másodlagos idegvarrat, fascicularis varrat és graft. Az összevarrt idegek motoros működésének gyógyulását nehéz pontosan felmérni, a műtét sikerének prognosztikai indexei nincsenek pontosan kidolgozva. A szerzők 67 sérülés után összevarrt nervus medianus, ill. ulnaris gyógyulását vizsgálták klinikai és elektrofiziológiai módszerekkel.

Az összevarrt, regenerálódó emberi idegekben 4 hónap múlva kezdenek megjelenni az akaratlagosan kiváltott motoros egységpotenciálók, és a sikeres varrat után 7 hónappal minden betegnél észlelhetők. Graftoknál kissé hosszabb ez az idő: 12 hónap.

Az akaratlagosan kiváltott motoros egységpotenciálók amplitúdója a műtét után egyenletesen növekszik, és idővel az óriáspotenciál méretét is elérhetik. A regeneráció korai hónapjaiban észlelt nagy amplitúdójú motoros egységpotenciálók azonban rendellenes beidegést jelezhetnek.

Klinikailag akaratlagos motoros aktivitás 10 hónappal a műtét után jelenhet meg, és az izomerő

fokozatosan javul 55 hónapon keresztül, esetleg még tovább is. A szerzők véleménye szerint az érintett izomból supramaximalis ingerrel kiváltott akciós potenciál amplitúdója megbízhatóbban jelzi a műtét után az izom működésének javulását, mint az izomerő becslése klinikailag MRC-skála használatával.

Az érző idegrostok klinikai és elektrofiziológiai javulása egyaránt rossz.

A szerzők vizsgálatai alapján hosszú távon azonos a gyógyulási időtartam a nervus medianus és a n. ulnaris sérüléseiben, és ez attól sem függött, hogy a sérülés distalis vagy proximalisan történt. Nem találtak eltérést az elsődleges, a másodlagos idegvarrat és a graftok utáni gyógyulás késői eredményében sem, kivéve azt, hogy a graftok után később kezdenek megjelenni a javulás jelei.

Bár a fascicularis módszerrel varrt idegek száma a vizsgált anyagban kevés volt (összesen 6), az eredmények biztatóak, mivel ebben a csoportban jelentkezett legkorábban javulás.

A szerzők vizsgálatai alapján a sérülés miatt összevarrt idegek műtét revíziója a következő esetekben szükséges: 1. ha a műtét után 7 hónappal tú EMG-vel nincs akaratlagos aktivitás (graftoknál 12 hónap), 2. ha 10 hónap után hiányzik az elektromosan kiváltott akciós izompotenciál, vagy nem mérhető a distalis motoros latencia és a motoros vezetési sebesség, 3. ha 10 hónappal a műtét után nincs klinikailag észlelhető motoros aktivitás.

Szegvári Mária dr.

Mikrobiológia és fertőző betegségek

Vesztség Svájcban. Steck, F. A. Wandeler (Szerkesztőségi közlemény): Schweiz. med. Wschr. 1978, 108, 585.

A rabies problémára profilozott szám és szerkesztőségi közlemény kiadására az készített, hogy az utóbbi években Svájcban három halálos kimenetelű veszttség fordult elő. A humán veszttség esetek előfordulásának gyakorisága alarmozza a hatáson prophylactikus és postexpositionalis eljárások felidézését.

A veszttség járvány oka a rókák elsődleges megbetegedése; így 1967—1977-ig Svájc egész területén 6688 rókán mutattak ki veszttséget — de a valóságos szám ennél 2-3-szor is nagyobbak tekinthetők. A rókák különösen fogékonyak a rabies vírussal szemben; egyéb vadon élő állatok már ritkábban betegednek meg (borz 4%, menyét 2,6%; őz 4,6% a kórismezett veszttség esetekben).

A háziállatok közül a macska (285 eset 1967—1977-ig, ill. 3,4%) szarvasmarha (262 eset, ill. 3,1%) és juh (197 eset, ill. 2,3%) állanak az élvonalban. Egyéb háziállatokon (ló, szamár, kecske, disznó, házinyúl) csupán egyes esetek voltak észlelhetők. A kutyákon a rendszeres oltás következtében ritkaság a veszélyesség. Az USA-ban is a kötelező eboltás és szigorú ebkontroll folytán 1974. évben 5000—9000-ról 248-ra esett a kutya veszteségi esetek száma; az emberi veszteségi esetek pedig az ötvenes években előfordult 10-15 rabies megbetegedésről 1963-ban 0-3-ra estek le, noha az USA-ban a rabies a vadon élő állatokon igen gyakori. Európában a rabies esetek nagyjából kutyaharapásra vezethetők vissza, ahol az „urban rabies” endémias (Törökország, Jugoszlávia, Szu.). Közép- és Nyugat-Európában, ahol a kutya veszteség szigorú ellenőrzés alatt áll, az emberi veszteség ritka. Lengyelország viszont róka veszteséggel erősen fertőzött. Az utolsó évek három svájci halálos esetét macska-, szarvasmarha- és kutyafertőzés okozta.

Az állati rabies klinikuma igen változékony; az agresszivitás és harapósság mellett egyre több a veszteség ún. „szelíd formája”. Nehéz a macska veszteség körismé- zése, valamint a macskák kötelező oltásának megszervezése, bár ez egyes svájci kantonokban kötelező. A gyanús macskák kiirtandók (6322 macska közül 285 volt lyssa-pozitív). A beteg és kiirtott állatokon immunfluoreszcenciás eljárással órákon belül 99%-os biztonsággal fel- állítható a diagnózis az agyból vett készítményből. Az élő állatból végzett (cornea-kenet, biopsia, serologia) vizsgálatoknak már ninesen hasonlóan biztos diagnosztikus értéke és az oltási indikációban sem mérvadóak.

Svájcban az emberi postexpositionalis rabies kezelésére külön kórházi és klinikai osztályok állnak a rendelkezésre. Ma már hatásosabb és kevesebb nem kívánatos mellékreakcióval járó oltóanyagok és immunoglobulinok állnak rendelkezésünkre. A human rabies-immunglobulin minden esetben előnyösebb a hyperimmun lósvavó alkalmazásánál. Az emberek és háziállatok megbetegedésének megelőzésére a következő szempontokat javasolják: a) a rókaállomány folyamatos csökkentése; b) az emberre veszélyes háziállatok, kutyák kötelező védőoltása, a macskák, szarvasmarhák pedig területek szerint; a lakosság felvilágosítása; gyanús állatokkal való érintkezés kerülése; contactus esetén vagy a sérülés helyén alapos szappanos vizes lemosás, orvosi tanácskérés. A veszélyes foglalkozási csoportokban prophylactikus immunizálás az antitestképzés ellenőrzésével. Az exponált emberek védőoltása gondos anamnesis alapján; megfelelő hatásosabb oltóanyagokkal az ijesz-

tő allergiás encephalitisek és myelitisek teljesen kiküszöbölhetők.

ifj. Pastinszky István dr.

Az RS-vírus okozta légúti megbetegedések gyermekeken. A. L. Noordam: Nederl. Tijdschr. V. Ge-neesk. 1978, 122, 2031—2032.

A szerző ismerteti a Brit. med. J. 1978, 2, 796 oldalán a Medical Research Council által közölt vizsgálatok eredményeit, melyeket a kb. 5 millió lakost ellátó 10 angliai központban a légúti megbetegedések miatt ápolásba vett 5 éven aluli gyermekeken végeztek a respiratorikus syncytialis (RS) vírus kórokozó szerepére vonatkozólag. A vizsgálat 4262 gyermekben történt 1973—1974 és 1974—1975 telén. Az RS-vírus volt a leggyakoribb oka (az első télen 41%, a másodikon 30%) a légúti fertőzések miatt szükségessé vált kórházi felvételeknek. Az egy éven aluliakon 78%-ban lehetett kimutatni a fertőzést, az 1—3 hónaposok között 21%-os volt. Az ipari központokban kétszer olyan gyakori az RS-vírus fertőzés, mint a városi vagy vidéki központokban. Ezer 1—3 hónapos gyermekben a morbiditás az említett körzetek sorrendjében 24,5—16,8—12,5 volt. Végeredményben ezer 5 éven aluli gyermekben a körzetek sorrendjében 4,4—1,7—1,4 volt a morbiditás. A kórformák megoszlásában a körzetek között nem volt különbség. A gyakoriság sorrendje: bronchiolitis, felsőlégúti megbetegedések, bronchitis és pneumonia.

Ribiczey Sándor dr.

Új vaccina az RS-vírus okozta légúti megbetegedések ellen. J. van der Veen (Nijmegen): Nederl. Tijdschr. V. Geeneskunde, 1979, 123, 15—16.

A respiratorikus syncytialis (RS) vírus által a hideg évszakokban okozott légzőszervi, járványosan is fellépő megbetegedések megelőzésére irányuló kutatások mind ez ideig kevés sikerrel jártak. A megbetegedés főleg csecsemő- és kisdedkorúakon jelent veszélyt. Chemotherápia nem áll rendelkezésünkre. A gyermekek többsége két éves koráig esik át az elő RS-vírus fertőzésen. A megelőzési próbálkozások inaktivált vagy élő vaccinnával nem voltak eredményesek. Az inaktivált vaccina im. alkalmazása stimulálta ugyan a keringő ellenanyag termelést, de nem hozott védettséget. Az olyan élő vaccina-mutáns alkalmazása, mely csak 37° alatt szaporodik, és közvetlenül az orr nyálkahártyáján alkalmazva elméletileg helyi immunitást is hozna létre, szintén nem hozott kielégítő eredményeket. Az alkalmazott vírus mutáns nem volt genetikailag stabil és a virulenciája is túl nagy volt.

Hilleman az USA-ban más módszert alkalmazott: a vírus emberi sejtes passage-okon tenyésztve, de egyéb manipulációt nem alkalmazva, a vaccinat a vírus számára természetellenes helyre, a bőr alatti szövetbe vitte. 36 gyermeket oltott vírusával és az eredményeket összehasonlította nem oltott kontroll csoporttal. Az eredmények egyöntetűen az oltások hatásosságát bizonyították. A vaccínáltakban kisebb volt ugyan a cirkuláló antitest-titer, mint a természetes úton fertőzésen átesettekben, de ez nem szól az immunisatio gyengesége mellett. Ismeretes, hogy parotitis epid. és ru-beola vaccinatiója után is alacsonyok az antitest titerek, védőhatásuk mégis nagyon jó. A szerző adenovírus enteralis vaccinnával hasonló alacsony ellenanyag titer ért el, sőt előfordult, hogy antitest egyáltalán nem volt kimutatható, mégis kitűnő eredménnyel alkalmazta adenovírus okozta légúti megbetegedések megelőzésében.

Az RS-vírus által évente okozott járványokban a betegség képe változatos: náthától tracheobronchitisen keresztül bronchiolitisig, bronchopneumoniáig terjed. Utóbbiak főleg a legfiatalabbakon észlelhetők és komoly lefolyásúak. Évente az USA-ban egyes szerzők szerint az egy éven aluli gyermekek 0,4%-a kerül RS-vírus okozta légúti megbetegedése miatt kórházi kezelésbe. A szerző Tilburgben 20—40 gyermeket vesz fel évente hasonló okokból. A csecsemők hatásos RS-vaccinatiója új utat mutat a légúti fertőzések megelőzésében.

(Ref.: a felnőttkori náthák, „grip-pék” megelőzése is nagy jelentőségű volna.)

Ribiczey Sándor dr.

Mononucleosis infectiosa okozta lép ruptura. Aung, M. K. és mtsai (Brookdale Hospital Medical Center, Brooklyn): JAMA, 1978, 240, 1752—1753.

A mononucleosis infectiosa jóindulatú betegség, mortalitása 0,1% alatt van. Ennek fő oka a lép ruptura, mely leginkább a 2—3. héten jelentkezik, mikor a lép maximálisan megnagyobbodik és a tok, a trabekulák és az érfalak a leggyengébbek. Spontán, vagy minimális traumára is bekövetkezhet. A szerzők saját esetük és az irodalmi adatok alapján összefoglalják a klinikai kép főbb jellemzőit, a diagnosztikus és terápiás tennivalókat. Az angol nyelvű irodalomban 1941 óta 64 eset közöltek, ebből 12 halt meg, valószínűleg az elkésett sebészi beavatkozás miatt. A betegek zöme 15—25 éves volt, tükrözve a mononucleosis kor incidenciáját. 80% férfi volt, ezt a fokozott fizikai aktivitással magyarázzák.

A legjellemzőbb panasz a has bal felső kvadránsában jelentkező, vállba sugárzó fájdalom, mely szövődmény nélküli mononucleosis esetén szokatlan. Jellemző a hasi

nyomásérzékenység, többnyire peritoneális izgalmi jelekkel, míg ruptura nélkül legfeljebb enyhe lép- és májtáji nyomásérzékenységgel találkozunk. Gyakori tünet az anaemia, bár vörösvértestek és a plazma volumen arányos vesztese miatt az első napon az összsejtszám megtevesztően normális lehet. Újabban fontos diagnosztikus eszköznnek tartják a sóoldattal történő peritoneális átmosást, mellyel a szabad hasúri vérömleny kimutatható. Más okból bekövetkezett lép rupturánál nagy diagnosztikus értéke van a szelektív lép angiographiának. A szerzők betegien mindkét vizsgálat negatív eredményt adott. A peritoneális átmosásnál ezt magyarázta a vérömleny szokatlan elhelyezkedése a bursa omentalisban, az angiographia eredménytelenségére nem találtak magyarázatot.

Mononucleosis infectiosa esetén tehát a jellemző fájdalom, a diffúz hasi nyomásérzékenység, ismeretlen eredetű anaemia kapcsán mindig gondolnunk kell lép rupturára, s ilyenkor a minél hamarabb elvégzett műtét életmentő lehet.

Horváth Tibor dr.

A diphtheria-toxin biológiai hatásai. Segerling, M. (Lehrstuhl f. Med. Mikrobiologie d. Ruhr-Universität, Bochum): Dtsch. Med. Wschr. 1978, 103, 2078—2081.

A szerző ahhoz, hogy a toxin hatásmechanizmusát megértesse, először a *fehérje-synthesis elongációs fázisát* ismerteti.

A fehérjék synthesisének kódja a mag DNS-ében van elrejtve, lényegileg minden 3 nucleotida (ref.: ill. az ezekben részt vevő purin- v. pyrimidin-bázis) (kodon, triplett) 1—1 aminosavat jelent. Ez az információ a „küldött”, „követ”, messenger-ribonucleinsavnak adódik át (mRNS), mely kijutva a magból, a sejtplazma ribosomáihoz kötődik. (Ref.: ezek fehérjéből és ribonucleinsavból — rRNS — állnak). Az mRNS-ribosoma-komplexhez kötődnek a sejtplazma „oldható” (soluble (s) ribonucleinsavai, a transfer-ribonucleinsavak (tRNS), mind-egyikük magával víve 1—1 aminosavat, „leolvasva” közben a most már az mRNS-ben levő kódot. (Ref.: a tRNS: hajtú alakú molekula. A hajtú hajlásánál van a „leolvasó” rész, mely megfelelően párosul az mRNS megfelelő részéhez. A hajtú egyik végén CCA-sequencia van, ide épül be az acyl-aktívált aminosav, másik végén guanin-foszforsav található. Ennek a továbbiakban lesz nagy jelentősége.)

Az mRNS-ribosoma-komplexnek 2 kötőhelye van a tRNS megkötésére: a *donor- és acceptor-hely*. A donor-helyen olyan tRNS van, mely a készülő polypeptid-láncot hordozza. Az acceptor-helyre egy további aminosavat hordozó tRNS kapcsolódik be, az *1. elongációs fak-*

tor (EF₁) és guanin-trifoszforsav (ref.: energiaszolgáltatás) segítségével. A donor-helyen levő polypeptid-lánc ekkor a *peptidyl-transzferáz* nevű enzim hatására leválik tRNS-éről, és az acceptor-helyen levő tRNS aminosavával kötődik össze. Így épül tovább és hosszabbodik a peptidlánc (*elongáció*). A fehérje-synthesis folytatásához most az szükséges, hogy a ribosoma az mRNS-en egy kodonnal továbbvándoroljon (ref.: a ribosoma úgy „olvassa le” a mRNS-információt, hogy *végiggördül* rajta). Ezáltal az a tRNS, mely a polypeptid-láncot hordozza, az acceptor-helyről a donor-helyre kerül, a ribosoma acceptor-helyén pedig az mRNS egy újabb kodonja lesz „fogadóképes” egy újabb, megfelelő tRNS számára. Ez: a *transzlokációs lépés*, amihez a *2. elongációs faktor* (EF₂) és guanin-trifoszforsav szükséges.

A diphtheria-bacillus toxin csak akkor termel, ha egy β-prophag fertőzi. A temperált phag nucleinsava hordozza ugyanis a toxinképzés információját, és ennek az információknak mint génnek be kell épülnie a baktérium gén-állományába ahhoz, hogy a toxin termelődjön (lysogenia).

A toxin: fehérje, molekulásúlya 62 000—63 000. Polypeptid-láncában 2 diszulfid-híd van: egyik egy „proteínázokra különösen érzékeny” területen, a másik a C-terminalis végénél.

Ha a molekulát a proteínázokra különösen érzékeny területen hasítjuk (pl. trypsinnel), akkor 2 frakciót nyerünk: az A- (M = 24 000) és B- (M = 38 000) frakciót. Ha az A-frakcióban a diszulfid-hidat el is redukáljuk: *enzimhatású lesz. Ez az enzimhatás a toxinhatás lényege.* Az A-frakció co-substratuma ugyanis a nikotin-adenin-dinucleotida (ref.: régebben co-dehidráz, co-zimáz) (NAD⁺), melyből az enzim a nikotinsav-amidot leválasztja, a maradék: az adenosin-difoszforsav-ribóz (ADPR) pedig kovalensen az EF₂-höz kötődik, miáltal annak működését és így a *fehérje-synthesis*ét, az *elongációs fázisban, megbénítja.* Ezután aztán természetesen a többi sejtanyagcsere-folyamat is gátlódik: az energia-anyagcsere, az RNS- és DNS-synthesis, ami végül is a sejt pusztulásához vezethet.

A B-frakció szerepét olyan — mutáns phagokkal történt fertőzés útján keletkezett — toxinokkal tisztázták, amely fertőzés eredményeként a keletkező toxin A- vagy B-frakciója, vagy mindkettő, hiányos („defekt”) lett. Ezek a mutáns toxinok immunológiailag rokonai az eredeti toxinnak, keresztreakciót is adnak vele (CRM-toxinok). Így derült ki, hogy az A-frakció csak akkor hat, ha bejutott a sejtbe; ez a *bejuttatás* pedig a *B-frakció feladata*. A sejthártyán olyan receptorok vannak, melyek megkötik a B-frakciót; ez hydrophob csoportjának segítségével átjut a sejthártyán, így az egész toxin bejut a

sejtbe, ahol megtörténik enzimati-kus hasítása és aktiválódása.

A toxin-molekulák egy nagy része pinocytosis útján jut be a sejtbe, ezeket a molekulákat azonban a lysosomák enzimei azonnal lebontják. Sőt, bizonyos mennyiségű A-fragmentumot is le tud bontani a sejt, és így megmenekülhet.

Az *antitoxin*: különböző antitestek keveréke, amelyek a toxin különböző antigén-determinánsai ellen irányulnak. Mivel az A-frakció antigén-determinánsai a molekula mélyében vannak, ellenük antitest, in vivo, nem képződik; sejtmentes közegben az ellenük készített antitest enzimati-kus hatását ugyan meggátolja, de sejtben és élőben hatástalan. A B-frakció és különösen annak C-terminalis végén levő 17 000 mol-súlyú részlet elleni antitestek viszont a toxin nagy hatásfokkal közömbösítik. Tehát: *az antitoxin akkor hatásos, ha meggátolja a toxin B-frakciójának kötődését a sejthártyához!*

A *toxoid*: formalinnal kezelt toxin. Ennek hatására ugyan a frakciók eredeti tulajdonságai elvesznek (enzimati-kus aktivitás; sejtfel-színhez kötődési képesség és labilitás), de az antigén-determinánsaik megmaradnak, a B-frakció pedig stabil lesz (így pl. proteázokkal kevésbé bonthatók), így a szervezet a B-frakció ellen hatékony antitestet tud termelni.

(Ref.: a molekuláris biológia haladása tette lehetővé, hogy ma már értünk sok mindent, ami Loeffler, Behring, Ramon korában még csak tapasztalati tény volt.)

Szönyi Ferenc dr.

Klinikai megfigyelések az alveolaris echinococcosis megbetegedés mebedazol kezelésével. Wilson, J. F. és mtsai (Alaska Native Medical Center, Anchorage, Alaska 99510): American Review of Respiratory Disease, 1978, 118, 747—757.

A tüdőben az echinococcus multilocularis okozza a legsúlyosabb echinococcosist. A betegség gyakori az Egyesült Államokban, Kanadában, Európa középső részén, a Szovjetunióban, Japánban és Alaszkában. Már fiatal korban is előfordul, Alaszkában a leggyakoribb 53 éves korban volt. Emberben a májban okoz elváltozást, ami áttétet adhat a tüdőbe és az agyba. 63%^oban halálhoz vezet, a betegeknek csupán 20%^o-a gyógyítható meg műtéttel. Hatásos gyógyszerre eddig nem volt. Újabban *mebedazol*al végeztek sikeres kísérleteket. A szerzők 4 ilyen súlyos, már nem operálható echinococcosis beteget kezeltek 1974 óta 3 éven át napi 40 mg/kg mebedazolal. Az első betegben, egy 34 éves eszkimó nőben már 1967-ben kórismétek laparotomiával egy nagy, nem operálható májtályogot. 1974-ben áttét keletkezett a mellcsont mögött, a tüdőben pedig két terjedő göcöt

láttak. *Mebendazol* kezelés közben májtályogját kétszer megcsapolták, és egyszer 2 g *mebendazol*at fecskendeztek a májtályogba, 40 havi kezelés után a máj, a mellcsont mögötti és a tüdőelváltozás lényegesen kisebb lett, a beteg folytatta munkáját. A második beteg egy 67 éves asszony, 1967-ben lett beteg. Laparotomiával nem resecálható májtályogot, a tüdőben pedig több apró granulomát láttak. 3 évi kezelés után állapota lényegesen javult, a tüdőben a góccok eltűntek és a beteg munkaképes lett. A harmadik beteg, egy 58 éves férfi, 1972-ben lett beteg. Májtályogjából 8 liter törmelékcsapadékot csapoltak le. A csapolást még 7 ízben megismételték. 3 évi *mebendazol* kezelés után halázmesterségét folytathatta. A negyedik beteg, egy 53 éves férfi májtályogját 4 ízben csapolták meg, és a májtályogba mindenik alkalommal *mebendazol*at is fecskendeztek be. 3 évi kezelés után munkaképes lett. Még egy ötödik betegben is májtályogot észleltek laparotomiával. A beteg *mebendazol* kezelésre tünetmentes lett. Káros melléktünetet egyik betegen sem észleltek.

A *mebendazol* egy vízben nehezen oldódó benzimidazol vegyület, ami nem öli meg a lárvákat, a folyamatot és az áttéteket azonban nyugvó állapotba hozza. Ha sikerülne egy vízben jobban oldódó készítményt előállítani, talán az sikeresebb gyógyszerre lenne az echinococcusnak.

Pongor Ferenc dr.

Emberi echinococcosis kezelése *mebendazol*al (Vermox). Amman, R. és mtsai (Dep. Inn. Med., Univ. Spital, Zürich): Schweiz. med. Wschr. 1979, 109, 148.

Az emberi echinococcosis biológiai értelemben némely vonatkozásában a malignomához hasonlít. A műtéti eltávolítás volt az eddigi egyetlen lehetőség a kezelésében. Az utóbbi négy évben állatkísérletekben különböző dosisú és hosszabb időn át adott *benzimidazol*-derivatumok kedvező gyógyító hatását észlelték az echinococcus lárvákra; így *mebendazol* vagy *fenbendazol* az e. granulosis- (cysticus-)t erősen károsítja, sőt előli, míg az e. multilocularis (alveolaris) fejlődését erősen gátolja — bár a proliferációs képességét nem szünteti meg. Az emberi echinococcosis *mebendazol* kezelési kísérletei 1974 óta ismeretesek; a nagy dosisú, rövid vagy hosszabb tartamú kezelést a betegek kimutatható mellékhatások nélkül jól tűrik, de a terapia hatásosságának megítélése nehéz.

1975 óta Svájcban 30 echinococcosis beteget kezeltek; ezekből 8 esetet a szerzők gondoztak. Jelen beszámolójukban két újabb e. granulosis-szal fertőzött betegükről számolnak be; mindkettőnél mindkét tüdőben inoperabilis e. granu-

losus folyamat volt, illetve az egyik betegen még a máj is hasonlóan megbetegedett. A kezelési schema a következő volt: 3 napon át 1000 mg, 3 napon át 1500 mg, majd az ezután következő három hónapban 30–40 mg/kg pro die. A betegek a benzimidazol 500 mg-os tabl. formájában napi három részre elosztva étkezés után kapták. A terapia befejezése után egy kivételével a legtöbb tüdőgóc jelentős visszaféledését észlelték scintigraphiás kontrollokkal; egyik betegük májgóca is jelentősen megkisebbedett. A kezelés befejezése után 8 hónappal egyik betegükön a tüdőgóc reaktiválódása (újabb folyadékgyülem) miatt ismételt *mebendazol* kúrát vezettek be. A *mebendazol* standard terapia programja emberi e. cysticus fertőzés esetén egyelőre még hiányzik. A kórfolyamat ritkasága miatt a svájci echinococcosis munkacsoport centrálisan irányított prospektív tanulmányokat tervez.

ifj. Pastinszky István dr.

„A” csoportba tartozó Streptococcusok tapadása human epithel sejtekhez. Bartelt, M. A., Duncan, J. L. (Department of Microbiology-Immunology, Northwestern University Medical and Dental School, Chicago, Illinois 60611, USA): Infection and Immunity, 1978, 20, 200–208.

A baktériumok képesek megtapadni az emlős sejtek felszínén. Ez az adhaesiv tulajdonság szoros összefüggésben van a baktériumok virulenciájával. Így a különböző akut vagy krónikus fertőzések kialakulásával. A közelmúltban kezdtek vizsgálni a kétféle — eukariota/prokariota-sejt adhaesiójában szerepet játszó felszíni struktúr elemeket és azok tulajdonságait. Így a human pathogen *Streptococcus pyogenes* falában levő M-proteinnél, illetve a coccus külső felszínén található polimerről, a teikolsavról mutatták ki, hogy a letapadásban lényeges szerepet játszik.

E közleményben a szerzők klinikai beteganyagból izolált, izotóppal, ill. fluoreszcinnel jelzett 17 *Streptococcus* törzs adhaesióját tanulmányozták human pharynx carcinoma és szájjüreg nyálkahártya sejtjeihez in vitro. Megállapították: 1. egy sejt felszínén általában 6–10 coccus volt található; 2. a streptococcusoknak 1–35%-a — törzstől függetlenül — letapadt az epithel sejtekhez; ennek mértéke nem volt kapcsolatban az M-protein tartalommal; 3. az epithel sejtek 50%-ához egyáltalán nem tapadtak a coccusok; 4. a mikrobák pronáz, tripszin kezelése nem változtatta, míg a hialuronidáz kezelés egyes törzsek-nél növelte az adhaesio mértékét; 5. az epithel sejtek tripszines kezelése viszont a coccusok tapadását 80%-kal csökkentette.

Konklúziók: 1. az epithel sejtek felszínén aránylag kevés számú baktérium „kötő” hely van, mely-

nek protein/glikoprotein tartalma fontos az adhaesio szempontjából; 2. nem valószínű, hogy a coccusok csak egy jól definiálható anyaga — pl. M-protein vagy teikolsav — lenne a felelős a tapadásért, hanem az egy komplex folyamat, melyben az eukariota/prokariota részéről több, megismerésre váró sejt-komponens vehet részt. Nagy Zsolt dr.

Mycoplasma pneumoniae fertőzések gyermekeken. Stevens D. és mtsai (Royal Hosp. for Sick Children, Bristol): Arch. Child. Dis. 1978, 53, 38–42.

A szerzők egy 18 hónapos időközben lezajlott *Mycoplasma pneumoniae* fertőzésekről számolnak be, amelyeket a Bristol Gyermekekórházban észleltek és serológiai eljárásokkal bizonyítottak. 44 iskoláskor előtti gyermekben figyeltek meg alsó légúti fertőzést. A többségük köhögött, rosszul érezte magát, s a felvétel előtti antibiotikum kezelésre nem reagált. A mellkas átvilágítási kép eltérést nem mutatott, két páciens esetében lehetett látni lebenyes árnyékot, 12 esetben végeztek hidegagglutinációt, ebből 9 járt pozitív eredménnyel. Az esetek többségében a fehérvérsejtszám normális volt, ezen belül a neutrophilok aránya emelkedett. A tünetek átlagban 4,2 hétig tartottak, a szélső értékek 1 és 16 hét voltak. A tetracyclin és erythromycin kezelés az esetek többségében hatástalannak bizonyult. Hét alkalommal jelentkezett extrapulmonalis mellékhatás, ezek közül a legnagyobb jelentősége 2 meningitisnek, 1 toxikus bõrgyulladásnak és 1 heveny haemolytikus anaemiának volt.

Nikodemusz István dr.

Tüdő-aspergillosis egy kórház felújítása közben. Arnow, P. M. és mtsai (Hospital Infectious Branch, Bureau of Epidemiology, Center for Disease Control, Atlanta, GA): American Review of Respiratory Disease, 1978, 118, 49–53.

Veseátültetés kapcsán az immun-suppressiv gyógyszerek és a röntgensugárzás kedvező feltételt teremtenek a fertőzés megtapadására. A legtöbb fertőzést baktériumok okozzák, de jelentős kórokozók az aspergillus is, ami 3–21% halálozással jár. Az aspergillus fertőzések gyógyszerekkel nem előzhető meg, és a kezelése is bizonytalan. Veseátültető osztályukon 4 hét leforgása alatt 3 betegen észleltek aspergillus fertőzést. Az első beteg meghalt, a másik két beteg amphotericin kezelésre meggyógyult. Amikor a fertőzés lehetséges okai után kutattak, megállapították, hogy a betegek kórterme felett az épületet felújították. Feltételezték, hogy a bontási munkálatok során a spórákat tartalmazó por bejuthatott a kórterembe. Ennek az ellenőrzése céljá-

ból a betegek kórtermének az államnevezetéből pormintákat vettek, és azokból gombákat lehetett kimutatni. 16 esetben aspergillus fumigatus, 13 esetben aspergillus spurius, 42 esetben pedig penicillium tenyésztett ki. A kórteremek légmentes tömítése után osztályukon a gombafertőzés megszűnt.

Pongor Ferenc dr.

B. cereus által okozott halálos lefolyású ételmérgezés. Dirnhofer, R., Sonnabend, O., Sonnabend, W. (Inst. Gerichtl. Med. St.-Gallen): Z. Rechtsmed. 1978, 80, 139—151.

Ismeretlen okú halálesetek során, ha azokat gyomor-bél tünetek előzik meg, mindig felmerül a fényvagy ételmérgezés gyanúja, adott esetben el kell végezni a bakteriológiai vizsgálatot, bár ennek értéke korlátozott. A szerzők egy 37 éves géplakatos esetét ismertetik, aki csütörtöki napon hányás-hasmenés miatt nem ment dolgozni, s hétfőn egyik munkatársa a lakásán holtan találta, a halál legalább 48 órával előbb beállt.

A ruházaton, ágyneműn és a WC-kagylón zöldes, híg székletnyomokat találtak, a boncolás szívizom-, tüdő-, máj- és bélváltozásokat mutatott ki, a bélben gyulladást, lelkódást és elhalást, a szívben, májban, tüdőben zsíros elfajulás és vizenyő volt megfigyelhető, a szigerekben a metszetekben grampozitív pálcikák helyezkedtek el, s közvetlenül lehetett azokat látni. E mikrobák tenyésztetben *B. cereus*-nak bizonyultak. E baktérium kitenyésztett a béltartalomtól is, de innen nem színtenyésztetben, hanem *E. colival* (nem pathogen serotypus) és *Enterococcus*-szal együtt; e baktériumok máshonnan nem tenyésztet ki.

Az ételeket a helyszíni szemle után eltávolították, s a boncoláskor már nem álltak rendelkezésre, feltehetőleg a mérgezését egy felbonított húskonzerv közvetítette, amit még megfigyeltek. A *B. cereus* először bélglyulladást okozott, a levált hám helyén hatolt be a véráramba, s úgy jutott el a szívbe, májba, tüdőbe: az itt megfigyelt reakciók intravitalis sejtválasznak foghatók fel.

A szerzők kétségbe vonják a praemortalis baktérium inváziót, valamint a postmortalis csfravándorlást. Szervtransplantációk esetén nem friss hullából is lehet steril szerveket nyerni, s a halál okának az állatkísérletben virulensnek talált *B. cereus* ételmérgezését tartják. A világirodalomban eddig két halálos lefolyású *B. cereus* ételmérgezést tartanak nyilván (NDK, Japán), a legrégebb ilyen eset 1906-ban fordult elő Németországban, ezt feltehetőleg *B. cereus* idézte elő, s 1963-ban az USA-ban nem *B. cereus* volt a kórokozó.

Nikodemusz István dr.

Onkológia

Rák-reductív sebészet. Beszámoló a disseminált heredaganatok hasi és mellkasi áttéteinek egyidejű kirtásáról. Merrin, C. E., Takita, H. (Dept. Urol. Oncology, Roswell Park Memorial Inst., Buffalo, N.Y. 14263): Cancer, 1978, 42, 495.

Az utóbbi 3 és fél évben 90 beteget kezeltek disseminált nem seminomás heredaganattal (III. st.). A betegek többsége jól reagált a limitált műtetre és polychemoterapiára. A betegek kisebb csoportjában radikális beavatkozást végeztek a teljes klinikai remissio érdekében.

1974. júliustól 1977. áprilisig 13 nem seminomás heredaganat távoli áttétei miatt rák-reductív műtétet végeztek. A legfiatalabb beteg 17, a legidősebb 41 éves volt. A daganatok szövettani típus szerint a következőképpen oszlottak meg: 8 embrionális sejt rák, 4 teratocarcinoma, 6 kevert daganat (3 teratoc. choriocarcinomával, 1 teratoc. seminomával és 2 embrionális cc. choriocarcinomával). 14 beteg előzetesen limitált műtéten esett át, és utána chemoterapiát kapott, 4 betegen csak limitált műtétet végeztek. Minden betegnek retroperitonealis, hasi, tüdő és/vagy mediastinalis áttéte volt. A műtét menete a következő volt: median laparotomia a symphysistól a xiphoideusig, az áttéteket az aortáról és vena cavaról lefejtették, ha kellett, a vena cava inf.-t a vese vénák alatt a tumorról együtt resecálták. Egy betegen részleges duodenectomiát, egy másik betegen részleges jobb oldali hepatectomiát is végeztek. A hasüregi és retroperitonealis áttétek eltávolítása után a hasfalat zárták és hosszanti sternotomiával megnyitották a mediastinumot és a mellüregeket, és a mediastinumban és a tüdőkből található áttéteket eltávolították. A tüdőkből kivett áttétek száma esetenként 1 és 72 között váltakozott. 4 beteg supraclavicularis áttéteit is kivették.

15 betegnek nem volt nagyobb szövődeménye. Két beteget légzési nehézségek miatt respiratorra kellett tenni. Egy betegnél, aki műtét után meghalt, a boncolás bleomycin toxicosis okozta tüdő-fibrosist talált.

Minden operált mellüregébe szívócsövet helyeztek; csak egy beteg kapott pneumothoraxot a cső kivétele után. 15 beteg a műtét utáni első napon fenn járt és a tizedik napon gyógyult. 2 beteg gyógyulása 3—4 hétig tartott. A sebészetileg gyógyult betegek polychemoterapiát kaptak (ACT D-t, chlorambucil, vinblastint, bleomycint, methotrexatot).

A cikk megírásakor 9 beteg van életben (50%). A betegség 9—39 hónapig nem újult ki, az átlagos daganatmentesség 26 hónapot tett ki.

Mikor azzal a problémával találkoztak, hogy sok szerv áttéteinek nagy tömegét kell eltávolítani, fe-

lül kellett vizsgálni és módosítani kellett a ráksebszet hagyományos elveit. Elhatározták azt, hogy ha a beteg előreláthatólag bírja a műtét terhelését, az összes fellelhető áttétet kivesszük. Ahol az nem vihető keresztül, a részleges eltávolítással is megelégszenek. A reductív műtét célja az, hogy minél kevesebb daganatszövet maradjon vissza, mert ezáltal a chemoterapia eredményesebb lehet.

Eleinte először végezték el a reductív műtétet és utána a chemoterapiát. De később azt tapasztalták, hogy az előzetesen már gyógyszeresen kezelt beteg áttéteit könnyebb kivenni, s azok egy része már necrotikus volt. Ezen megfigyelések alapján újabban először 2—3 hónapon át chemoterapiát alkalmaznak. Ha az áttétek klinikailag eltűnnek és a biológiai markerek negatívvá válnak, nem operálják meg a beteget, hanem a polychemoterapiát 2 éven át folytatják.

Hangsúlyozzák, azt, hogy a reductív műtétet egy ülésben kell elvégezni, mivel a heredaganatok duplikációs ideje rövid, és az áttétek a két-három ülés közötti intervallumban túl nagyra nőnének és megszorodnának.

Az első terápiás beavatkozás kétségtelenül a limitált műtét + polychemoterapia legyen. Csak azokon a betegeken végezzük rák-reductív műtétet, akiken a chemoterapiával részleges regressiót értünk el.

Póka László dr.

Módosított MOPP sémával elért terápiás eredmények lymphogranulomatosis III. B és IV. stádiumában. Tigges, F. J. és mtsai (Med. Univ.-Klinik Tübingen, Abt. f. Innere Med. II. und IV.): Blut, 1978, 37, 83—88.

A DeVita által javasolt és a Hodgkin-kór kezelésében elterjedt MOPP sémát alkalmazták némi módosítással 80 beteg kezelésében (III. B = 32 eset, IV. = 48 eset).

A két csoport kezelését a következőképpen történt: Cyclophosphamid (15 mg/kg) és Vincristin (0,03 mg/kg) az 1., 8., 15., 22. napon. Procarbazine (215 mg/kg) folyamatosan az 1—28. napokon, Prednisolon (1,0 mg/kg) az első 16 napon át naponként, amit azután a 28. napig fokozatosan csökkentve elhagytak. Ezt a ciklust ezután 4—6 hetes időközökben négyszer megismételték, majd csak akkor következett a fenntartó terapia Vinblastin injekciókkal hetenként egyszer (0,1—0,2 mg/kg), két éven keresztül. Recidiva esetén az eredeti ciklust megismételték.

A kezelés során négy ciklusban részesült 58, három ciklusban 10, kettőben 12 beteg. Az új, még nem kezelt betegek közül az első 3 évben senki nem halt meg. Teljes remissiót 51, részleges remissiót pedig 16 betegen észleltek. 13 alkalommal pedig a kezelés hatástalan

volt. A teljes remissio a II. B csoportban kétszer olyan gyakori volt, mint a IV.-ben, az ötéves túlélés az előbbi csoportban 92%, az utóbbiban 62% volt.

A legrosszabb prognoszt a lymphocytá depletios csoportban észlelték, míg a kevert sejtes csoport körlefolyasá valamivel kedvezőbb volt, mint ott, ahol a szövettan nodular sclerosisra volt jellemző.

Mellékhatások elég sűrűn fordultak elő: alopecia gyakori de reversibilis, 81%-ban láttak myelosuppressiót, amiért az eredeti terapiás tervet módosítani kellett. A Vincristin neurotoxikus mellékhatása gyakorlatilag mindig bekövetkezett, amiért az eredeti dózist ugyancsak csökkenteni kellett.

Igaz, hogy a sugárkezeléssel kombinált chemotherapia a II. stádiumban a legeredményesebb, de a III., sőt IV. fázisban is sikeresen alkalmazható.

Bán András dr.

Superselectiv és selectiv egybefecskendezéses módszer az inoperabilis májrák kezelésére. Kimani, Y., Miyazaki, I. (Dept. Surg. School Med. Kanazawa, Japan): Cancer, 1978, 41, 1720.

Az inoperabilis májrákos betegek átlagos túlélési ideje 75 nap körül van. Japánban újabban elterjedt a selectiv „egybefecskendezéses” masszív chemotherapia alkalmazása.

1966 és 1977 között 45 inoperabilis májrákos (14 primer és 31 áttétes) beteget kezelték az art. femoralison át az art. coeliacába vezetett Kifa katéteren át beadott Mitomycin C-vel. Egy alkalommal 15–30 mg Mitomycint adtak fe, és az eljárást 2 hét múlva megisméltették, ha az első kezelés után javulás mutatkozott. 11 beteg visszatartotta a kezelés megisméltését. A daganat kiterjedését arteriographiával, scintigraphiával vagy sebészeti feltárással állapították meg.

A kezelés hatását a szubjektív javulásból, a hasi fájdalom, teltségérzés megszűnéséből, a daganat megkisebbedéséből, a láz, az ascites, a sárgaság csökkenéséből ítélték meg. A kezelés után kontrollálták a serum alkalikus phosphatase, a tejsav dehydrogenase és más enzimek aktivitását.

Az esetek 73%-ában javultak a szubjektív tünetek, 60%-ában a daganat kisebb lett. A primer májrákosok átlagos túlélése 7,1 hónap, az áttéteseké 6,5 hónap volt. 10 hónap volt az átlagos túlélése azoknak, akik két kezelést kaptak. A superselectiv kezelés, mikor a drogot abba az art. hepatica ágba adták be, amelyik oldalon a daganat volt, hatásosabbnak bizonyult, mint a selectiv. A szövettani kontroll vizsgálatok a daganatszövet elhalását, a sejtek degenerációját és kötőszövet-burjánzást mutattak ki.

Két helyi szövödmény alakult ki. Egy beteg, akinek nagy kiterjedé-

sű májattétei voltak, 14 hónappal a 2 „befecskendezés” után, a recidiva miatt adott iv. chemotherapia következtében halt meg májelégtelenségben. A boncolás a daganat atrophiját, s a helyén kötőszövet-burjánzást mutatott ki. Egy másik primer májrákos beteg 5 „befecskendezést” kapott, s 15 hónappal azután halt meg májelégtelenségben. A boncolás eredménye hasonló volt a másik esetéhez.

A systemás szövödmények közül említésre méltóak az étvágytalanság, az émelygés, a leukopenia, a thrombocytopenia, a hypohaemoglobinaemia.

Enyhébb helyi szövödmények az esetek 50%-ában fordultak elő: hasmenés, malaena, abnormális máj-funkciós értékek; ezek két hét alatt spontán megszűntek. Superselectiv kezelés után a szövödmények enyhébbek voltak.

A módszer egyszerűbb és veszélytelenebb, mint a tartós infúziós kezelés. Hatásosabb antineoplastikus agensek alkalmazásától az eredmények javulása várható.

Póka László dr.

Van-e értéke a rákos betegek specializált intravénás táplálásának?

Deitel, M. és mtsai (Dept. Surg., Univ. Toronto, Ontario, Canada): Cancer, 1978, 41, 2359.

Az intenzív terapiás egységben 7 év leforgása alatt 85 rákos beteget részesítettek speciális intravénás táplálásban, 46 férfit és 39 nőt, életkoruk 33–91 évesig terjedt. Indikációk: 1. 10%-nál nagyobb súlyvesztés, táplálkozási képtelenség, étvágytalanság (paraneoplasias tünet, kemoterapia miatt), tápcsatorna szűkület (nyelőcső, gyomor, bél), 2. Hypalbuminaemia (idős kor, decubitus). Éhezési oedema. Anaemia. 3. Műtét utáni állapot: nem megbízható anastomosis (az orális táplálás több mint 7 napig nem tanácsos). Sipolyképződés, elhúzódó ileus, sepsis.

Nem adnak intravénás táplálást annak a betegnek, aki a tápláló étrendet vagy az elemi diétát orálisan vagy nasogastrikus szondán át értékesíteni tudja.

A teljes parenteralis táplálásban (TPT) részesült betegek 3 csoportba oszthatók: Az 1. csoport 24 betegét képezik azok, akiknek TPT nélkül nagyobb a morbiditás és mortalitás aránya. Ide sorolhatók a 12 kg-nál nagyobb súlyvesztés; a 3 g/dl serum albumin érték; nagy de resecálható daganattal. Ez a 24 beteg az intézet összes rákos betegének 0,9%-át tette ki. A 2. csoport 53 beteget életveszélyes postoperatív szövödmény miatt kapott TPT-t. Ide tartoztak a bélsipolyos, septikus, ileusos betegek és a radiatiós enteritis. A 3. csoportba 8 cachexiás beteg tartozott, akiket radioterapiára vagy kemoterapiára kellett előkészíteni.

69 súlyos beteg kapott centrális intravénás hyperalimentációt: naponta 2000–3000 kalória szénhidrátot + 100–150 g aminosav infúziót, hetenkint 2x500 ml 10%-os Intralipidet. Electrolitokat, vitaminokat, nyomelemeket.

10 betegnek adtak lipid terapiát: naponta 3 g/testsúlykg Intralipid + 5%-os aminosav infúzió + 5%-os dextrose vagy fructose.

Az intravénás táplálást mihelyt lehetett (a bélsipoly záródott, az ileus megoldódott stb.) elemi diétával váltották fel.

Eredmények: az első csoport 24 betege közül, akiket műtét előkészítésként és műtét után is intravénásan tápláltak, egy sem halt meg. Ha a TPT-t műtét utáni életveszélyes szövödmények miatt (2. csoport) vezették be, a halálozás aránya 17%-os volt. Ez utóbbi csoportban alacsonyabb volt a halálozás vastagbélrák műtete utáni (4,5%), és magasabb a nyelőcső, epehólyag, pancreas rák műtete utáni szövödmények esetén. A cachexiás betegek (3. csoport) TPT-vel történt felerősítései utáni radioterapia vagy kemoterapia halálozási aránya 37,5%-os volt.

A TPT kezelés eredményeként jól szelektált rákos betegek könnyebben vészelik át a nagy beavatkozásokat; a szövödmények és a halálozás aránya csökken.

Póka László dr.

A pancreas és környéke rosszindulatú daganatainak aspirációs finomtű-biopsiája. McLaughlin, M. J. és mtsai (Toronto General Hospital, Univ. of Toronto, Ontario, Canada): Cancer, 1978, 41, 2413.

A percutan aspirációs finomtű-biopsiát egyre inkább elismerik, mint a pancreas és környezete malignus daganatainak biztonságos és megbízható szöveti diagnosztikai eljárását.

A daganat lokalizálását finomtű-biopsiával 28 betegben végezték el. A punctio helyét 15 esetben endoscopos retrograd cholangiopancreatographiával (ERCP), 9 esetben angiographiával, 2 esetben cholangiographiával, 1–1 esetben transhepatikus cholangiographiával, illetőleg hypotonias duodenographiával határozták meg. A punctiót hárton fekvő betegben, rtg-ernyő ellenőrzésével végezték. Általában a csontrendszer alapján igazodtak el.

A biopsiát helyi érzéstelenítésben hajtották végre, miután a bőrön kis incisiót készítettek. 22-es spinalis tűt használtak. Az ellenállás megváltozását érezték, mikor a tű hegye elérte a retroperitoneumot, a kemény tumor tömegét is gyakran érezték. A jól záró fecskendőt a tű visszahúzása közben több ízben megszívták. Egy betegből 2–3 biopsiát vettek, és egy tucat kenetet készítettek. A készítményeket Papanicolaou szerint festették meg, és

csak az egyértelműen bizonyított eseteket minősítették pozitívnak.

Klinikailag mind a 28 beteg esetében felmerült a malignitás gyanúja. A biopsia 23 rákos eset közül 19 esetben volt pozitív (83%), 18 pancreasrák közül 16 esetben (89%), 1 epehólyagrakban és 2 choledochusrakban, 2 ampullarakban a biopsia negatív eredménnyel járt. 4 hamis pozitív diagnózis adódott (2 pancreasrák és 2 ampullarak esetében). A daganatok nagysága között nagy volt a különbség, 1 cm-nél kisebb daganatból is sikerült pozitív biopsiát nyerni.

Egy jelentősebb szövődmény fordult elő: akut pancreatitis, 10 napig tartó fájdalommal, 1200 Somo-gyi egység serum diastase értékkel. Ez a beteg előzőleg laparotómia esetén át. A másik betegben kis haematomát találtak a biopsia után elvégzett műtét alkalmával.

A biopsia 19 beteg klinikai kezelését segítette elő. 5 inoperabilis betegen nem kellett exploratív laparotómiát végezni. Egy beteg előzetes diagnosztikus laparotómiája nem járt eredménnyel. A további 14 betegen a sebész biztos diagnózis alapján végezte el a radikális vagy palliatív műtétet.

A daganat lokalizálását az ultrasonographia és a computer tomographia megkönnyítheti. A pancreas finomtű-biopsia megbízhatóságának javulásával növekedhet az eredményes műtétek aránya.

Póka László dr.

Kettős malignomák. Bovet, Chr. (Inst. Path., Univ. Zürich): Schweiz. med. Wschr. 1978, 108, 647.

Az átlagos életkor emelkedésével emelkedik a malignomában való megbetegedés lehetősége is, és így növekedik a kettős malignoma keletkezésének lehetősége is. Az immunrendszer veleszületett vagy szerzett zavarai (immunhiány betegségek, gyógyszeres immun-suppressio transplantatum, tumor esetén) halmozottan figyeltek meg egy- vagy többféle daganatot. Ezek létrejöttében az életkoron kívül még alig ismert genetikai és ökológiai tényezők játszhatnak szerepet. A kettős malignomák teljes biztonsággal csak autopsiás anyagban észlelhetők. Magasabb életkorban növekedik a kettős malignoma incidenciája. A gyakori malignomák gyakran párosulnak második malignomával; így pl. tüdő/prostata; tüdő/gyomor; mamma/uterus; mamma/colon. A kettős malignomák gyakorisága az irodalomban 2–7% között ingadozik.

A szerzők a zürichi egyetemi kórhozati intézet 1964–1973 közti ez irányú anyagát tették tanulmányuk tárgyává, különös tekintettel a RES részvételére. 32 429 sectióból 7050 esetben (31,4%) találtak malignomát, s ebből pedig 363 (5,2%) esetben kettős malignoma volt. A kettős malignomás betegek átlagos

életkora mindkét nemben azonos (férfiakon: 69,6 év, nőknél: 69,2 év). A synchron és metachron fellépő malignomák azonos gyakoriságúak. A synchron esetekben az átlagos életkor magasabb. Az egyes szervek neoplasmás megbetegedéseinek kombinációja és gyakorisága a következő: 1. azok a tumor-kombinációk gyakoribbak, amelyekben egyébként gyakran is található malignus transformatio; 2. a haemopoetikus rendszer tumorai között a chronikus lymphoid leukaemia párosul gyakran második malignomával; ezzel szemben kettős malignomákban ritkábban lép fel Hodgkin-lymphoma, mint a leukosis, vagy a non-Hodgkin-lymphoma; 3. ugyanabban a szervrendszerben kettős tumorok a női nemű szervekben fordulnak elő a leggyakrabban; ezután következik a gyomor-bélhuzam (férfiakon és nőknél azonos arányban), a légzőrendszer (kettős malignomák csupán férfiakon) és a férfiak húgyvízszerveinek kettős daganatai (vese, hólyag, dülmírigy).

ifj. Pastinszky István dr.

Tüdőrák a második világháborúban végzett hajógyári munka után. Szerkesztőségi cikk. Dtsch. med. Wschr. 1979, 104, 41.

Az Egyesült Államok rákstatistikájából kiderült, hogy az Atlanti-óceán délkeleti partján élő férfiak tüdőrák-halálozása szokatlanul magas. Az okok kutatását négy nagy kórház primer tüdőrákos betegeknek kórlapjai és a halotti bizonyítványok alapján kezdték el. Kontrollként ugyanezen kórházak egyéb okok miatt ápolott betegek szerepeltek, a krónikus légzőszervi megbetegedések és a hólyagrak kivételével. A tanulmányban így módon 458 tüdőrákos és 533 kontroll beteg vett részt, akik átlagban 41 éven át éltek a tengerparton. A még élő betegeket és a hozzátartozókat részletesen kikérdezték minden olyan foglalkozás után, amelyet a beteg legalább 6 hónapig egyfolytában végzett, figyelembe véve a munkafeltételeket és a dohányzási szokásokat.

A betegek közül 8 tüdőrákos és 1 kontroll dolgozott állandóan a hajógyárban, 95 tüdőrákos és 80 kontroll beteg töltött hosszabb-rövidebb időt ilyen munkakörben, főként a II. világháború alatt. A bármikor hosszabb időt (> 6 hónap) hajógyárban eltöltöttek tüdőrák-rizikója az átlagosnál nagyobb, mind a fehér, mind a néger munkások között. Tekintetbe véve az egyéb lehetséges tényezőket: dohányzás, lakóhely, kor, más munkákban eltöltött idő, stb., a hajógyári munkások még így is 1,6-szor nagyobb tüdőrák-rizikónak voltak kitéve. A dohányzás és a hajógyári munka „összetalálkozása” a veszélyt közel 20-szorosára emelte. A tüdőrákok szövettani szerkezetében

nem volt különbség hajógyári és egyéb munkások között. Az egyes hajógyári munkák között ott volt nagyobb a tüdőrák-megbetegedés, ahol a munkások azbeszt-expozíciónak voltak kitéve. A dohányzás fokozza az azbeszt-rák valószínűségét. További vizsgálatok szükségessé annak tisztázására, hogy az azbeszt-expozíció csak a tüdőrákokat, vagy a gége, garat és a felső gyomor-bél rendszer rákjait is elősegíti. Az azbesztmunkásokat külön kell meggyőzni a dohányzás veszélyeiről, amely őket fokozottan érinti.

Gyenes György dr.

Adatok a csecsemőkori malignomák pathológiájához. Wöckel, W. (Inst. Path. Anat., Med. Akad., Erfurt): Dtsch. med. Wschr. 1978, 103, 1707.

Általában minden ötödik felnőtt haláloka rosszindulatú daganat, viszont csecsemőkori és gyermekeken előfordulásuk ritka, mégis fontos paediatricai problémát jelentenek. A szerző 1967–1976 közti időszakban vizsgálta az erfurti paedopathológiai részlegben 260 csecsemő- és gyermekkori malignoma obduktió és biopsia anyagát. A fiúgyermekek valamivel gyakrabban betegedtek meg rosszindulatú daganatokban, mint a leányok (54,6:45,4). Bizonyos gyakorisági csúcserősségek mutatkoznak a negyedik és hatodik életévben. A leggyakoribb localisatio a központi idegrendszer (44,2%), a haemopoetikus-lymphatikus rendszer (28,1%), a csontvázrendszer (7,7%), a sympathicus a mellékvesével inclusive (6,2%), továbbá a vese (4,6%). A daganatformák közül a neurogen tumorok állnak az élvonalban (50,8%), ezután következnek a leukosisosok (18,1%), a sarcómák (12,3%), a malignus non-Hodgkin-lymphomák (7,3%) és a kevert daganatok (6,5%). Az eredményeinek az irodalmi és saját régebbi vizsgálataival való egybevetésekor az derül ki, hogy a localisatiót illetően a központi idegrendszeri malignomák a haemopoetikus rendszeri daganatok elé kerültek, amit regionalis sajátosságok magyaráznak. Ezzel kapcsolatban a neurogen daganatok százalékos növekedése a leukosisosok relatív csökkenése észlelhető. Egyes daganatformák közötti eltolódások a malignus non-Hodgkin-lymphomák fogalmának bevezetéséből adódnak.

ifj. Pastinszky István dr.

A végtagok liposarcómája. Schäfer, H. (Röntgenklinik, Elisabeth-Krankenhaus, Reydt, BRD): Strahlentherapie 1978, 154, 520.

A lágyrészek daganatai között ritka a liposarcóma. A kórszövet-tani elkülönítése is nehéz, s ennek öt fajtáját különbözteti el: 1. jól differenciált liposarcóma; 2. myxoid-embryonalis liposarcóma; 3. pleo-

morph nem differenciált liposarcoma; 4. kereksejtes liposarcoma; 5. kevert formák. A liposarcoma praedilectio helyei a comb- és fartájék. Áttételkedés csak a kereksejtes és a pleomorph liposarcomák esetén gyakoribb. Ez a malignoma leggyakrabban a 4–5. évtizedben lép fel. A kórismét a biopsia dönti el, amit a radiológiai vizsgálatok is kiegészítenek. Választandó kezelés a mélyen az éppen történő eltávolítás, sőt gyakran exarticulatio vagy hemipelvectomia is szükségessé válhat. A recidívák száma 20–70% között ingadozik. Utóbeszűrés (legalább 4000–6000 rad) minden esetben szükséges. A chemoterápia csak a kevésbé kiterjedő, differenciált formák esetén javallt. Az irodalmi adatok szerint a túlélési lehetőségek 40–64% között mozognak. Ha az elvégzett műtét után már az első két évben belül recidiva lép fel, a kórjóslat rossznak ítéltető. A szerzők nyolc kórszövettanilag igazolt végtag liposarcoma esetüket részletesen írják le és a fentiek alapján ítélik meg.

iff. Pastinszky István dr.

A hörgőrákos betegek kiemelése panaszok alapján és az ebből adódó mulasztás elemzése. Töpfer, D. és mtsai (Kreisesgesundheitsrichtern Bad Salzungen, DDR): Zeitschrift für Erkrankungen der Atmungsorgane, 1978, 151, 143–150.

52 olyan hörgőrákos beteg adatait közlik, akik panaszok alapján jelentkeztek az orvosnál. 2 beteg 31–40 éves, 8 beteg 41–50, 12 beteg 51–60, 5 beteg 61–65, 16 beteg 65–70 éves és 9 beteg 70 évnél idősebb, valamennyi átlag 47 éves volt. Előzetesen már 13 betegnek idült hörghurutja, 7 betegnek tüdő-, ill. mellhártyagyulladás, 5 betegnek tüdőbce-je és 4 betegnek gyomor-bél fekélye volt. Az orvost 26 beteg hörghurut, 19 beteg tüdővérzés, 14 beteg mellkasfájdalom, 12 nehézlégzés, 12 fogyás, 5 beteg rekedtség (recurrens paresis), 4 beteg bizonytalan lázas állapot és 2 beteg éjszakai izzadás miatt kereste fel. A panaszok alapján 32 beteget tüdőgondozóba, 20 beteget pedig azonnal kórházba utaltak. A késedelem oka 6 esetben az volt, hogy az orvos az ernyőképen nem ismerte fel a hörgőrákot, 4 esetben a beteget más kórismével kezelték, 2 beteg nem jelent meg az ernyőképvizsgálaton, 3 beteg visszautasította a kórházi beutalást, 2 esetben az orvos félreértette a beteg panaszait. Ilyen módon az 52 beteg közül csupán 6 került radikális műtetre, egy beteg palliatív műtétet végeztek, 45 pedig már műtétre alkalmatlan volt. Műtétet nem lehetett végezni 16 esetben áttét, 9 esetben a kiterjedt elváltozás, 8 beteg a rossz általános állapot, 8 beteg a magas életkor miatt, 6 beteg functionálisan volt inoperabilis, 4 beteg nem egyezett bele a műtétbe, 3 beteget pedig egyéb betegsége miatt

nem lehetett operálni. A betegek fele 4 héttel az első panasz jelentkezése után ment el az orvoshoz, de volt olyan is, aki csak egy év múlva. Az első vizsgálat napjától további 7 és fél hónap telt el a kórisme megállapításáig, a műtét napjáig pedig 8 és fél hónap. A kórisme megállapításától a kórházba való felvételig átlagosan csak 8 hét múlva került sor. A hörgőrák műtėti eredményének a javítása céljából azokat a betegeket, akiknek hörghurutja, tüdőgyulladás, bce-je vagy gyomorfekélye volt, és akiknél a hörgőrák korai tünetei: köhögés, tüdővérzés vagy mellkasfájdalom jelentkeztek, haladéktalanul szakorvosi vizsgálatra kell küldeni. Javítani kell az ernyőkép kiértékelésén is. A hörgőrák korai gyógykezelése érdekében szorosabb kapcsolatot kell teremteni a betegekkel és az orvosokkal egyaránt.

Pongor Ferenc dr.

Computer tomographia

Hasi tumorok CT biopsiája: segítség a kóros képletek helyének meghatározásában. J. T. Ferrucci, J. Wittenberg (Massachusetts General Hospital, Massachusetts): Radiology, 1978, 129, 739–744.

33 esetben végeztek vékony, hajlékony tűvel CT irányításával biopsiát hasi vagy medencei malignus tumor gyanúja miatt. 25 esetben a nyert szövetminta histológiai lelete pozitív volt. A többi 8 beteg a későbbi megfigyelés során nem bizonyult malignus tumorban szenvedőnek. Így a CT biopsia eredményessége 100% volt. Műtėti igazolást a kórisme csak 7 esetben nyert. 9 meghalt beteg nem került boncolásra, a többi a szövettani lelet alapján onkológiai kezelésbe került. Részletesen leírják a vizsgálat technikáját. Újabbán két punctiós tűt alkalmaznak, így az egyik tű mintavétel végett történő kihúzása után a minta elégtelensége miatt nem kell esetleg megismételni újra a célzott beszúrást. Az anyagban pancreas, máj, kismedencei és retroperitonealis tumorok szerepelnek. Szövődmény csak egy esetben fordult elő a mellékvesékben levő rákáttek punctióját követően, átmeneti hypotensio kis légmellel, komolyabb következmények nélkül.

Ugyanezen időszakban hasonló okból 24 esetben kíséreltek meg punctiós biopsiát egyéb radiológiai helymeghatározó módszerek segítségével, elsősorban fluoroscopiával és sonographiával. A biopsia eredménye 15 esetben volt pozitív, 3 esetben pedig téves negatív. Ily módon tehát csak 83% eredményességről számolhattak be, hozzáteve, hogy az ily módon vizsgált tumorok lényegesen nagyobbak voltak, mint a CT módszerrel punáltak. A CT biopsia segítségével hasi, medencei és retroperitonea-

lis tumor esetek nagy részében feleslegessé tehető a műtėti exploratio.

Laczay András dr.

A hasi szervek viszonya a csigolyákhoz és a hason levő külső tájékozási pontokhoz. L. R. Kuhns és mtsai (Division of Pediatric Radiology, C. S. Mott Children's Hospital Univ. of Michigan Medical Center, Ann. Arbor, USA): Am. J. Roentgenol., 1978, 131, 115–117.

Tapintható külső anatómiai tájékozási pontok a processus xiphoides, a XI. borda vége, a köldök, a crista ilei, a spina iliaca anterior superior és a symphysis pubis. Ezen pontok szolgálnak tájékoztatásul az ultrahang és CT scanning vizsgálatokhoz. A szerzők ezen pontok viszonyát vizsgálták egyrészt a vertebrealis segmentumokhoz, másrészt a hasi szervekhez. 50 felnőtt betegben végezték a vizsgálatokat hanyatt fekvő helyzetben. A vizsgált pontokat ólommal jelölték meg. Urografiás kontrasztanyagot adtak be, és egy felvételt készítettek kilégzésben a köldökre centrálva. Ezután végezték a CT vizsgálatokat. A processus xiphoides 50-ből 35 esetben lehetett lokalizálni a felvételeken. Ebből 29 esetben a Th11 és Th12 csigolyák magasságában volt. Ebben a keresztmetszetben ábrázolódtott a máj, a gyomor, a lép, és a bal tüdő alsó része. A 11. borda vége 34 betegben ábrázolódtott. 31 esetben ez az L2–3 csigolyák magasságába esett. Ebben a keresztmetszetben a vesék alsó része és vékonybél részletek ábrázolódtak. A köldök mind az 50 betegnél ábrázolódtott a filmen. 25-ben az L5 csigolyára vetült. Ebben a magasságban az aorta bifurcatio ábrázolódtott. A crista ilei szintén az L4–5 magasságában van. A spina iliaca anterior superior esetében elég nagy szórást találtak.

A szerzők megállapítják, hogy a processus xiphoides a 11. borda vége, a crista ilei és a köldök külső tájékozási pontok, melyek alkalmasak arra, hogy a hasat cranio-caudalis segmentumokra osszszuk. Ezen pontok elősegítik, hogy a CT scanning vizsgálatokhoz a hasi szervek megközelítőleges helyét meghatározzuk.

Hertelendy Ágnes dr.

A háti és ágyéki gerinccsatorna traumás eredetű szűkületének kimutatása computer tomographiával. D. P. Colley, S. B. Dunsker (The Christ Hospital, Cincinnati, Ohio): Radiology 1978, 129, 95–98.

A computer tomographia harántmetszetben képes ábrázolni a csigolyákat és a gerinccsatornát. Ez kihasználható gerinccsatorna traumás szűkületének kimutatására. A hagyományos röntgenvizsgálati eljárásokkal ez

nehezebben tisztázható, több irányú rétegfelvételek és myelographia végzése lehet szükséges, ami a sérültnek korántsem kellemes. Ezzel szemben a CT vizsgálat a legelőnyösebb fekvésben, a beteg számára minden kellemetlenség nélkül végezhető, és a nyert kép az adott magasságban egyszerűen értékelhető keresztmetszetet mutat a csontképletekről. Ezen a gerinc-csatorna felé dislocálódott csontdarab pontosan lokalizálható, biztosítottak esetleges műtéthez a szükséges optimális információk. A szerzők három esetet ismertetnek, mindegyikben műtét történt.

Laczay András dr.

Pajzsmirigybetegek computer tomographiás elkülönítése különös tekintettel a scintigraphiánál hideg göbökre. J. Pirschel, K.-H. Hübener (Medizinisches Strahleninstitut der Universität Tübingen): Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen und der Nuklearmedizin 1979, 130, 175—179.

70 olyan beteg nyaki CT vizsgálatát végezték el, kinek scintigraphiás lelete a pajzsmirigyben hideg göböt mutatott vagy nem volt egyértelmű. Ezen anyag alapján elemzik a CT teljesítőképességét a pajzsmirigy betegségeinek elkülönítő kórisztézisében. Legtöbb esetben a körülírt tárolási hiány a CT scanen látott alak, elhatárolódás és denzitásérték alapján mint struma nodosa vagy soliter cysta azonosítható. A jellegzetes gyulladásszerű duzzadás és a denzitás következményes csökkenése alapján thyreoiditis klinikai gyanúja megerősíthető. A mikrofollikuláris kolloidcysták szerkezete azonban rendkívül változatos CT képet mutathat, mely a környező, összenyomott normális képletektől esetenként el sem különíthető, így a pajzsmirigy rosszindulatú tumorainak képét utánozhatja. A strumectomia utáni regeneratívumok elkülönítése a heges környezetben hasonló nehézséget jelenthet, elkülönítésük az infiltráló malignomától pusztán a CT scan alapján nem lehetséges. A regresszív strumák felismerésében segítséget nyújt a mészlerakódás akkor is, ha környezetüktől való elkülönítésük nehézkes. A struma nagyságának pontos megítélése a radiojód kezelés tervezésében is segítséget nyújt. E téren a CT a retrosternalis terjedés ábrázolása révén főként van a sonographiával szemben.

Laczay András dr.

A mellékvese computer tomographiája. N. Karstaedt és mtsai (Washington University School of Medicine, St. Louis): Radiology, 1978, 129, 723—730.

A normális mellékvese kimutathatóságát egyéb célből készített,

kóros elváltozás nélküli hasi CT scaneken elemezték. 132 esetben a rétegtávolság 2 cm volt, ezek 54%-ában volt látható mindkét mellékvese. 68 esetben a rétegtávolság 1 cm volt, ezek 90%-ában volt mindkét mellékvese kimutatható. Ezért a mellékvesére irányuló CT vizsgálatokat 1 cm rétegtávolsággal végzik. Ily módon 29 igazolt mellékvese-terimet 100%-ban sikerült ábrázolniuk. Kevésbé jók az eredmények kétoldali mellékvese-hyperplasia esetekben. Egy ilyen esetükben a CT lelet retrospective is negatív volt, egy másikban pedig bizonytalan. Anyagukban szerepel mellékvesecysta, phaeochromocytoma, carcinoma, metastasis a mellékvesékben, granulomatosis, Cushing- és Conn-syndroma. 8 phaeochromocytoma esetük közül négyben a műtét előtt csak CT vizsgálatot végeztek az egyéb radiológiai vizsgálmódszerek mellőzésével. A CT kép alapján általában nem lehet biztossággal felállítani a szövettani diagnózist, de ebben nagy segítséget nyújtanak éppen a mellékvese területén a biokémiai vizsgálatok és a klinikai adatok. A CT birtokában a kisebb teljesítőképességű vagy invazív radiológiai vizsgálatok sok esetben mellőzhetők, alkalmazásuk csak akkor indokolt, ha csak a CT lelet nem oldja meg a problémát. A képet zavaró artefaktumok a technika javulásával ritkábbá válnak, probléma marad azonban a zsírszövet extrém hiánya, ekkor a sonographia segíthet.

Laczay András dr.

A mellékvese computer tomographiás és szürke skálájú ultrahangvizsgálata: összehasonlító tanulmány. W. F. Sample, D. A. Sarti (University of California School of Medicine, Los Angeles): Radiology, 1978, 128, 377—383.

34 beteg 33 bal oldali és 34 jobb oldali mellékveséjét vizsgálták computer tomographiával és ultrahanggal. A vizsgált 67 mellékveséből a végleges diagnózis szerint egészséges volt 45, hyperplasiás 6; adenoma 3, phaeochromocytoma 5, carcinoma 3, metastasis 5 esetben fordult elő. A kóros esetekben a kórisztézis műtét vagy boncolás igazolta, a többiekben pedig egyéb radiológiai, laboratóriumi vagy klinikai vizsgálatok és 1—2 éves ellenőrzés. Az ultrahangvizsgálat 7, a CT scan 2 mellékvese vonatkozásában nem volt diagnosztikus értékű. Computer tomographiával 4 téves negatív és 2 téves pozitív eredmény fordult elő, ultrahangvizsgálattal 2 téves negatív és két téves pozitív. A sonographia 7 nem értékelhető esetből 6-ban az eredménytelenség oka a beteg adipositas volt, a computer tomographia két eredménytelenségének oka pedig a sovány betegben a zsírszövet elégtelensége. A téves negatív eredmények oka részben

a mellékvesében levő elváltozások mikroszkópos kiterjedése, részben hyperfunctio melletti minimális megnagyobbodásuk volt. A téves pozitív eredmények környező szervek — gastrooesophagealis junctio, vascularis képletek — reflexiójának, illetve árnyékának helytelen értékeléséből adódtak. Általában a CT teljesítőképessége nagyobb, mint a sonographiáé, kivéve a sovány, zsírszövetekben szegény betegeket. Az egyes vizsgálmódszerek értékelése azonban nem lehet abszolút, esetenként változó. Figyelembe kell venni a mellékvese-scintigraphia újabb eredményeit is, és a rendelkezésre álló technikákat a klinikai kérdésfeltevéstől függően individualizálva kell felhasználni.

Laczay András dr.

A tályogképződés computer tomographiás diagnosztikája. K.-H. Hübener, W. G. Schmitt (Medizinisches Strahleninstitut der Universität Tübingen): Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen und der Nuklearmedizin 1979, 130, 53—57.

Tályog kialakulása folyamán a különböző szakaszokban az abszortációs értékek a szöveti történeteknek megfelelően változnak, ennek megfelelően alakul a CT kép is. A leukocytá-kivándorlás, a gyulladásszerű exsudatio és az érintett szerv sejtjeinek részleges pusztulása szakában sejtekben gazdag terime van a kialakulóban levő tályog területén, melynek CT denzitása nem különíthető el egyéb tömör szerkezetű tumorétól. A leukocyták nagy tömegű pusztulása, elzsírosodása a denzitás csökkenésével jár, így a gennyedés szakában a tályog már elkülönül CT scanen környezetének normális szöveteitől. Általában egy hét alatt serous cystához hasonló kép alakul ki. Ha a tályog nem ürül ki, hanem letokolódik, kötőszövetesen szervül vagy elsajtosodik, CT képe is módosul. Különösen nehéz a szervült tályog képét elkülöníteni tumortól, főként ha az előzetes kórlefolyásra vonatkozó adatok nem állnak rendelkezésre.

Alapvető ezért minden esetben a CT képnek a klinikai adatokkal egybevetve történő elemzése. Tumortól való elkülönítésben segíthet a kontrasztfokozás is, hiszen a tályog avascularis. A többi radiológiai eljárás, a hagyományos röntgenvizsgáló módszerek, az izotóp scintigraphia és a sonographia is nyújtott segítséget a különböző elhelyezkedésű tályogok felderítésében, de a CT ezeknek felett áll mind a localisatio, mind pedig a denzitáselemzésen alapuló minőségi kórisztézis terén.

Laczay András dr.

Immunológia

A terhesség korai szakaszában kimutatható immunosuppressív fehérje. Noonan, F. P. és mtsai (Department of Microbiology, University of Queensland, Brisbane, Queensland, Australia): *Nature* 1979, 278, 649—650.

A terhesség alatt megjelenő egyes fehérjékről, pl. terhességi makroglobulinokról, alfa-foetoproteinekről, human choriongonadotropinról bizonyosodott, hogy immunosuppressív hatásúak. Ezekre az a jellemző, hogy csak a terhesség későbbi szakaszában jelennek meg. A szerzők korábban már leírtak egy olyan immunosuppressív fehérjét, amely a megtermékenyülést követő 6-24 órán belül ember, egér, birka szérumban és limfocitáik felszínén megtalálható és jelen van az első két trimester-érték egy olyan immunosuppressív (KIS) fehérje kétféle formában fordul elő a szérumban. Az egyik kb. 2.2×10^5 molekulásúlyú, a megtermékenyülés után 6 órával, míg a másik, az 5×10^4 molekulásúlyú csak 6 hónappal mutatható ki.

Kísérletekben tovább vizsgálták in vitro és in vivo módszerek segítségével a vemhes birkák szérumból izolált és tisztított fehérje frakciók immunosuppressív hatását. Megállapították, hogy azok gátolták a limfociták „rozetta”-képző funkcióját, valamint egérben a késői típusú túlélékenységet kifejlődését. Tekintettel arra, hogy mindkét esetben T-sejt dependens funkciók változásáról volt szó, valószínű, hogy terhesség alatt a T-sejtek aktivitása azért csökken, mert a KIS-fehérjék a limfociták felszínére adszorbeálódva gátolják azok antigénfelismerő képességét. Mivel a szerzők hasonló KIS-fehérjét foetus szövetekben is ki tudtak mutatni, azt is felvetették, hogy a foetus immunrendszer fejlődésének regulációjában a KIS-fehérjék szerepet játszanak.

Nagy Zsolt dr.

A komplement szerepe a légúti immunopathológiában. Molina, C. és mtsai (Clinique de Pneumo-Phthiologie, Hôpital Saburin, B. P. 12 La Plaine, F—63018 Clermont—Ferrand Cedex, France): *Lung*, 1979, 156, 3—16.

A komplementet Bordet fedezte fel 1895-ben „alexin” néven, mint egy nem specifikus, hőellenálló tényezőt, amely az antitesttel reakcióba lép. Ez az újabban jobban megismert komplex rendszer az immun-reakciók nagy számát közvetíti. Ezek lehetnek jótékonyak és károsak, egyrészt védelmet és biztonságot nyújthatnak a szervezetnek, másrészt mint a „faltörő kos”, károsak is lehetnek. A komplement részt vesz a gyulladási folyamatokban és fokozza a

koagulációt. A légúti rendszerben való szerepével eddig keveset foglalkoztak. Pedig a veséhez hasonlóan a tüdő is olyan szűrő, amelynek nagy a jelentősége az anyagcserében. A komplement fehérjékből és enzimekből áll. A cytolytic centrális eleme a C3 faktor, aminek nagy szerepe van a tüdő immunopathológiájában. Az immunadhaesivitás az antigén-antitest komplexus tulajdonsága, ami a C3 és a C4 frakció útján lehetővé teszi a baktériumok és a vírusok opsonizációját. A C3 és a C4 receptoroknak phagocytáló képessége van. A C3 és a C5 frakció közreműködik az anaphylaxiás, a chemotaktikus, a szabad kinin és a macrophag aktivitásban is. Cytolyticus hatása káros lehet pl. az éjszakai hemoglobinuriában, de lehet hasznos is élőben a baktériumok elpusztításában. A komplement rendszer bekapcsolódik a cytotoxikus és az immun-komplex reakciókba is. A komplement kimutatása immun-haemolysissal és immun-diffúzióval történik. A hereditér angioneurotikus ödémát a C1 esteráz gátló anyag hiánya vagy csökkent működése okozza: gége-ödéma miatt asphyxia keletkezik, ami újabban androgénekkal megszüntethető. A szerzők 18 intrinsic asztmás betegen a hörgőnyálkahártyában C1 q, C4 és C3 frakciót mutattak ki. Kísérletek szerint Arthus-típusú reakció észlelhető extrinsív allergiás alveolitásban is. Hasonló jelenség zajlik le reumás mellhártyagyulladásban, kollagén betegségekben, hyalin membrán elváltozásban és Goodpasture-szindrómában is. A komplement tehát lényeges eleme a celluláris reakciónak az immunválaszban és a légúti betegségek nem specifikus gyulladásában.

Pongor Ferenc dr.

Sejtes immunitás sarcoidosisban. Faguet, G. B. (Medical Collegium of Georgia, 1457 Gvinnet St., Augusta, Ga. 30902): *American Review of Respiratory Disease*, 1978, 118, 89—96.

Eddigi immunológiai ismereteink szerint sarcoidosisra jellemző in vitro és élőben a csökkent sejt-immunitás, valamint a hyperactiv humorális válasz bizonyos antigénekre. Az in vitro defektusra jellemző az abnormalis lymphocytá transformatio antigénekre és mitogénekre. A sejtes immunitás csökkenését élőben bőrpróbákkal igazolták. Sarcoidosisban T-sejt lymphopeniát észleltek normális vagy fokozott B-sejt subpopulációval. Hogy a T-sejt depletio intrinsív vagy extrinsív hatásra jön-e létre, bizonytalan. A szerzők ezt a problémát vizsgálták. A lymphocytá subpopulációt E-rosetttal vagy immunfluorescens technikával tanulmányozták. Megállapították, hogy a sarcoidosisos betegek lym-

phocytáinak normális receptor kapacitásuk van, affinisek a radioiodinat leukoagglutinekhez és a sejtek receptorhoz kötött lectin anyagcsereválaszuk valamilyen betegen csökkent. Minden betegnek T-sejt lymphopeniája volt. Nem találtak összefüggést az anyagcsere defektus és a T-sejt lymphopenia nagysága között. Úgy gondolják, hogy a sarcoidosis immun-kompetenciájában a vérsavó-faktoroknak szerepük van.

Pongor Ferenc dr.

Immunosuppressio, mint kísérő jelenség. Floersheim, G. D. (Dermat. Univ. Klinik, Zürich): *Schweiz. med. Wschr.* 1978, 108, 1449.

Az immunitás pharmacologiai befolyásolhatóságának tudományágazata: az immunopharmacologia jelentősége egyre inkább növekedik. Ezek eddig inkább az immunfunctio gátlásának lehetőségére korlátozódtak, s főleg az antiproliferatív immunosuppressív szerek körülírt csoportjára. Az immunstimulatio kilitásai is bizonyos, vegyileg jól meghatározott anyagok (mint pl. a levamisol és muramyl-dipeptid) felismerésével jaultak. Néhány év óta azonban az is kiderült, hogy más indicatiós célzattal szedett gyógyszerek is az immunfunctióra „kísérő” hatással lehetnek („concomitant immunosuppression”). Mivel a betegségek egyre inkább növekedő spectrumában, ide érve a gyulladási folyamatokat, a rákot, a fertőző és autoimmun betegségeket, az immunitás potenciális pathogenetikai szerepe egyre fontosabbá válik, a kísérő immunosuppressio fogalomkörének, vagy immunotoxicológiának egyre inkább megfelelő helyet kell biztosítanunk az immunpharmacológiában.

A szerző a „kísérő immunosuppressiók” közül a következő mechanizmusokat emeli ki: 1. Microorganismusok, mint a vírusok, baktériumok, protozoonok (valamint ezek termékei), továbbá a parasiták csökkenthetik az immunológiai reactivitást. A hatásmechanizmus, dosis-hatás-vonatkozások, a behatási idő szerepe és a bacterialis adjuvans effectushoz való vonatkozások eddig még nem kellőképpen ismertek. 2. Immunosuppressív módszerek hatásossága javítható, ha csontvelő-toxicitással nem járó immunosuppressív anyagokat (mint pl. niridazol, vagy szabad zsírsavak) a szokásos antiproliferatív immunosuppressív szerekkel kombináljuk. (A niridazol nitrothiazol-származék, amely mintegy tíz éve ismeretes a schistosoma-betegség kezelésében; antischistosomalis hatásán kívül elnyomja a fertőzőit gazda szövetekben levő peték elleni granuloma reakciót). 3. A prostaglandin is lényeges immunosuppressív sze-

reppel bír. A T-suppressív sejtekből való szabadválasát a mikroorganizmusok is elősegíthetik. A prostaglandinok képződését diaetikus és metabolikus tényezők, pl. szabad zsírsavak, idegi impulzusok is befolyásolhatják. 4. Alig ismert a központi idegrendszerre ható gyógyszereknek az immunológiai reaktivitásra való hatása. Annyi bizonyos, hogy pszichoszociális tényezők (stressz, zárvartartás, túlterhelés stb.) az állapotok virális, parasitális fertőzések, továbbá malignomák elleni resistenciáját általában csökkentik.

ifj. Pastinszky István dr.

A kis erek hepatitis B-vírus immun komplex által okozott vasculitise. Gower, R. G. és mtsai (Dept. of Med., Univ. of Colorado Med. Center, Denver): *J. Allergy clin. Immunol.* 1978, 62, 222—228.

A szerzők 80 vasculitises betegek közül 4 egyidejűleg hepatitis B vírus fertőzésben szenvedett. A vasculitis klinikai megjelenése a 4 beteg közül kettőben periarteritis nodosa és kettőben Henoch-Schönlein purpura volt. Egy betegben sikerült kimutatni IgM, C3, C4 granularis depositumokat és hepatitis B felületi antigént (HB_s Ag), továbbá a postcapillaris venuálákban aggregált 20-nm partikulum elektron-dense depositumokat. Keringő HB_s Ag-immunkomplex szerepe mellett szólt a fokozott szérum Clq kötőképesség, csökkent szérum komplement tartalom és a cryoprecipitatum, amely mind HB_s Ag-t, mind IgM anti-HB_s-t tartalmazott. A leletek arra utalnak, hogy a hepatitis B vírus fertőzés társulhat a kis erek vasculitisével, vegyes cryoglobulinaemiával és glomerulonephritisszel.

Korossy Sándor dr.

A 2,4-dinitrofenil csoportok megoszlása tengerimalacok lymphoid szövetében 2,4-dinitroklórbenzollal történt bőrcsetelés után. Nakagawa, S. és mtsai (Dept. of Dermat., Kawasaki Med. School, Kurashiki, Japán): *Immunology* 1979, 36, 851—857.

A szerzők a 2,4-dinitrofenil (DNP) csoportok sejtjes elhelyezkedését vizsgálták tengerimalacok perifériás lymphoid szövetében különböző időben a bőrnek 2,4-dinitroklórbenzollal (DNCB) tör-

tént ecsetelése után immunfluoreszcens módszerrel anti-DNP antitest segítségével. A sejtek, melyek felvették a festéket, főként lymphocyták voltak. Ezek a sejtek (DNPsejtek) az ecsetelés után 1-6 órával a perifériás vérben és a lépben voltak kimutathatók. A legnagyobb sejtszám az ecsetelés helyének környéki nyirokcsomójában volt 12 óra múlva. A DNCB ecsetelést megelőző 3 napban adott cyclophosphamid megemelte a DNP-sejtek számát a nyirokcsomóban. Az állatok tolerogen anyaggal (2,4-dinitrobenzol szulfonsav kálium sója) való előkezelése viszont csökkentette a DNP-sejtek számát. A normál és tolerans állatok nyirokcsomói tenyésztésének felülűszoja részben blokkolta az anti DNP-antitest kötődését a DNP-sejthez.

A vizsgálati eredményekből a szerzők arra következtetnek, hogy in vivo is a DNP-csoporthoz kötött sejtek a nyirokcsomóban immunogen egységet alkotnak és képesek kontakt típusú szenibilizációt létrehozni, hasonlóan a bőrfehérjéhez kötött DNP-csoporthoz. Ismert, hogy a DNP-csoport képes kötődni a T-, a B-lymphocytá és a macrophag felszínére. A DNP-csoportnak a lymphocyták felületéhez való kötődése létrejöhet direkt úton, azaz a sejt membrán fehérje alkotórészéhez közvetlenül kapcsolódik, de lehet, hogy szükséges van DNP-csoportot kötő receptorra, melyet már kimutattak a lymphocytákon. *Korossy Sándor dr.*

Az interferon hatása és klinikai alkalmazása. R. Siebert (Hygiene-Institut der Philipps-Universität Marburg): *Der Internist*, 1978, 19, 659—663.

A vírusbetegségek közül egyeseket védőoltással és specifikus gammaglobulinnal tudunk befolyásolni, de gyógykezelésük egyelőre csak tüneti. 21 év óta van tudomásunk egy eddig még ismeretlen szerkezetű és hatásmechanismusú anyagról, az interferonról, amely a vírusszintézist gátolja a gazdasejt károsítása nélkül. Az interferont a gazdasejt termeli valamely ingerre. A vírusok kivül bacteriumok, endotoxinok, rickettsiák, protozoák és más antigének is indukálhatnak interferontermelést.

Az interferon csökkenti a sejtek és egyes intracelluláris paraziták

(rickettsiák, protozoák) szaporodását, a daganat növekedését, a sejt érzékenységet egyes toxinokkal szemben, megváltoztatja a hormonok hatását, gátolja az antitestképzést és a celluláris immunitást. Az interferon nem hat közvetlenül a vírusra, csupán a gazdasejten keresztül. Egy mediátor, amely a fertőzött sejtekből származik és a szomszédos sejteket interferentia állapotba viszi.

Az interferon termelése és hatása már a vírus-infectio első óráiban megkezdődik. A legmagasabb vérszintet a viraeamiás láz kezdetén éri el. Az exogen interferon alkalmazásának csak az infectio legelején van értelme. A már fertőzött és károsodott sejtekre nem hat.

Kanyaró-védőoltás után két héttel adott himlőoltás reakciója teljesen elmarad a közben képződött magas interferon-szint miatt.

Az azonnal képződő nem-specifikus interferon kiegészíti a napok-hetek múlva, tehát késve jelentkező specifikus humorális és celluláris immunitást, amely viszont hónapokig-évekig megvéd a reinfectiótól. Iatrogen immun-suppressio, malignus-daganat az interferon képződését is zavarja. Az interferon a csontvelőre és a lymphoid-sejtekre suppressiv hatású.

Jó eredménnyel kísérleteztek már az influenza elleni interferon-prophylaxissal, de az eljárás tömegméretű alkalmazását gátolja az expositio idejének a bizonytalansága, az expositiónak kitett személyek nagy száma és a szükséges interferon nagy mennyisége. A herpes corneae-t már sikerült interferonnal gyógyítani és biztatók a tumorelles hatásai is.

Eddig még nem találtak interferon-resistens vírus-mutansokkal, bár a vírusok kemikáliákkal szemben korán resistenssé válnak. Természetes körülmények között az interferon hatása csak néhány napra korlátozódik, így alig lehetséges egy mutans szelekciója. De nagy pathogenitással járna és beláthatatlan következményekhez vezetne egy mesterségesen hónapokig-évekig fenntartott magas interferon-szint pl. rákos beteg kezelésekor az interferon-resistens vírusvariánsok fellépésével.

Kollár Lajos dr.



KÖNYVISMERTETÉS

A. A. Protnov: (red.): Diagnosztika, iecsenyie i profilaktika polovüh rassztrójsztv (Sbornik trudov). 1978. Moszkva, Trud moszkovszkovo naucno-issledovatjelszkovo insztituta pszihiatrii MZ PSZFSZR, Tom 81. 136 oldal, ára: 95 kop.

Az utóbbi évek során a szovjet szakemberek fokozódó érdeklődését a szexológia és a szexuálpatológia iránt több figyelemre méltó kötet mutatta. Ezekből azt tűnt ki, hogy a Szovjetunió különböző városaiban, egyetemeken magas színvonalú szexológiai kutatások folynak, és nagyon sok helyen működik szexológiai rendelés, továbbá, hogy a szakemberek igyekeznek erőteljesen képezni és továbbképezni magukat a hatvanas évek végéig elhanyagolhatóan tekinthető diszciplinában.

A szakmunkák sorában különösen figyelemre méltó ez a kis kötet, amely a moszkvai pszichiátriai kutatóintézet igazgatójának általános szerkesztésében jelent meg, de nagyrészt G. Sz. Vaszilcsenkónak, az intézet szexuálpatológiai részlege vezetőjének és munkatársainak műve. A kötet előszava, amelyet Portnov írt, megállapítja, hogy a moszkvai intézet egy szexuálpatológiával foglalkozó kötete 1972-ben még csak a tudományág szovjet kialakulásáról beszélt, 1973 végén azonban egyértelművé tenné, hogy a *szexuálpatológia önálló klinikai diszciplína*, ugyanis az egészségügyi minisztérium november 22-én kiadott 920. számú határozata ezt kimondta. A határozat a moszkvai intézet szexuálpatológiai részlegét nevezte ki a szexuálpatológia tudományos-módszertani központjának, össz-szövetési vonatkozásban. A részleg a megbízásnak megfelelően igyekszik fejleszteni a szexuálpatológia színvonalát, ennek jegyében e kis kötet tanulmányai között népszerűsítő vagy továbbképző írás nincs, csak tudományos kutatásokról beszámoló dolgozatok találhatók meg.

A 22 dolgozat többségében Vaszilcsenko szerző volt. Az egyes írások a szexuálpatológia különböző nagy területeit tárgyalják. Több tanulmány szól a férfiak szexuális zavarairól, ezek pathomechanizmusáról és kezeléséről, néhány szerző a szexuális zavarok megelőzésének, ill. különböző krónikus betegségek szexuális rehabilitációjának kérdéseit feszegeti (ez különösen figyelemre méltó, hiszen a szomatikus betegek szexuális életének helyreállításával ritkán szoktak foglalkozni), egyes írások pedig alapvetésekről számolnak be (pl. a szervezeten kívülről röntgensugárral ke-

zelt vér beadásának hatásaival a szexuális viselkedésre stb.). Különösen érdekesek a kötetben a szemléleti és a metodológiai jellegű cikkek. Ezekből különösen az emelendő ki, hogy a szovjet szakemberek *szindrómatológiai megközelítést* ajánlanak a szexuális zavarok vizsgálatában és megértésében. Kimutatják, hogy azonos tüneti képet a legkülönbözőbb állapotok létrehozhatnak, organikus agyi károsodásoktól kezdve pszichiátriai betegségekig és a pszichoszexuális fejlődés zavaraiig. Igen érdekesek a különböző háttérű tüneti megnyilvánulások elkülönítő diagnózisával kapcsolatos fejtegetések, különösen a schizoprenia válfajaiban megjelenő tünetek vonatkozásában. A szerzők a típusos szexuális zavarokat általában *neurótikus természetű pszichopathológiai struktúrákkal* hozzák összefüggésbe.

A tanulmányok közül kettőt kiemelkedően érdekesnek találtam. Az egyik — a magyar kiadású könyvei révén jól ismert — I. Sz. Kon munkája, a fiatalkori homoszexualitás pszichológiáját tárgyalja, igen felkészülten és alaposan. A másik Vaszilcsenko és munkatársainak vizsgálata *sportolók nemi életéről és ennek kihatásairól a sportteljesítményre*. A több száz sportolóra kiterjedő vizsgálat megállapítja, hogy a sportolók kb. fele arról számol be, hogy a nemi élet javítja a teljesítményt, míg csaknem ugyanennyien úgy érzik, hogy a közösülés rontja az eredményeséget. A szerzők a kapott adatokat árnyaltan, sok szempontból értékelik. Joggal állapítják meg, hogy a sportolók optimális nemi életéről csak vélekedések, hiedelmek vannak az irodalomban, de komoly vizsgálat nincs.

A kis kötet mindenki számára ajánlatos olvasmány, aki szexológiai és szexuálpatológiával foglalkozik vagy az iránt érdeklődik. Az egyes tanulmányok nagyon rövidnek, tömören fogalmazottak. Számos tanulmányhoz lehetne kritikai megjegyzéseket fűzni, de szinte mindegyiket elsődlegesen elismerés illeti meg. A hivatkozások főleg szovjet irodalomra vonatkoznak, de minden tanulmányban a legfontosabb amerikai és német kötetek címeit és főbb adatait is megtalálhatjuk. Csak az a kár, hogy a mindössze háromzr példányszám a hatalmas országban csak a szakemberek kisebb részének igényeit elégítheti ki, szélesebb orvosi körökben aligha fejthet ki hatást.

Buda Béla dr.

Christoph Pilgrim (edit.): Zur Untersuchungen des Zellkernes. Acta Histochemica Suppl. XX. VEB Gustav Fischer, Jena, 1979, 349 old. 180 ábra. Ára: 110,— M.

E kötet a Német Histochemiai Társaság Szimpozionának anyagát tartalmazza (Gent, Belgium, 1977 okt.). A résztvevők között a legkülönbözőbb határterületi szakmák képviselői feltalálhatók, mutatván a histochemia és ultrastruktúra iránt fokozódó széles körű érdeklődést.

A kötet anyaga négy tárgycsoportra oszlik: 1. A sejtmag histochemiájának módszertani lehetőségei (cytophotometria, ultrahistochemia, elektronmikroszkópos radioautographia), 2. Chromosomák, chromatin analysis, 3. Sejt- és magizolálási módszerek, 4. Histochemiai módszerek cytostatikus szerek hatására keletkező sejteltváltozások automatizált képanalysisek révén. A témacsoportok anyagához 17 szabadon választott histochemiai tárgyú közlemény kapcsolódik.

Az első témacsoportban 20 eredeti kutatásokon alapuló közlemény szerepel. Ez mutatja az újabbban fokozódó érdeklődést a mag finomszerkezeti kérdések iránt. Eddig, módszertani okok miatt, főleg a cytoplasma elemek finom szerkezeti tanulmányozása állt előtérben. Újabbban azonban a fluorescens-optikai módszerek jelentős fejlődése és az elektronmikroszkópos histotechnika is új lehetőségeket nyújtanak mag-finomszerkezeti tanulmányokhoz. Figyelemre méltók a ribonucleinsavak selektív elektronmikroszkópos feltüntetésére kifejlesztett módszerek is, oxidált diaminobenzidinnel, amelyek új lehetőséget nyújtanak a nucleoláris organisatio tanulmányozására.

A kötet értékét emeli T. Caspersen ünnepi előadásának közlése, amelyben a nagyérdemű kutató a sejtmag DNS kvantitatív cytochemiájának történeti fejlődését tekintve az UV absorptiós technika bevezetésétől (1936) a chromosomák fluorescenciájának kvantitatív automatikus mészerezéséig: nagyrészt a szerző laboratóriumában kifejlesztett berendezésekkel.

A második témacsoport közleményei chromosomákkal és chromatinnal foglalkoznak, részben chromosoma-sáv módszerrel. Itt figyelemre méltó közlemény a nucleinsavak in situ hybridizációjával foglalkozik drosophila óriás chromosomákon ³H-jelzett RNA-val vagy radioaktiv DNA molekulákkal. Ezek a módszerek a génszerkezet tanulmányozásának új lehetőségeit nyitják meg. (W. Hennig, Mischer Lab. Max Planck, Tübingen.)

A harmadik témacsoportban négy közlemény foglalkozik sejt- és magizolálási módszerekkel. Figyelemre méltó ezek között egy részletes közlemény (Meier-Ruge, Sandoz, Basel) a kvantitatív histoche-

miába bevezetett laser-mikronyaláb separációs technikáról.

A negyedik témacsoportban hat közlemény foglalkozik a histochemiai módszerek lehetőségeivel és eredményeivel automatizált képelemzés útján cytotatikumok által kiváltott sejtelváltozások vonatkozásában; stimulált lymphocyták magokon és methylthiouracyl stimulált pajzsmirigy hámszöveteken. További közlemények foglalkoznak Gallocyanin festés után a sejtmagok DNS tartalmának quantitativ meghatározásával elektronmikroszkópos felvételek makrodensitometriás elemzésével; valamint az automatizált chromatin analysis a Leyden-televíziós systémával.

A kötet kiváló kiállítású, gazdag ábraanyaggal, 46 közleménnyel. Ezek általában rövidke és tömörek, de világosan presentálják az észleleti anyagot. A legtöbb közlemény kielégítő irodalmi hivatkozásokkal közöl; másutt a munkahelyi laboratóriumok megadására lehetővé teszi speciális kérdésekben való további érdeklődést. A kötet anyagának áttekintéséből kitűnik, hogy a modern cytologiai módszerek mindinkább biophysikai- biometriai irányú műszerezettséggel párosulnak és kivitelezésük gyakran különböző szakterületek hatékony collaborációját igényli. A kötet gazdag anyagával histochemiai laboratóriumok számára és határozott kérdésekben egyénileg érdekelt kutatók számára igen hasznosnak bizonyul.

Romhányi György dr.

Bozsóky Sándor dr.—Irányi Jenő dr.: A fizioterápia gyakorlati alkalmazása. Medicina, Budapest.

A szerzők által írt és 1976-ban megjelent „Fizioterápia” az idevonatkozó ismeretek főleg elméleti alapjait tárgyalja, míg ez a kézikönyv mozgásszervi betegségekkel foglalkozó orvosok részére nyújt gyakorlati segítséget.

A könyv első részében tárgyal fizioterápiás gyógymódok részletesen foglalkoznak az elektro-, a főt-, a hydroterápiával, az inhalációs kezelésekkel. Alaposan és didaktikusan tárgyalja a könyv a masszázst és a gyógytorna minden fajtáját, elemzi a balneoterápia és a klímaterápia lehetőségeit és hazai alkalmazását.

A második rész a válogatott körképek fizioterápiájával foglalkozik és a sebészeti szakmák mellett a bel-, ideg- és gyermekgyógyászati-

ban használatos fizioterápiás lehetőségeket ismerteti az olvasóval.

Az ismertetett eljárások közül az elektrotéria és a gyógytorna részletes leírását emelném ki.

A különböző szakmájú és képeztetésű orvosok gyakran rendelik el az elektrotéria gyakorlati alkalmazását. A reumatológusokon kívül kevesen ismerik azonban az elektrotéria hatását és még kevesebben a gépeket és a kezelési lehetőségeket. A könyv egyik főerőssége, hogy minden mozgásszervi betegséggel foglalkozó szakorvos részére kézikönyvként ismerteti a legszükségesebb tudnivalókat.

A gyógytorna részletezése, fontosságára való felhívás és alkalmazása szükségességének bizonyítása különösen napjainkban fontos, amikor a motorizáció elterjedése, a kevés mozgás, az elhízás az egészséges ember szervezetét is károsítja. Ez a károsító hatás különösen azokra vonatkozik, akik mozgásszervi betegek és így részükre az aktív torna nemcsak gyógyulással, de a később bekövetkező degeneratív elváltozások megelőzéséül is szolgál.

A könyvre jellemző a mérték-tartás, a betegek tűrőképességének figyelembevétele, a néha lexikon-szerű tömörség. Sajnálatos, hogy számos intézet — ahol mozgásszervi betegekkel foglalkoznak — nincs felszerelve mindazon lehetőségekkel, amelyeket a könyv ismerteti, de így talán remélhető, hogy mindenütt törekednek az itt ismertetett lehetőségek alkalmazására.

A könyv hiánytpótló, mivel orvosképzésünk feszítettségében a fizioterápiás lehetőségek tanítása nem fér bele. Így a mozgásszervi betegségekkel foglalkozó orvosok mellett azon általános, sőt egyes szakorvosok részére is vezérfonalul szolgál, akiket a fizioterápia érdekel.

A könyv hasznát a jó szerkesztés, az áttekinthető beosztás, a világos nyelvezet és a részletes irodalmi ismertetés csak növeli.

Bender György dr.

Prof. Dr. Tadeusz Natanson: Wstęp do nauki o muzykoterapii (Bevezetés a zeneterápia tudományába) Ossolineum Könyvkiadó. Wrocław, Varsó, Krakko, Gdansk. 1979. 222 oldal. 40 Zloty.

Európa négy zeneterápiás tanszéke közül csupán egy működik zo-

cialista országban, a wroclawi, amelynek igazgatója Dr. Tadeusz Natanson professzor. Eddigi munkásságát foglalja össze könyve, amely részben monográfia, részben a tanszék hallgatóinak tankönyve is.

A kötet 4 fejezetre oszlik. Az 1. fejezet rövid áttekintést nyújt a zeneterápia történetéről, részletebben elemelve a lengyelországi adatokat. Napjaink történelméig eljutva, az olvasó meglepődve tájékozódhat arról, hogy a világ sok országában működik zeneterápiás társaság: Nagy-Britannia, Argentína, Brazília, Franciaország, Jugoszlávia, Luxemburg, NSZK, USA. Ezek mellett egyes országokban intézetek, tanszék foglalkoznak az ez irányú munkát: Ausztria, Hollandia, Lengyelország, NDK. Zeneterápiás világtalálkozókat is rendeznek, az elsőt Párizsban, 1974-ben, a másodikikat Buenos Airesben, 1976-ban tartották.

A 2. fejezet címe: *Az ember és a zene*. A szerző a zenének az emberre gyakorolt hatásával foglalkozik.

A 3. fejezet témája, hogy melyek azok a zenei tulajdonságok, amelyeket felhasználhatunk a terápiában: melódia, ritmus, dinamika, összhangzás. Lényeges a zene interpretálása, az előadás minősége.

A 4. fejezet címe: *A módszertani kérdésekről*. A szerző gazdag gyakorlati tapasztalatai alapján részletes összefoglalást ad a zeneterápia végzéséről. Reálisan helyezi el a zeneterápiát egyéb kezelési módszerek között; kitér az ún. *aktív* — a kezelt személyek által folytatott — és az ún. *passzív* — a kezelt személyek által csak hallgatott, befogadott — zenei kezelés módjaira. Említi a javallatokat: rehabilitáció, pszichiátriai körképek, mentálisan károsodott gyermekek stb. Konkrétan megjelöli a zeneterápiára alkalmas, valamint ilyen célból mellőzendő zeneműveket.

A kötetben 373 irodalmi hivatkozás szerepel, a szerző érdeme, hogy nyelvi megkülönböztetés nélkül. Előnyös, hogy a kötet elején részletes angol nyelvű tartalomjegyzék, végén pedig ugyancsak angol nyelvű több oldalas összefoglalás kapott helyet.

A kötet kiállítása szép, és remélhetőleg minél több magyar szakemberhez is eljut, hiszen a fentiekből kiderül: vannak pótolni valóink a zeneterápia terén...

Vértes László dr.



A Magyar Sebész Társaság 1980. május 8-án (csütörtökön) 18 órakor, Budapesten, a Semmelweis-teremben (VIII., Szentkirályi u. 21.) „Balassa János” emlékelőadást rendez.

Marton Tibor dr.: Új utak az epesebészetben.

A Korányi Sándor Társaság 1980. április 29-én (kedden) reggel 9 órakor, a Semmelweis OTE II. Gyermekklinika tantermében vezetőség választó közgyűlést tart.

A Társaság tagjainak megjelenésére feltétlenül számítunk.

A Szegedi Orvostudományi Egyetem Tudományos Szakcsoportja 1980. május 6-án, 16 órakor, a Szemészeti Klinika tantermében tudományos ülést tart.

Az Anatómia, Szövet- és Fejlődéstan Intézet orvosainak előadásai:

1. Knyihár Erzsébet, Csillik B., Pasko Rakic (New Haven): Embryonalis synaptogenesis és regeneratív synaptoneogenesis főmlőse gerincvelőben.

2. Pór I.: Perifériás neurotómia hatása a hátsó szarv neuronok elektrofiziológiai aktivitására.

3. Bogdányi A., Borsodi Anna: Opiát receptorok vizsgálata patkány agy synaptosoma frakcióban.

4. Jancsó G., Király E., Jancsó Aranka: A chemosensitiv primaer sensoros neuron-rendszer.

5. Király E., Jancsó G.: Sensoros neurotoxinok hatásának kvantitatív értékelése.

6. László I., Bodor T.: Kísérletes thiamin-hiány hatása a neuronális thiamin pyrophosphatase enzim-hisztokémiájára.

7. Tóth L., Karcsu S.: DFP *in vivo* hatása a harántcsikolt izom AChE aktivitására.

8. Sávay Gy., Poberai M., Karcsu S., Tóth L.: Funkció-dependens Ca^{2+} felszabadulás és proteolitikus aktivitás a neuromuscularis junctióban.

9. Gajó M., Kálmán Gy.: A vegetatív alapfonat kialakulása atrioventricularis billentyűkben.

10. Karcsu S., Tóth L., Jancsó G.: Neurotoxinok okozta ultrastrukturális elváltozások az area postremában.

11. Agoston D., Nagy Ágnes, Simon József, Rosenberg, M. D. (USA): Synaptic vesiculák immunkémiai vizsgálata.

A Magyar Gyermekorvosok Társasága Dél-magyarországi Decentruma 1980. május 9–10-én Hódmezővásárhelyen, az Ifjúsági Házban (Zrínyi u. 1.) tudományos ülést rendez.

1980. május 9. (péntek) 8.30 óra

Üléselnök: Boda Domokos dr.

1. Pataki L., Martonyi E., Tihanyi I., Novák Z. (Szeged): B₂-vitamin hatása fénykezelésben részesülő újszülöttek bilirubin szintjének alakulására (referátum).

2. Tóth Gy. (Kecskemét): A plazma szabad szerotonin változása az extrauterin élethez való adaptációs időszakában és jelentősége respirációs distress szindrómában (referátum).

3. Töröcsik K., Tóth Gy., Pongrácz I., Almási M. (Kecskemét): 5-hidroxiindol-ecetsav ürítés újszülött és csecsemőkorban.

4. Szabó R., Rex-Kiss B. (Szigetszentmiklós): Összefüggés az élve és halvaszületettek születési súlya és nemi aránya között.

5. Rex-Kiss B., Szabó R. (Szigetszentmiklós): Összefüggés a csecsemőhalottak születési súlya és nemi aránya között.

6. Kovalovszki L., Villányi Zs. (Szentes): A vérfehérjék vizsgálata koraszülöttekben.

7. Zabos Á., Tóth M. (Orosháza): A köldökápolás kérdései az újszülöttkorban.

Szűnet

Üléselnök: Tóth György dr.

8. László A., Túri S. (Szeged): A vesebetegségek genetikája (referátum).

9. Miltényi M., Román H., Bóka G. (Budapest): Izolált haematuriák differenciáldiagnosztikája.

10. Czirbesz Zs., Szepesvári T., Molnár A. (Budapest): Vesebiopsiával szerzett tapasztalataink.

11. Vissy Á., Kassay L. (Miskolc): Fehérje és zsíryanagcsere vizsgálatok jelentősége a proteinuriák diagnosztikájában.

12. Bobok I., Karmazsin L. (Debrecen): Gyermekkori Schönlein-Henoch nephropathia.

13. Marosvári I., Kövess S. (Budapest): Dehidratációhoz csatlakozó akut veselégtelenség kezelése 3,5 kg-os csecsemőben.

12.00 óra

Posterek bemutatása

Szűnet

A Gyermeknephrológiai Munkacsoport ülése.

Vezető: Visy Mária dr.

15.00 óra

Üléselnök: Pataki Lajos dr.

14. Pintér S., Bőjthe L., Molnár D.-né, Fehér E. (Szolnok): Húgyúti betegségek szűrővizsgálata az alapellátásban.

15. Fáy P., Petrekánits Zs., Németh M., Fülöp K. (Kiskunhalas): Enuresises betegek utánvizsgálatának eredményei.

16. Szabó M., Altörjay I., Füzesi K., Beviz J. (Szeged): Húgyúti fejlődési zavarok kezelése során szerzett tapasztalatok.

17. Bán L. (Kecskemét): Vesico ureterális reflux problémájáról.

18. Ficsor E., Bán L., Tóth Gy., Miklósi Gy. (Kecskemét): A leányok distalis húgyúti stenosisáról.

19. Frank M., Kovács Z., Bartalis K. (Eger): Csecsemőkorban felfedezett és megoldott húgyúti fejlődési rendellenességek néhány esete.

20. Makáry Gy., Tóth Gy., Bán L., Pongrácz J. (Kecskemét): „Banánhéj” húgyúti sérülések esetén.

21. Tóth M., Botos Á., Misurda M. (Orosháza): Contusio atque comotio renis?

16.30 óra

Posterek vitája

Üléselnök: Streitman Károly dr.

1980. május 10. (szombat) 8.30 óra

Üléselnök: Román Ferenc dr.

22. Varga L. (Szentes): Exanthe-ma subitum a körzeti gyermekorvos gyakorlatban.

23. Gyöngyösi I., Masa A., Fáy P. (Bácsalmás, Kiskunhalas): Iskoláskorú gyermekek komplex szakorvosi vizsgálata tanyai kollégiumokban.

24. Sedianszky É. (Pécs): A félelemmentes gyermekvárók kialakításának kritikai és feszültségcsökkentő hatása a gyermekorvosi gyakorlatban.

25. Gyenes V., Török T., Kerekes A., Tóth Gy. (Kecskemét): Ectodermális dysplasia anhydrotikus formája.

26. Kerekes A., Greminger M., Juhász A., Tóth Gy. (Kecskemét): Anyatej és tehéntej túlérzékenység együttes előfordulása.

27. Szilágyi J., Borsodi A., Labádi L., Pataki L., Román F. (Szeged): Toxocara canis által okozott megbetegedés osztályunkon.

28. Horváth L., Kelemen L., Fél P., Alacsony M. (Dombóvár): Kisgyermekkori hólyagtumor — rhabdomyosarcoma.

29. Ludmány É., Darnyik J. (Szolnok, Jászberény): Vena cava inferior coarctatio.

30. Visnyovszky L., Boda V., Boromissza R. (Kiskunhalas): Újszülöttkori hallásszűrés.

Szűnet

Üléselnök: Pintér Sándor dr.

31. Salgó L., Szabó A. IV. é. oh. (Szeged): Vizelet gamma-glutamiltanszpeptidáz meghatározása a gyermekgyógyászati gyakorlatban.

32. Román F., Dobák K., Borsodi A., Kozocsa G., Pataki L. (Szeged): A glykohaemoglobin mérése és jelentősége diabetes mellitusos betegekben.

33. Menyhért É., Nagy E., Földes J., Dudás B. (Szeged): Virus-aetiológiájú csecsemőkorai gastroenteritisek és gyors diagnosztikájuk lehetősége.

34. Acsai P., Somlai R., Godó B. (Békéscsaba): Mellékvese funkciók vizsgálatok spastikus bénulásban.

35. Balogh L. (Budapest): A csontrendszer fejlődési rendellenességei (filmvetítés).

A Decentrum vezetőségének ülése.

Mindennemű felvilágosítást ad **Streimann Károly dr.** főorvos (Hódmezővásárhely, Pf.: 11. Kórház 6801).

A Magyar Traumatológus Társaság Egési Szekciója, a Szolnok megyei Kórház, a Magyar Belgyógyász Társaság, a Magyar Gyermekgyógyász Társaság és a Gyermekseb-

szeti Társaság 1980. november 14–15-én Szolnokon tudományos konferenciát rendez.

Téma: Az égésbetegség belgyógyászati (gyermekgyógyászati) vonatkozásai (szövődmények).

A konferencián mindazon körélettani, klinikai és szervezési kérdésekről kíván vitát rendezni, melyek az égésbetegség kezelése során

felmerülnek, de ezen túlmenően az általános klinikai gyakorlat szempontjából is érdeklődésre tarthat számot (pl. heveny veseelégtelenség, májműködési zavarok, a respiratórikus distressz problémák, idegrendszeri szövődmények stb.).

A részvételi és/vagy előadási szándékot 1980. május 5-ig az Egési Szekció címére (Budapest, Pf. 1. 1553) kérjük bejelenteni.

ELŐADÁSOK–ÜLÉSEK

Dátum	Helye	Időpont	Rendező	Tárgy
1980. április 30. szerda	Szolnok, Megyei Kórház klubterme	délután 15 óra	Szolnok megyei Kórház—Rendelőintézet Tudományos Bizottsága	1. Csépanyi Attila: A folyamatos betegellátás kérdései. 2. Jakab Tamás: Mikro-laryngoscopia mint új diagnosztikus eljárás a gégesztetben. 3. Tönköl Imre, Czeczon Zoltán, Kovács Mihály: Változások a prostatectomia indicatiojában. 4. Kovács Mihály, Czeczon Zoltán, Tönköl Imre: Állandó katheter indicatioi és veszélyei. 5. Bójtó Lajos, Molnár Dezsőné, Fehér Edit, Pintér Sándor: Újabb lehetőségek a gyermek nephrológiai betegek felkutatásában
1980. május 5. hétfő	Pécsi OTE Központi Épület	délután 16 óra	Pécsi Orvostudományi Egyetem Tudományos Szakcsoportja	1. Petz Ádám, Balázs Béla: Licarbonat okozta hypothyreosis (esetismertetés). 2. Kienle Ernő, Somogyi Irén, Lindenberg Gyöngyi, Biró György: Bányász-családok táplálkozási szokásainak vizsgálata. 3. Kenyeres Miklós: Latissimus dorsalis musculocutanis leány fejsebészeti alkalmazása (filmvetítés). 4. Nádor Györgyi, Gáti Ágnes: Neuroradiológiai vizsgálatok javallatai a sclerosis multiplex elkülönítő körjelzésében. 5. Gáti Ágnes, Nádor Györgyi: A sclerosis multiplex elkülönítő körjelzésére végzett neuroradiológiai vizsgálatok kockázata
1980. május 6. kedd	Főv. Merényi Gusztáv Kórház, IX., Gyáli u. 17.	délután 14 óra	Főv. Merényi Gusztáv Kórház Tudományos Köre	1. Lulich András, Stangl Ernő: A basalis impressio differenciáldiagnosztikai problémái egy adott eset kapcsán. 2. Grynauis Tamás: Ergotamin intoxicatio. 3. Princz Géza: A prostaglandinokról, különös tekintettel a központi idegrendszeri hatásaira
1980. május 8. csütörtök	Orsz. Közegészségügyi Intézet nagyelőadóterme, IX., Gyáli u. 2–6.	délelőtt 8 óra	Főv. Heim Pál Gyermekkórház, mint Dél-Pest Területi Szakfelügyelet	Prof. Dobszay László: Vitás kérdések a csecsemőtáplálásban
1980. május 8. csütörtök	Orvostovábbképző Intézet kultúrterme, XIII., Szabolcs u. 35.	délután 14 óra	Magyar Humánogenetikai Társaság	1. Horváth László (Bpest): Genetikai tanácsadásunk eredménye ezer követett eset alapján. 2. László A. (Szeged): Enzymopathiák diagnosztikus lehetőségei. 3. Havass Z., László A., Soltysik J., Gyurkovits K., Szűts P. (Szeged): A veleszületett anyagcserebetegségek tömegmérésű szűrővizsgálatainak (PKU, Galactosaemia, Mucoviscidosis, adenosin-deaminase, histidinaemia) helyzete és eredményei. 4. László A., Havass Z. (Szeged): A Gyermekklinika Anyagcsere Profil Ambulanciája munkabeszámolója

Lapzárta: az aktuális szám megjelenése előtt legalább 20 nap

Terjedelmesebb programok esetén 30 nap

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. Elfizethető bármely postahivatalnál,
a Posta hírlapüzletében és a Posta Központi Hírlap Irodánál
(Budapest V., József nádor tér 1., Postacím: 1900 Budapest)

közvetlenül vagy átutalási postautalványon, valamint átutalással a PKHI MNB 215-96162 pénzforgalmi jelzőszámára.
Telefon: 325-109, ha nem felel: 327-530/135 Szerkesztőség: 1363 Budapest V., Münnich Ferenc u. 32. I.
Előfizetési díj egy évre 432,— Ft, negyedévre 108,— Ft, egyes szám ára 9,— Ft



80.0841 Tipografika Athenaeum Nyomda, Budapest — Ives magasnyomás — Felelős vezető: Soproni Béla vezérigazgató

INDEX: 25 674

ISSN 0030-6002