



AZ EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS
FOLYÓIRATA

ORVOSI HETILAP

122. ÉVFOLYAM 5. SZÁM 253—312 OLDAL

BUDAPEST, 1981. FEBRUÁR 1.

ELŐFIZETÉSI ÁRA 1 ÉVRE 600,—FT

EGYES PÉLDÁNY ÁRA 12,—FT

NO-SPA®

tabletta és injekció

ÖSSZETÉTEL

Tablettánként és ampullánként 0,04 g No-spa
(6,7,3',4'-tetraethoxy-1-benzal-1,2,3,4-tetrahydro-
isochinolin. hydrochlor.) hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK

A simaizomzat görcse által okozott működési zavarok és fájdalmak megszüntetése, illetve azok megelőzése.

Epe- és vesekövek, cholecystopathiával kapcsolatos görcsök, cholelithiasis, cholecystitis, nephrolithiasis, pyelitis, továbbá a műszeres vizsgáló eljárásokkal kapcsolatos simaizomgörcsök stb. A gyomorbélhuzam görcsös állapotai: ulcus ventriculi és duodeni, cardia és pylorospasmus, obstipatio spastica, proctitis, tenesmus. Hypertóniások akut vérnyomás-ingadozásai – a szokásos egyéb vérnyomáscsökkentőkkel együtt adagolva. Angina pectoris, coronariagörcs, továbbá dysmenorrhoea, a terhes méh ingerlékenységének csökkentése, szülés alatti méhszájgörcs, elhúzódó táulás, utófájások, fenyegető vetélés stb., valamint műtét utáni szélkölíka esetében.

ADAGOLÁS

Átlagos adagja felnőtteknek naponta $3 \times 1-2$ tableta, illetve naponta $1-3 \times 2-4$ ml subcután, intramusculárisan, vagy heveny kórohamok megszüntetésére $2-4$ ml szokásos módon lassan, intravénásan befecskendezve. Peripheriás érszűkület esetén intraarteriálisan is adható. Gyermekek az életkornak és testsúllynak megfelelően arányosan kevesebb adagot kapnak.

Fekélybetegeknek célszerű atropinnal vagy atropin hatású gyógyszerekkel együttesen adagolni.

CSOMAGOLÁS

5×2 ml à 0,04 g ampulla
20 db à 0,04 g tableta

térítés: 2,- Ft
térítés: 2,- Ft

MEGJEGYZÉS

✱ A No-Spa injekció csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

A No-Spa tableta véný nélkül is kiadható.



CHINOIN
BUDAPEST

ORVOSI HETILAP

AZ EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:

MARKUSOVSKY LAJOS
1857-ben

*

Szerkesztő bizottság:

ALFÖLDY ZOLTÁN DR.
BRAUN PÁL DR.
DARABOS PÁL DR.
ECKHARDT SÁNDOR DR.
FÜZI ISTVÁN DR.
HIRSCHLER IMRE DR.
LENART GYÖRGY DR.
OZSVÁTH KÁROLY DR.
PETRÁNYI GYULA DR.
PETRI GÁBOR DR.
RÁK KÁLMÁN DR.
SZÁNTÓ GYÖRGY DR.

*

Felelős szerkesztő:

TRENCSENI TIBOR DR.

*

Munkatársak:

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

*

122. ÉVFOLYAM

*

5. SZÁM

*

1981. FEBRUÁR 1.

TARTALOMJEGYZÉK

ifj. Erdélyi Mihály dr.:

Röntgen jelek a műbillentyű
kóros működésekor 255

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Gergely Mihály dr., Csipő László dr.
és Benkó Gábor dr.:

Korai gyomorrák eseteinkről
két európai felmérés tükrében 265

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Vezendi Klára dr., Szűcs Attila dr.
és Krizsa Ferenc dr.:

A véralvadási vizsgálatok alkalmazhatósága
az akut agyi vascularis történések
differenciál diagnosztikájában 272

A KLINIKUS ÉS A LABORATÓRIUM

Árvay György dr., Zsemlye László dr.,
Kiss-Antal Mária dr. és Mózes János dr.:

Fluorid hatása az i. v. kalcium terhelés
okozta hypercalcaemiára 277

KAZUISZTIKA

Ormándi Katalin dr. és Kovács Aranka dr.:

Akut hasi tüneteket okozó trichobezoár
a gyomorban 281

Berkessy Sándor dr. és Radványi Gáspár dr.:

A mielo-monociták magjának
spontán radiál-szegmentációja 283

RÖVID METODIKAI KÖZLEMÉNYEK

Dalmi Lajos dr., Hajdú László dr.
és Pecze Károly dr.:

Egyszerű módszer a B-lymphocyták
kimutatására 285

Beszámolók, jegyzőkönyvek 287

Folyóiratreferátumok 293

Levelek a szerkesztőhöz 305

Könyvismertetés 307

Hírek 309

Pályázati hirdetések 310

Előadások, ülések 312

PHENYLBUTAZON *tabletta*

ÖSSZETÉTEL 1 tabletta 200 mg phenylbutazonumot tartalmaz.

JAVALLATOK **Felnőtteknek:** Reumatológia: Reumatikus eredetű gyulladás: polyarthrits chronica progressiva, synovitis, spondylarthrits, ankylopoetica (Bechterew-kór).

Degeneratív reumatizmus: arthrosis, spondylosis, spondylarthrosis. Extraarticuláris reumatizmus: fibrositis szindróma, myalgia, polymyalgia rheumatica, lumbago, bursitis, tendovaginitis.

Traumatológia és sebészet: gyulladással járó állapotok, distorsio, contusio, luxatio, fractura.

Oto-rhino-laryngológia: prae- és postoperatív fájdalom, gyulladás.

Gynecológia: adnexitis, salpingitis, parametritis.

Urológia: urogenitális szervek műtéti előkezelése, gyulladása (kemoterápia mellett).

Adjuvánsként: epididymitis, prostatitis, urethritis, cystitis.

Angiológia: thrombophlebitis, lymphangitis.

Ophthalmológia: posttraumatikus és postoperatív gyulladás, keratitis, iridocyclitis.

Radiológia: malignus tumorok sugárkezelése okozta gyulladás.

ELLENJAVALLATOK Ritmuszavarok, vitium cordis, myopathia cordis chronica, pirazon érzékenység, vese- és májbetegségek, gyomor- és nyombélfekély, vagy azokban az esetekben, amikor a beteg anamnézisében gastrointestinalis gyulladás, súlyos vagy perzisztáló dyspepsia szerepel. Odémakésség, ödéma fellépte, vértképző szervek megbetegedései (leukopenia, thrombocytopenia, anaemia). Hipertónia, pajzsmirigy-diszfunkció, a gyógyszer iránti érzékenység. A fenilbutazon átjut a placentán és kiválasztódik az anyatejben, ezért laktáció és terhesség idején általában ellenjavallt, különösen az első trimeszterben mérlegelni kell a kezelés kockázatát és az elérhető hatást.

ADAGOLÁS Szokásos kezdeti adagja kortól és általános állapottól függően napi $3 \times \frac{1}{2}$ –1 tabletta (300–600 mg) étkezés közben. Tartós kezelés során a napi adag általában 200 mg, de a 400 mg-ot ne haladja meg.

MELLÉKHATÁSOK Ulceratio, gastrointestinalis vérzés, abdominalis diszfunkció, gastritis, epigastrikus fájdalom, vértképző szervek működésének zavara (agranulocytosis, aplastikus anaemia, thrombocytopenia, leukopenia), folyadék- és só-retentio, allergiás reakciók.

KÖLCSÖNHATÁSOK **Kerülendő az együttadás:**

– barbiturátokkal (hatását a fenilbutazon növelheti),

Óvatosan adandó:

– orális antidiabetikumokkal (hypoglikémia veszélye),

– antikoagulánsokkal (antikoaguláns hatásnövekedés),

– szalicilátokkal (mellékhatások összegződhetnek; urátretenciót okozhat, ezért a köszvény manifesztálódhat).

– fenitoinnal (szérumszintje emelkedik),

– penicilinnel, szulfonamiddal (hatásfokozódás).

FIGYELMEZTETÉS A kezelés kezdeti időszakában a vérkép, thrombocytaszám, vizelet és májfunkció hetente, majd tartós kezelés esetén havonkénti ellenőrzése javasolt.

Gyermekegyógyászati alkalmazása csak 7 éves kor felett, kivételes esetekben kórházban állandó orvosi felügyelet mellett lehetséges.

Kőbányai Gyógyszerárugyár Budapest

Röntgen jelek a műbillentyű kóros működésekor

ifj. Erdélyi Mihály dr.

Az első műbillentyű beültetése óta több mint 40 féle billentyűtípust alkalmaztak a gyakorlatban. Mégis — mivel tökéletes műbillentyűt még nem ismerünk — a javuló eredmények mellett aránylag gyakran fordul elő a műbillentyű kóros működése (dysfunctio), sőt a beültetés technikájával összefüggő szövődmény is. A dolgozat a műbillentyű kóros működésével kapcsolatos saját radiológiai tapasztalataimat foglalja össze.

Anyag és módszer

Az Országos Kardiológiai Intézetben és az Orvostovábbképző Intézetben 1966 január és 1979 július között a műbillentyűk funkciózavarát 47 esetben észleltük. A betegek adatait az 1. táblázat tartalmazza. Életkoruk 17—53 (átlag 35,4) év. 19 beteg III., 28 beteg a IV. klinikai stádiumban került billentyűpótló műtetre.

Az 1970 után beültetett Cross—Jones-mitralis és tricuspidalis műbillentyűk gyűrűje műanyag bevonatú volt. A betegek többségében a műtétet követő 36—48 órában anticoaguláns kezelést kezdtünk, a biológiai billentyű alkalmazásakor ezt mellőztük.

Betegeink 3—6 havonként jártak ellenőrzésre a járóbeteg-rendelésre és panaszok vagy tünetek jelentkezése esetén a klinikánkra nyertek felvételt. A panaszmentes betegek időszakos ellenőrzése különösen fontos a 2 évnél régebben operáltaknál, mert az idő múlásával a dysfunctiók kialakulásának lehetősége egyre fokozódik (50).

A fizikális vizsgálat mellett minden alkalommal PKG., EKG és röntgenvizsgálatot, 1972 májusa óta echokardiográfiás vizsgálatot is (7 beteg) végeztünk. A mellkas röntgen felvétel 2 irányból, bárümpép nyeltesével, keménysugár technikával történt. Átvilágítás (kezdetben hagyományos ernyővel, később képerősítővel) után 1968-ig szórványosan, azóta rutinszerűen végeztem a műbillentyűkről natív kinofelvételt, vagy 1978 szeptembere óta célzott felvételi (spot) kamera vizsgálatot. (A spot felvétel lényege, hogy az átvilágító ernyőn látható képet fényképezzük le.) A kino vagy spot felvételt a képerősítőn történő átvilágítás mellett kikeresett legmegfelelőbb billentyűsfokból készítettem Kodak DX, illetve Gevaert Scopix RP 2 filmekre. A kinofelvétel 24 kép/sec vagy 48 kép/sec, a spot film felvételesorozat 2 kép/sec sebességgel történt). Ha az előbb felsorolt technikai lehetőségek nem állnak rendelkezésre, átvilágítás mellett hagyományos célzott felvételesorozatot lehet készíteni. A Björk—Shiley-műbillentyű szelepének vizsgálatához a sugárirányt úgy választottam meg, hogy a gyűrűn túlrő „támasztó lábak” egybevetüljenek, mert ekkor a nyitási jól megfigyelhető. A nyitási szöget (a disc síkja és a gyűrű közötti szög) az egyes expozíciókból határoztam meg, mindig maximális nyitást véve figyelembe. A záródást a gyűrű síkiától 20—30°-kal eltérő sugárirányból ellenőriztem. Szívkatéterezés és angiokardiográfia 6 esetben történt.

Jelenlegi munkahelye: Jalin Ferenc Kórház-Rendelőintézet, Radiológiai Osztály

Orvosi Hetilap 1981. 122. évfolyam, 5. szám

1*

A műbillentyű kóros működése

A záródás és nyitódás folyamatos tökéletlenségét műbillentyű dysfunctiónak nevezzük.

Oka lehet: 1. a műbillentyű mechanikus hibája;

a) a záróelem deformálódása, kopása, törése (ball vagy disc variance).

b) a gyűrűt bevonó műanyag kopása, szakadása

c) biológiai billentyűk esetében az anyag „kifáradása”.

2. fibrin, trombus felrakódás

3. fertőződés és következményei (bakteriális, vagy gombás növedék felrakódás, műbillentyű körüli aneurysma képződés).

4. varratelégtelenség (infekció, anulus meszesedés, sebésztechnikai hiba következménye)

5. sebészeti tevékenységgel kapcsolatos problémák (nem korrigált társvitium, helytelen billentyű rezekció)

6. ritmuszavar.

Az esetek nagy részében a dysfunctiót létrehozó okok egymással szövődve fordulnak elő.

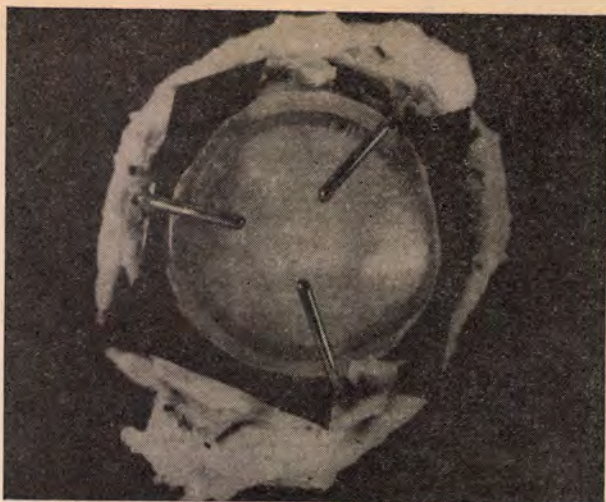
1. Mechanikai hibák:

a) a lencse alakú záróelemeknél kémiai okból keletkező alakváltozás jóval ritkább (24), mint a golyó-szelepes műbillentyűknél. Az úgynevezett disc variance kifejezést általában fizikai okból létrejött alakváltozásokra használjuk. Ha a korong illeszkedését megváltoztatja, akkor a lencsén előbb vagy utóbb a kosár fémrészeivel érintkező részén árokképződés, erózió alakul ki, ez súlyos funkciózavarhoz vezet. Az irodalomban közölt disc variance esetek száma a mitralis pozícióba helyezett billentyűknél — megegyezően saját anyagommal — gyakoribb, feltehetően azért, mert az aorta szájadékba sokkal kevesebb lencse billentyűt ültettek be (5, 7, 21, 59). Tricuspidális műbillentyű záróelemének deformálódását — az általam ismert irodalomban — csak egy esetben említene (29). Egy betegben a mitralis műbillentyű lencséje körkörösén elkopott, a gyűrűn keresztül a bal pitvarba sodródott. Széli árokképződést és kopást találtam öt beteg mitralis, két beteg aorta, egy beteg mitralis + aorta műbillentyű lencséjén (1. ábra).

A billenőszelepes műbillentyű záróelemének alakváltozása (42), vagy törése (60) is előfordulhat.

b) A műbillentyű mechanikus hibái közé sorolhatók az embólia-megelőzés céljából (17, 33) készített műanyag (teflon vagy dacron) bevonat elhasználódása, kopása és ezek következtében fellépő funkciók zavarok is. A billentyű gyűrűnek, illetve kosárnak műanyag borítása elsősorban a fémből készült záróelem ütközése következtében használódik el (8, 18, 55).

Leírták a bevonat-szétesést, gombás endocarditis következtében is. A műbillentyű ilyen meghibásodása kisebb-nagyobb fokú regurgitációhoz, embóliához, hemolitikus anaemiához vezet. A dysfunctio ezt a fajtáját észleltük boncolásnál, illetve reoperációnál mellékleletként két esetben a mitralis műbillentyűn.



1. ábra: Műtét során eltávolított mitrális Cross-Jones műbillentyű kamrai felszíne: a lencsén széli árok-képződés, kopás látható.

c) Hazánkban az 1975-ig használt biológiai billentyűknek — kedvező tulajdonságaik mellett — közös hátrányuk volt, hogy nem voltak tartósak, néhány év alatt elvesztették hajlékonyságukat, perforálódtak és kalcifikálódtak.

Ezt a jelenséget észleltük három beteg aorta és hat beteg mitralis protézisén. Bizonyítására két esetben — a minden betegnél elvégzett reoperáció előtt — angiokardiográfia is történt.

Az újabb, gyárilag előállított és tartósított biológiai billentyűknél ezeket a problémákat nagyrészt sikerült kiküszöbölni (6, 19, 20).

A legtöbb műbillentyű funkciózavaránál a műbillentyű anyaga vagy alkotórészeik önmagukban legtöbbször nem károsodnak (3, 16, 40, 43).

2. Fibrin, trombus felrakódás

A műbillentyű-beültetés után a porózus műanyag perem lukacsába vérelemzők, kollagén-szerű anyagok és fibrin rakódik le, majd néhány hét alatt élő szövet vonja be a billentyűprotézis műanyag felületét. Ez a szövet néha túlbujánszik, ráterjed a műbillentyű fémfelületére, sőt az átömleési nyílásra is (2, 65) és szűkületet, illetve a fel-



2. ábra: Cross-Jones aorta műbillentyűről készített sectiók kép: a műbillentyű „lábain” vegetáció és friss trombus felrakódás van.

fekvési felületet megváltoztatva regurgitációt okoz, hasonlóan, mint a trombus felrakódása a gyűrűre, illetve a kosárra (71).

3. A műbillentyű infekció

A műbillentyű átömleési nyílásába, vagy a köré rakódott bakteriális vagy gombás növedékek is centralis regurgitációt, vagy a szájadék szűkületét okozhatják azzal, hogy a záróelem szabad mozgását gátolják, vagy megszüntetik, ezek letöredezhetnek, embolizációkhoz vezethetnek (30, 47, 49, 61).

Műtét, illetve boncolás igazolta a protézisre rakódott fibrin, trombus, bakteriális és gombás vegetációt, melyek állandó vagy időszakos működési zavart okoztak kilenc beteg mitrális, illetve hat beteg aorta műbillentyűjén (2. ábra). Feltételezhetően a felsoroltak okozzák a műbillentyű dysfunciót két esetben a mitralis, két-két esetben pedig az aorta és a tricuspidalis műbillentyűn.

4. Varrat-elégtelenség

Az irodalmi adatok szerint 3,5—20%-ban fordul elő (12, 28, 39, 41, 53). Leggyakoribb oka a meszes, törékeny anulusban a varratoknak egyenetlen feszülése (67), vagy a varratok által okozott keringési zavar (27). Leírtak traumás eredetű varratkiszakadást is (1). Gyakran okoz varrat-elégtelenséget a műbillentyű fertőződése is, a varratvonal körül aneurysma alakulhat ki (72), sőt fisztula is képződhet (63).

A billentyű részleges kiszakadása következtében fellépő paravalvuláris regurgitáció örvényáramlást okoz, és ez a záróelem működési zavarát is maga után vonhatja.

Perifériás tüneteket nem okozó, haemodinamikailag nem jelentős, műtétet nem igénylő varrat-elégtelenséget észleltem három beteg aorta műbillentyűjén. Három mitrális és egy aorta műbillentyűt varrat-elégtelenség miatt kellett kicserélni.

Mellékletként észleltünk jelentéktelen varrat-elégtelenséget két beteg mitralis, illetve tricuspidalis műbillentyűjén.

5. Sebészeti tevékenységgel kapcsolatos problémák

A műbillentyű működésének zavara ritkán a sebészeti tevékenység következménye. Előfordul, hogy a műbillentyű méretét helytelenül választják meg, vonatkozik ez elsősorban a kettős billentyű beültetésekre. Leírtak olyan funkciózavart, amely azáltal keletkezett, hogy a beültetett aorta és mitrális műbillentyű összeért és súlyos aorta insufficienciát okozott (58). Hasonló módon a nem korrigált aorta vitium regurgitációja zavarhatja a mitrális műbillentyű lencséjének záródását (21, 44), mint ezt egy betegben kimutattam. A viszonylag szűk aorta gyökben a záróelem mozgását akadályozhatja az aortafal, különösen akkor, ha a behelyezett műbillentyű síkja elhajlik az aorta hossz tengelyétől (48). Mászor a nagyméretű tricuspidalis műbillentyű kosara vágta be a kamrai septum falát és a betüremkedő részek gátolták a záróelem mozgását (38, 69). A meszes anulus elégtelen kimetszése is oka lehet a működési zavarnak,

1. táblázat

Műtét ideje	Műbillentyű helye, típusa	Működészavar felléptének ideje a műtét után és oka	Megjegyzés
1. 1966 I.	mitralis Cross-Jones	60 hónap: lencse kopás	Reoperációs után jól van.
2. 1968 XII.	mitralis Cross-Jones	70 hónap: trombus és deformált lencse	Reoperáció után jól van, panaszmentes.
3. 1971 I.	mitralis+aorta Cross-Jones	78 hónap: kopott kencse, tachyarrhythmia	Reoperáció után jól van.
4. 1971 III.	mitralis+tricuspidalis Cross-Jones	60 hónap: tachyarrhythmia 73 hónap: tricuspidalis trombus?	Jobb szívfél elégtelenség, fokozottan ellenőrizzük.
5. 1971 IV.	mitralis Cross-Jones	47 hónap: trombus, fibrin	Billentyűcsere óta panaszmentes.
6. 1971 XI.	mitralis Cross-Jones	5 hónap: bakteriális vegetáció, varratelégtelenség	Reoperáció után 5 hónappal sepsisben meghalt.
7. 1971 XII.	aorta Cross-Jones	56 hónap: trombus, kopott lencse	Billentyűcsere után jól van.
8. 1972 II.	mitralis+aorta Cross-Jones	55 hónap: tachyarrhythmia pitvarfibrilláció	Tachyarrhythmia megszüntetése után jól van.
9. 1972 IV.	mitralis Cross-Jones	53 hónap: tachyarrhythmia	Tachyarrhythmia megszüntetése után panaszmentes.
10. 1972 X.	mitralis+aorta Cross-Jones	6 hónap: gombás vegetáció az aorta műbillentyűn	Meghalt a műtőasztalon
11. 1972 X.	mitralis+aorta Cross-Jones	12 hónap: tachyarrhythmia	Tachyarrhythmia megszüntetése után jól van.
12. 1972 XII.	mitralis Cross-Jones	15 hónap: tachyarrhythmia	Cardioversio után jól volt, 6 hónap múlva hirtelen halál.
13. 1973 IV.	aorta Cross-Jones	1 hét: bakteriális vegetáció	20 nappal a reoperáció után meghalt: sepsis, tüdőoedema.
14. 1973 IV.	mitralis Cross-Jones	52 hónap: tachyarrhythmia	Cardioversio után panaszmentes.
15. 1973 IV.	mitralis Cross-Jones	14 hónap: varratelégtelenség 19 hónap: lecse kopás	Billentyűcsere után 5 nappal meghalt: coronaria embolia.
16. 1975 IV.	mitralis-aorta Cross-Jones	12 óra: a mitralis lencse nem tud zárni a kamra falban levő mélyrög miatt.	2 nappal a reoperáció után meghalt: keringési elégtelenség, urémia.
17. 1975 V.	mitralis+tricuspidalis Björk—Shiley	9 hónap: mitralis varratelégtelenség	Billentyűcsere után 10 nappal meghalt: urémia subarachnoidális vérzés.
18. 1977 IV.	mitralis Björk—Shiley	14 hónap: trombus felrakódás.	A billentyűcsere óta jól van.
19. 1979 I.	mitralis Björk—Shiley	6 hónap: trombus	Sikeres reoperáció, panaszmentes.
20. 1968 III.	aorta Cross-Jones	12 hónap: varratelégtelenség	A sikeres billentyűcsere után 1 évvel meghalt: sepsis.
21. 1968 III.	mitralis Cross-Jones	95 hónap: trombus	A reoperáció után él, jól van.
22. 1968 IV.	aorta Heterotransplantatum	4 hónap: ruptura	A reoperáció után panaszmentes.
23. 1968 IX.	mitralis Cross-Jones	21 hónap: trombus?	Agyembolia. A reoperációt a beteg nem akarja.
24. 1968 XII.	aorta Cross-Jones	91 hónap: trombus és kopott lencse	A billentyűcsere óta panaszmentes.

Műtét ideje	Műbillentyű helye, típusa	Működészavar felléptének ideje a műtét után és oka	Megjegyzés
25. 1969 VII.	aorta Cross-Jones	2 hónap: bakteriális vegetáció	Meghalt: endocarditis lenta, keringési elégtelenség.
26. 1969 XII.	mitralis fascia lata	64 hónap: meszes és elégtelen billentyű	A reoperáció után jól van.
27. 1970 V.	aorta fascia lata	48 hónap: meszes és elégtelen billentyű	A reoperáció óta panaszmentes.
28. 1970 VIII.	aorta fascia lata	31 hónap: billentyűelégtelenség	Reoperáció előtt 3 nappal meghalt: keringési elégtelenség.
29. 1970 VIII.	mitralis fascia lata	32 hónap: billentyűelégtelenség	Műtét után 13 nappal meghalt: keringési elégtelenség.
30. 1970 IX.	mitralis fascia lata	69 hónap: billentyűelégtelenség	A reoperáció után tünet és panaszmentes.
31. 1970 XII.	mitralis fascia lata	11 hónap: billentyűelégtelenség	Sikeres billentyűcsere után 3 évvel cardioversio, azóta panaszmentes.
32. 1971 I.	mitralis fascia lata	4 hónap: billentyűelégtelenség	A reoperáció után jól van.
33. 1971 II.	mitralis fascia lata	47 hónap: billentyűelégtelenség	A billentyűcsere óta panaszmentes.
34. 1971 V.	mitralis Cross-Jones	76 hónap: trombus, kopott lencse	Reoperáció után 10 nappal meghalt: tüdőoedema.
35. 1971 VI.	mitralis Cross-Jones	54 hónap: lencse kopás, trombus, 1,5 cm-es varratelégtelenség	A billentyűcsere után jól van.
36. 1971 X.	aorta Cross-Jones	41 hónap: trombus	A reoperáció óta panaszmentes.
37. 1972 VIII.	mitralis+aorta Cross-Jones	3 hónap: aorta műbillentyű trombosis	A sikeres billentyűcsere után 3 hónappal meghalt: endocarditis
38. 1972 IX.	mitralis+aorta Cross-Jones	32 hónap: tachyarrhythmia 41 hónap: trombus? az aorta műbillentyűn	A tachyarrhythmia megszüntetése óta panaszmentes, fokozottan ellenőrizzük.
39. 1973 I.	aorta Cross-Jones	4 hónap: varratelégtelenség	2 nappal a reoperáció előtt meghalt: tüdőoedema.
40. 1973 XII.	mitralis Cross-Jones	34 hónap: a billentyű varrókerete endocardiummal fedett	A billentyűcsere óta panaszmentes.
41. 1974 IX.	mitralis Cross-Jones	27 hónap: trombus a kereten	Reoperáció után jól van.
42. 1975 III.	mitralis Cross-Jones	33 hónap: trombus?	A billentyűcserét a beteg nem akarja.
43. 1977 II.	mitralis+aorta+tricuspidalis Björk-Shiley	7 hónap: trombus a tricuspidalis műbillentyűn?	Jobb szívfél elégtelenség, fokozottan ellenőrizzük.
44. 1966 X.	aorta Cartwright-Palich	7 hónap: varratelégtelenség	Műtét nem történt, munkaképes, fokozottan ellenőrizzük.
45. 1968 III.	aorta Cross-Jones	33 hónap: varratelégtelenség	Műtét nem történt. Panaszmentes 3 évvel a műtét után szült.
46. 1969 VII.	aorta Cross-Jones	53 hónap: trombus?	Műtetre jelenleg nincs szükség, jól van, munkaképes, fokozottan ellenőrizzük.
47. 1979 II.	aorta Björk-Shiley	5 hónap: varratelégtelenség	Panaszmentes, fokozottan ellenőrizzük.

mert a visszamaradó mész akadályozhatja a záróelem beilleszkedését (18). Egyik betegünkön a kamrafalba penetrált és el nem távolított mészrög miatt a mitralis lencse nem tudott zárni. Ritka szövödményként előfordulhat, hogy a kosárba akadt varróanyag akadályozza a záróelem mozgását (9, 34) máskor pedig a nem rezezált ínhúr csapódott be a záróelem és a gyűrű közé, regurgitációt okozva (10, 51).

6. Ritmuszavar

A műbillentyű kóros működése a megváltozott szívfrekvencia és ritmuszavar következménye is lehet (68).

Pulzus duplikátorokban vizsgált lencse billentyűkön kimutatták, hogy a lencse normális áramlásviszonyok mellett is időnként fennakad és vibrációt mutat a systole alatt. A lencse ilyenkor ferdén fordul az áramlás irányába és ebben a helyzetben a zárás tökéletlen (56).

Betegeinkben is észleltük a kóros működésnek ezt a formáját 50/min alatti szívfrekvencia, pitvar fibrilláció és extrasystole közben a protézis által keltett örvényáramok megnőnek és egy-egy kamra-összehúzódás után abnormális lencsemozgást eredményeznek. E többnyire ártatlan működési zavarral szemben súlyos, életveszélyes állapot, tüdőoedema alakult ki a 160/min frekvencia feletti tachyarrhythmia miatt nyolc betegünkön. A kineveléssel kimutatta, hogy a lencse „lebeg” a billentyűkosár közepén, sem zárni, sem nyitni nem képes tökéletesen. Öt esetben a ritmuszavar megszűnte után a műbillentyű funkciója normalizálódott (24).

A műbillentyű dysfunctio felismerése

A műbillentyű kóros működése 12 óra—95 hónappal (átlag 34 hónap) a műtét után következett be, 19 esetben viszonylag hirtelen, viharos tünetekkel, akut balszív-elégtelenség, tüdőoedema kíséretében jelentkezett (1. táblázat; 1—19. sorszámú betegek). A műbillentyű dysfunctio következtében kialakult krónikus keringési elégtelenséget, endocarditis lentát, embolizáció tüneteit 24 betegben észleltük (1. táblázat; 20—43. sorszámú betegek). Panaszokat vagy tüneteket nem okozó műbillentyű működési zavart 4 betegben fedeztünk fel (1. táblázat; 44—47. sorszámú betegek). A betegek klinikai állapotromlására jellemző, hogy míg a panasz- és tünetmentes betegek közül a műtét után 3 beteg az I., 21 a II., 22 a III. és 1 a IV. klinikai stádiumba volt besorolható, a dysfunctio idején 4 beteg a II., 11 a III., és 32 a IV. csoportba tartozott. A tachyarrhythmia megszűnése után 5 betegben a klinikai állapot újra a műtét utánival megegyező lett.

A mitralis műbillentyű kóros működésére utalt 16 beteg hallgatózási és PGK lelete, az aorta műbillentyű állandó funkciózavara 9 betegben, időszakos dysfunctioja pedig 3 betegben volt kimutatható. Tachyarrhythmiaiban ezek a vizsgálások a műbillentyű kóros működésére vonatkozóan adatot nem szolgáltatottak 8 betegben. Tüdőoedema állapotában 4 beteget vizsgáltunk, sem zörejt, sem műbillentyű hangjelenséget nem észleltünk. 2 be-

2. táblázat.

Vitium	Vénás hypertonia				Jobb kamra				Bal kamra				Jobb pitvar				Bal pitvar				Aorta				Cardiothoracicus index átlaga	Szívfogat cm ³	átlaga
	I.	II.	III.	IV.	I.	II.	III.	IV.	I.	II.	III.	IV.	I.	II.	III.	IV.	I.	II.	III.	IV.	I.	II.	III.	IV.			
Mitralis	—	—	9	14	—	—	—	—	9	14	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1315 (615—2340) 1686 (769—2762)
Aorta	14	8	3	2	—	13	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1031 (615—1708) 1257 (709—2054)
Multivalvularis	—	—	5	3	—	—	—	—	2	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1296 (987—1696) 153 (1120—1974)

A betegek radiológiai adatai.
(Megjegyzés: a felső sorok a műtét utáni legkedvezőbb, az alsó sorok a műbillentyű kóros működése idején kialakult állapotot mutatják.)

I: postcapillaris pulmonalis hypertonia nincs, illetve normális nagyság.

II: enyhe postcapillaris pulmonalis hypertonia, illetve enyhe tágulat.

III: közepes postcapillaris pulmonalis hypertonia, illetve közepes tágulat.

IV: kifejezett postcapillaris pulmonalis hypertonia, illetve kifejezett tágulat.

teg esetében nem lehetett eldönteni, hogy két protézisük közül melyik dysfunctió. Nem utalt kóros működésre 5 beteg vizsgálati eredménye. A kóros hangjelenségek és PKG jelek azonban nem tükrözik a működészavar okozta haemodynamikai állapotot, így például aorta műbillentyű beültetése után megjelenő protodiastolés zöreje önmagában nem elégséges a regurgitáció mértékének megítélésére, mint ahogy 3 betegünk sem került újabb műtetre, mert az aorta insufficientia perifériás tünetei hiányoztak, a klinikai állapotuk is kifogástalan volt. A műbillentyű dysfunctio gyanújával 7 beteg került echokardiográfiás vizsgálatra. 4 beteg echo felvétele a kóros eltérést kimutatta, 1 betegben a műbillentyű lencséjének szabálytalan echója a műtétnél talált lencsekopásnak felelt meg. 2 esetben dysfunctióra utaló jelet nem láttak. Valamennyi betegben a haemodynamikai viszonyok rosszabbodását jelezte a bal pitvar és a bal kamra tágulatának fokozódása. A műbillentyű kóros működésének kimutatása echokardiográfiával nem mindig sikerül, a negatív eredményű vizsgálat nem jelenti azt, hogy a műbillentyű dysfunctio gyanúja kizárható.

Summatiós mellkasfelvétel

A műbillentyű funkciózavarát a mellkasfelvételekből csak nagyon szerencsés esetben lehet felismerni (31, 41, 54, 67).

2 beteg kórtermi röntgenfelvételén a tüdőoedema mellett a Cross—Jones mitralis lencse fennakadása, illetve a mitralis Björk—Shiley-billentyű varratelégtelensége volt felismerhető. Ezen

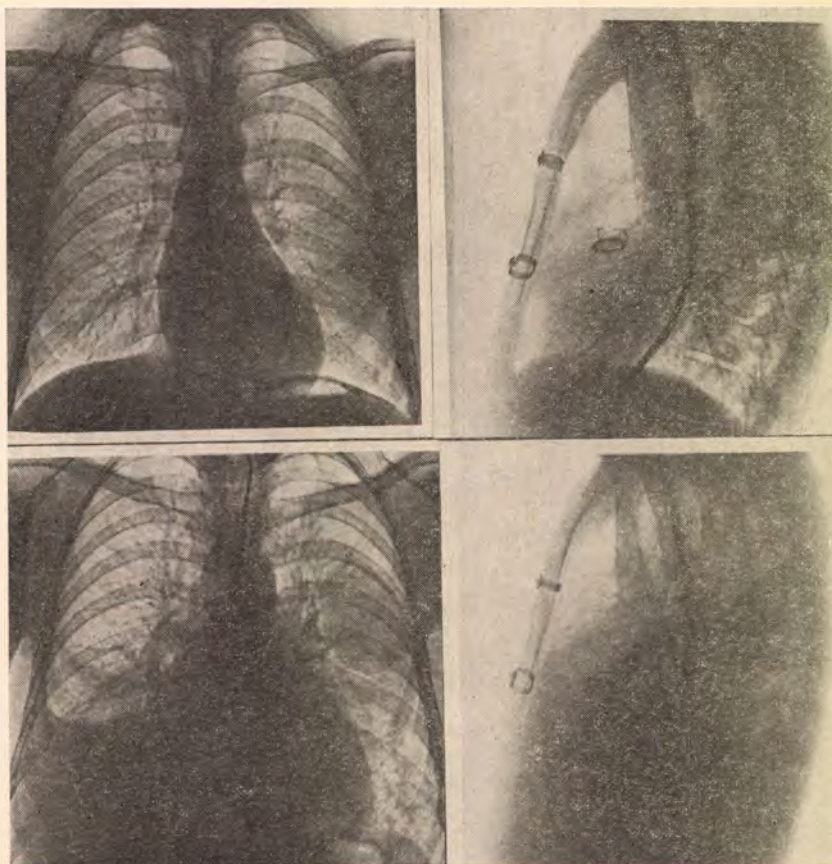
kívül még 3 esetben ismertem fel a mellkasfelvételen a dysfunctiót magán a műbillentyűn.

A kóros működésre gondolni kell, ha az ambuláns ellenőrzések, vagy a kórházi újrafelvételkor készített röntgenfelvételeken a venás nyomásemelkedés röntgentüneteinek, illetve a szív nagyságának csökkenése nem következett be, vagy a műtétet követő regressio után a szív újra megnagyobbodott és a venás nyomásemelkedés fokozódott (3. ábra; 36. sorszámú beteg). Vizsgálataim azt bizonyították, hogy amennyiben a dysfunctio fennáll és következménye haemodynamikailag számottevő, akkor ez a kisvérkör állapotában, a szív térfogatában és a C/T index változásában is megnyilvánul (2. táblázat). A rutinszerűen készített kétirányú mellkasfelvétel korán, gyakran még a keringési elégtelenség klinikai tüneteinek megjelenése előtt felhívja a figyelmet a beteg állapotának rosszabbodására (22).

A betegek radiológiai állapotának rosszabbodása a billentyű trombózisok többségében fokozatosan alakul ki, a varrat-elégtelenség eseteiben a kialakult kóros állapot általában stagnál. A tachyarrhythmia következtében keletkezett radiológiai változások egyik napról a másikra alakulnak ki és a szívfrekvencia rendezése után súlyos elváltozások is visszafejlődnek.

Átvilágítás és natív kino-, spot felvétel

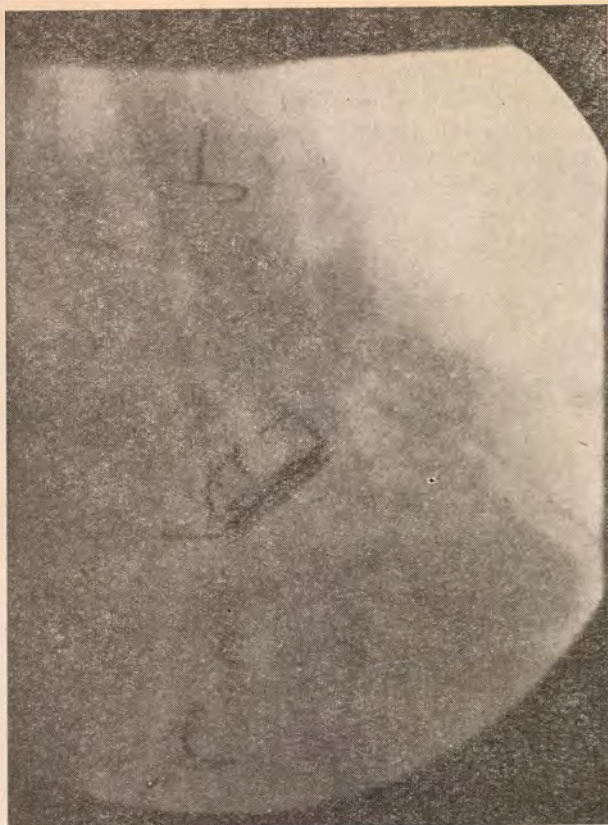
A dysfunctio a legtöbb esetben felfedezhető átvilágítással és natív kino- vagy spot felvétellel (11, 23, 26, 45, 57). A gyakorlatunkban szereplő műbillentyűk legtöbb alkotórésze fémből készült,



3. ábra: A 36. sorszámú beteg vizsgálata

Felül: Kétirányú mellkasfelvétel (műtét után): ép kisvérkör, C/T 0,52; szívtérfogat 1348 cm³. A bal kamra közepes fokban tágult, az aorta nem tágabb, a szájadékban Cross—Jones-műbillentyű (8 hónappal a műtét után)

Alul: Kétirányú mellkasfelvétel (műbillentyű-dysfunctio): jobb oldalon tenyérnyi, bal oldalon a résben jelentős mennyiségű folyadék. C/T 0,67; szívtérfogat: 2057 cm³. Kifejezett bal kamra és bal pitvar tágulat, az aorta nem tágabb. A Cross—Jones-műbillentyű dysfunctió. (41 hónappal a műtét után)



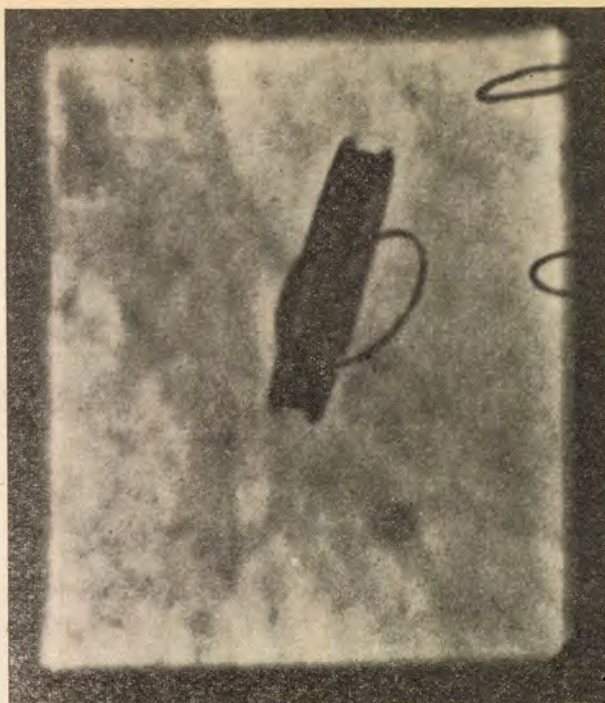
4. ábra: Spot felvétel a mitrális Cross-Jones-billentyőről: a lencse nem tud zárni, fennakad.

így radiológiailag vizsgálható. A záróelem mozgása, a billentyűkosárban való fennakadása, tökéletlen zárása csak akkor ismerhető fel, ha a záróelem is sugárfogó anyagot tartalmaz (35, 36, 37, 52, 62).

Tekintettel arra, hogy a forgalomban levő billentyűtípusok egy részében ez a feltétel hiányzik, az átvilágítás és a natív kinofelvétel vagy spot felvétel nem tud mindig segítséget nyújtani a dysfunctio megállapításához, vagy kizárásához. Ebből a szempontból kedvező a Cross-Jones-műbillentyű kiképzése, mert a lencsébe épített titán-gyűrű mozgása, a zárás és nyitás látható. A golyószelepes billentyűk egyes típusainál is fémgolyót alkalmaztak, a Starr-Edwards-műbillentyű fémgolyójának mozgása, illetve elakadása jól látható (15, 31). A biológiai billentyű záróeleme radiológiai módszerekkel nem ismerhető fel.

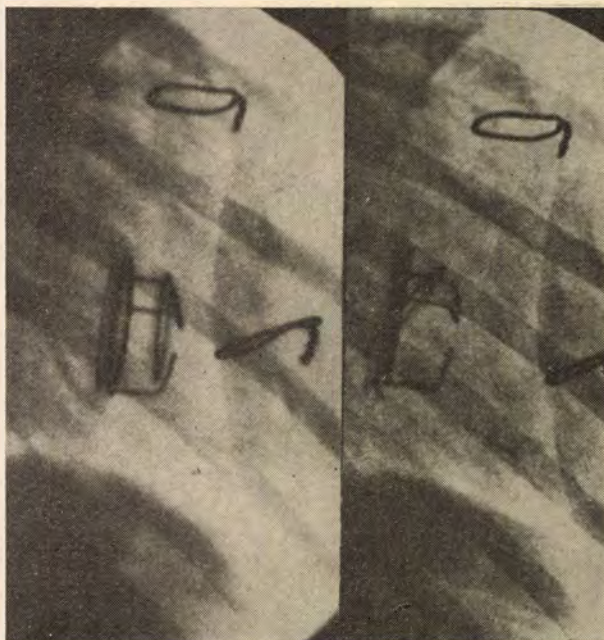
Nem vált be a gyakorlatban a Björk-Shiley-műbillentyű billenő szelepének wolframpor és gyanta keverékével, illetve fémdrótallal való jelölése (14). Jól vizsgálható azonban a legújabb típusú Björk-Shiley-protézis, melynek csapószelepe tantál füstgyűrűt tartalmaz (13). A billenőszelep nyitási szögének kiszámítására bonyolult képletek találhatók az irodalomban. Saját gyakorlatomban jóval egyszerűbb módszert dolgoztam ki a nyitási szög kiszámítására, melyet az irodalmi adatokkal megegyezően 60° -nak ($\pm 2-3^\circ$) találtam (25).

Normálisan valamennyi műbillentyűn kétféle mozgás (26, 32) figyelhető meg: $3-4^\circ$ -os szögeltéréssel saját hosszanti tengelye mentén előre-hátra irányuló és $5-10^\circ$ -os szögeltéréssel erre merőleges irányú rotációs mozgás.



5. ábra: Célzott kamerafelvétel a mitrális Björk-Shiley-protézisről: a billenőszelep maximális nyitási szöge: 35° .

Ha a záróelem mozgása a billentyűkosárban gátolt, akkor annak oka valamilyen felrakódás a műbillentyű alkotórészein (trombus, fibrin, bakteriális vagy gombás növedék stb. Ilyenkor átvilágításnál és a kino-, spot felvételen a lencse tökéletlen zárását, fennakadását meg lehet figyelni (4. ábra). Mivel a lencse nem tud teljesen illeszkedni a gyűrűn, intravalvuláris regurgitáció, illetve ha a növedék az átömlési nyílást szűkíti, stenosis keletkezik. Ezekre a kóros eltérésekre utal a radiológiai



6. ábra: Kinofelvétel oldalirányból: a mitrális szájadékban levő Cross-Jones-műbillentyű záróeleme beüt az átömlési nyílásba, a nyitás szabályos

vizsgálat, ha kimutatja, hogy a billenőselep nyitási szöge szokottnál kisebb (5. ábra). Megállapításaimat alátámasztotta 15 betegünk műtéti lelete, 2 beteg boncolása is megerősítette a diagnózist. 6 beteg klinikuma is arra utalt, hogy a műbillentyűn valamilyen felrakódás van (embolizáció).

Kémiai vagy fizikai változások hatására a sugárfogó golyó vagy lencse záróelem időnként, vagy végleg fennakadhat a kosárban, esetleg egészében, vagy darabokban kilökődik, de az is előfordulhat, hogy a lencse a normális revolúció alatt is élével az áramlás irányába fordul, vagy beüt az átömlési nyílásba. Ezek a radiológiai jelek azt mutatják, hogy a golyó vagy lencse deformálódott, kopott (6. ábra). 2 betegünkben a klinikai adatok, a natív kinofelvétel és az angiokardiográfia alapján billentyűtrombózisra és lencsekopásra gondoltam, de a műtétnél csak az utóbbi igazolódott. Az elvégzett műtét 6 esetben igazolta a radiológiai vizsgálattal feltételezett lencsekopást.

Ha a szögeltérések a normálisnál nagyobbak, a protézis abnormális helyzetű, vagy ha a mozgás jellege megváltozik (vibráló, rázó jellegű lesz), akkor varrat-elégtelenségre kell gondolni (11, 26, 32, 41, 66, 70).

Észleléseim alapján arra a következtetésre jutottam, hogy a varrat-elégtelenséget csak akkor lehet radiológiailag felismerni, ha a varratok jelentős része (legalább harmada) kiszakadt. Saját anyagokban jelentős fokú varrat-elégtelenség esetén ezeket a jeleket minden esetben megtaláltam, a haemodynamikailag elhanyagolható varrat-elégtelenségnél a kino- és spot felvétel negatív eredményt adott. Ezt a megállapítást 3 beteg angiokardiográfias vizsgálata is bizonyította. Megerősítette 2 beteg klinikuma, illetve 1 beteg műtéti lelete, akiknek kinofelvétele kóros eltérést nem mutatott. Megfigyelésem helyességét igazolta 4 esetben az újabb billentyűpótló műtét és 1 beteg boncolása is, valamennyi betegben kiterjedt varrat-elégtelenséget találtak. Az átvilágítást és a natív kinofelvételt mindig el kell végezni, ha varrat-elégtelenségre klinikai vizsgálatok alapján gyanú van.

A kino- és spot felvétel egyszerű, non invazív vizsgáló módszer, bármikor reprodukálható és részletesen elemezhető. Tapsztalataim szerint (22) — más szerzőkkel ellentétben — (1, 26, 39, 64) haemodynamikai és angiokardiográfias vizsgálatok nélkül is csaknem mindig felismerhető a műbillentyű működésében bekövetkező csekély eltérés is, különösen ha ez összehasonlítható a beteg távozásakor készített, úgynevezett alapfelvétellel (24).

A műbillentyű dysfunctio kezelésében az aktuális teendőket mindig a beteg állapota szabja meg, az esetek túlnyomó többségében a kórosan működő billentyűt ki kell cserélni (4, 5, 37, 46).

Összefoglalás: A szerző 47 betegben röntgenvizsgálattal észlelte a műbillentyű kóros működését. A radiológiai vizsgálat eredménye a haemodynamikai viszonyok romlását érzékenyen követi. A kisvérkör, a szív nagyság, és a szívüregek állapotváltozásai a betegek kezelésére, további sorsára vonatkozóan fontos információkat szolgáltatnak.

A röntgenárnyékot adó záróelem működésében bekövetkező csekély eltérés is felismerhető a mindenhol rendelkezésre álló átvilágítással, de legmegbízhatóbban kino- vagy spot felvétellel. A beteg klinikai állapotával együtt értékelt radiológiai vizsgálat eredménye megszabja a további teendőket. Különösen értékes ez a tachyarrhythmia állapotában levő betegekben és azokban, akikben több műbillentyű-beültetés történt, mert ez a non-invaszív módszer nyújtja a legtöbb felvilágosítást a dysfunctio természetére vonatkozóan.

IRODALOM: 1. Ardit, L. I. és mtsai: Roentgenology 1968, 104, 420. — 2. Arrigoni, M. G. és mtsai: J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1973, 65, 376. — 3. Backe, R. J., és mtsai: Chest. 1972, 61, 613. — 4. Bartek I. és mtsai: Cardiologia Hungarica. 1973, 4, 315. — 5. Bartek I. és mtsai: Orvosi Hetilap. 1976, 117, 603. — 6. Bartek I.: Cardiologia Hungarica. 1972, 2, 47. — 7. Beall, A. C. jr. és mtsai: L. A. Brewer: Prosthetic Heart Valves. Springfield III. Thomas. 1969, 319. — 8. Beall, A. C. jr. és mtsai: Ann. Thorac. Surg. 1968, 5, 402. — 9. Bednarik, B., és mtsai: Thorax. 1966, 21, 315. — 10. Bisayara, R. K. és mtsai: J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1974, 68, 116. — 11. Björk, L., Björk, V. O.: Thorax. 1966, 21, 48. — 12. Björk, V. O.: Thorax. 1966, 21, 450. — 13. Björk, V. D. és mtsai: J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1977, 73, 563. — 14. Björk, V. O., Överfors, C. O.: Scand. J. Thor. Cardiovasc. Surg. 1971, 5, 83. — 15. Benček, L. I. és mtsai: Circulation. 1973, 47, 154. — 16. Bozer, A. Y., Karamehmetoglu, A.: J. Cardiovasc. Surg. 1972, 13, 141. — 17. Braunwald, N. S., Bonček, L. I.: J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1967, 54, 630. — 18. Bronchow, I. B. és mtsai: J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1971, 62, 290. — 19. Carpentier, A., Dubost, C.: London, 1971. Butterworth. 515. — 20. Dubiel, W. T. és mtsai: Ann. Thorac. Surg. 1973, 15, 140. — 21. Edgett, J. W. és mtsai: Circulation. 1967, 36, 422. — 22. Ifj. Erdélyi, M., Lónyai T.: Magyar Radiológia 1977, 29, 129. — 23. Ifj. Erdélyi M., Lónyai T.: Magyar Radiológia 1977, 29, 95. — 24. Ifj. Erdélyi M.: Kandidátusi disszertáció, Budapest 1978. — 25. Ifj. Erdélyi M.: Cardiologia Hungarica (közlésre elfogadva). — 26. Feist, J. H., Magovern, G. J.: Radiology 1967, 88, 791. — 27. Fishman, N. H. és mtsai: Surgery 1970, 67, 807. — 28. Frazin, L. és mtsai: Circulation 1974, 40 (Suppl. 3.), 41. — 29. Gaál, T. és mtsai: Magyar. Kard. Társaság Tudományos Ülése, Balatonfüred 1977. — 30. Gage, A. és mtsai: Arch. Surg. 1970, 101, 384. — 31. Gimenez, J. és mtsai: Am. Journal of Roentgenology 1968, 103, 595. — 32. Gimenez, J. és mtsai: Amer. J. Med. Sci. 1965, 250, 52. — 33. Hodam, R. és mtsai: Circulation 1970, 41—42. (Suppl. II.), 33. — 34. Hope-man, A. R. és mtsai: J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1970, 60, 51. — 35. Horsley, H. T. jr. és mtsai: Circulation 1970, 41—42 (Suppl. II.) 39. — 36. Hylen, J. C. és mtsai: JAMA 1969, 207, 1920. — 37. Hylen, J. C. és mtsai: J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1971, 61, 403. — 38. Kastor, J. A. és mtsai: J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1968, 56, 297. — 39. Kokkinos, V. és mtsai: J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1971, 62, 947. — 40. Lansing, A. M.: Radiology 1967, 88, 789. — 41. Larmi, T. K. I., Karköla, P.: J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1947, 68, 66. — 42. Lee, M. E. és mtsai: J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1972, 63, 809. — 43. Lillehei, R. C., és mtsai: In Norman, J. C., ed: Cardiac Surgery, New York, Meredith Publishing, Co. 1967, 437. — 44. Linhart, J. W., Wehat, M. W.: Circulation 1966, 35, 343. — 45. Lónyai T.: Kandidátusi értekezés. Budapest, 1976. — 46. Lónyai T., Árvay A.: M. Belorv. Arch. 1972, 25, 217. — 47. Lónyai T., és mtsai: Orvosi Hetilap 1974, 115, 667. — 48. Lónyai T. és mtsai: Acta Chir. Ac. Sci. Hung. 1973, 14, 43. — 49. Lónyai, T. és mtsai: Cardiologia Hungarica 1975, 4, 27. — 50. Marsten, J. L. és mtsai: Ann. Thorac. Surg. 1968, 6, 262. — 51. Mond, H. G. és mtsai: J. Thorac. Cardiovasc. 1972, 64, 186. — 52. Mulder, G. A. és mtsai: J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1974, 68, 393. — 53. Murphy, G. W. és mtsai:

J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1970, 60, 253. — 55. Niles, N. R.: J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1970, 59, 794. — 56. Padula, R. I. és mtsai: J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1968, 56, 790. — 57. Paquet, E. és mtsai: Can. Cardiovasc. Radiol. 1978, 1/4, 229. — 58. Roberts, W. C. és mtsai: J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1966, 52, 189. — 59. Robinson, M. J. és mtsai: Ann. Thorac. Surg. 1971, 11, 11. — 60. Roe, B. B. és mtsai: Soc. Thorac. Surg. Meet. 1975, 12. — 61. Schnitzler, R. N., Yu, P. N.: Circulation 1974, 41—42 (Suppl. III.), 9. — 62. Scott, S. M.: Ann. Thorac. Surg. 1971, 11, 605. — 63. Seabra-Gomez, R. és mtsai: Thorax. 1973, 28, 235. — 64. Shepherd, R. L. és

mtsai: J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1973, 65, 252. — 65. Smithwick, V. III. és mtsai: Soc. Thorac. Surg. 1 lth. Ann. Meet. 1975, 14. — 66. Stinson, E. B. és mtsai: J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1968, 56, 554. — 67. Thomas, V. T.: J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1971, 62, 27. — 68. Vandenberg, R. A. és mtsai: Circulation 1969, 39, 197. — 69. Van der Veer, J. B. jr. és mtsai: Circulation 1971, 43—44 (Suppl. I.), 62. — 70. White, F. és mtsai: Circulation 1973, 48, 882. — 71. Windsor, H. M., Flanagan, P.: Thorax. 1968, 23, 11. — 72. Windsor, H. M., Shanahan, M. X.: J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1967, 53, 820.

HALOPERIDOL

tabletta, injekció, cseppek

ÖSSZETÉTEL:

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

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

JAVALLATOK: Minden olyan körkép, amely motoros és pszichés agitációval jár, mania, oligophrenia, paranoid, hallucinatos állapotok és epileptiformis psychosók, delirium tremens, Huntington chorea, csillapíthatatlan hányás.

ELLENJAVALLATOK: Izomtónus fokozódásával járó extrapyramidalis megbetegedések és az anamnezisben 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). Felelőttek átlagos orális 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 ($\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{2}$ tablettát 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, izomhypertonía vagy egyéb parkinsonszerű tünetek léphetnek fel. Ezek a tünetek az adag csökkentésére vagy a kezelés átmeneti abbahagyása után spontán megszűnnek, illetve antiparkinsonos szerekkel kupírozhatók.

KÜLSŐNHATÁSOK:

A Haloperidolt ne alkalmazzuk együtt:

- anticholinerg készítményekkel (növekedhet az intraocularis nyomás),
- központi idegrendszeri bénítókkal (hatásfokozódás),
- MAO inhibitorokkal (hatásfokozódás),
- antihypertenzívumokkal (hatásfokozódás),
- triciclikus, depressió 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. kezelése 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 szakmállyal illetékes fekvőbeteg-ellátó osztály, szakrendelés (gondozó) szakorvosa javasolja.

Az injekciót az a szakrendelés (gondozó) szakorvosa rendelheti, aki a gyógyszer javallatát szerint betegség esetén a beteg gyógyszerelésére területileg és szakmállyal illetékes. Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtethető.



CSOMAGOLÁS:

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

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.

NAPROSYN

tabletta

mV 200 Antirheumatica

ÖSSZETÉTEL:

1 tabl. 250 mg naproxent tartalmaz.

HATÁS:

A Naprosyn tabletta gyulladás-gátló, láz- és fájdalomcsillapító hatású, nem szteroid jellegű készítmény. Gyulladásgátló hatása adrenalectomizált állatokon is jelentkezik, ami azt jelzi, hogy nem a hypophysis – mellékvese humoralis regulációs rendszeren keresztül, hanem közvetlenül hat. Gyulladásgátló hatásának pontos mechanizmusa – hasonlóan más gyulladásgátlókéhoz nem ismert, de feltételezhető, hogy a prosztaglandin-szintetáz gátlásának nagy szerepe van a gyulladás-csökkentő hatás kialakulásában. A többi nem szteroid 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), arthritis különféle formái, syndylosis, spondylarthritis, extraarticularis rheumatismus különböző formái (lumbago, egyéb myalgia, fibrositis, neuralgia, bursitis, periarthritis humeroscapularis, epicondylitis humeri stb.)

ELLENJAVALLATOK:

Gyomor- és nyombélfekély, továbbá kifejezett máj- és vesekárosodás esetén csak állandó orvosi ellenőrzés mellett adható.

Terhesség alatt nem rendelhető. 16 évesnél fiatalabb betegek ne szedjék a gyógyszert, mivel jelen pillanatig fiatalkorúakon 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 tabletta is adható (750 mg össz-dózis) a fájdalomak napszakos jellege szerint: 2 tabletta reggel, 1 tabletta este, illetve 1 tabletta reggel és 2 tabletta este. Hosszan tartó kezelés alatt az adagolás napi 375–750 mg-os határokon belül változtatható, a megfelelő adagokat ugyancsak naponta kétszer kell beadni.



MELLEKHATÁSOK:

Ritkán gyomorfájás, gyomorfájás, telítettség érzés, enyhe szédülés vagy rosszullet, fejfájás, a gyomorbéltraktusban átmeneti jellegű vérzés. Igen ritkán bőrkütiés, thrombocytopenia.

GYÓGYSZER-KÖLCSONHATÁSOK:

Kerülendő az együttadás

– magnéziumoxid és alumíniumhidroxid tartalmú antacidumokkal gátolják a Naprosyn felszívódását);

Csak óvatosan adagolható:

- orális anticoagulansokkal (anticoagulans hatás fokozódik);
- szulfanilurea típusú antidiabetikumokkal (hypoglykaemia veszélye);
- difenilhidantionnal (ennek szérumszintjét toxikusig emelheti);
- szulfonamidokkal (ezek toxicitását fokozhatja);

FIGYELMEZTETÉS:

Szalicilérzékeny egyénekben urtikariát, 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) ismételhető.

CSOMAGOLÁS:

30 db tabletta 22,- Ft.

Forgalomba hozza: ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR, Tiszavasvári,

Syntex licencia alapján

Városi Kórház, Szentes
Általános Sebészeti Osztály
(főorvos: Gergely Mihály dr.)
Röntgen Osztály és Endoscopia
(főorvos: Csípő László dr.)
Kóronctan-Kórszövettani Osztály
(főorvos: Benkó Gábor dr.)

Korai gyomorrák eseteinkről két európai felmérés tükrében

Gergely Mihály dr., Csípő László dr.,
és Benkó Gábor dr.

Hazánkban évente hozzávetőleg 6000 ember pusztul el gyomorrákja miatt. E betegség gyakorisága földrajzilag nagy ingadozásokat mutat — míg Japánban, Chilében és Izlandon ez az incidencia ugyancsak 60/100 000 lakos, Amerikában, Kanadában és Ausztráliában csupán 8—14/100 000 az előfordulási arány (31). A gyomor rákjának szomorú jellegzetessége, hogy az esetek jelentős részében már későn ismerik fel, és az előrehaladott kórral még az agresszív sebészeti felfogás (15) is az esetek mintegy felében már reménytelenül veszi fel a harcot. Ha mindehhez hozzászámítjuk, hogy a — látszólag — radikálisan operált betegek 5 éves túlélése is legfeljebb 10—30% (10), a betegségről alkotott összkép meglehetősen komor.

Mint minden daganatos betegségben, e szerv rákja esetén is nyilvánvaló, hogy a gyógyítás eredményeinek javítása csak a korai kórismétől várható. Nem minősíthető véletlennek, hogy e téren Japán messze megelőzte az érintett országokat; technikailag rendkívül fejlett, elsősorban gastrokamerával végzett szűrésük segítségével elérték, hogy operált gyomorrák-eseteik több mint 1/3-át, olykor 40%-át korai stádiumban felismerik (20, 34, (36), ez pedig mintegy 92—98%-os 5 éves túlélést jelent (26).

Ha e lehetőségek és eredmények ma még távol is állnak tőlünk, a szakirodalom e témáról szóló cikkei rohamosan szaporodtak (1. táblázat) és örömmel észleljük, hogy hazánkban is egyre több alkalommal sikerül korai gyomorrákot felfedezni, elsősorban az elengedhetetlen és jól összehangolt csoportmunka következtében.

1. táblázat. Néhány közlemény jellemző adatai a korai gyomorrákokról

Szerző (irodalmi hivatkozás)	Idő-tartam (év)	Korai gyomorrák (eset-szám)	Gyomorrák (korai rák arány (%))
Dobroschke és mtsai (7)	14	53	7,0
Bergmann és mtsai (5)	7	48	11,4
Qizilbash és mtsai (42)	1	5	—
Büttner et al (6)	3	23	12,0
Schlag et al (45)	15	60	6,3
Figus és mtsai (13)	—	37	—
Györffy és mtsai (21, 22)	10	4	4,2
		(+7)	
Döbrönte és mtsai (9)	3,5	11	10,5
		(+6)	
Yamada és mtsai (56,57)	6	195	17,8
Ichikawa és mtsai (24)	6	256	19,9
Saját anyag	4	10	7,0

Korai ráknak nevezzük a gyomor-carcinoma azon formáját, amelyben a daganatos átalakulás a gyomorfallal rétegeiből csupán a nyálkahártyát — és a submucosát — érinti, és nem éri el az izomréteget (1. ábra). A korai minősítést az előbbi mélység-kritérium mellett nem befolyásolja az elváltozás lap szerinti kiterjedése, esetleg többgócú — polytop — volta. Ez utóbbi lehetőségek gyakorlati jelentőségűek: azt jelentik, hogy olykor a felületes korai folyamat ellenére, annak kiterjedése miatt subtotális gyomorcsonkolás, vagy akár a gyomor teljes eltávolítása is szükséges lehet (30). Betegeink között is van erre példa. A lap szerinti kiterjedés emellett befolyásolja a túlélést is (17). A korai rákot a Japán Endoscopos Társaság világszerte elfogadott beosztása szerint a felülethez való viszonya (kiemelkedő, felületes, kivájt) alapján 3 típusba sorolják (1. ábra).

A kezdeti gyomorrák e fontos stádiumát *Gutman* és *Bertrand* már 1934-ben leírták (cit. 38). mégis Európában csak 1975-ben készült el az első nagy összefoglaló statisztika a kontinens korai gyomorrák helyzetéről, *Miller* és *Kaufman* feldolgozásában (33). Eszerint 1968 és 1973 között több mint 300 000 endoscopyaával közel 19 000 gyomorrákot fedeztek fel, és ezekből 1170 (6,3%) bizonyult az előbbi feltételek szerinti korai carcinomának. Hazánk 109 esettel és jelentős számú tükrözéssel, valamint hízegő korai rák/endoscopia



1. ábra: A korai gyomorrák formái a felszínhez való viszonyában

2. táblázat. **Korai gyomorrák Európában, 1968–1973**
(Miller és Kaufman 1975-ös, svájci összesítésének részlete)

Ország	Gastros- copia*	Felfede- zett* gyomor- rák	Korai rák	Korai rák/ gastros- copia
NSZK	127 000	5 400	454	0,36
Csehszlovákia	10 000	480	8	0,18
Finnország	13 000	210	6	0,05
Hollandia	1 700	124	3	0,17
Spanyolország	12 000	1 200	34	0,28
Svájc	20 000	1 000	57	0,29
Svédország	1 990	291	12	0,60
Magyarország	11 500	900	109	0,95
Összesen	300 000	18 000	1170 (6%)	—

* a könnyebb áttekinthetőség kedvéért kerekített számok

3. táblázat. **Korai gyomorrák Európában, 1968–1977**
(Miller és Froelicher 1978-as összesítésének részlete)

	Gyomorrák- halálozás 100 000 lakos (ffi)	Gyomorrák- halálozás 100 000 lakos (nő)	Gastroszcopiák száma**	Korai gyomorrákok száma	Korai rák/ gastroszcopia
Magyarország	40,17	20,63	40 800	184	1:222
Csehszlovákia	36,28	18,33	7 800	15	1:306
NSZK	30,59	16,63	133 000	415	1:320
Finnország	30,60	15,45	14 500	27	1:534
Spanyolország	27,11	14,81	22 100	63	1:350
Hollandia	23,28	11,72	15 400	29	1:529
Svájc	21,19	11,31	32 300	98	1:370
23 ország összesített mutatói			554 560	1743 (6,3*)	1:334

* A korai gyomorrákok aránya az összes gyomorcarcinomán belül

** A könnyebb áttekinthetőség kedvéért kerekített számok

4. táblázat. **A fiberoscopiás gyomorzvizsgálatok
számának alakulása kórházunkban
és a korai gyomorrák előfordulása**

	1974	1975	1976	1977	1978	1979	Ösz- sze- sen
Endoszcopiák száma	?	35	117	265	407	351	1175
Biopsziák száma	?	3	23	90	300	108	524
Korai rákok száma	—	1	2	3	1	3	10

5. táblázat. **Gyomorrák-műtétek kórházunkban
1975. X. — 1979. XII. 31. között**

RADIKÁLIS MŰTÉT:	totalis gastrectomia	17	65 (45,8%)
	subtotalis csonkolás	48	
Palliatio és feltárás	gastrectomia	1	
	resectio	7	
	GEA	15	77 (54,2%)
	Tygon-cső	2	
	Roux-kacs	2	
	exploratio	50	

142 műtét

Korai rák: 10 eset = 7,0%

arányal szerepel e statisztikában (2. táblázat). Az újabb felmérés — melybe a közleményünkben szereplő eseteink egy része is bekerült — már több mint félmillió gastroszcopiáról tudósít, és 1978-ig 1743 korai gyomorrákot jelez Európában, melyek aránya azonban az összes gyomor-carcinomán belül változatlanul 6% körül van (35). (3. táblázat).

Különös jellegzetessége az e témáról írt közlemények zömének — Japánon kívül —, hogy a korai gyomorrák esetek többségét főleg az utóbbi 3–4 évben ismerték fel. Így kanadai szerzők (42) az előző 10 évben hasonló esetet nem észleltek, viszont egy év leforgása alatt öt ilyen beteget fedeztek fel; német sebészek 3 év alatt 192 gyomorrák-ból 23-at minősíthettek korainak, ami 12%-nak felel meg (6). A Szegedi OTE I. Belgyógyászati Klinika endoscopos laboratóriuma az utóbbi 3 évben

1905 endoszcopiából 105 gyomorrákot talált és ezekből 11 (később további hat) bizonyult korai carcinomának (9); míg betegeink között az utóbbi 4 évben 10 ilyen esetet észleltünk. Ezt megelőzően kórházunkban csupán egy korai gyomorrákot — és azt is utólag és véletlenül — kórisméztek (2). Valószínű, hogy ez az endoszcopiák és biopsziák számának növekedésével függött össze (4. táblázat).

Eseteink

1975. okt. 1. és 1979. dec. 31. között, tehát valamivel több mint 4 év alatt kórházunk általános sebészeti osztályán gyomorrák miatt 142 műtétet végeztünk (5. táblázat). Érdemi beavatkozás (radikális csonkolás, totalis gastrectomia) 65 esetben (45,8%-os rezekabilitás), míg palliatio vagy csupán feltárás 77 betegen történt (54,2%). A radikálisan operált csoportban — 65 beteg — halálozás nem volt. Korai rák miatt 10 műtétet végeztünk (a 6. táblázatban szereplő 5. beteg májattéte miatt már nem volt korainak minősíthető!), ami az esetek 7%-ának felel meg. Betegeink fontosabb adatait a 6. táblázat foglalja össze.

Elemzés

Az esetek főbb összefüggései a táblázatból ki-
derülnek. Betegeink túlnyomó többsége fekélybe-

6. táblázat. Korai gyomorrák eseteink fontosabb adatai

Nem és kor	Kórelőzmény	Röntben	Tükrözés	Biopsia	Megoldás; időpont	Szövettan	Vércsoport	Típus
1. V. Gy. ♂ 42	5 éves gyomorpanaszok; 2 éve kimutatott gyomorfekély az antrumban, a kisgyömbületen	pozitív (ulcus?)	pozitív (tu?)	pozitív (rák)	Gastrectomia totalis 1975. XI. 9.	Adenoc. ulcerativa (+reg. metast)	A +	II/c+III. SM
2. E. I. ♂ 76	Régi fekélybetegség; közelmúltban melaena.	pozitív (?)	pozitív (gyógyult fekély?)	—	Resectio ventr. B. II. 1976. VIII. 2.	Adenoc. (rég. fekélyes heg szélén)	A +	II. c. M
3. L. I. ♂ 52	20 éves gyomorpanaszok; 4 éve fekély — 1-szer vérzés is. Alkoholista (idegostályról átvétel)	pozitív (tu?)	pozitív (ulcus malign?)	pozitív (rák)	Resectio ventr. subtot. B.II. 1976. XI. 17.	Ca. solid. simpl. part. adenomat. (fekélyszélben)	A +	II. c. SM
4. Sz. M. ♀ 52	14 éves gyomorpanaszok; haematemesis miatt belgyógyászati kivizsgálás	pozitív (ulcus)	(negálta)	—	Resectio ventr. B. I. 1977. VI. 3.	Gastritis chr. atroph. Intest. metapl. Ulcus Chr. Ca. ex ulcere	A +	II. c. M
5. B. G. ♂ 47	Izületi panaszok (paraneoplasia?) Akut gyomorvérzés, erosiv gastritis; A második tükrözés vetette fel a gyanút.	pozitív (ulcus)	1. Erosiók 2. Tumor	1. — 2. pozitív (rák)	Resectio ventr. subtot. B. II. +lobus quadratus resectio 1977. VIII. 1.	Gastritis chr. prae at. Intest. metapl. Cc. medull. ex. (máj u. a.)	A +	II. c. SM
6. L. J. ♂ 59	3 éves gyomorpanaszok; utóbbi időben 5 kg fogyás.	pozitív (viharos spastikus antrum)	pozitív (ulcus)	pozitív (rák)	Resectio ventr. B. I. + cseplez res. 1977. VIII. 25.	Adenoc. mucocellulare (fekélyszélben)	B +	II. c. M
7. M. M. ♂ 51	10 éves gyomorpanaszok; 1974-ben pylorustáji, majd kisgyömbületi fekély kimutatása	pozitív (ulcus)	Pozitív (gyógyuló fekély)	negatív	Resectio ventr. B. I. 1977. IX. 21.	Tu. in situ carcin. (fekélyszélben)	O —	— M
8. K. I. ♂ 70	Mintegy fél éves gyomorpanaszok; melaena miatt 1977 nyarán bel. kezelés; akkor biopsia igazolta a tu. gyanút. Opust negálta. Most újabb vérzés!	pozitív	pozitív (?)	3166/77 ua. 254—55/78 pozitív (rák)	Gastrectomia tot. 1978. I. 27.	Adenocarcinoma exulcerans	A +	II. c.—III. M
9. P. J. ♀ 70	10 éve „epekövesség”; de most ép epevezetőrendszer. Rtg. mutatta ki a „fekélyt”.	pozitív (ulcus)	pozitív	pozitív	Resectio ventr. B. II. +omentectomia 1979. II. 22.	Ca. solidum part. sigillocellulare exulcerans. Gastr. chr. atroph. intest. metapl.	B +	II. c. M
10. F. Gy. ♂ 65	Pár éves bizonytalan gyomorpanaszok. Most 5 hónapja fájdalom, fogyás, húsdor, étvágytalanság; azóta vizsgálgatták (epe- rtg. irrigoscopia, stb.) Gyomor rtg. 1979. III. 30-án; scopia másnap.	pozitív angulusban falmerevség, szabálytalan felület depressio v. exulceratio	pozitív (nem egyértelműen malignus)	?	Resectio ventr. B. I. + omentectomia 1979. IV. 9.	Ca. solidum part. scirrhosum (ulcuscc. korai form.)	O +	II. c. M
11. H. K. ♂ 74	Minimális panaszok; körzeti orvosa a negatív rtg. ellenére scopiára küldte (I)	negatív	pozitív	pozitív	Resectio ventr. + omentectomia 1979. XII. 18.	Adenoc. part. solid. ventr. Gastr. chr. praect. metapl.	A +	II. a. M

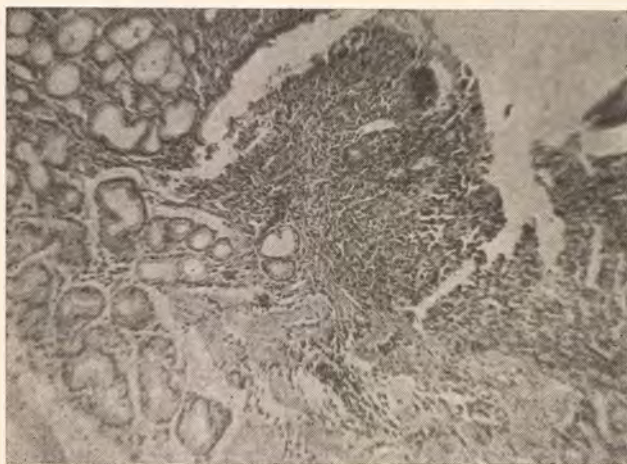
* Az 5. eset a májélettét miatt nem minősíthető korainak.

M = mucosa
SM = submucosa.



2. ábra: Jellegzetes, kifekélyesedett, a kiscsőbületen elhelyezkedő kiterjedt elváltozás, ami teljes gyomoreltávolítást tett szükségessé (6. táblázat, 8. eset)

tegségben szenvedett; a tumoros beszűrődés a 4. és a 7. esetben meglepetés volt, míg a 2. esetben (bár biopsia technikai okokból nem történthetett), előzetes szövettan nélkül is — gastrotomia segítségével — a csonkolás mellett döntöttünk és már a preparátum makroszkópos műtői vizsgálatakor felvetettük a korai rák lehetőségét. Ez különben gyógyult fekély hegében keletkezett rák volt, amilyenről Kawai tesz említést (25). 8. esetünk ismételt gastrointestinalis vérzéssel került intézeti kivizsgálásra és kezelésre, egy alkalommal pedig (5. eset) a szövettanilag korai rák vérző erosiv gastritis képében jelentkezett; a vérzés megszűntével a tükrözés megismétlése és a biopsia tisztázta a körkép hátterét. A *gastrointestinalis vérzés képében jelentkező korai gyomorrák feltétlenül szót érdemel*; hasonló esettel klinikopatológiai konferencián találkoztunk (27) és ez a szövödmény is arra int, hogy az erosiv gastritist általában következménynek minősítsük és mindig kutassunk a kiváltó ok után. Ez a betegünk volt az egyetlen, akinek a műtétkor távoli — soliter máj- — áttétet is észleltünk és ezért a lobus quadratus csúcsát is rezekáltuk. Még egy betegben (1. eset) talált a szövettani vizsgálat áttétet egy tájéki nyirokcsomóban; e betegünk több mint 4 évvel a teljes gyomoreltávolítás



3. ábra: Csak a nyálkahártyában elhelyezkedő rákos beszűrődés görccsövi képe (kb. 40X-es nagyítás)

tás után jól van. Az eltelt rövid idő — elsősorban többi betegünkön — természetesen nem elegendő a túlélés értékeléséhez, noha egy kivételével életben vannak; a műtét idején 73 éves betegünk (6. táblázat, 8. eset) a totális gastrectomia után egy évvel ismeretlen okból állítólag meghalt.

Kiemelendőnek tartjuk, hogy 11 beteg közül 10-ben a gyomorröntgen vizsgálata kóros elváltozás direkt vagy indirekt jeleit mutatta, vagyis pozitív volt! Egy betegünkön nem történt tükrözés (4. eset; a beteg nem egyezett bele) és két további betegen biopsia (2. és 10. eset); a további 8 betegen végzett kicsipésekkel a rákot 7 alkalommal sikerült műtét előtt igazolni (az egyetlen negatív biopsia a fekélyszéli in situ ca esetében érthető).

A műtégi megoldás két esetben — az elváltozás nagy kiterjedése miatt (2. ábra) — totális gastrectomia volt, három alkalommal Billroth II. típusú csonkolás és öt ízben Billroth I. típusú resectio, általában a csepleszek eltávolításával.

Szövetileg a 10 esetből hat betegen lehetett a korai rák fekélyes eredetét egyértelműen igazolni (2., 3., 4., 6., 7., 10. eset); ezek egyike (7. eset) in situ rák volt. A 6. esetben a daganat polypoidnak bizonyult. Jellegzetes, csak a mucosát beszűrő rákot mutat be a 3. ábra. A rákok kiterjedése és elhelyezkedése elég változatos volt. A korai rák három alkalommal terjedt a submucosára is, míg nyolc betegen csak a nyálkahártyát szúrta be. Az elváltozások típusbeosztásukat illetően zömmel a II. c. csoportba (1. ábra) voltak illeszthetők. Hét beteg vércsoportja A pozitív volt, kettő B pozitív, és ugyancsak kettő 0-ás; ez utóbbiak között volt az egyetlen Rh-negatív beteg.

Megbeszélés

A szerény esetszám nem kevés diagnosztikus nehézséget, buktatót, sebésztechnikai gondot takar; talán úgy fogalmazhatnánk, hogy mint cseppben a tenger, e kis betegcsoportban is megtalálható a korai gyomorrák-kérdés szinte valamennyi alapvető jellegzetessége és persze kérdőjele is.

Statisztika és endoscopia. Sajnos, mint műteti összefoglalónk jelzi, gyomorrákos betegeink több mint felét elkésve operáljuk — ez egyébként az európai helyzetet tükrözi (23). Érdekes, hogy míg az előrehaladott gyomorrák szomorú rezekabilitási aránya Európa-szerte hozzávetőleg egyformán rossz, a tükrözések effektusában óriási különbségek vannak az egyes európai országok között. Miller és Kaufman európai statisztikáját (33), 22 ország megfelelő adatait említettük már és rövidítve ismertetjük (2. táblázat).

Az abszolút számok és az arányok egyaránt érdekesek, különösen említést érdemel azonban az endoscopiák hatékonyságát, eredményességét mutató korai rák/gastroscoopia arány: feltűnő, hogy ez Finnország esetében igen alacsony, 0,05, Csehszlovákiában 0,18, Svédországban 0,60 és hazánkban — e statisztika szerint — a legkedvezőbb az arány, 0,95!; ami azt jelenti, hogy átlagosan alig több mint száz gyomortükrözéssel fedeztünk fel egy korai rákot. Felmérésünk (4. táblázat) ennek hozzávetőleg megfelel (1175 tükrözés/10 korai rák).

1978-ban már 10 éves európai eredményeket foglalt össze Miller és Froelicher (35); eszerint a gyomorrák-halálozásban vezetünk és változatlanul az élen járunk a korai rákok kimutatási arányában, bár ez már 1:222-re csökkent a tükrözések számának jelentős növekedésével párhuzamosan (3. táblázat). Kétségtelen, hogy a tumorok esetében végzett gastroscopiák számából, illetve arányából bizonyos következtetések vonhatók le az illető ország egészségügyi, diagnosztikus kultúráját illetően (29), mégis úgy tűnik, a vizsgálatok számának növelése bizonyos határon túl már nem jelenti az effektus növekedését is; ezt támasztanak alá számadataink is (4. táblázat, 1977—1978—1979), ami — anyagunkban — látszólag a biopsziák számára is vonatkoztatható (1979-ben a biopsziás eszköz kényszerű kímélése mellett az előző évihez viszonyítva harmadannyi kicsipéssel több korai rákot fedeztünk fel). Valójában a tükrözések nagy részében a biopsziák számának növelése pótolhatatlan lehetőséget jelent, különösen ha figyelembe vesszük azt is, hogy olykor korai gyomorrák első tünete az akár masszív gyomorvérzés (lásd a 6. táblázat 5. és 8. betegét). Ez indokolja a vérző gyomorelváltozások rutinszerű biopsziáját; ha ugyanis a beteget 2—3 napon belül nem kell megoperálni, a szövettani lelet lényegesen befolyásolhatja a műtéti megoldást.

Műtéti megfontolások. Alapvető szempont, hogy a daganatos gyomor csonkolását a fekélyműtétek során megszokottól eltérően kell végezni (39); a preparátum magába kell foglalja a csepleszeket és a tájéki nyirokcsomókat is. Többé-kevésbé ugyancsak alapelv a Billroth II. típusú megoldás választása — mi is ezt követjük, de gyanítottan korai, illetve igen kis elváltozásnál Szabolcs gyakorlata alapján (46) megengedhetőnek tartjuk a radikális kimetszés után a gastroduodenostomiát, ha az feszülés nélkül elvégezhető. Egyetértünk az azzal a felfogással, hogy kiterjedt csonkolást — beleértve a totalis gastrectomiát is — csak indokolt egyes esetekben helyes végezni (1). Anyagunkban két alkalommal volt olyan kiterjedt a kiscsörgületes felületes folyamat, hogy a gyomor egészének eltávolítása nélkül az radikálisan nem lett volna operálható. Kétségkívül gyakoribb az az eset, amikor az aborális gyomorfélben meghúzódó kicsiny elváltozás a műtét alkalmával kívülről nem is észlelhető. A gastrotomia sokszor hangsúlyozott fontossága (48) újabb jelentőséget nyer ma a gyomor testében vagy antrumának kezdetén elhelyezkedő korai rákok pontos intraoperatív lokalizációjakor. Magunk több alkalommal műtét közben a megnyitott gyomor mellett konzultáltunk egymással és az endoscopos vizsgáló útmutatása alapján határoztuk meg a csonkolás szintjét.

Növekvő gondot jelent — mint már említettük —, hogy a korai rák egyre gyakrabban (27, 30) első tünetként vérzéssel ad hírt magáról; Pichlmayr és Meyer 54 esetéből 13 vérzett (40). Miután tendencia — amit magunk is követünk —, hogy főleg idősebb betegeken sebészi beavatkozást igénylő vérző gyomorelváltozások esetén azt nem csonkolással, hanem valamilyen lokális megoldással (vagotomia védelmében végzett aláöltés vagy

fekélykimetszés, szükség szerint drainage-műtéttel) orvosolják, korai gyomorrák vérzése esetén ez az eljárás nyilván elégtelen és nem megengedhető. A helyzet egyéni mérlegelése és a megfelelő műtéti mód megválasztása esetenként elengedhetetlen.

Diagnosztika és „fokozott kockázat”. Valójában szükséges lenne minden veszélyeztetett korú, gyomorpanasszal jelentkező beteg korai rák kimutatására irányuló komplex kivizsgálása (13, 23). Ezt Japánban évente félmillió emberen végzik el; hazánkban ma ez még elképzelhetetlen. Így változatlanul óriási jelentősége van a korrektil elvégzett és helyesen értékelt első gyomorröntgen vizsgálatnak. Még a tapasztalt röntgenorvosnak is nagy segítséget jelentene ebben a képerősítő használat (4, 14, 16); Frick szerint (14) ez megkétszerezi a kórismézési valószínűséget! A kérdés röntgenvonatközösait illetően utalunk az annak idején az Orv. Hetil. hasábjain huzamosan folytatott vitára, illetve jó néhány hazai közleményre (3, 4, 13, 18, 21, 24, 51, 52), melyek tárgyalják vagy érintik a korai kórisme egyik punctum saliens-ét, az ulcuscarcinoma kérdést is (22, 41). Többek között Benkő már 10 évvel ezelőtt — japán közlésekre hivatkozva — kiemelte, hogy a korai gyomorrákok között rendkívül gyakori az ulcuscarcinoma: arányuk 60—70%-ra tehető (4)! Szerény tapasztalataink ezzel megegyezők. Ez egyben azt is jelenti, hogy az idült gyomorfekélyeket helyes megoperálni; ha ez valamilyen okból nem lehetséges, rendszeres endoscopos ellenőrzésre szorul az ilyen beteg — ezt az elváltozást már nem röntgennek kell nyomon követni! Ebben tehát „átveszi az endoscopia a radiológia szerepét” (22), míg az alapvizsgálásban szerepe ma is meghatározó — de most már endoscopiával kiegészítve. Szerencse, hogy „ez országos szinten” talán már nem „a távoli jövő zenéje” (3). Tudomásul kell venni, hogy fiberoscopia nélkül korszerű gyomor-bél diagnosztika nem létezik (8, 54, 55).

A rákelőző állapotok, illetve predisponáló tényezők szerepében a szakirodalom (11, 20, 28, 36, 40, 43, 44) többé-kevésbé megegyezik; ezek: a nyálkahártya-dysplasia, polyp és polyposis, intestinalis metaplasia, idült erosio és/vagy fekély, az idült atrophias gastritis, az achlorhydria, anaemia pernicioza, a Menetrier-kór és a lokális foveoláris adenoma, az operált — elsősorban B. II. szerint csonkolt — gyomor, és mint örökletes tényező, az A-s vércsoport. A vészes vérszegénység veszélyessége közismert, de maga az anaciditás, illetve az achlorhydria is háromszoros rák-incidenciát jelent (36). Ennek jelentősége lehet a gyomorcsonkolt, illetve vagotomia útján hypacidá tett betegeken is, bár ez esetekben az epés reflux oki szerepét is felvetik (36, 40). Az óriásredős hypertrophias gastritis, a Menetrier-kór talaján keletkező gyomorrák megoldásában felmerül — választandó műtétként — a teljes gyomoreltávolítás (44). Ami az intestinalis metaplasziát illeti, szerepe általában elfogadott és alapját képezi a szakkörökben közismert Lauren-féle béltípusú gyomorrák kategóriának. Szentirmay ennek kóroki jelentőségét vitatja (49) és a rákkeletkezés gócaiként az atypias hámot jelöli meg.

Ha azt taglalnánk, hogy hogyan lehetne javítani a ma még szerény korai rák arányt és növelni a lehangoló rezekabilitási rátát, eljutnánk a szűrés kérdéséhez. Ennek részletezése itt nem feladatunk, de említése, mint a jövő útja, kötelező. A szűrés elsősorban a praecancerosisok kiszűrésére kell irányuljon (12, 20), és alapját gastroenterológiai gondozó-centrumok képezhetnék (11).

Appendix: dokumentáció — patológiai feldolgozás — histológiai vizsgálat. A dokumentáció lehetőleg endoscopos fényképpel kezdődjön, majd helyes az elváltozás lefényképezése műtét közben, illetve az eltávolított preparátumon; ez utóbbit mi még a műtőben elvégezzük, színes diapozitívrá (ha lehet, célszerű fekete-fehér pozitív kép készítése is). A rezekátumot helyes vékony falapra szögezni és úgy fixálni; így könnyű magáról a nyálkahártya-elváltozásokról vázlatot is készíteni, amely mintegy térképet jelent nagyszámú blokk és metszet készítéséhez (37). A szövettani kórismézés elmélyült, aprólékos munkát jelent a kórboncnok számára; gyakori nehézség a gyomor-mirigyhám már említett regeneratív jellegű atypiájának elkülönítése a jól differenciált kis kiterjedésű felszínes ráktól.

Etika. A próbakimetszés pozitivitása a korai rák kórisméjéhez nem elég, de az abszolút műtési javallathoz igen. E helyzetben adódhat az a lényegében etikai probléma (53), hogy a beteg elutasítja a műtétet. Véleményünk szerint ez az az eset, amikor a beteggel kötelezően közölni kell, hogy kezdődő rákos daganatban szenved. A gyomorrák korai kórismézése jelenleg a gastroenterológia egyik legfontosabb problémája (32), és ha ez sikerült, a gyógyítás lehetősége nem múlhat nem helyénvaló tájékoztatáson.

Következtetések, tanulságok: 1. a korrekt gyomorröntgen vizsgálat alapvető jelentőségű; de ún. apró tünetek miatt röntgenezett korúak esetében még negatív lelet mellett is helyes elvégezni 2. a gyomor endoscopyját, megfelelő biopsiákkal, ami ma a korai kórisme sine qua non-ja (ideális lenne ezt rendelőintézeti szinten megvalósítani; 50); 3. egy vagy több gócu gyomorvérzés, akár erosiv gastritis háttérében is megbújhat egy korai rák, ezért sürgős tükrözések alkalmával is helyes biopsiát végezni!; 4. ha a makroszkóposan malignus benyomást keltő elváltozás biopsiája ismételen is negatív, helyes a műtétet úgy végezni, mint ha rákot operálnánk; 5. az idült gyomorfekélyt helyesebb megoperálni, mint gyakran ellenőrizni; 6. a begyógyult fekély hegében is keletkezhet később elfajulás, ez is egyértelműen felveti és igazolja 7. a gondozás szükségességét, az akár műtéttel, akár anélkül gyógyult beteg évekig tartó nyomon követését (gondozócentrum: 11); 8. változatlanul megoldatlan a szűrés, de a jövő útja feltétlenül ez, elsősorban a praecancerosisok kiszűrésével (20) és gondozásával (11); 9. ha a beteg nem egyezik bele az ajánlott műtétbe, kivételesen fel kell világosítani betegségét lényegéről; 10. általában meg kell változtatni azt a maradi szemléletet, ami peszsimizmusával ma is legfőbb gátja a daganatos betegségek gyógyításának, melynek új távlatait tárja fel — a gyomorrák esetén is — a korai kórisme.

Köszönetnyilvánítás. 1. betegünk ragyogó röntgen-kórisméjéért Mester János dr. belgyógyász-röntgenes főorvosa az érdem; 2. betegünk elváltozását Sebestyén Márta dr. röntgenes főorvosnő fedezte fel; a 11. beteget körzeti orvosa, Csehpal Etelka dr. (Csanytelek) negatív röntgenvizsgálatot követően küldte tükrözésre!

Összefoglalás: A szerzők egy városi kórházban mintegy 4 év alatt 11 szövettanilag korainak minősíthető gyomorrák esetet észleltek, illetve operáltak; a betegek egyikének már májajtéte is volt, ezért ez a beteg már nem felelt meg a korai gyomorrák feltételeinek. A 10 eset az említett időtartam alatt észlelt 142 gyomorrák 7%-a, ami megfelel a jelenlegi európai átlagnak. Beteganyaguk jellegzetességeit európai korai gyomorrák-felmérések tükrében elemzik, majd levonják tapasztalataik tanulságait. Alapvetően fontosnak tartják a daganatos betegségekkel kapcsolatos maradi szemlélet megváltoztatását.

Megjegyzés a korrektúrájánál. A kézirat lektorálása óta észleltük Sz. K.-né 34 éves betegünket, akinek praepylorikus kettős fekélye miatt B. II. típusú csonkolást végeztünk — gastroscopos biopsiát követően — 1980. márc. 4-én. A készítmény vizsgálata idült fekély talaján keletkezett, a submucosára is ráterjedő korai carcinomát igazolt! — Az eset azért érdemel említést, mert irodalmi utalások (pl. egy 1978-as kölni symposium 5 előadása; in: *Selective proximale Vagotomie*, ed.: Pichlmaier, H. und Junginger, Th. Georg Thieme Verlag Stuttgart, 1979) a pylorus előtti gyomorfekélyeket olykor egy kalap alá veszik a duodenális ulcusszal és ilyen esetekben is javasolják a proximális (highly) szelektív vagotomia (PSV) végzését. Miután osztályunkon e korszerű fekélyműtét már két éve szinte kizárólagos rutin eljárás, a leírt esetben fontolgattuk a PSV végzését. Úgy tűnik, betegünk egyedül is bizonyítja, hogy gyomorfekély esetén ezt a műtétet nem tanácsos végezni; ráadásul még az endoscopos biopsia is lehet olykor tévesen negatív!

IRODALOM: 1. Adashek, K., Sanger, J., Longmire, W. P. Jr.: Ann. Surg. 1979, 189, 6. — 2. Badó Z., Benkó G., Imre J.: Magy. Seb. 1972, 25, 60. — 3. Balogh I.: Orv. Hetil. 1978, 119, 873. — 4. Benkó Gy.: Orv. Hetil. 1969, 110, 997. — 5. Bergmann, V., Rehns, H., Székessy, T.: Akt. Gastrologie, 1976, 5, 421. — 6. Büttner, D., Pichlmaier, R., Seifert, E.: Chirurg. 1975, 46, 65. — 7. Dobroschke, J., Hermanek, P., Rösch, W.: Dtsch. med. Wschr. 1976, 101, 1409. — 8. Domján L., Schneider F.: Bács-Kiskun Megyei Kórház évkönyve, 1972—73, Kecskemét, 1974. — 9. Döbrönte Z. és mtsai: Orv. Hetil. 1978, 119, 1655. — 10. Early gastric cancer. Editorial: Brit. Med. J. 1976, 2, 198. — 11. Figus I. A. és mtsai: Orv. Hetil. 1969, 110, 1717. — 12. Figus I. A., Simon L. (szerk.): A korai gyomorcarcinoma diagnosztikája. Magy. Belorv. Arch. Suppl. 1970. Kerekasztal-konferencia, Jászberény, 1969. okt. 17. — 13. Figus I. A., Bánki Gy., Simon L.: Magy. Radiol. 1972, 24, 210. — 14. Erik, W.: Magy. Radiol. 1968, 20, 324. — 15. Gergely M., Csikos M., Imre J.: Orv. Hetil. 1972, 113, 123. — 16. Gimes B.: Orv. Hetil. 1970, 111, 1968. — 17. Gonvers, J. J. és mtsai: Schweiz. Rundschau. Med. 1977, 49, 1585. — 18. Gutman, A. R.: Orv. Hetil. 1965, 106, 361. — 19. Gütz, H. J.: Z. inn. Med. 1976, 31, 882. — 20. Györffy, Á. és mtsai: Magy. Onkol. 1975, 20, 281. — 21. Györffy Á. és mtsai: Orv. Hetil. 1976, 117,

328. — 22. Györffy Á. és mtsai: Orv. Hetil. 1977, 118, 2943. — 23. Heinkel, K.: Münch. med. Wschr. 1978, 120, 1112. — 24. Ichikawa, H. és mtsai: Magy. Radiol. 1972, 24, 198. — 25. Kawai, H.: cit. in 29. Krentz, 97. old. — 26. Kawashima, S.: Scand. J. Gastroent. 1966, 1, 248. — 27. Klinikopathológiai Konferencia, Hódmezővásárhely, 1978. — 28. Kobler, E. és mtsai: Schweiz. Rundschau Med. 1977, 66, 659. — 29. Krentz, K.: Integrated Atlas of Gastric Diseases. G. Thieme, Stuttgart, 1976. 97. old., 139. old. — 30. Longstreph, G. F.: JAMA, 1979, 242, 1359. — 31. Longmire, W. P. Jr.: Münch. med. Wschr. 1977, 119, 613. — 32. Miller, G., Kaufman, M., Gertsch, P.: Schweiz. Rund. Med. 1977, 66, 545. — 33. Miller, G., Kaufman, M.: Dtsch. med. Wschr. 1975, Wschr. 1976, 101, 1006. — 35. Miller, G., Froelicher, P.: E. S. G. E. News Letter, 1978, 11, 15. — 36. Mitsch-100, 1946. — 34. Miller, G., Kaufman, M.: Dtsch. med. ke, H.: Chirurg. 1978, 49, 465. — 37. Mochizuki, T.: in 38. 57. o. — 38. Murakami, T., ed.: Early, Gastric Cancer. GANN Monograph on Cancer Research. 11.

Univ. of Tokyo Press, 1971. — 39. Petri, G.: Orv. Hetil. 1965, 106, 377. — 40. Pichlmayr, R., Meyer, H. J.: Chirurg, 1978, 49, 479. — 41. Pongrácz E., Gyöngyössy G.: Orv. Hetil. 1963, 104, 2322. — 42. Qizilbash, A., Harnarine, C., Castelli, M.: Arch. Pathol. Lab. Med. 1977, 101, 611. — 43. Rösch, W.: Chirurg. 1978, 49, 473. — 44. Schauer, A., Kunze, E.: Akt. gastrol. 1978, 7, 417. — 45. Schlag, P. és mtsai: Dtsch. med. Wschr. 1978, 103, 773. — 46. Szabolcs Z.: A gyomorrák. Akadémiai Kiadó, Bp. 1966. — 47. Szabolcs Z.: in 14. 81. old. — 48. Szécsény A.: Előadás. Magy. Onk. Társ. ülése Bp. 1968. — 49. Szentirmay Z.: Magy. Onkol. 1976, 20, 94. — 50. Szokolov, L. K. és mtsai: Klin. Med. (Moszkva), 1976, 54, 38. — 51. Vargha Gy.: in 14. 20. o. — 52. Vargha Gy. és mtsai: Orv. Hetil. 1969, 110, 1657. — 53. Varró V. és mtsai: Orv. Hetil. 1965, 106, 378. — 54. Wittmann I.: Orv. Hetil. 1970, 111, 323. — 55. Wittmann, I.: in 14. 42. o. — 56. Yamada, E. és mtsai: Intern Surg. 1974, 59, 7. — 57. Yamada, E.: (additional report) Intern. Surg. 1975, 60, 139.

AZ BEMUTATÓTEREM

(Budapest, VI. Népköztársaság útja 36.)

1981. első félévi programja

Február 24–26.

TECHNICON (Ausztria)
Önálló kiállítás

Márc.–Ápr. 3.

Varimex Lengyel Külkereskedelmi Vállalat
Önálló orvosi műszer és készülék kiállítása

Április 9–10.

HELLIGE (NSZK)
Önálló kiállítás

Április 14–15.

OMKER BÖRZE – Salgótarjánban
(Komárom, Pest, Nógrád, Heves megye részvételével)

A kiállítások megtekinthetők:

naponta 9–16 óráig

szombat–vasárnap zárva

Szegedi Orvostudományi Egyetem
II. Belgyógyászati Klinika
(igazgató: Cserháti István dr.)
Ideg- és Elmegyógyászati Klinika
(igazgató: Szilárd János dr.)

A véralvadási vizsgálatok alkalmazhatósága az akut agyi vascularis történések differenciál diagnosztikájában

(Előzetes közlemény)

Vezendi Klára dr., Szűcs Attila dr.
és Krizsa Ferenc dr.

Az akut cerebrovascularis történések differenciál-diagnosztikája komoly nehézséget jelent a mindennapi gyakorlatban. A non-invasív diagnosztikus lehetőségek közül a számítógépes rétegvizsgálat nyújt egyedül megbízható támpontot a vérzéses és nem vérzéses körképek elkülönítésében (8, 2), ez azonban a tömeges betegellátás céljára hazánkban még nem áll rendelkezésre. Az izotópdiagnosztikus lehetőségek (scintigráfia, serioscintigráfia) — különösen az akut szakban — sem nyújtanak olyan differenciál-diagnosztikus adatot, amelyre a terápiát biztosan alapozni lehetne (1, 11, 7). Az agyi angiográfiákkal a nagyobb kiterjedésű, tömegeltolódást is eredményező nagyagy-féltekei állományvérzéseket és a közepes nagyságú agyi erek elzáródásait már biztosabban el tudjuk különíteni. Azonban a cerebrovascularis történések nagy számára tekintettel nem biztosított országszerte sem az angiográfiás röntgenkapacitás, sem pedig — éppen a cerebrovascularis betegeket ellátó kisebb osztályokon — az angiográfiás lehetőség. A pontos elkülönítés viszont a terápia mielőbbi beállítása miatt nélkülözhetetlen. A véralvadás laboratóriumi tesztjei közül olyanokat próbáltunk keresni, melyek segíthetnek elkülöníteni a cerebrovascularis thromboticus és vérzést azáltal, hogy jelzik a thromboticus állapot fennállását. A haemostasis thromboticus irányú zavarának kimutatására ajánlott módszerek közül vizsgáltuk a heparin-thrombin alvadás-idő, az antithrombin—III. szint és az esetek többségében az etanol gelatiós teszt alakulását akut agyi vascularis történésekben.

A heparin-thrombin alvadás-idő meghatározására O'Brien (10) 1974-ben közölt módszerének Mész és mtsai (9) által ajánlott módosítását használtuk. Az antithrombin—III. szint mérése Gerendás (4) Rák (12) által módosított eljárása szerint történt. Az etanol gelatiós tesztet Godál és Abilgaard (6) leírása szerint végeztük.

Anyagok és módszerek

A vizsgálatokhoz szükséges anyagok:

Citrát-plasma: a vért 3,8%-os Na-citrát oldattal 9:1 arányban vettük, a véralvadási vizsgálatoknál megkívánt gondossággal. Ezután röviddel 2500 g-vel 15 percig tartó centrifugálással thrombocytaszegény plasmát nyertünk.

Oxalát-plasma: 1,34%-os Na-oxalát oldatot használtunk az előzőekhez hasonlóan.

Defibrinált plasma: az oxalát-plasmát hővel defibrináltuk (5 percig 52 °C, majd 10 percig 4 °C), majd 2500 g-vel 15 percig centrifugáltuk.

Thrombin-oldat: a 3000 E thrombint tartalmazó Topostasin (Roche) ampullát 5 ml Owren-pufferben oldottuk, az így nyert törzsoldatból pufferes hígítással készítettük a megfelelő aktivitású thrombin oldatot szilikonozott vagy műanyag csőben. A törzsoldat –20 °C-on tárolható.

Heparin-oldat: a Kőbányai Gyógyszergyár 5000 NE/ml-t tartalmazó Na-heparinját használtuk.

Etanol-oldat: 50%-os etanol oldatot alkalmaztunk.

A véralvadási tesztek kivitele:

Heparin-thrombin alvadás-idő:

Első lépésként olyan thrombin-oldatot állítottunk elő, melynek 0,1 ml-e a kontroll 1:9 arányú citrát-plasma 0,1 ml-ével 20 ± 1 sec. alvadási időt adott. Ezután olyan heparin-oldatot készítettünk, amely ezt a 20 sec-os thrombin időt 35 ± 2 sec.-ra megnyújtotta. Tehát a vizsgálati rendszer a következő:

0,1 ml kontroll plasma
0,1 ml heparin-oldat
0,1 ml thrombin-oldat.

(Az O'Brien által ajánlott 0,6 E/ml heparin és 10 E/ml thrombin koncentrációk használata a gyári készítmények változó aktivitása miatt nehézkes).

A kontroll plasma heparin-thrombin alvadási idejével hasonlítottuk össze a vizsgált plasma alvadás idejét, mely e rendszerben csak a vizsgált plasma heparin neutralizáló képességétől függ. Kóros értéknek a kontrollhoz képest 5 secundumnál nagyobb eltérést tekintettük.

Antithrombin—III. szint:

A meghatározáshoz incubációs és tesztrendszert állítottunk elő a következő módon:

incubációs rendszer: 0,5 ml defibrinált plasma
0,05 ml Owren-puffer
0,5 ml thrombin-oldat
(100 E/ml)

Az incubációs rendszerből az 1., 3., 5. és 10. percen 0,1 ml-t vittünk a tesztrendszerbe, mely 0,1 ml normál plasmát és 0,05 ml Owren-puffert tartalmazott. Az incubációs rendszerhez adott heparin az antithrombin hatását fokozza (5), ilyenkor a tesztrendszerben a heparin közömbösítésére toluidinkék oldat szerepel a puffer helyett. Összehasonlításra a kontroll és a beteg plasma 10. percen kapott thrombin idejét használtuk, ez az ún. „progressív antithrombin index” (PAT₁₀). Az 1,5 feletti értéket tekintettük kórosnak.

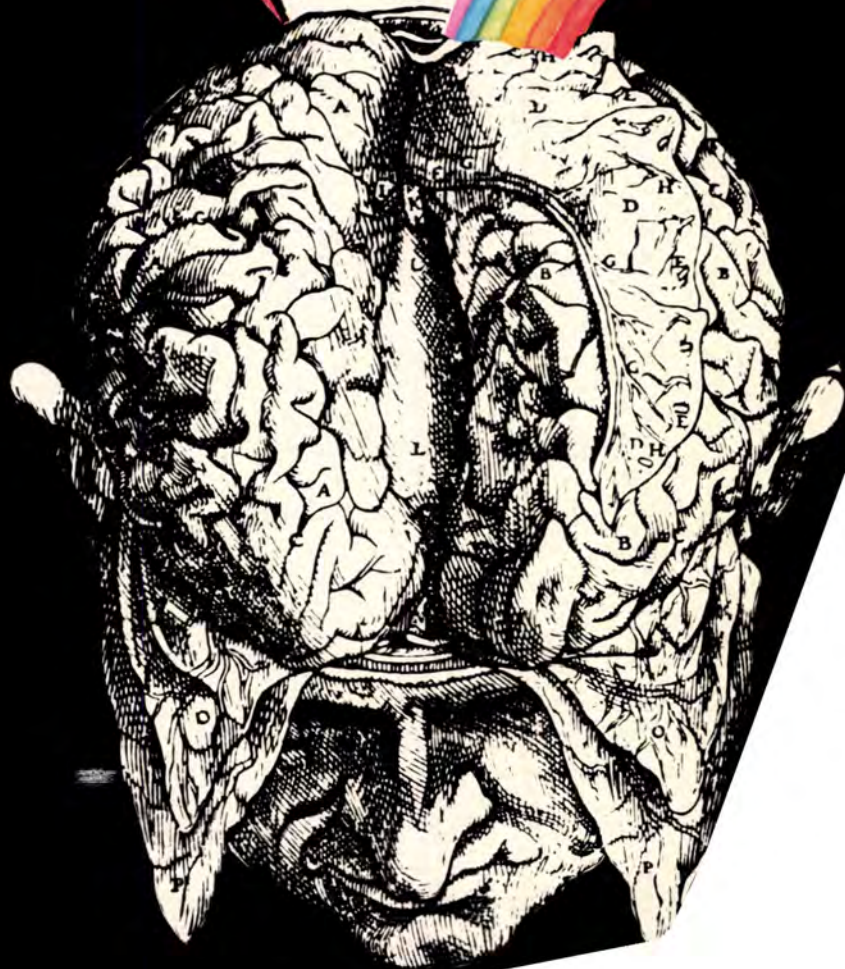
Etanol gelatiós teszt:

0,5 ml citrát-plasmához folyamatos rázás mellett üvegcsőben 0,15 ml 50%-os etanol-oldatot mértünk, majd a csövet 10 percig szobahőn állni hagytuk. Negatív a teszt, ha ezen idő alatt a plasmában nem következett be változás, míg pozitív esetben gélképződés jött létre.

TRIOXAZIN[®] *tabletta*

anxiolyticum

Az intellektus és a mozgáskészség befolyásolása nélkül szünteti meg a szorongást, a túlfeszített idegállapotot és a psychés nyugtalanságot.



TRIOXAZIN[®] tabletta

anxiolyticum

Összetétel:

1 tabletta 0,3 g trimetozinumot tartalmaz.

Javallatok:

szorongás, túlfeszített idegállapot, psychés nyugtalanság, neurotikus vegetatív tünetek (hypertonia, climax), külvilági emotionalis tényezőkön alapuló izgalmi állapot (lámpaláz stb.). Sajátos gyermekgyógyászati javallat: neuropathia.

Adagolás:

egyéni, a beteg állapotától és egyéni reagálóképességétől függ. Napi átlagos adagja felnőtteknek 0,60–1,80 g (2–6 tabl.), de ez az adag növelhető a kórformától függően napi 2,4–3,0 g-ig (8–10 tabl.).

Gyermekeknek a kornak megfelelő csökkentett adag rendelhető.

Gyermekadagok: 2 hónapos kortól 14 éves korig 40–20 mg/kg/die, 3–5 adagra elosztva, vagy 2–12 hónapos korig 3–5-ször 1/4 tabl./die; 1–6 éves korig 3–5-ször 1/2 tabl./die; 7–14 éves korig 3–5-ször 1 tabl./die.

Mellékhatások:

álmosság, fáradtságérzés. Főleg járművezetők, magasban vagy veszélyes gépen dolgozók csak az orvos által – az egyéni érzékenységnek megfelelően – előírt adagban szedhetik, ill. alkalmazhatják.

Megjegyzés:

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

Csomagolás:

20 tabletta 2,-Ft.

Égyt GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST X.

Klinikai anyag:

Vizsgálatainkat 31 betegen (16 férfi, 15 nő, átlag életkor: 58,8 év) végeztük el, közülük 16 akut cerebrovascularis thrombosis, 10 akut cerebrovascularis vérzés és 5 régi, lezajlott agyi thrombosis volt.

Az akut thrombosis és vérzést első lépésben az anamnesis (a tünetek kialakulásának gyorsasága), a klinikai kép, a vérnyomás, a betegek neurológiai statusa alapján különítettük el. A thrombosisnak vélt esetekben minden betegnél carotis angiográfiás vizsgálat történt.

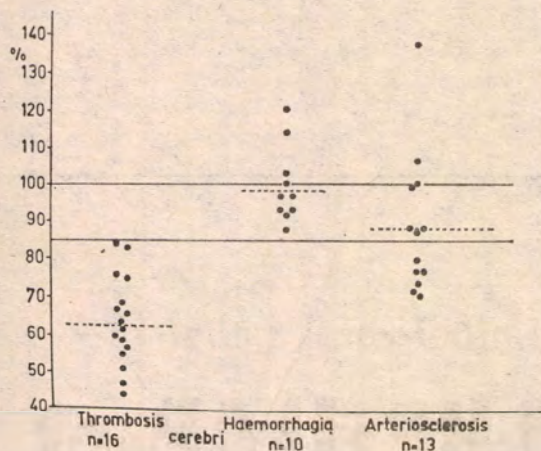
Akut nagyagy-féltekei állományvérzéses körképek közül a típusos eseteket válogattuk ki. Angiográfiát ezeknél a betegeknél nem végeztünk, mivel tapasztalat szerint az angiográfia a vérzéses körkép további progresszióját eredményezheti, különösen az akut szakban. A vérzéses állapot kimondásánál megelégedtünk a hyperacut kezdet, a 200 Hgmm feletti systoles vérnyomás, a hypertoniás arteriosclerotikus szemfenéki kép, a véres liquor és a markáns, néhány napon belül javulási tendenciát nem mutató neurológiai képpel, mint diagnosztikus biztosító tünetekkel.

Az 5 régebbi thrombosis esetén a korábban elvégzett angiográfiára támaszkodtunk.

A véralvadási vizsgálatokhoz a vért a tünetek kialakulása után néhány órával, még a terápiás beavatkozás előtt vettük. A coagulációs vizsgálatok végzésekor a klinikai adatokat és az angiográfia eredményét nem ismertük, az összehasonlítás később történt. A véralvadási vizsgálatokhoz szükséges kontrollok a klinikán fekvő, de véralvadási zavarban nem szenvedő egyének közül kerültek ki. A tesztek elvégzésére a vérvételt követő 2 órán belül került sor, 37 °C-os vízfürdőn, óraüvegen.

Eredmények

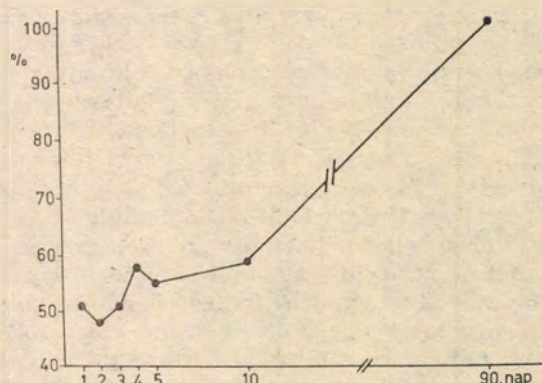
A cerebrovascularis thrombosisos betegek mindegyikénél fokozott volt a plasma heparin neutralizációs aktivitása, ennek következtében a heparin-



1. ábra: A heparin-thrombin alvadás-idő akut cerebrovascularis történésekben és arteriosclerosisban. (A thrombocyt-4-factor szintet a normál érték %-ában fejeztük ki. A normál értéket minden egyes vizsgálatnál a kontroll plasma heparin neutralizációs aktivitása adta.) Kórosnak a kontrolloktól való 5 sec-nál nagyobb eltérést tekintettük

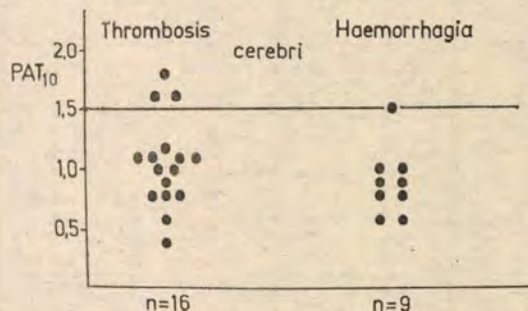
thrombin alvadás-időt a kontrollhoz képest rövidültnak találtuk. A vizsgált akut cerebrovascularis vérzéses betegek heparin-thrombin alvadás-idő megrövidülését egy esetben sem észleltük. Generalizált, igen kifejezett arteriosclerosisban szenvedő betegeknél rövidült és normál heparin-thrombin alvadás-idő egyaránt előfordult (1. ábra).

Egy cerebrovascularis thrombosisos betegünk-nél követtük a teszt alakulását napokkal a thrombosis fellépte után. Még 10 nap múlva is rövidült volt a heparin-thrombin alvadás-idő. Két hónap múlva elvégezve a meghatározást, már normál eredményt kaptunk (2. ábra). Más betegeknél is, hónapokkal a diagnosis után elvégezve a tesztet, hasonlóan normális eredményre jutottunk.



2. ábra: L. M. (53 éves ♂) heparin-thrombin alvadás-idejének alakulása a thrombosis követően

Az antithrombin—III. szint meghatározásnál kóros értéket (csökkent antithrombin—III. szintet) csak a cerebrovascularis thrombosisos betegek csoportjában találtunk: a 16 beteg közül 3 esetben volt a PAT_{10} hányados 1,5 feletti. Májbetegség fennállása mindhárom betegnél kizárható volt. (3. ábra).



3. ábra: Antithrombin—III. aktivitás akut cerebrovascularis történésekben

Az etanol gelatios tesztet 10 cerebrovascularis thrombosis, 8 vérzés és 18 kontroll esetében végeztük el. Pozitivitást csupán 3 betegnél láttunk: közülük 2 a thrombosisos, 1 a vérzéses csoportba tartozott (táblázat).

Megbeszélés

A haemostasis thrombotikus irányú eltolódásának, az ún. hypercoagulabilitásnak a kimutatása nem könnyű. A laboratóriumi módszerek többsége

Etanol gelatiós teszt akut cerebrovascularis történésekben

	Összesen	Negatív	Pozitív
Thrombosis	10	8	2
Vérzés	8	7	1
Kontroll	18	18	0

nem kellően érzékeny a thrombusok (főleg a kisebbek) kimutatására. Jelen vizsgálatunkban arra törekedtünk, hogy a véralvadási vizsgálo módszerek közül kiválasszuk azokat, amelyek segíthetnek az akut cerebrovascularis történések elkülönítésében.

Eredményeink alapján úgy találtuk, hogy sem az antithrombin—III. szint meghatározás, sem az etanol gelatiós teszt nem alkalmas az akut cerebrovascularis kórképek eldifferenciálására, mivel a thrombosisos és vérzéses csoportok között a tesztekkel nem találtunk lényeges különbséget. A heparin-thrombin alvadás-ido azonban hasznosabb módszernek bizonyult a thromboticus állapot kimutatására. Az akut cerebrovascularis thrombosisos betegek mindegyikében rövidült heparin-thrombin alvadás-ido-t találtunk. Ez a megrövidülés nemcsak az akut szakban, hanem még napokkal a thrombosis kialakulása után is fennállt. Az akut cerebrovascularis vérzéses betegek csoportjában nem találtunk rövidült heparin-thrombin alvadás-ido-t.

A hazai irodalomban a közelmúltban *Misz és mtsai* (9) gyűjtöttek tapasztalatokat a heparin-thrombin alvadás-ido klinikai használatosságáról. Heveny myocardialis infarctusos, ill. mélyvénás thrombosisos betegek plasmájának heparin neutralisatiós aktivitását fokozottnak találták. Megerősítették a módszer használatosságát a thrombocytopeniák különböző típusainak elkülönítésére. *Dana és mtsai* (3) vizsgálatai alapján a teszt a primer és secunder thrombocytosisok eldifferenciálásában is hasznos lehet.

Az arteriosclerotikus betegek heparin-thrombin alvadás-idejére vonatkozó vizsgálataink más

szerzők eredményeihez hasonlóak. Az intravascularis thrombocyt destructio mértékének megfelelően a heparin-thrombin alvadás-ido megrövidülhet.

Eredményeink alapján úgy véljük, hogy a heparin-thrombin alvadás-ido meghatározása hasznos segítséget nyújthat az akut cerebrovascularis betegségek differenciál-diagnosztikájában. A módszer gyors, egyszerű, jól reprodukálható, bármely laboratóriumban elvégezhető.

Összefoglalás: Az akut cerebrovascularis kórképek differenciál-diagnosztikája a rendelkezésre álló diagnosztikus eszközökkel nehéz. A thrombosis és a vérzés biztos elkülönítése a therápia beállításához alapvetően szükséges. A szerzők a véralvadás laboratóriumi tesztjei közül olyanokat próbáltak keresni, melyek jelzik a thromboticus állapotot. 16 akut cerebrovascularis thrombosis, 10 akut vérzés és 5 régi, lezajlott thrombosis esetén vizsgálták a heparin-thrombin alvadás-ido, az antithrombin—III. szint és az etanol gelatiós teszt alakulását. Az antithrombin—III. szint és az etanol gelatiós teszt tekintetében nem találtak lényeges különbséget, a cerebrovascularis thrombosisos és vérzéses csoport között. A heparin-thrombin alvadás-ido-t azonban a thrombosisos csoport betegeinél rövidültnek találták. Eredményeik alapján a heparin-thrombin alvadás-ido-t hasznosnak tartják az akut cerebrovascularis kórképek elkülönítésében.

IRODALOM: 1. Büll, U., E. Kazner, H. Steinhoff: Fortschr. Röntgenstr. 1978, 129, 562. — 2. Csobály S. és mtsai: (közlés alatt). — 3. Dana, B., Carvahlo, A. C. A., Ellman, L.: Amer. J. Clin. Path. 1976, 65, 964. — 4. Gerendás M.: Orv. Hetil. 1949, 90, 98. — 5. Gerendás M., Pálos L. A., Csejko I.: Ann. Inst. Biol. Hung. 1949, 19, 191. — 6. Godal, H. C., Abilgaard, U.: Scand. J. Haemat. 1966, 3, 342. — 7. Gross, W. S. és mtsai: Surgery 1977, 82, 271. — 8. Lange, S., Th. Grumme, W. Meese: Zerebrale Computer — Tomographie Schering, Berlin 1977. — 9. Misz, M., Boda Z., Rák K.: Orv. Hetil. 1977, 118, 2195. — 10. O'Brien, J. R., és mtsai: Lancet 1974, II., 656. — 11. Paulson, O. B., N. A., Lassen, E. Skinhoj: Neurol. 1970, 20, 125. — 12. Rák K.: Magyar. Belorv. Arch. 1966, 19, 293.

MEGRENDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett

az ORVOSI HETILAP-ot

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

Soproni Állami Szanatórium és
Gyógyfürdőkórháza, Balf
Központi Laboratóriumi Diagnosztikai Osztály
(mb. lab. vezető: Árvay György dr.)
II. Reuma Osztály
(főorvos: Zsemlye László dr.)
III. Belgyógyászati Osztály
(főorvos: Örs Félix dr.)

Fluorid hatása az i.v. kalcium terhelés-okozta hypercalcaemiára

Árvay György dr., Zsemlye László dr.,
Kiss-Antal Mária dr. és Mózes János dr.

A calcipeniás osteopathia lényegében röntgen-
diagnosztikai megjelölés, a csontszövetek ásványi-
anyag-tartalmának csökkenését jelöli. Számos fak-
tort ismerünk, amely a calcipeniás osteopathia ki-
alakulását elősegíti: endogén tényezők, fizikai ár-
talmak, immobilizáció, tartós corticosteroid terá-
pia következménye is lehet. Kezelésére számos el-
járást dolgoztak ki (kalcium, foszfor, D-vitamin,
calcitonin, oestrogének stb.), amelyekkel általában
csak a folyamat lassítását vagy megállítását lehe-
tet elérni (12, 15).

A fluoridot a hatvanas években kezdték al-
kalmazni a calcipeniás osteopathia terápiájára.
Hatása még ma sem teljesen tisztázott, de biztató
klinikai adatok utalnak arra, hogy más terápiás
szerekkel kombinálva eredmény várható (3, 4, 8).
A fluoridnak a csontanyagcserére gyakorolt hatá-
sát in vitro laboratóriumi kísérletekben vizsgálták.
Messer, H. és mtsai csontkultúrában a parathor-
mon (továbbiakban PTH) és a calcitonin (továb-
biakban CT) hatását vizsgálták a csontkalcium
metabolizmusára. Megállapították, hogy a fluorid
jelenlétében a PTH hatása csökken — csökken a
kalcium leadás, míg a CT hatása fokozódott. A
PTH és CT hatásváltozása arányos volt a fluorid
koncentrációkkal (10). A fluorid elősegíti a kal-
cium lerakódást, a mineralizációt (16).

Yates és mtsai ^{45}Ca kinetikai vizsgálatával ele-
mezték a fluorid hatását patkányokon (17). Vizsgála-
taikból és az általuk idézett irodalmi adatokból kitű-
nik, hogy a fluorid az osteoclastok aktivitását csök-
kenti, valamint csökkenti a pirofoszfátáz aktivitását
is. Az eddigi vizsgálati eredmények adataiból úgy tű-

nik, hogy a fluorid hatása enzim- vagy sejtaktivitás
tevékenység befolyásával érvényesül (9, 11).

Korábbi közleményeinkben már beszámol-
tunk a fluorid felszívódási vizsgálatainkról, külön-
böző formában és dózisban adagolt fluorid felszi-
vódási és -ürítési kinetikájáról, vizsgáltuk a nyál
és a vörös vértest fluorid szintjének alakulását is
(1, 2). Vizsgálatainkban megállapítottuk, hogy a
szérum fluorid szintje az adagolás első 5–6. napján
folyamatosan emelkedik, majd ez a szint egyéne-
ként változóan két-hat hétig közel állandó marad,
majd ezt követően újból emelkedik. A szérum
szintek változásainak megfelelően változik a vize-
letben az ürítés is.

Munkánk során arra kerestünk választ, hogy
i. v. kalcium terheléssel — melyet *Holló és mtsai*
dolgoztak ki (6, 7) — kimutatható-e változás a
kalcium terhelési görbében fluoriddal kezelt bete-
geinken 8 napos fluorid adagolást követően, ami-
kor már a szérum fluorid szint elérte az első, kö-
zel állandó értéket?

Anyag és módszer

Intézetünk Reumaosztályán kezelt 21 fokozott
csontresorptióval járó calcipeniás osteopathiás bete-
gen (3 nő és 18 férfi, átlag életkor 53,8 év), valamint
21 kontrollon (3 nő és 18 férfi, átlag életkor 53,6 év)
végeztük el a kalcium terhelési vizsgálatokat. Az élet-
kori sajátosságok és az egyéni érzékenységből eredő
eltérések csökkentése érdekében a kontroll személyek
kiválasztásának, kritériumának az azonos nemet, a
közel azonos életkort (± 2 év) klinikailag normális
csontanyagcserét és az ép veseműködést tartottuk.
Miután vizsgált eseteink száma kicsi, ezért minden
esetben önkontrollos vizsgálatokat végeztünk, hogy
így a betegeken kapott változásokat ne csak saját
kontrolljukhoz, hanem önmagunkhoz is tudjuk viszo-
nyítani (a fluorid terápia előtti és utáni értékek össze-
hasonlítása). Természetesen minden beteget saját
kontrolljához is hasonlítottuk.

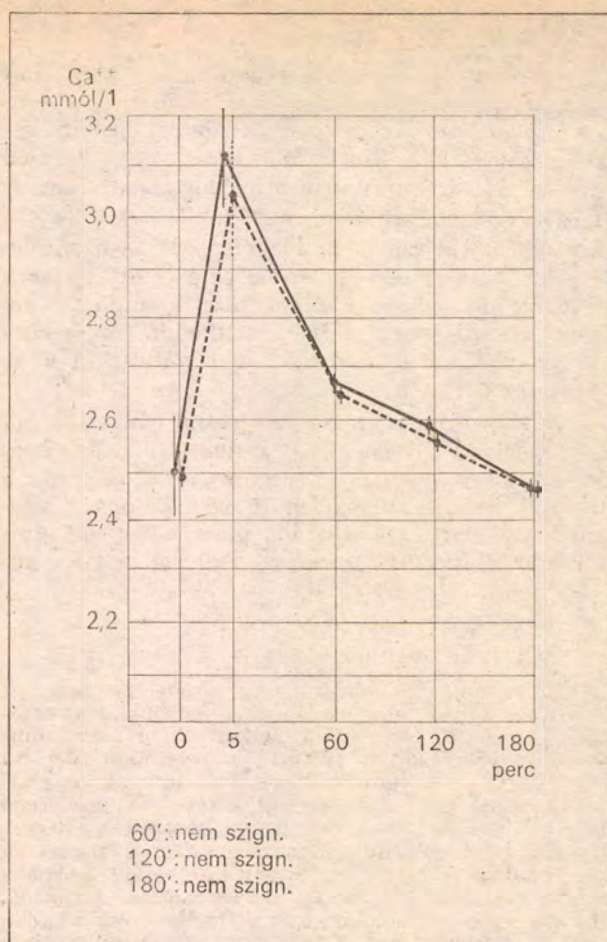
Öt személyen fluorid kezelés nélkül 8 napos kü-
lönbséggel végeztünk kalcium terhelést annak eldön-
tése érdekében, hogy a 8. napon végzett terhelési gör-
be lefutását az előző kalcium terhelés nem befolyá-
solja-e. A két alkalommal végzett kalcium terhelési
görbének lefutása a szóráson belül azonosak voltak.

A vizsgált személyek a kalcium terhelést megelő-
zően kalciumszegény étrenden voltak, majd a vizsgá-
lat napján reggel éhgyomorral vért vettünk és ezt kö-
vetően testsúlykilogrammonként 3,6 mg kalciumot
kaptak i. v. (10%-os Calcium Chloratum oldatból 0,2
ml testsúlykilogrammonként). Ezután 5 perc múlva
az ellenoldali kar vénájából vért vettünk, majd a kal-
cium bevitelt követően 60, 120 és 180 perc múlva ismét
vért vettünk. A kalcium terhelést követően 8 napon
keresztül a vizsgált személyek napi 2×20 mg nátrium
fluoridot kaptak enterosolvens bevonattal ellátott dra-
zsé formájában. Majd a 8. napon az i. v. kalcium ter-
helést megismételtük a fentiek szerint.

A szérum kalcium meghatározást ftaleinbisszulfáttal
(13), a foszfát meghatározást pedig Reder szerint (14)
végeztük. A biometria elemzést variancia analízissel
végeztük (5).

Eredmények

Az 1. ábrán a kontroll, a 2. ábrán a calcipe-
niás osteopathiás betegek kalcium terhelési gör-
béinek időbeni alakulását mutatjuk be. Az 1. tá-
blázatban foglaltuk össze, hogy a mérési időpontok-
ban a vizsgált személyek közül hánynak volt a
szérum kalcium szintje 2,75 mmól/l felett (metodi-
kánk normál tartományának felső határa).



1. ábra: A kontrollok kalcium terhelési görbéje, fluorid terápia előtt (—) és után (----)

Figyelemre méltó, hogy a kontrollokon a szérum kalcium szint olyan gyorsan csökken, hogy a 120. percben már nincs 2,75 mmól/l feletti érték. A kontrollesoportban a fluorid a szedést követően a kalcium terhelési görbe lefutása szignifikánsan nem különbözik a fluorid kezelés előttitől.

A calcipeniás osteopathiás betegek közül tizenhatnak a 120 perces és tizennégynek még a 180 perces érték is 2,75 mmól/l felett volt.

A 8 napos fluorid szedést követően a kiindulási és maximális értékben nincs lényeges eltérés. De a calcipeniás osteopathiásokon a 60, 120 és 180

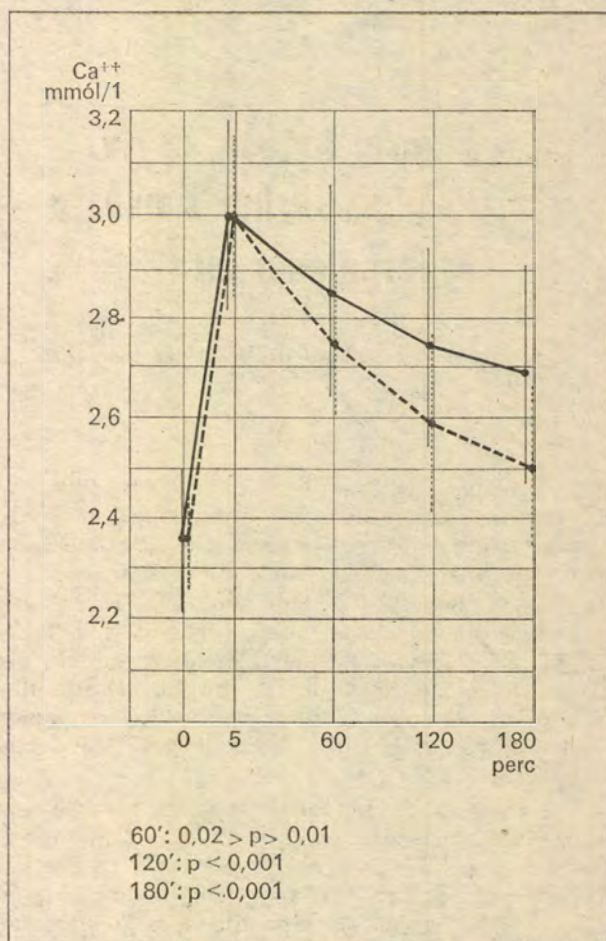
A kalcium terhelés során 2,75 mmól/l feletti szérum kalcium szintek esetszámai

2,75 mmól/l feletti esetszámok

		0'	5'	60'	120'	180'
Kontroll	fluoridterápia előtt	0	21	3	0	0
	fluoridterápia után	0	21	0	0	0
Calcip. osteop.	fluoridterápia előtt	0	21	19	16	14
	fluoridterápia után	0	21	13	5	1

perces értékek már szignifikánsan alacsonyabbak a fluorid szedés előtti értékekhez képest, ami a hypercalcaemia gyorsult megszűnését mutatja.

A calcipeniás osteopathiás betegek értékeit a kontroljukhoz hasonlítva látható, hogy fluorid terápia előtt előidézt hypercalcaemia megszűnési ideje a calcipeniás osteopathiásokban a kontroljukhoz képest 18 esetben hosszabb. A fluorid terápia 8. napján mért értékek már közelítenek egymáshoz. Különösen a 120 és 180 perces értékek, ezek átlagában már nem lehet szignifikáns különbséget kimutatni.



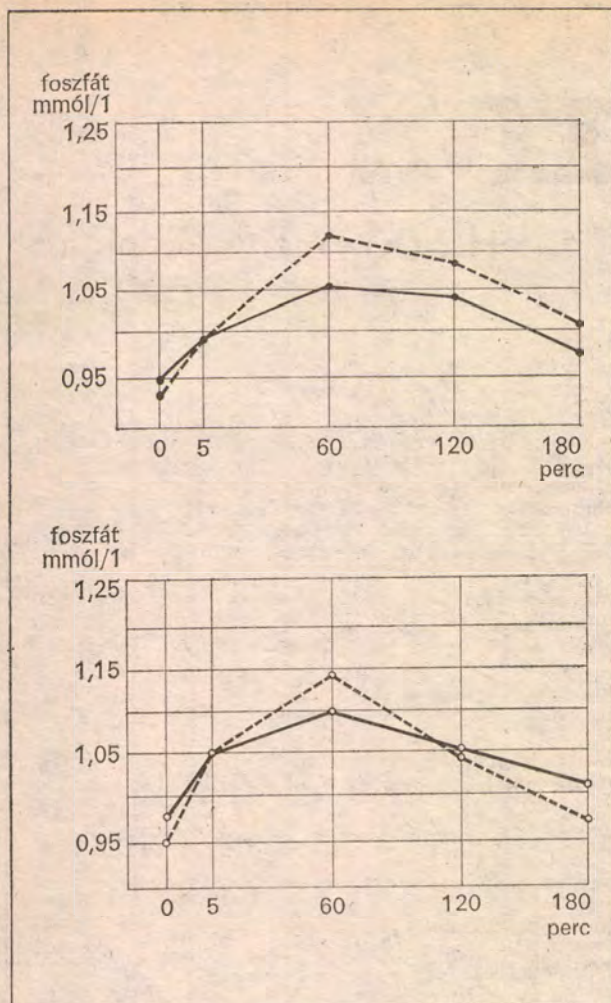
2. ábra: Calcipeniás osteopathiás betegek kalciumterhelési görbéje fluorid terápia előtt (—) és után (----)

Az az egy beteg, akin nem volt értékelhető eltérés a fluorid terápia előtti kalcium terhelési görbéhez képest, 15 éve thyreoidectomizált.

A kalcium terhelés során a foszfát szintek alakulását a 3. ábra mutatja. Fluorid terápia szignifikáns változásokat nem eredményezett.

Megbeszélés

A hypercalcaemia a calcitonin elválasztás legfontosabb ingere. A hypercalcaemia megszűnési időpontja mutatója calcitonin hatásnak. Holló és mtsai alkalmazták az i. v. kalcium terhelést postmenopausás és urémiás betegek calcitonin rezisztenciájának vizsgálatára (6, 7).



3. ábra: A kontrollok (●) és a calcipeniás osteopathiás betegek (○) szérum foszfát szintjének alakulása kalciumterhelésre, fluorid terápia előtt (—) és után (----)

A fenti szerzőkkel megegyezően vizsgálataink is azt mutatták, hogy a calcipeniás osteopathiás betegek jelentős részében a hypercalcaemia lassabban szűnt meg, mint az egészségesekben.

Dolgozatunkban a calcitonin rezisztencia megítélésére szolgáló kalcium terhelést alkalmaztuk a fluorid bevitelre bekövetkező változások megítélésére. Ezen in vivo eredményeink is alátámasztották az in vitro kísérletek eredményeit, hogy a fluorid fokozza a calcitonin hatását.

Korábbi megállapításainkkal egyezően megállapítottuk, hogy már mérsékelt dózisú fluorid bevitel a calcipeniás osteopathiás betegekben megrövidíti az i. v. kalcium terheléssel előidézett hypercalcaemia lezajlását és azt a normálisához közelíti.

Összefoglalás: A szerzők kalcium terhelést alkalmaztak a fluorid kezelés hatékonyságának felmérésére calcipeniás osteopathiában. Eredményeik in vivo alátámasztották az irodalomból ismert in vitro kísérletek eredményeit és megállapították, hogy a hatékony terápiás szint fluorid mérsékelt dózisának per os adásával is elérhető — amire korábbi munkáikban is utaltak.

IRODALOM: 1. Árvay Gy.: Gyógyszerészet, 1977, 21, 171. — 2. Árvay Gy., Zsemlye L. és Kiss-Antal M.: Orv. Hetil. 1979, 120, 513. — 3. Bernstein, D. S.: Amer. Med. Assoc. 1966, 198, 499. — 4. Geidel, H.: Z. Gess. Inn. Med. 1976, 31, 981. — 5. Hajtman, B.: Matematikai Statisztika, Budapest 1969. — 6. Holló I. és mtsai: Magy. Beolrv. Arch. 1975, 28, 196. — 7. Holló I. és mtsai: Lancet i. 1976, 1357. — 8. Jowsey, E. és mtsai: Am. J. Med. 1972, 53, 43. — 9. Lukert, B. P., Bolinger, Z. E., és Meck, J. C.: J. Clin Endocrinol. Metab. 1972, 35, 387. — 10. Messer, H., Armstrong, W. D. és Singer, L.: Calc. Tiss. Res. 1973, 13, 217. — 11. Messer, H., Armstrong, W. D., és Singer, L.: Calc. Tiss. Res. 1973, 13, 227. — 12. Otto, W., Seidel, K. és Wessel, G.: Rheumatische Erkrankungen Volk und Gesundheit. Berlin, 1977. — 13. Ray-Sarkar, B. C. és Chauhan, U. O.: Anal. Biochem. 1967, 20, 155. — 14. Reider, S. Otero, M.: Clin. Chem. 1969, 15, 727. — 15. Yates, C., Doty, S. és Talmage, R. V.: Proc. Soc. Exp. Biol. (N. Y.) 1964, 115, 1103. — 16. Zipkin, I., Sokoloff, L. és Fraizer, P.: Fred. Proc. 1967, 26, 889. — 17. Wheller, M.: Med. Clin. N. Amer. 1976, 60, 1213.

VENORUTON

kapszula, injekció

H 600 Antivaricosica

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

JAVALLATOK:

Kapszula: Thrombosis (mély thrombophlebitis) kezelésben adjuvánsként az oedema-készség, vagy 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) támogatására, 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 hemorrhoidalis 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 terápia eredményessége jelentősen függ a kielégítő dozírozástól (kórállapottól függően megállapított idejű, rendszeres adagolás).

Indokolt esetben a napi 600 mg-ot is túl lehet lépni (maximálisan 3×1 –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,

20 ampulla,

térítési díja: 31,80 Ft.

térítési díja: 35,40 Ft.

ELŐÁLLITO:

BIOGAL GYÓGYSZERGYÁR, DEBRECEN



ZYMA AG (Svájc) licencia alapján.

Szegedi Orvostudományi Egyetem
Radiológiai Klinika
(igazgató: Kelemen János dr.)
II. Belgyógyászati Klinika
(igazgató: Cserháti István dr.)

Akut hasi tüneteket okozó trichobezoár a gyomorban

Ormándi Katalin dr. és Kovács Aranka dr.

A tápcsatornában kialakuló haj- vagy szőrszálakból álló ún. trichobezoár ritka jelenség. Többek között szovjet szerzők ismertetnek hasonló, néha súlyosabb szövődménnyel, pl. perforációval járó eseteket (5, 9). A hazai irodalomban az utóbbi 15 évben ilyen témájú közleményt nem találtunk.



1. ábra: A gyomor nyálkahártya-redőzete nem ismerhető fel a corpus és az antrum területén.

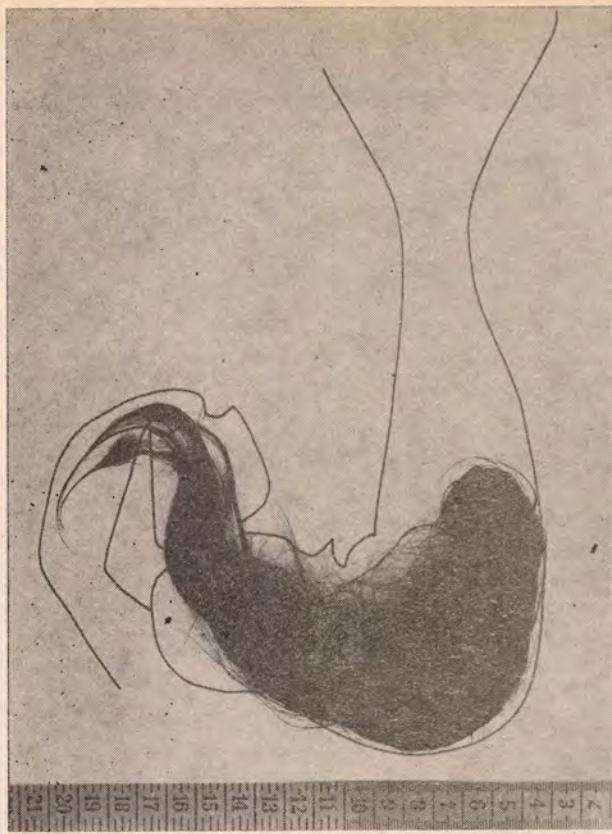


2. ábra: A kontrasztanyag felett elhelyezkedő, elmozdítható idegentest

Esetismertetés

A 18 éves leányt 3 napja tartó görcsös epigasztriális fájdalom, hányinger, hányás miatt mentő szállította a II. Belgyógyászati Klinikára. Kb. 2 hónapja vannak hasonló, de enyhébb panaszai. Melaena, haematemesis nem volt, hányadéka csaknem mindig ételmaradékot tartalmazott.

Fizikai vizsgálat: az epigasztrium nyomásérzékenysége az egyetlen pozitívum. A laboratóriumi vizsgálatok eredményei a mérsékelten emelkedett fvszámokon kívül normálisak. Natív átvilágítás alkalmával a kismedence vetületében néhány gázos, nem tágabb vékonybélkacs, 2–3 kicsiny nivó látható. A nőgyógyászati vizsgálat a gynecológiai megbetegedést kizárta. A beteg panaszai spasmolytikumok, sedatívumok hatására mérséklődtek. A kivizsgálás során először *gasztroszkópia* történt, mely szerint az ép redőzetű, jól táguló gyomorban haját tartalmazó idegentest helyezkedik el. A lelet ritkasága miatt elvégeztük a *gyomorzvizsgálatot* is: a corpus középső és alsó harmadában, valamint az antrum területén éles szélű telődési hiány látható. A gyomorban talált képlet elmozdítható, a további Ba-pép itatás után a kontrasztanyag felett helyezkedik el. A pylorus hüvelykujnyi széles, állandóan nyitott, a telődési hiány a bulbumban, sőt a duodenum leszálló szárán is észlelhető. A passage akadálytalan, 1 óra múlva már csak az idegentestre tapadt kontrasztanyag látható a gyomorban. (1., 2. ábra). **Vélemény:** a gasztroszkópos lelet és a röntgenvizsgálat alapján nagy, a duodenumba is betérjedő trichobezoár. A nagyméretű idegentest endoszkópos eltávolítása lehetetlen volt. A beteget az I. Sebészeti Klinikára vették át, ahol gasztrotómiás feltárást végeztek, és a keményre összeállt hajcsomót eltávolították (3. ábra).



3. ábra: A műtét során eltávolított trichobezoár.

A posztoperatív szak eseménytelen volt. A belgyógyászati kivizsgálás során pszichiátriai vizsgálat is történt. Ekkor derült ki, hogy a beteg 11 és 12 éves korában pszichiátriai osztályon feküdt neurotikus állapot, trichotillománia? kórjelzéssel. Súlyos családi problémái vannak (szívbeteg anya, alkoholista apa). Ezek után a vélemény környezeti ártalom következtében kialakult trichotillománia volt. A műtét megoldás után pszichiátriai gondozás javasolt. (Utóbb megtudtuk, hogy betegünk nem jelentkezett megbeszélésünk ellenére sem.)

Megbeszélés

Esetünkben a trichotillománia és -fágia következtében trichobezoár képződött, amely akut hasi panaszokat — átmeneti gyomor ürülési zavart — okozott.

A trichotillománia és -fágia együttes előfordulása igen ritka, főként gyermekkorban, elsősorban leányoknál fordul elő (7), többnyire mint tü-

net, nem pedig önálló kórkép kerül észlelésre. Csatlakozhat organikus idegrendszeri megbetegedéshez, neurosishoz, pszichózishoz, pszichopátiához.

Az egyébként egészséges gyermekeknél fellépő trichotillománia, -fágia kialakulásában — Szilárd és mtsai szerint „lényeges és kórjelző, hogy a gyermek környezetében kisebb vagy nagyobb mértékben kóros pszichés vonások találhatók. Ezek kétséget kizáróan neurotizáló, vagy a normális fejlődést nehezítő, torzító tényezőként hatnak a gyermekekre... Így jellemző módon éppen és egyedül a körülmények rendeződése eredményezhet frappáns gyógyulást” (6, 2, 8).

Röntgen-, differenciál-diagnosztikai szempontból a gyomorfal organikus elváltozásai jöhetnek szóba. Míg ez utóbbiak pl. palpáláskor általában nem mozdíthatók el, és a perisztaltika rendszerint kiesik, addig a gyomorban elhelyezkedő idegentestek elmozdíthatók. Csak igen nagy bezoár esetén figyelhetjük meg a perisztaltika hiányát (1, 3, 4, 7).

Köszönetnyilvánítás: Köszönetet mondunk Berger Zoltán dr.-nak, Csikos Mihály dr.-nak, valamint Szilárd János dr.-nak és munkatársainak az endoszkópos, a sebészi, valamint a pszichiátriai vontkozási adatok rendelkezésünkre bocsátásáért.

Összefoglalás: A szerzők akut hasi tüneteket okozó trichobezoár ritka esetét ismertetik. Utalnak a röntgen-, differenciál-diagnosztikai szempontokra és a kórelőzmény pszichiátriai vonatkozásaira.

IRODALOM: 1. Brüchner, J.: in: Handbuch der Medizinischen Radiologie. Ed.: Diethelm L. Bd. XI/1. Springer V. Berlin—Heidelberg—New York, 1969. 612. — 2. Kovács M.: Gyermekgyógyászat, 1978, 29, 517. — 3. Oberdahlhoff és mtsai: Klinische Röntgendiagnostik chirurgischer Erkrankungen Bd. I. Springer V. Berlin—Göttingen—Heidelberg, 1959, 395. — 4. Schinz és mtsai: Lehrbuch der Röntgendiagnostik G. Thieme V. Stuttgart 1965, Bd. V., 194. — 5. Sedov, és mtsai: Vestn. Khir. 1976, 10, 78. — 6. Szilárd és mtsai: Magy. Pszichol. Szle. 1973, 30, 228. — 7. Teschendorff és mtsai: Lehrbuch der röntgenologischen Differentialdiagnostik. G. Thieme. V. Stuttgart 1954, Bd. II., 214. — 8. Tilling, E.: Monatschr. Kinderheilk. 1975, 2, 58. — 9. Zsulbikov: Vestn. Roentgenol. Radiol. 1977, 2, 88.

A mielo-monociták magjának spontán radiál-szegmentációja

Berkessy Sándor dr. és Radványi Gáspár dr.

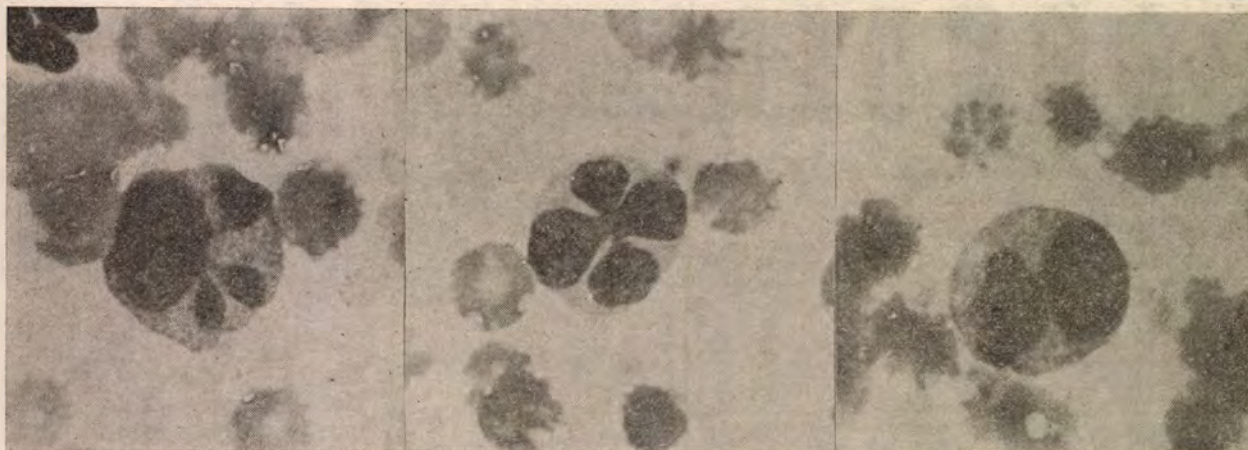
A perifériás vérkép kvalitatív — citológiai — értékelése normális esetben semmi nehézséget nem okozott, az ehhez szükséges jártasság hamar megszerezhető. Kellő gyakorlattal az egyes normál variánsok és a gyakrabban előforduló anomáliák — mint pl. a Pelger—Huet anomália — is helyesen értékelhetők. Az egyes sejtek értékelhetőségét azonban számos tényező befolyásolhatja kedvezőt-

blasztokon is megfigyelték. Ezt a ritkán észlelhető spontán jelenséget (amelynek előfordulási gyakoriságára vonatkozóan nem találtunk irodalmi adatokat) akut mielo-monocitás leukémiás betegünkön figyeltük meg a betegség kezdetén és a relapszus alkalmával. Éppen a jelenség ritkasága késztet arra, hogy e sajátos maganomáliát röviden ismertessük.

Esetismertetés

G. I.-né 65 éves nőbeteg lázas állapotban, bőr- és nyálkahártya-vérzésekkel, leukémia gyanújával került osztályunkra. A kissé nagyobb májon és lépén kívül csak vérképzőterei voltak jellegzetesek. Fehérvérsejt-száma: 23 600/ μ l (23,6 G/l), Hgb-értéke 10,3 g/dl (6,39 mmol/l), thrombocyta-száma 68 000/ μ l (68,0 G/l) volt. A perifériás vérképben 20%-ban találtunk sajátosan atípusos sejteket. A 15–20 μ m átmérőjű sejtek szürkés-kék plazmája nem tartalmazott granulumokat, magjuk pedig lóherelevél, virágzirom, illetve csokornyakkendő alakú volt (1. a, b, c. ábra). Citokémiailag peroxidáze, Sudan—B fekete és igen erős NaF szemzítív alfa-naftilacetát-eszteráze pozitivitást mutattak. A csontvelőben — kisebb arányban — szintén találtunk hasonló magsegmentációt mutató sejteket.

A betegen mielo-monocitás leukémiát diagnosztizáltunk és a TRAP protokollnak megfelelő adagok és



1/a. ábra

1/b. ábra

1/c. ábra

lenül, így a kenetkészítés rossz technikája, a festési eljárás szabályainak be nem tartása vagy a festékek rossz minősége. Az is ismert, hogy az antikoagulált vérből készített kenet sohasem olyan szép, mint a natív vérből készültek. Az antikoagulánsok által in vitro okozott elváltozások között a legjellemzőbb a limfociták és a monociták magjának radiál-szegmentációja. A kálium oxalát és ammónium oxalát keverék hatására — néhány órai szobahőn történő állás után — a limfociták egyébként kerek és a monociták bab alakú magja egy, a sejt középpontjának megfelelő centrum körül küllő, lóhere, virágzirom vagy csokornyakkendő-szerű elrendeződést vesz fel. Az így megváltozott sejtek helyes identifikálása nehéz, ezért is van, hogy az oxalát ma már nem kedvelt antikoaguláns.

Az oxalát okozta radiál-szegmentációhoz hasonló maganomáliát — minden antikoaguláns nélküli natív perifériás kenetekben — leukémiás

szabályok szerinti citosztatikus kezelést végeztünk. A radiál-szegmentált magvú sejtek a kezelés 48. órája után már eltűntek a vérből, annak ellenére, hogy a beteget csak parciális remisszióba tudtuk hozni. Egyhónapi kezelés után 26 napig tartózkodott otthonában, amely idő alatt naponként 1 tbl. Leupurint szedett. Ismételt felvétele alkalmával bőr- és nyálkahártya-vérzései a kezdetinél is súlyosabbak voltak. Fehérvérsejt-száma 60 000/ μ l (60,0 G/l) volt, a mielo-monocitoid sejtek 32%-ának magja pedig kifejezetten spontán radiál-szegmentációt mutatott. Újabb kezelés elkezdése előtt (bentléte 24. órájában) 15 000/ μ l thrombocyta-szám mellett koponyúri vérzés következtében halt meg.

Megbeszélés

Az oxalát-antikoaguláns hatására bekövetkező mag-szegmentálódási anomália mechanizmusa pontosan nem ismert. Megfigyelték azonban, hogy a metafázis blokkoló citosztatikumok (vincristin, vinblastin, demecolcin, podofilin) és a griseofulvin meggátolják az oxaláttal antikoagulált vérben e szegmentációs zavar létrejöttét. Az aminopterin, merkaptopurin és a chlorambucil ilyen hatással

nem rendelkezik (3, 5, 6). Az oxalát okozta radiál-szegmentáció elmaradása a fenti szerek hatására annyira jellegzetes, hogy megfigyelését a metafázist blokkoló szerek hatásának vizsgálatához „screening” tesztként is propagálták (4). Mivel a metafázist blokkoló citosztatikumok a sejtek mikrotubuláris rendszerére hatnak, ezek működését bénítják, a radiál-szegmentáció gátlásából arra lehet következtetni, hogy annak létrejöttében a mikrotubulusok működészavarának lehet szerepe (1, 2). A betegünk esetében megfigyelt spontán magdeformálódás csak a mioleio-monocitoid sejteket érintette, a limfocitákat nem. Metafázist blokkoló citosztatikumokat nem adtunk a betegnek, ezért a jelenség megszűnésének oka az lehetett, hogy a szegmentálódási zavarra hajlamos sejtek a TRAP kezelés hatására elpusztultak. Emellett a lehetőség mellett szól az, hogy a leukaemia relapsusa alkalmával újra megjelentek.

Összefoglalás: Kálium- és ammónium oxalát antikoagulánsban a limfociták és monociták magja kerékküllő-szerűen deformálódik. Ez a radiál-szegmentációnak nevezett jelenség (valószínűleg nagyon ritkán) leukémiás sejteken spontán is kialakulhat. Egy esetben akut mielo-monocitás leukémiás betegen a betegség legelején és a relapszus során észleltük spontán jelentkezését. A jelenség észlelése vérképvizsgálat alkalmával komoly diagnosztikus problémát okozhat. Amennyiben nem használtunk oxalát antikoaguláns, akut leukémiára, elsősorban mielo-monocitás leukémiára gondolhatunk.

IRODALOM: 1. Borisy, E., Taylor, F.: J. Cell. Biol. 1967, 34, 535. — 2. Malawista, S. E.: Blood 1971, 37, 519. — 3. Norberg, B., Söderström, N.: Scand. J. Haematol. 1967, 4, 161. — 4. Norberg, B., Uddman, R.: Blut, 1973, 26, 261. — 5. Norberg, B.: Scand. J. Haematol. 1969, 6, 312. — 6. Norberg, B.: Scand. J. Haematol. 1970, 7, 349.

NORCOLUT[®] tabletta

ÖSSZETÉTEL: 5 mg norethisteronum tabl.-ként.

JAVALLATOK: Premenstruációs szindróma, mastodynia, a szekréciós szak megrövidülésével járó cikluszavarok, diszfunkcionális méhvérvzés, hyperplasia glandularis cystica endometrii, endometriasis, adenomyosis.

Laktáció-prevenció, ablaktáció. Klimaxos panaszok, különösen a klimaxos vérzészavarok.

ELLENJAVALLAT: Emlő-, genitális carcinoma. Külön elbírálatást igényelnek, főleg tartós szedés eseté: thrombózis-készség, hepatitis, májműködés zavarok.

ADAGOLÁS: Praemenstruációs szindróma, mastodynia, valamint rendszertelen ciklusokban, a ciklus 16. napjától a 25. napig 1–2 tabl., esetleg ösztrogénnel együtt.

Diszfunkcionális méhvérvzés, hyperplasia glandularis cystica endometriiben: (amennyiben a vérzés funkcionális jellegét 6 hónapon belül végzett hisztológiai vizsgálat igazolta): 6–12 napon át napi 1–2 tabl., a vérzés megszüntetésére. — Recidiva megelőzésére a ciklus 16. napjától a 25. napig napi 1–2 tabl., általában ösztrogénnel együtt.

Endometriosis, adenomyosisban: a ciklus 5. napjától a 25. napig napi 1 tabl. 6 hónapon át, vagy folyamatosan szedve a ciklus 5. napján napi fél tabl.-val kezdve és az áttöréser vérzések elkerülésére 2–3 hetenként fél tabl.-val növelve, 4–6 hónapon át.

A laktáció megelőzése céljából:

	a 16–28. héten	28–36. héten
	megszakadt terhesség esetében	
1 nap	15 mg	15 mg
2–3 nap	10 mg	10 mg
4–7 nap	5 mg	10 mg

ABLAKTÁLÁS: az 1–3. napon 20–20 mg, a 4–7. napon 15–15 mg, a 8–10. nap 10–10 mg Norcolutot kell adagolni.

Klimaxos panaszokban: napi 5 mg (egy tabl.) adagolása javasolt. Kúraszerűen, hosszabb időn át. A kezelést sikertelenség esetén napi 25–50 mcg etinilösztadiollal (Mikrofolin tabl.) szükséges kiegészíteni.



MELLEKHATÁS: Ritkán előforduló és a későbbi ciklusokban megszűnő nausea, gastrointestinalis panaszok, áttörésszerű vérzés, esetleg ödéma, allergiás bőrreakció, paraesthesia, test-súlyváltozás, fáradékonyság.

FIGYELMEZTETÉS: Norcolut kezelés előtt a malignitás kizárandó. A kúra előtt onkológiai ellenőrzés szükséges.

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

CSOMAGOLÁS: 20 tabl. 5,20 Ft

Debreceni Orvostudományi Egyetem
II. Belgyógyászati Klinika
(igazgató: Rák Kálmán dr.)

Egyszerű módszer a B-lymphocyták kimutatására

Dalmi Lajos dr., Hajdú László dr.,
és Pecze Károly dr.

A lymphocyták membránsajátosságain alapuló módszerek segítségével a lymphocyták új, funkcionális jellegzetességeit ismerhettük meg. Ezen membrántulajdonságok közül kiemelkedik a birka vörösvérsejtkötő képesség, mely a T-lymphocytára jellegzetes, valamint a membrán felületén levő immunglobulin, mely a B-lymphocyták markere. E két lymphocytá populáció vizsgálata egyre nagyobb gyakorlati jelentőségű (1). Kíváncsiak tehát, hogy egyszerű, széles körben alkalmazható módszerek álljanak rendelkezésre.

A T-lymphocyták kimutatására használt birka vörösvérsejt-rozetta teszt rutin laboratóriumokban is alkalmazható. A B-lymphocyták kimutatására hasonló egyszerűségű módszert Chao és Yokoyama 1977-ben ajánlott (2). Magunk ez utóbbi módszerrel, némi módosítással kedvező tapasztalatokat szereztünk, ezért közreadjuk. A módszer a lymphocyták felületi immunglobulinjának kimutatásán alapszik. Az immunglobulin szemen termelt antitest műanyag (polyacrylamid) gyöngyökhöz van kötve (ez az immunobead). A gyöngyök a felületi immunglobulinnal rendelkező lymphocytákhoz (B-lymphocyták) rozettaszerűen kötődnek. E rozetták fénymikroszkóppal jól vizsgálhatók és számolhatók.

A módszer kivitelezése

1. *Lymphocyták izolálása:* azonos az egyéb lymphocyták vizsgálathoz alkalmazott izolálással. Heparinnal alvadást gátló vér 4–6 ml-et (fehérvérsejt-számtól függően) 5 ml Ficoll-Uromiro 1077 fajsúlyú keverékére, vagy gyári kiszerelésű változatára, a Lymphoprep (Nyegaard) 5 ml-ére rétegezzük. 400 g-vel 30 percig centrifugáljuk, a lymphocyták réteget leszívjuk, Parker TC-199 oldattal háromszor mossuk és végül 5×10^6 milliliterenkénti sejtszámra hígítjuk, előbb kolloidális vasporral (Carbonyl-iron Sigma) 30 percig inkubáljuk, végül mágnissal a vasport eltávolítjuk.

2. Az antitesttel bevont műanyag gyöngy előkészítése

Az általunk használt gyöngy felületén trivalens, anti IgG, IgA és IgM antitest volt kötve (Immunobead RAH-31 IgG, A, M, Katalógusszám 1705132/1978 Bio-Rad Laboratories GmbH München), 1 mg gyöngyöt 400 mikroliter Parker 199 oldatba mérünk közvetlen felhasználás előtt.

3. Immun-gyöngy rozetta teszt

Egyenlő mennyiségű (25 mikroliter) lymphocyták szuszpenziót és preparált gyöngyöt 37 °C-on 30 percig inkubáltunk. Az inkubálás után a szuszpenzió homogén, durva kicsapódás nem látszik. Kicsapódás esetén a hígítási arányokat kell változtatni, különben a vizsgálat nem értékelhető. Inkubálást követően 160 g-vel 1 percig centrifugálunk, az üledékből egy cseppet tárgylemezre viszünk és egy csepp 0,01% toluidin-kék oldattal festjük és fénymikroszkóp segítségével számoljuk a rozettaképző lymphocyták arányát. Rozettaképző sejtek legalább 3 gyöngyöt kötő sejtet kell tekintenünk (1. ábra).

Az értékeléshez legalább 200 sejt leolvasása szükséges.



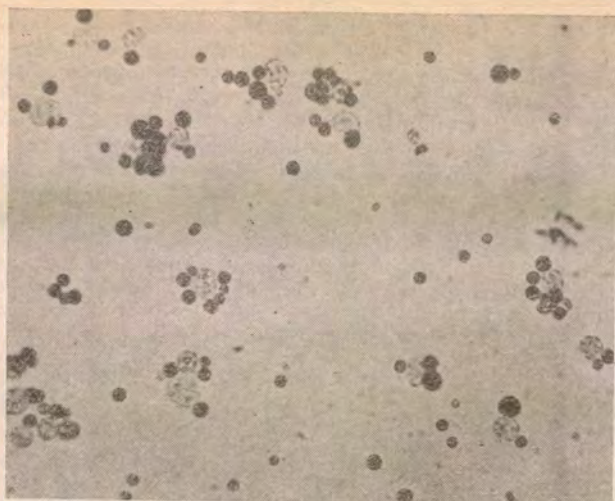
1. ábra

Megbeszélés

Pernis és mtsai adatai alapján ismert, hogy a B-lymphocyták membránja immunglobulint tartalmaz (3). A B-lymphocyták meghatározás legelterjedtebb módja ezen immunglobulin kimutatása immunfluoreszcens módszerrel (4), mely viszonylag egyszerű és gyors módszer. Néhány hátránya miatt elterjedése korlátozott: drága és aktivitását hamar elvesztő vegyszert igényel (fluoresceinnel konjugált antitestek), a kiértékeléshez fluoreszcens mikroszkóp szükséges és speciális szakmai ismeret kell a leolvasáshoz. Az általunk ismertetett módszerrel az irodalomban alig találunk. Yokohama munkacsoportjának van legtöbb tapasztalata (2, 5, 6, 7). Elvét tekintve megegyezik az immunfluoreszcens módszerrel, megbízhatósága is azonos, hátrányait azonban teljes mértékben kiküszöböli. Fénymikroszkóppal speciális szakértelem nélkül leolvasható, olcsóbb (1978 év folyamán egy vizsgálat 10 Ft alatt volt) és használt reagens jól eltárolható, stabil. Ezen kedvező sajátosságok alapján rutin laboratóriumi szintre emelheti a B-lymphocyták populáció vizsgálatát.

A módszer hibalehetőségei megegyeznek az immunfluoreszcens módszerével. Ezek abból adódnak, hogy egyrészt a passzívan membránhoz kapcsolódó immunglobulinokat is kimutatja, másrészt a lymphocyták másik receptora (ún. Fc receptor) az immunglobulin ellenes antitest Fc részét is megkötheti. Ezen Fc kötő tulajdonság B-sejt tulajdonság is, de ilyenkor rendelkezik más lymphocyták subpopuláció is, sőt monocyták és granulocyták jellegzetesség is. Ezen hibalehetőség eliminálására módosítottuk az eredeti módszert: hosszabb inkubációt alkalmazunk, mely alatt a passzív immunglobulin leválik, másrészt fontos lépés a kolloidális vasporral történő phagocyták mentesítés, melynek segítségével a monocyták és phagocyták sejtek száma lényegesen csökkenthető. Magunk két éves tapasztalat birtokában kedvező eredményekről számolhatunk be.

Az immunfluoreszcens módszerrel párhuzamosan végzett vizsgálatok csaknem azonos eredményt szol-



2. ábra

gáltattak: 20 chronikus lymphoid leukaemiás beteg perifériás vérében a B-lymphocyta arány fluorescens módszerrel 91%-nak adódott, az immunobead technikával ez a szám 89% volt. Ez utóbbi vizsgálat egyikét mutatjuk be, ahol a sejtek döntő többsége rozettát képez, tehát B-lymphocyta (2. ábra).

Nagyobb lymphomás beteganyag vizsgálati eredményeiről más helyen számolunk be, rendszeresen vizsgáljuk a lymphocyta markereket immunopathogenezisű kórképekben is. A módszer alkalmas szimultán T- és B-sejt meghatározásra, így vizsgálhatók a kettős markerrel rendelkező lymphocyták is (7). Ilyen jellegű munkánk kiértékelése is folyamatban van.

Összefoglalás: A szerzők egyszerű, gyors és olcsó módszert ismertetnek a B-lymphocyta meghatározására. A lymphocyták felületi immunglobulinjaival a homológ antitesttel bevont műanyag gyöngyök kapcsolódnak, a B-lymphocyták körül rozettát képeznek. A szerzők a módszert rutin laboratóriumi célra alkalmasnak tartják és ajánlják.

IRODALOM: 1. Gergely P.: In: Az orvostudomány aktuális problémái. 1978, 30, 111. — 2. Chao, W., Yokoyama, M.: Clin. Chim. Acta. 1977, 78, 79. — 3. Pernis, B., Forni, L., Amante, L.: J. Exp. Med. 1970, 132, 1001. — 4. WHO/IARC Workshop Report: Scand. J. Immunol. 1974, 3, 521. — 5. Loren, A. B., Hedricks, R. L., Yokoyama, M.: Immunol. Commun. 1978, 7, 691. — 6. Lee, Y. és mtsai: Z. Immun-Forsch. 1979, 155, 232. — 7. Lee, Y. és mtsai: Intern. Arch. Allergy Appl. Immunol. 1979, 59, 114.

SALVUS

nátrium-karbonátos természetes gyógyvíz

Javasolt:

1. soksavas gyomorhurutnál kezdetleges gyomor- vagy nyombélfekélynél.

Adagolás: naponta kétszer 2 dl étkezés előtt 1 órával 4 héten át. Ajánlatos évente kétszer megismételni.

2. cukorbeteg — enyhe esetekben, mely diétával, esetleg kiegészítő gyógyszerrel egyensúlyban tartható.

Adagolás: naponta háromszor 1–2 dl — rendszeresen, amennyiben kellemetlen tüneteket (hasmenés) nem okoz.

3. vesekőképződésnél húgysavas kő esetén.

Adagolás: naponta háromszor 2 dl hónapokon át.

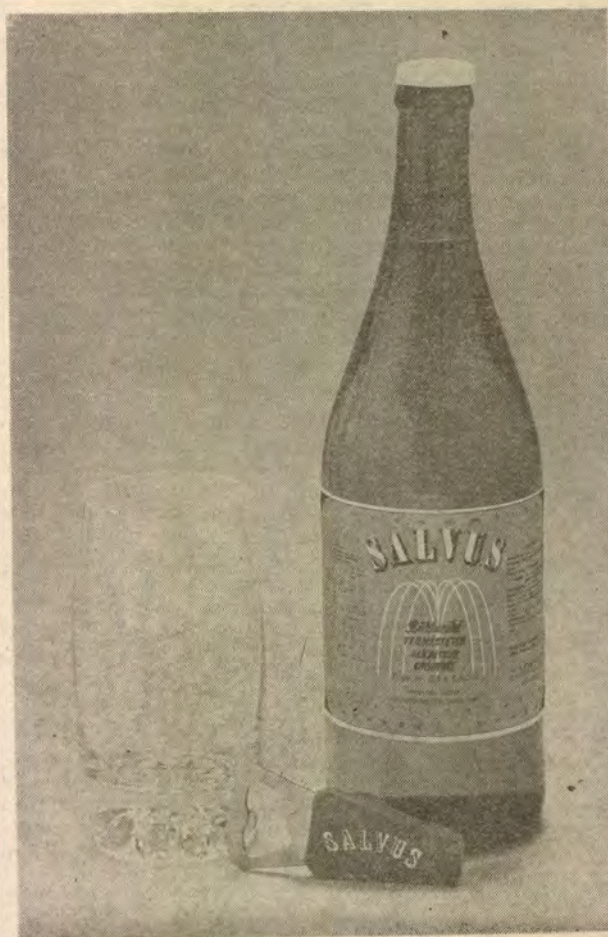
4. köszvénynél.

Adagolás: kétszer fél liter vagy egyszerre 1 liter 2–3 hétig naponta.

5. légúti hurutos megbetegedéseknél.

Adagolás: naponta ötször 1–2 evőkanállal.

Ajánlatos a gyógyvizet használat előtt vízfürdőben 38–40 °C-ra felmelegíteni és melegen 3–4 perc alatt kortyonként fogyasztani.





BESZÁMOLÓK, JEGYZŐKÖNYVEK

Medence-vénás szimpozium Ausztriában. (1980. október 10–12.)

A konferenciát az Osztrák és a Nyugatnémet Angiológiai Társaság, valamint a Nyugatnémet Phlebologiai és Proctológiai Társaság rendezte, Innsbruck mellett, a 2245 méter magas Patscherkofel lábánál elterülő festői szépségű tiroli faluban, Igls-ben. A „Beckenvenen” szimpozium elnöke Robert May innsbrucki sebész professzor és Jürgen Weber hamburgi radiológus főorvos volt. Osztrák, nyugatnémet, angol, francia, belga, svájci, skandináv, amerikai, csehszlovák, lengyel, NDK-s phlebologusok találkoztak Igls-ben. Magyarországot is népes küldöttség képviselte (Aczádi, Dzinich, Entz, Radó Gy., Sándor T., Soltész prof., Szilágyi L., Török I., Várkonyi V.).

A konferencia első fő témája a medence-vénás tüske („Beckenvenensporn”, „pelvic venous spur”) kérdéseivel foglalkozott. A medence-vénás tüske, vagy medence-vénás sarkantyú klinikai képét mintegy 10 éve ismerik. Első leírója éppen May volt. A bal v. iliaca communis lumenében, a v. cava törtnő beszűküléséhez közel, eddig nem teljesen tisztázott okból vénás „tüske” keletkezhet, mely nem valódi vénabillentyű. Az amerikai irodalom ezt az elváltozást „iliac compression” szindrómának nevezi, helytelenül, mivel nem külső kompresszióról van szó, hanem a lument belülről szűkítő szövet-pluszról. A vénás tüske a felnőttek 30%-ában megtalálható, és keletkezésében szerepet játszhat az aorta, pontosabban a jobb a. iliaca communis lüktetése, amely ezen a területen a bal v. iliaca communist a csigolyához szorítja. Kis sarkantyú önmagában nem okoz tüneteket. A lument szélesen áthidaló, vagy csaknem teljesen elzáró típus azonban a krónikus iliacalis thrombosis klinikai képében jelentkezhet: a bal alsó végtagon fájdalom, oedema lép fel, collateralis keringés, praepubicus varixok alakulnak ki. Ez az elváltozás magyarázhatja, hogy medence-véna thrombosis, általában alsó végtag thrombosis ötször gyakrabban fordul elő bal oldalon, mint jobb oldalon. A vénás tüske okozta pathomorfológiai változásokat Thurner (Salzburg) ismertette. Salomonowitz és Gottlob (Bécs) szövettani vizsgálata során megállapította, hogy a tüske területén az endothel a normális háromszorosára megvastagodik és óriássejtek szaporodnak fel. Weber Jürgen szerint a diagnózist ascendáló phlebographiával kombinált vénásnyomásméréssel lehet felállítani, önmagában a röntgenfelvételek

nem mindig bizonyítók. Röntgenanatómiai szempontból a medence-vénás tüske 3 formája különíthető el: 1. laterális, 2. centrális, 3. partialis obstructív típus. Az elváltozást biztosan csak intraoperatív vénás endoscopiával lehet igazolni. A vénás tüske sebészeti kezelésére Welter (München), valamint Vollmar (Ulm) először átmeneti A-V fistulát készítenek, amelynek hatására a lumen kinyílik. Ezt követően 5 héttel végleges megoldásként Palma-műtétet végeznek.

Számos felszólaló hangsúlyozta, hogy a medence-vénák betegségeinek diagnosztikájában nagy jelentősége van a vénás nyomás-mérésnek. A különböző elektromanometerekkel végezhető plebomanometriás vizsgálatok során elsősorban a terheléses vizsgálatok értékeit kell figyelembe venni, nem a nyugalmi értékeket (Quehenberger, Innsbruck). Egészségeseken a terhelésre — hússzor végzett lábfej flexio-entensio után — mért medencei vénás nyomás alig haladja meg a nyugalmi értékeket. Medencei thrombosis esetén azonban bár a nyugalomban elért nyomásérték lényegében változatlan, a terheléses nyomásérték akár háromszorosra növekedhet.

Izolált medence-véna thrombosisnál a vénás rezisztencia megnő, a végtagok „izompumpa-funkciója” azonban nem csökken. Ezzel magyarázható, hogy az alsó végtagon oedema keletkezik, azonban ulcus cruris nem alakul ki. Partsch (Bécs) 32 beteget vizsgált medence-vénás thrombosis után, közülük csak 5-nek volt lábszárfekélye. Ennél az 5 betegnél phlebographiás vizsgálattal nem találtak eltérést a medence-vénákban, komoly elváltozásokat észleltek viszont a lábszár vénáiban.

Az iliacalis vénák akut elzáródása miatt végzett vénás rekonstrukció lehetőségeiről Bo Eklöf (Helsingborg) tartott értékes előadást. Sokan végeznek ilyenkor Vollmar módosításával, vénás graft segítségével Palma-műtétet. Az iliofemorális thrombectomiákkal és vénás rekonstrukciós műtétekkel kapcsolatban élénk vita alakult ki. Egyesek ezeket a műtéteket mindig A-V fistula készítésével kombinálják (Vollmar, Eklöf), mások szerint időleges A-V shunt készítésére nincs szükség (Denck, Bécs; Brück, Linz).

A medencei és hasi vénák phlebographiás vizsgálatával, valamint ezeken a vénákon alkalmazott speciális technikákkal külön előadás-sorozat foglalkozott (Schmitt, Basel; Albrechtsson, Lund; Bauman, Hamburg; Sørensen, Berlin; Seyfert, Nürnberg). Különösen érdekes

volt Enge (Oslo) előadása az endo-vénás idegentestek transfemorális, nem sebészi eltávolításáról. Letört katéter-darabok, pace-maker részecskék hydrocephalus kezelésére használt, leszakadt ventriculo-cavalis Pudenz shunt csőrészek a vénákban belül infectiót, septicaemiát, thrombus-képződést okozhatnak. Ilyenkor localanaesthesiában, percutan, a v. femoralison át különleges katétert vezetnek az idegentesthez. A katéter végéből finom műanyag hurok bocsátható ki („hook catheter”), amelynek segítségével az idegentest a v. femoralison át kihúzható. Az érkatétereket ezért mindig sugárfogó anyagból kell készíteni. A sugárnyéket nem adó katéterek lokalizációja jóval nehezebb és csak kontrasztanyag ismételt befecskendezésével lehetséges.

A konferencia legizgalmasabb témája a cava plicatio és interruptio kérdése volt. Ferries (Little Rock, USA) 80 Mobin-Udin szűrő műtétes beteg utánvizsgálatáról számolt be.

A beavatkozás mortalitása 0,4% volt. 3–5 évvel a behelyezés után az ernyőfiltert átjárhatónak találták a betegek 40%-ában. Recidiv pulmonalis embolia 0,5%-ban fordult elő. A betegek 5,1%-án lépett fel végtag-oedema, 1,5%-án pedig recurrens phlebitis alakult ki. A szűrő elmozdulását 1,5%-ban észlelték. Harjola (Helsinki) bemutatott vezetékes kísérletéről készült filmjét, amely a MU filter elégtelenségét bizonyította. A cinephlebographiás felvételek tanúsága szerint 4–6 mm-es elongált zselatindarabok könnyen áthatolnak az ernyőszűrőn. Ezenkívül 1 héttel a behelyezés után az MU filtert csaknem mindig nagy thrombus zárja el. Áramlás csak a collateralisokon át észlelhető. Schlosser (Freyburg) 137 cava plicatióról számolt be (6 Adams-De Wese típusú cava clip, 125 MU filter). Franco (Grenoble) 233 betegen végzett cava interruptiót (119 Miles clip, 114 MU filter). Lényegesen jobb eredményeket kaptak a 28 mm átmérőjű MU filterrel, mivel ez nehezebben mozdul el, mint a 23 mm átmérőjű MU szűrő.

A konferencia egyértelműen tisztázta a cava filter behelyezésének abszolút indikációt. Ezek a következők:

Abszolút indikált a cava filter behelyezése 1. ha adekvátan vezetett antikoaguláns kezelés mellett recurrens tüdőemboliák lépnek fel; 2. ha az antikoaguláns kezelés kontraindikált súlyos rizikó faktorok miatt (pl. intracranialis elváltozás, vérző, aktív ulcus) és recurrens tüdőemboliák keletkeznek; 3. sikeres embolectomia után.

Relatív indikációt jelent az embolia prophylaxisa szempontjából a phlebographiával igazolt lebegő thrombus a lig. inguinale magasságában, vagy előlött olyan betegen, akin antikoagulációs kezelést végezni nem lehet, vagy a beteg nagy

műtetre kerül. *Vollmar* a relatív indikációk létjogosultságát vitatja. Szerinte ezekben az esetekben véna thrombectomiát kell végezni. A rekonstrukciós érsebészet korában élünk, nem a ligatúrák idején és a v. cava inferiort csak végső esetben szabad feláldozni.

A szimpozium kiemelkedő alakja *Greenfield* professzor volt (Virginia University, Richmond, USA), aki egyrészt a Kimray-Greenfield vena cava filterrel elért eredményeit ismertette, másrészt színes filmen mutatta be a tüdőembolia kezelésére kialakított, nyugodtan mondhatjuk korszakalkotó katéter technikát.

A MU filter legnagyobb hibája a szűrő proximális felszínén is észlelt thrombusképződés, valamint az ernyőfilter gyakran megfigyelt proximális irányú vándorlása. *Greenfield* ezért Kimray-vel együtt új típusú cava filtert alakított ki. A kúp alakú, 6 hullámos fémlábból álló szűrő a lábak végén visszahajló kampókkal biztosan rögzül a vena cava falához. 1972–1980 között 150 esetben végeztek GK filter behelyezést, főleg jugularis úton. A kontroll vizsgálatok szerint filter migráció nem fordult elő, a szűrőt a betegek 92%-ában évek múlva is átjárhatónak találták. A GK filter a betegek 17%-ában sikeresen fogott fel embolusokat és újabb embolia csak a betegek 2%-ában jelentkezett. A szimpozium résztvevőinek véleménye szerint ez a filter-típus látszik a ma használt IVC szűrők közül a legjobbnak.

Az akut masszív tüdő-embolia kezelésére dolgozta ki *Greenfield* a *transzvenás katéter embolectomiát*. A beavatkozást azokon a kritikus állapotban levő betegeken végzik, akiknél a pulmonális artériák 50%-os elzáródása kimutatható. A shockos, súlyosan dyspnoés, esetleg syncopés betegen resuscitációt és agresszív shock-ellenes kezelést alkalmaznak. Ezalatt gyors vizsgálatokat végeznek: vérgázanalízist, pulmonális angiographiát és pulmonális nyomásmérést. Ha a $PaO_2 < 50$ Hgmm, a $PaCO_2$ 30–40 Hgmm, a PA pedig 30–40 Hgmm — ez 50%-os pulmonális artériás occlusio jele. Angiographiával ilyenkor pontosan lokalizálják az embolust. Ezután localanaesthesiában a jobb vena femoralison át speciális, kormányozható, szívófejű ellátott katétert vezetnek televíziós képernyő segítségével a pulmonális artériába, az embolus közelébe. Szívást alkalmaznak, ami az embolust a szívófejbe aspirálja. Ezt követően az embolust az állandó szívás fenntartása mellett, a jobb szívfelelen keresztül, a femoralis venotomián át kihúzzák. Kontroll angiographiával ellenőrzik, hogy nem kell-e a manővert megismételni, majd a beavatkozást *Greenfield* filter behelyezésével fejezik be. 1974–1977 között 15 betegen végeztek katéter embolectomiát. 11 beteg meggyógyult, 4 meghalt. A beavat-

kozást az akut masszív pulmonális embolia felléptét követően 3 órán belül kell végezni. Az esetek egy részében az ellenoldali vena és arteria femoralis közt partialis venoarterialis bypass készítették a keringés támogatására és a resuscitáció megkönnyítésére az angiographia és az embolectomia alatt. A szövődmények és a sikertelen esetek ellenére nem kétséges, hogy a hősiesség, de eredménytelen *Trendelenburg-műtét* és a cardio-pulmonalis bypass segítségével végzett, több mint 60%-os mortalitással járó nyitott pulmonális embolectomiák után, a *Greenfield-féle* katéter-embolectomia új fejezetet nyitott meg az akut masszív tüdő emboliák kezelésében.

Végül néhány szót a magyar angiológusok szerepléséről. *Soltész és Szilágyi* a kombinált lábszárfekélyek Dotter angioplasztikával és kompresszióval végzett terápiájáról tartott figyelemre méltó előadást. *Dzsinich Csaba* a medencei thrombosisok konzervatív és műtéti kezelésével elért eredményeket hasonlította össze. *Entz* a végtag- és medence véna thrombosisok radiológiai diagnosztikájának új lehetőségeiről beszélt. A poster szekcióban *Sándor Tamás* és *Hunyai László* a postoperatív mélyvénás thrombosis radiofibrinogén teszttel és Doppler ultrahang technikával végzett korszerű diagnosztikájáról számolt be. *Soltész* a lumbális csigolya-defektus okozta krónikus vénás insufficiencia (secunder May–Thurner-syndroma) egy sikerrel kezelt, érdekes esetét mutatta be. *Gloviczki Péter* pedig a mikrosebészeti módszerekkel készített lympho-venosus anastomosisokkal kapcsolatos kísérleti és klinikai tapasztalatokat ismertette.

A rövid, de nagyon intenzív szimpozium alatt valamennyi résztvevő az osztrák szervezők, elsősorban *May* professzor messzemenő figyelmességét, szívélyes vendéglátását élvezte. A koktélpárti, a munkabédek és a hangulatos muzsikával, jódlizó tiroli énekesekkel kísért bűcsúvacsora a szakmai és baráti kapcsolatok kialakítását segítette elő. A példásan szervezett, sikeres konferencia eredményeit és tanulságait a magyar phlebológusok nyilvánvalóan hasznosítani fogják.

Sándor Tamás dr.

A „Kémiai mutagenézis, humánpopuláció monitorozás és genetikai kockázatbecslés” szimpozium (Ottawa, 1980. október 14–16.).

Kanada Egészségügyi és Jóléti Minisztériuma, a WHO, az ICPEMC, az UNEP és a Kanadai Genetikai Társaság rendezte nemzetközi szimpoziumon 20 meghívott előadó foglalta össze az emberrel kapcsolatba kerülő kémikáliák genetikai ártalmasságával kapcsolatos eddigi legfontosabb eredményeket. Számomra nagy megtiszteltetést jelen-

tett, hogy a meghívottak közé kerültem.

A szimpozium legfontosabb megállapításai a következők voltak:

1. Az iparosodás, a kemizáció, a környezetszennyeződés hosszú távú genetikai ártalmassága komoly aggodalomra ad okot. Pánikba esni azonban nem szabad, rendelkezésre állnak ugyanis azok a lehetőségek, amelyek segítségével remény van a veszélyek döntő többségének elhárítására.

2. Külön kell választani a kutatást és a közegészségügyi feladatot jelentő népesség monitorozást. Az utóbbi minden állam fontos teendője.

3. Nagyobb súlyt kell helyezni a humán-vizsgálatokra, mivel az interspecies differenciák miatt az állatkísérletek nem extrapolálhatók az emberre. A xenobiotikus anyagcsere különbözőségei miatt a metabolizmus eltérő utakon (minőségi eltérés) és mértékben (mennyiségi eltérés) történik. Emellett a DNS reparációs mechanizmus különbözősége is jelentős.

4. Feltétlenül nemzetközi együttműködésre van szükség, hiszen az emberi faj egészségi egész, emiatt egyrészt a különböző országok lakosságának a monitorozása összefügg egymással, másrészt az emberi faj nagyfokú polymorphismusa, tehát az intraspecies differenciák miatt (az ember haploid kromoszóma szerelvényében 3 milliárdra tehető a nukleotid párok száma, így — a gént 1000 nukleotid párral azonosítva — 3 millió génnel számolhatunk, ezeknek 2%-a lehet aktív strukturális gén, vagyis 60 000-re tehető génjeink száma és ezeknek 30%-a, tehát 20 000 polymorph vagyis 1 lokuszra többfajta allél kerülhet) igen nagy populációk vizsgálatára van szükség és ezek csak nemzetközi összefogással oldhatók meg. A negatív eredmények is fontosak.

5. A genetikai toxikológiát („genetox”) a toxikológia szerves részének kell tekinteni. Jelenleg 3,5 millió-féle kemikália ismert, ehhez évente 1000 új adódik hozzá. 1930-ban az USA-ban az egy főre eső évi gyógyszerfogyasztás 21,7 g volt, a 70-es években ez már 344 g-ra emelkedett, míg a 80-as években arányuk várhatóan eléri a 0,5 kg-ot. 1975-ben évente csaknem 5 kg étel-aditívet (édesítőt, színezőt, tartósítót) evett meg egy-egy ember. Kanadában az ivóvíz, illetve az ivóvizekben levő kemikáliák mutagenitását is igazolni lehetett. A mind nagyobb mértékben felhalmozódó melléktermékek: szemét-hulladék, és a szennyvizek közegészségügyi veszélyessége is egyre nyilvánvalóbb. (Elég az USA Love Canal botrányára utalni.)

6. Az alapadatok (pl. mutációs ráta) meghatározását sürgetően meg kell oldani. Jelenlegi tudásunk szerint 1 rem/generáció dózis 20 mutációt okoz 1 millió emberben. A hirosimai és nagasaki adatok alapján az ember mutációs érzékenysége ki-

sebb lehet az emlősöknél, pl. az egérénél. A genetikai ártalmak regisztrere sokat segíthet e probléma megoldásában.

7. A genetikai ártalmak jelentősége egyre szembetűnőbb. Az összes betegség mintegy 10%-a vezethető vissza egyértelműen genetikai ártalomra. Legjobban a kromoszóma aberrációk hatása mérhető fel. Az összes congenitális abnormalitásnak 4–8%-át okozza kromoszóma aberráció. (A congenitális cardiovascularis malformatióknak 9%-át.) A súlyos értelmi fogyatékoságoknak 11,5%-a vezethető vissza kromoszóma ártalmakra. A spontán vetélések 40%-át a magzat kromoszóma-rendellenessége okozza. A halva születettek mintegy 6%-ában találtak kromoszóma elváltozást. Így a megfogamzott és felismert terhességek 4,4%-ában kell számolni kromoszóma aberrációval. (A születéskor 0,16% a súlyosabb congenitális abnormalitást okozó kromoszóma ártalmak aránya.) Ma már lehetőség nyílik a szorosan vett genetikai ártalmak okozta „életév-vesztések” (z) és megzavart (megkeserített) életévtartamok (w) becslésére is. [Átlagosan 70 évvel és súlyozott átlagértékekkel számolnak, így megadható e „zavar-talan élet” éveinek száma (x) is.]

Kategória	x	w	z
Kromoszóma aberráció	2,2	44,0	23,8
Dominánsan öröklődő ártalmak	33,4	23,6	13,0
Csak férfiakban előforduló, nemhez kötött ártalmak	1,6	40,4	28,0
Recesszíven öröklődő ártalmak	1,0	37,4	31,6

Persze a legnagyobb problémát a gyakori multifaktorális rendelle-

nességek (pl. spina bifida) és betegségek (pl. schizophrénia) jelentik.

8. A genetikai monitorozás a rák okozó hatások felismerése miatt is fontos. Egyrészt a népesség mintegy 10%-a lehet a fokozott kromoszóma törékenységgel járó autosomális recesszív betegségek (xeroderma pigmentosa, Bloom syndroma, Fanconi anaemia, ataxia teleangiectasia, Cockayne syndroma) heterozygota gén-hordozója és emiatt fokozottan hajlamos a környezeti rákkeltő hatásokra. Másrészt jelenleg a daganatos megbetegedések 60–80%-át vezetik vissza környezeti hatásokra (cigaretta- és gyógyszerekre, röntgensugárzásra, munkahelyi ártalmakra és a környezetszennyeződésre). Ezek elsősorban a bőr, a húgyhólyag, a tüdő és orrmelléküregek carcinomák létrejöttében játszanak meghatározó szerepet. A kérdés jelentőségét csak aláhúzza, hogy az elmúlt 5 évben pl. az USA-ban az infarctus halálozás 7,9%-kal, az agyvérzés mortalitása 17,6%-kal csökkent, míg a rák okozta veszteség 6,8 százalékkal nőtt. (1900-ban ez 3,7%, 1970-ben már 17,2% volt.)

9. Az üzemegészségügyi mutagén és carcinogén vizsgálatok tekinthetők jelenleg a legfontosabb aktuális feladatnak. Ez ellen a munkaadók ugyan sokszor tiltakoznak, mivel növelik a dolgozók nyugtalanságát és nem kevés pénzbe is kerülnek, nyilvánosságra kerülésük pedig árt a vállalat jóhírének és esetleg kártérítési kötelezettség merülhet fel. Néhol a szakszervezetek is fenntartásukat hangsúlyozzák, mondván: eleve csak veszélytelen munkahelyen szabad dolgozni, ráadásul az esetleges genetikai predispozíció beigazolódása a munkára terelheti a gyanút stb.

10. A mutagenitás: genetikai ártalmasság megítélésakor 4 szintet kell elkülöníteni:

I. Elégséges pozitív bizonyíték ismert a human mutagenitás állításához. Ez jelenleg 8 kémiai hatás, így cyclophosphamid, mustárgáz, vinylchlorid, benzol, benzidin, bis: (chlormetyl)-ether, cigarettafüst és 2-naphthylamin esetében áll fenn.

II. Lehetséges („limitált”) vagy potenciális mutagénekről beszélünk, ha egy-egy fajban, illetve törzsből igazolt a mutagenitás. Ilyen pl. a diethylstilboestrol, captan, aflatoxin.

III. Nem megfelelően („inadequatan”) bizonyított a mutagén hatás, állást foglalni ezért nem lehet. Az alkohol és az INH sorolható többek között ide.

IV. Elégséges bizonyíték áll rendelkezésre a negatív hatás bizonyítására, tehát a mutagenitás kizárására.

Mindezek ismeretében a következő javaslatok fogalmazhatók meg a hazai teendőkre vonatkozóan:

a) A veleszületett rendellenességek monitorozásán belül nagyobb figyelmet kell fordítani a mutagének monitorozására. Erre elsősorban az autosomális domináns rendellenességek látszanak alkalmasnak.

b) A Genetikai Ártalmak Regiszterét minél hamarabb meg kell szervezni hazánkban is, hogy a mutációk gyakoriságának alakulását nyomon lehessen kísérni.

c) Az üzemegészségügyi genetikai vizsgálatokat hazánkban is folytatni kell, sőt kiszélesítésük is kívánatos lenne.

Ez úton is köszönöm a rendezők meghívását és költségeim fedezését, valamint az Egészségügyi Minisztérium illetékeseinek segítségét.

Czeizel Endre dr.

ELŐÁLLÍTÓ:
BIOGAL GYÓGYSZERGYÁR · DEBRECEN
ZYMA AG · SVÁJC · LICENCIA ALAPJÁN

MEGJEGYZÉS:

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

CSOMAGOLÁS:

30 g-os tubus

térítési díja: 8,50 Ft



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.

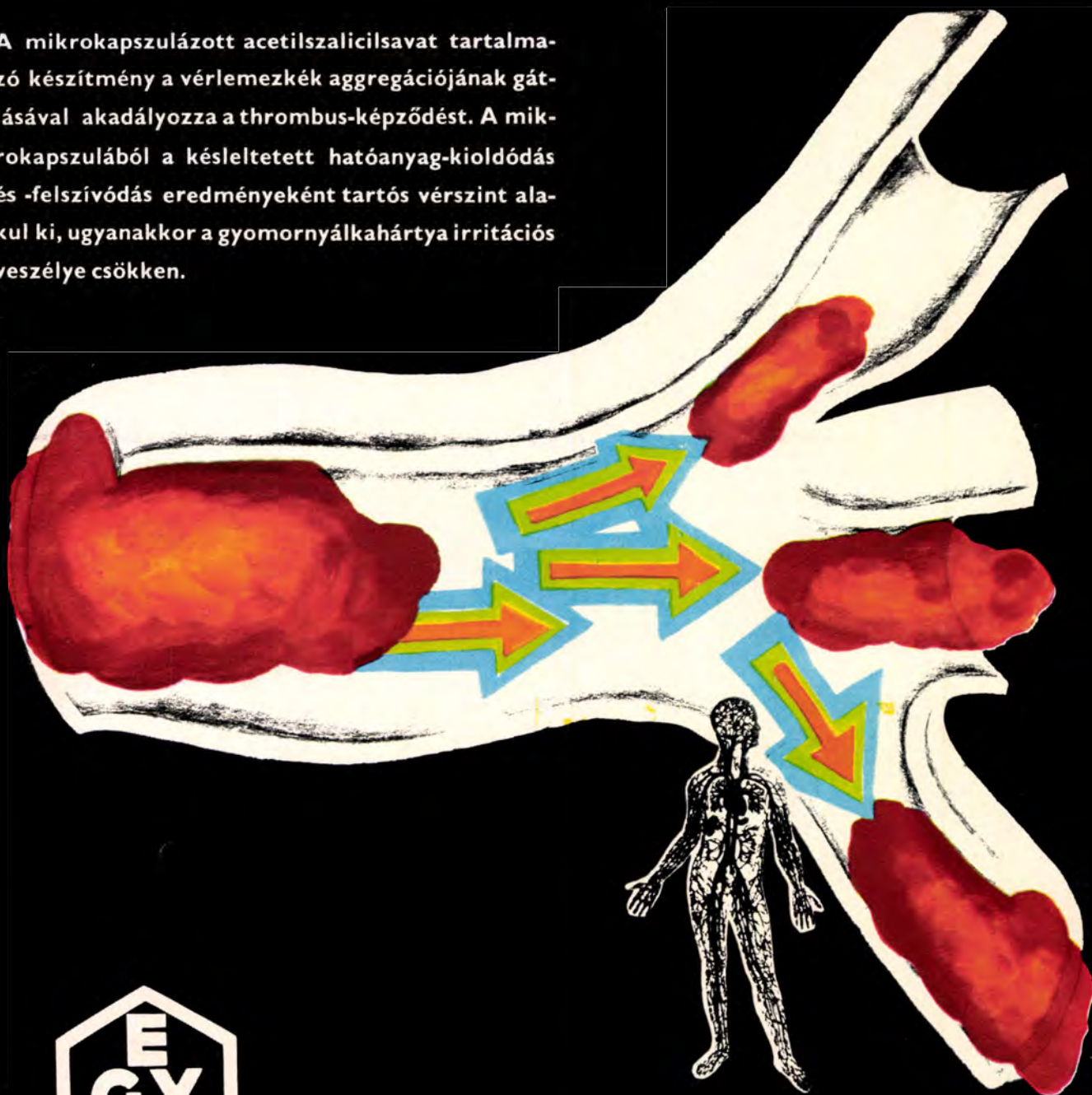


COLFARIN[®]

tabletta

(antiphlogisticum, analgeticum)

A mikrokapszulázott acetilszalicilsavat tartalmazó készítmény a vérlemezkék aggregációjának gátlásával akadályozza a thrombus-képződést. A mikrokapszulából a késleltetett hatóanyag-kioldódás és -felszívódás eredményeként tartós vérszint alakul ki, ugyanakkor a gyomornyálkahártya irritációs veszélye csökken.



COLFARIN®

tabletta

(antiphlogisticum, analgeticum)

INDIKÁCIÓK:

érbetegségekben profilaxisra és terápiás céllal alkalmazható:

- trombózisveszély esetén;
- a vénás érterületen (visszértágulat, műtét utáni állapot);
- az artériás érterületen elsősorban a trombózisveszély rizikófaktorainak veszélyeztető fennállásakor (pl. progrediáló arteriosclerotikus folyamatok);
- thrombophlebitisben, vénás trombózisban (bár ezekben az esetekben a Syncumar, illetve a Heparin hatását nem pótolja, így ezek alkalmazása elsődleges fontosságú marad);
- rheumatikus kórképekkel járó fájdalom és gyulladás.

ADAGOLÁS:

- a felületi vénák gyulladásos folyamataiban általában 3×2 tabletta naponta. Az akut szak lezajlása után 3×1 tabl. (die, kb. 8 napig)
- vénás trombózisban általában 3×1 tabl./die, legalább 2 hétig; visszaesés veszélye esetén tartós kezelés ajánlatos;
- artériás trombózis profilaxisára $1-3 \times 1$ tabl. naponta;
- postoperatív kezelésre általában 3×1 tabl. naponta, egyszerre vagy részletekben.

A Colfarit-kúrát a műtét előtt 1 nappal lehet kezdeni és az első felkelés után legalább 5–8 napig folytatni.

Rheumatikus betegségekben felnőttek szokásos adagja napi 3×2 tabl. 6–8 óránként. Szükség esetén a dózis növelhető, de a napi 4–5 g-ot ritkán szükséges túllépni. A tablettákat egészben — vagy folyadékban, szétesés után — az étkezést követően kell bevenni. Utána fél pohár folyadék (pl. tej) ivása ajánlatos.

ELLENJAVALLATOK:

szallciát-túlérzékenység, haemorrhagiás diathesis. Gyomor- és bélfekély esetén — gondos orvosi ellenőrzés mellett — kivételesen alkalmazható.

MELLÉKHATÁSOK:

gyomor- és bélpanaszokat, illetve vérzést okozhat.

GYÓGYSZERKÖLCSONHATÁSOK:

Kerülendő az együttadás:

- oralis antikoagulánsokkal és heparinnal (antikoaguláns hatás fokozódása);
- béta blokkolókkal (a gyulladáscsökkentő hatást nagymértékben gátolhatja, pl. Trasicor, Visken);
- difenilhidantoinnal (szérumszintje toxikusig emelkedhet);
- fenilbutazonnal (ulcerogén mellékhatás fokozódása, hyperurikaemia);
- PAS-sal (a PAS-koncentráció nő, toxikus tünetek);
- szulfonamidokkal (különösen a nyújtott hatásúakkal; a Bayrena-, Quinoseptyl-szulfonamid-toxicitás növekszik).

Csak óvatosan adagolható:

- oralis antidiabetikumokkal (hypoglykaemia veszélye);
- szteroidokkal (ulcerogén mellékhatás fokozódása).

A szteroid csökkentése vagy elhagyása után tanácsos a Colfarit dózisát is redukálni az acetilszalicilsav-kiválasztás csökkentése miatt.

FIGYELMEZTETÉS:

terhesség alatt — különösen annak korai szakában — csak szigorúan mérlegelt orvosi javaslatra szedhető. A szülés várható terminusa előtti 4 hétben adása kerülendő. Olyan műtétek esetében, melyekben maximalis intraoperatív vérzéscsillapítás szükséges, praoperative lehetőleg ne alkalmazzuk. Colfarit-kezeléskor ép alvadási rendszer esetében a vérzési idő 1–2 perccel meghosszabbodhat. A prothrombin- (Quick) időt az ajánlott Colfarit-adagok általában nem befolyásolják. Alkalmazásával egyidejű alkoholfogyasztás fokozhatja a vérzés veszélyét.

Diabetes esetén szükségessé válhat az oralis antidiabetikum adagjának újrateálítása.

Hosszabb időn át vagy nagyobb adagokban csak orvosi ellenőrzés mellett szabad alkalmazni.

MEGJEGYZÉS:

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

TÉRÍTÉSI DÍJ:

30 tabletta (à 500 mg acetilszalicilsav) 3,60 Ft.

Egyt

GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST X.



Mikrobiológia

és fertőző betegségek

Haemophilus influenzae meningitis. Ward, J. I. és mtsai (Betegségek Nyilvántartási Központjának Bacteriális Osztálya, a Californiai Egyetem Klinikája és Közegészségügyi Központja): N. Engl. J. Med. 1979, 301, 122.

A haemophilus influenzae (h. i.) az Egyesült Államokban a meningitis bakteriális kórokozói között vezető helyet foglal el. Évente kb. 8000-re becsülik az esetek számát. Nem meghatározott azoknak az eseteknek a száma, amelyeket ugyan csak a h. i. B típusa okoz, egyéb szervi manifestatio (sepsis, pneumonia, epiglottitis) megnyilvánulásában. A h. i. B típusa főleg a 6 éves aluli —, ezen belül a 2 éves aluli korcsoportokat betegíti meg.

Több beszámoló tanúsága szerint tekintélyes a betegek környezetében, az infectio szóródása okozta megbetegedések száma otthoni környezetben, napközi otthonokban, krónikus betegeket ápoló kórházi osztályokon. Az otthoni környezetben bekövetkező fertőzések száma, a másodlagos infectio felmérése eddig nem történt meg. A h. i. kontakt, másodlagos fertőzések számának ismeretét a veszély felmérése és az antibiotikus megelőzés szükségességének megítélése miatt határozta el a betegségek nyilvántartásának, a terület epidemiológiai központjának munkaközössége.

A h. i. meningitis surveillance során 1147 családot vizsgáltak, amelyekben h. i. meningitis előfordult. A felmérés kiterjedt 19 államra, az 1977. január 1. és 1978 június 30. közötti időtartamra. A bejelentett esetek közül csak azok szerepelnek a nyilvántartásban, amelyekben a liquorból vagy a vérből kitenyészítették a kórokozót. A kor, nem, a betegség időpontja stb. egyenesen megadottak voltak mind a betegek, mind a kontaktok nyilvántartásában. A környezetben előforduló h. i. infectiót csak 30 napon belül hozták oki összefüggésbe a meningitises esettel. A mikrobiológiai vizsgáló módszerek is előírszerűen azonosak voltak. A betegek liquorából 97%-ban tenyésztett ki a h. i. — a vérből 55%-ban. A halálozás 5,5% volt. Az 1147 beteghez 4311 otthoni kontakt tartozott — akik közül 1687 volt hatévessel fiatalabb. 0,7% (8 eset) volt az 1147 otthoni kontaktok 30 napon belüli megbetegedésének előfordulása. Ezek súlyos kórképek voltak. Az összes családi kontakt fertőzésének előfordulása 0,21% volt. A kórképek között meningitis, epiglottitis szerepeltek — azonos serotypusú kór-

okozó következtében, mint az eredeti esetben. Egyik családban 2 napon belül hárman betegedtek meg. (Meningismus, otitis — a két gyermekben, epiglottitis.) A bakteriológiai bizonyítékot a liquor, haemocultura, a fülváladék vizsgálata szolgáltatta.

Az egy évnél fiatalabb kontaktok megbetegedési kockázata volt a legmagasabb (6%). A négy éves aluliaké 2,1%, a 6 éves aluliaké 0,5%. A 10 éves aluli kontaktok közül 67 gyermek részesült antimikrobiális prophylaxisban. A megbetegedett kontaktok közül egy gyermek sem részesült megelőző kezelésben.

A vizsgálatok eredményéből kiderül, hogy a h. i. meningitis otthoni kontaktjainak a megbetegedése 585-szöröse az azonos korcsoportú nem kontakt egyének megbetegedésének. Felmérésükben csak a h. i. meningitis családi kontaktjai szerepelnek — egyéb h. i. okozta betegségek nem kerültek a vizsgálatba. A legveszélyeztetettebb korcsoport számára a B típusú polysaccharida vaccina nem kelt immunválaszt. Még idősebb gyermekekben is késik az immunválasz — tehát a fertőzés veszélyes időszakára nem nyújt védelmet. A jelenlegi vizsgálatok alapján nem tudják értékelni az antibiotikumok, ill. a kombinált sulfamidkészítmények protektivitását. Az antimikrobiális prophylaxist ajánlják gyermekközösségek kontaktjainál és a 6 évesnél fiatalabb családi kontaktoknál. Az ajánlott antibiotikum a rifampicin.

Farkas Éva dr.

Kontagiózus-e a haemophilus influenzae meningitis? A. L. Smith (Központi Gyermekkórház és Orthopaed osztály, Seattle): N. Engl. J. med., 1979, 301, 155.

A haemophilus influenzae (h. i.) meningitis a tankönyvek többségében nem contagiózus és sporadikus betegséggént szerepel. — Finnországban epidemia során a meningococcus okozta betegség 100 000 lakos közül 9 egyénben fordult elő. A h. i. „sporadikus” előfordulása ugyanezen populációban 10 volt 100 000 lakosra számítva. A betegek 92%-a négyévesnél fiatalabb, 73% 2 évesnél fiatalabb. Az összes megbetegedés száma 90, 100 000 gyermekre számítva. A megbetegedések száma a szociális viszonyokkal összefügg: a szegények betegsége. Ward és munkatársai meggyőzőnek a h. i. contagiózitásról a beteg közvetlen házi környezetében. Femmárad a kérdés, hogyan védjük meg a fertőzéstől a h. i. okozta fertőzés kontakt gyermekeket? A tünetmen-

tes bacterium-hordozók nagy száma miatt a váladékvétel és szűrővizsgálatok értéke nem számottevő. A penicillin prophylaxis nem helyes, mivel a h. i. béta lactamaset termel és a h. i. penicillin resistenciáját 30%-ra is emelheti.

A trimethoprim-sulfamethoxazol kombináció az ampicillin érzékeny törzseket eradikálta, a resistenseknek csak egy csekély hányadát. (Nasopharyngealis váladékból tenyésztett kórokozókkal végzett meghatározásokat.)

A rifampin hatásosnak bizonyult ugyan in vitro, de félt, hogy a kórokozó resistenciájára vezet a széles körű prophylaktikus alkalmazása. A gyógyszeres prophylaxis helyett a jövő útja az immunogen tulajdonságú vaccina alkalmazása.

Farkas Éva dr.

Amphotericin B-kezelés és annak kombinációja flucytosinnal: összehasonlító értékelés a cryptococcus meningitis terápiájában. J. E. Bennett és mtsai: N. Engl. J. Med. 1979, 301, 126.

Az amphotericin B (a) a cryptococcus meningitis hatékony gyógyszerének bizonyult, de mellékhatásokkal kellett számolni. Ezt a hosszú időn keresztül végzett kezelésnek és a szer toxicitásának tulajdonítják. In vitro az a. és a flucytosin (f) additív hatásának bizonyultak. A két gyógyszert kombinálva jelentős klinikai eredményt értek el, ezért tervezett összehasonlító vizsgálatokat végeztek a csupán a. és az a.-f.-nal kezelt esetek értékelésével. Csak azok az esetek szerepelnek, amelyekben a kórokozó a liquorból, agyszövetből, vagy meninxekből kitenyészett. Az a-t önmagában 10 hétig adták, 0,4 mg/tskg adagban. A f. adagja 150 mg/tskg volt, a f.-nal kombinált a-ból 0,3 mg/tskg-ot adagoltak. Intrathecalis a-t csak 2 beteg kapott. 24 hónapig tartott a vizsgálat, 78 beteg kezelték. Formai okból a pontos értékelést 66 beteg végézték. 34 beteg közül 23 gyógyult meg vagy javult jelentősen az állapota az a.-f.-kezelés következtében. 32 beteg közül 15 betegben hasonló volt az a. hatása önmagában. 5 recidiváló, a.-nel kezelt beteg közül 3 meghalt. Ugyancsak 5 beteg elvészett el a kombináltan kezelték közül. A kombinált kezelés rövidebb idő alatt hozott eredményt, kevesebb volt a recidiváló kórkép hamarabb vált negatívvá a liquor, mint az a.-nel kezelt betegekénél. A kombinált kezelés hatását kedvezőbbnek ítélik és ezt javasolják cryptococcus meningitises betegek gyógyítására. A f. mellékhatásai: diarrhea, neutro- és thrombocytopenia, átmeneti azotaemia, ellenőrzés mellett leküzdhetőek voltak. A kombinált kezelés előnye a liquor gyorsabb sterilizálása, a kezelés és hospitalizáció idejének megrövidítése.

Farkas Éva dr.

Tüdőgyulladás szövődmények aránya influenzajárványok alatt Seattleben 1964 és 1975 között. Foy, M., Cooney, M. K., Allan, I. (Dept. Epidem. School publ. Hlth, Univ. Seattle, Wash. 98195, USA): JAMA, 1979, 241, 253.

1964-től 1975-ig Seattleben az A-típusú influenza-járványok a megbízhatósággal rendelkező betegek között megkétszereztek, néha megháromszorozták a tüdőgyulladásos megbetegedések számát, ill. arányát. Valószínűleg ugyanezen jelenség meg volt a többi betegellátási szektorokban is, de ott kevésbé pontosan tartották nyilván. A B-vírus által előidézett járványok nem fokozták a pneumóniák arányát. E jelenség egyébként csak felnőtteknél jutott kifejezésre. Viszonylag gyakran betegedtek meg tüdőgyulladásban az 5 éven aluli gyerekek, ezeknél azonban más légúti vírus volt a fertőzésért, ill. a szövődményért felelős. Seattleben az influenza A és B járványok nem estek időben össze az USA területén megfigyelt hasonló járványokkal s az A, ill. B típusú fertőzések városi és falusi előfordulási aránya változó volt. 1974-ben, amely mentes volt az influenza-járványoktól az egész földrészén, Mycoplasma pneumoniae fertőzés okozott sorozatosan pneumóniát és méghozzá nyáron.

Nikodemusz István dr.

A vírusbetegségek evolúciója. H. J. Eggers (Institut für Virologie der Universität Köln): Münch. med. Wschr. 1979, 121, 1455.

Morbili. 1846-ban a külvilágtól igen elzárt Faröer-szigeten kanyarójárvány tört ki, melyet egy asztalos vitt be Koppenhágából és a 65 év alatti lakosság csaknem kivétel nélkül megbetegedett. A járvány fél év múlva megállt, mert nem volt több kanyaróra fogékony ember. Az utolsó kanyarójárvány 65 évvel ezelőtt volt a szigeten, ezért a 65 év feletti lakosság már védett volt, nem betegedett meg. A legközelebbi járvány 30 év múlva jött és a 30 év alattiak 99%-a betegedett meg.

A kanyaró vírusa kizárólag emberpathogen, rövid ideig tartó fertőzést okoz és hosszan tartó védettséget hagy hátra, ezért nagy számú népességre és fiatal, érzékeny generációk folyamatos utánpótlására van szüksége a fennmaradásához. Izolált, kicsi populációban ez nem lehetséges.

Ez vonatkozik a légúti vírusokra is. A Spitzbergákon vagy Grönlandon megszűnnek a légúti fertőző betegségek, amint a hajók tél előtt elhagyják a szigetet és robbanásszerűen lépnek fel tavasszal az első hajó megérkezésekor.

Sárgaláz. Kis csoportokban izoláltak élő populációkban számos vírus csak úgy tud fennmaradni, ha állati reservoirja is van. A sárgaláz moszkítók terjesztik beteg

emberről vagy majomról. A sárgaláz eredetileg Nyugat-Afrikában volt honos. A bennszülöttek általában csak enyhén betegszenek meg, míg ugyanez a terület „a fehér ember sirja” lett. A kórokozó a fehér emberben egy védelmet szervezettel talál, míg a bennszülöttek az idők folyamán szelekción estek át: a fogékonyak kipusztultak, az ellenállóak túléltek.

Myxomatosis. 1859-ben európai nyulakat telepítettek Ausztráliába, melyek ott katasztrófálisan elszaporodtak és kiirtásukról kellett gondoskodni. Sok kísérlet után 1950-ben a myxomatosis vírust sikerrel alkalmazták ellenük. A vírus a nyulak között gyorsan elterjedt és kezdetben 99%-os elhullást okozott. De csakhamar megállt a nyulak pusztulása, mert a vírusok között olyan mutások jöttek létre, melyek kevésbé voltak virulensek, a nyulat nem ölték meg gyorsan. Ha egy betegség lefolyása elhúzódó, nőnek a vírus esélyei a túlélésre, más gazdára való átvitelre. Másrészt a nyulak közt is szelektálódtak ki a vírussal szemben rezisztens törzsek.

Az influenza vírusa mindig kivonja magát a népesség immunvédelméből, mert állandóan változtatja antigén sajátosságait. Néha teljesen új vírus jelenik meg és pandémia alakjában az egész világon végigmegy, mint 1917–1918-ban a „spanyol” és 1957-ben az „Ázsia-grippe”. A vírus lassú, fokozatos antigén változása mutációra vezethető vissza. A mutások előnyben vannak az addigi törzssel szemben a járványon már átesett populációban. A hirtelen, nagyobb antigén változás úgy képzelhető el, hogy valamely állatban kettős influenza-vírus-fertőzés történik: az egyik vírus emberből, a másik állatból származik és ezek rekombinációjából lesz az új vírus. Az influenza B-vírus eddig nem mutatott hirtelen antigén változást, de állatban nem is fordul elő.

Herpes simplex. Először fiatal korunkban fertőzünk e vírussal, amely azután rejtékhelyre vonul egy ganglionba, pl. a trigeminusba. A vírust mint fertőző ágens ebben az alakjában nem tudjuk kimutatni, mert latens állapotban él tovább. Lázban, erős napsugárzásra, hormonális változásokra a latens vírus aktiválódhat és herpeses hólyagocskákat okozva jelenik meg. A vírusok latens állapotban való túlélése igen gyakori herpes simplex, varicella mint a herpes zoster, cytomegalia és Epstein-Barr-vírus, mint a mononucleosis infectiosa kórokozója.

A himlő a kanyaróhoz hasonlóan senkit sem kímél, a WHO terve szerint mégis meg van a remény a teljes felszámolására, mert a vírus antigenitása stabil, az emberen kívül más reservoirja nincs, klinikailag manifest alakban jelenik meg, lefolyása időben jól körülhatárolt és nincs víruspersistencia.

Polio. A múlt század végéig a poliomyelitis endemiás volt, a gyermekek többnyire inapparens alakban fiatalon átvészelték és talán minden ezredik fertőzésre jutott egy bénulás. Ezt látjuk ma is az elmaradott országokban. 1887 óta mind súlyosabb epidemiák fordulnak elő főleg Svédországban és Észak-Amerikában. Csak 1954, a védőoltások bevezetése óta javult a helyzet.

A civilizáció jobb hygiénés viszonyai közt csökkenni a gyermekkori faecalis-oralis fertőzések, így a polio is ritkábban fordul elő a korai gyermekkorban. Nagy számú polióra érzékeny népesség nő fel és az idősebb korban több a klinikailag manifest megbetegedés, a súlyos légzésbénulás és magasabb a halálozás.

Kuru (= hidegtől remegni). 1955 óta észlelnek Új-Guineában a Fore törzs női és gyermekei közt egy évek folyamán mindig halálosan végződő ataxiával, tremorral és kachexiával járó kórképet. A meghaltak agyából készült szuszpenzióval majmokat oltottak be és azokban 18–21 hónap múlva lassan a kuruhoz hasonló betegség alakult ki: lassú, slow-vírusinfekció. Kiderült, hogy a törzs asszonyai a század eleje óta szokásba vették a meghalt nők agyvelejének az elfogyasztását félig főtt állapotban, melyből a kisgyermeknek is adtak kóstolót. (A férfiak nem eszik meg.)

Kollár Lajos dr.

Antivirális gyógyszerek. I. Tamm (The Rockefeller University Hospital): New York State Journal of Medicine, 1979, 79, 1001.

A vírusok lényegében olyan genetikai kódokat tartalmazó „csomagok”, melyek a vírusspecifikus fehérjék termelésének genetikai információjához szükségesek. Ezek lehetnek DNA és RNA tartalmúak, mely lehet szimpla vagy dupla spirál. Jelenleg több mint 400 különböző típusú vírus képes embert megbetegíteni. A fertőzés folyamán a vírus burka levál és a nucleinsav komponens a gazdasejtet vírusspecifikus fehérje produkciójára készíti. Néhány esetben a vírus egyes genetikai kódjai beépülhetnek a gazdasejt chromosomájába és annak részét képezik. A jelenleg ismert gyógyszerek többsége 5 vagy 6 tagú bicyclikus vegyület. Néhány egyszerűbb szerkezetű struktúra is van, mint pl. a guanidin hydrochlorid, mely a picorna vírusokat és a phosphanoecetav, mely a herpes vírusokat gátolja. Hasonlóak a nucleosid analógok is.

Két fő követelmény van, melyet szem előtt kell tartani. Fontos, hogy az alkalmazott dózisban a gyógyszer a vírus multiplikatációját gátolja, de a gazdasejt aktivitását, működését ne befolyásolja.

Ezek a gyógyszerek nem alkalmasak a már komplett vírusok elpusztítására. Jelenleg a következő gyógyszerek állnak rendelkezésre:

1. Amantadin, tricyclikus szimmetrikus aminos, amely megakadályozza az influenzavírus behatolását a gazdasejtbe. Ha a vírusreplikáció megindult, a gyógyszer már hatástalan.

2. HBB [2 — (alpha-hydroxybenzyl) — benzimidazol] és guanidin hydrochlorid. A gyógyszer megakadályozza a vírus RNA-replikációját a vírusprotein szintézisének gátlása nélkül.

3. IBT (isatin béta-thiosemicarbazon). A poxvirusokban a virális mRNA transzlációját gátolja meg, mely a vírusszintézis folyamatában a DNA-replikációt követi.

4. Ara-A (9 — béta — D — arabinofuranosyladenin) gátolja a herpesvírus multiplikációját, a DNA polymerase aktivitását gátolja.

5. AIU az AIDUrd és acyloguanosin. A fertőzött sejtek DNA-inhibícióját gátolják, főleg herpesvírusok vonatkozásában a DNA polymerase aktivációját gátolva.

6. Az interferonok olyan celluláris glycoproteidek, melyek a vírusokkal fertőzött sejtekben keletkeznek és egyrészt a vírus eredetű mRNA transzlációját gátolják, másrészt hatással vannak a sejtek növekedésére és szaporodására is.

Az eddig forgalomban levő gyógyszerek közül régóta forgalomban van az amantadin, az influenza profilaxisára és az IDU (iodouridin) az ocularis herpesvírus localis kezelésére, de ez a gyógyszer systemás kezelésre nem alkalmas. Az Ara-A alkalmazásának fő indikációja a herpesvírus encephalitis kezelése.

A mesterségesen termelt interferonok terápiásan jól tolerálhatók. Nem immunogén hatású Hepatitis B vírus infectio által okozott chronikus aktív hepatitis esetekben a fibroblastokban termelt human interferon napi 0,5–10 millió egység napi adagban alkalmazva a Dane particulumok gyors csökkenését vonta maga után, valamint csökkent a DNA polymerase aktivitás is, ill. a HBc antigén és HBc antitest szintje. A gyógyszer abbahagyása után kb. 10 nap múlva viszont ismét a vírusaktivitás jelei észlelhetők. Az interferont jó eredménnyel alkalmazták immunosuppressált betegeken, ahol herpes zoster alakult ki, ill. osteosarcomában szenvedő betegeken az operációt követően.

A vírusos megbetegedések elleni küzdelemben érdemes minden olyan ágenszt kipróbálni, mely a kísérleti eredmények alapján arra utal, hogy a vírusok szaporodását képes megakadályozni.

Ternák Gábor dr.

Rectalis biopsia hasmenés miatt fertőző osztályra felvett betegeken. R. J. Dickinson és mtsai (Departments of Infectious Diseases, City Hospital, Edinburgh): GUT, 1979, 20, 141.

A szerzők 74, hasmenés miatt felvett betegen sigmoidoscopiát és rectalis biopsiát végeztek. Céljuk volt, hogy megpróbálják osztályozni a hasmenéses betegek histológiai elváltozásait, korrelációt találni a szöveti elváltozás és a klinikai kép között; kíváncsiak voltak, hogy az így nyert információ mennyiben fogja befolyásolni a diagnózist, ill. a beteg gyógyítását. A vizsgálatot a felvételt követően 3 napon belül elvégezték. A biopsiás mintát kb. az anustól számított 8 cm-es magasságból vették. Az anyagot azonnal feldolgozták és a histológiai eredményt azonnal közölték a klinikussal.

Vizsgálataikkal 36 esetben diagnosztizáltak infectív hasmenést. Ezen kívül 9 gyulladásos betegséget, ill. egyéb etiológiájú, pl. gyógyszer okozta hasmenéseket, coeliakiát, carcinomát, irritabilis colon syndromát találtak. 5 esetben a hasmenés okát nem sikerült megállapítani. A talált histológiai elváltozásokat 6 csoportba osztották az elváltozás jellegzetességei alapján. A sigmoidoscopy során 25 esetben találtak elváltozást, 56 alkalommal a histológiai lelet kóros volt.

A fertőzéses eredetű hasmenésben szenvedő betegek egy részében jellegzetes histológiai elváltozásokat találtak, melyek gyorsan regrediáltak a betegség gyógyulásával. Néhány esetben az infectív hasmenéses betegek histológiai lelete colitis ulcerosához volt hasonló. Megfigyelték, hogy az antibiotikumok használatát követő hasmenés pseudomembranosus colitisben hasonló elváltozást okoz.

Összefoglalva megállapítják, hogy az infectív hasmenéses esetekben, ha ellentmondás mutatkozott a histológiai lelet és a klinikai kép között, mindig a klinikai kép volt a döntő.

Ternák Gábor dr.

Szerk. megjegyzés:

Amennyire a referátum alapján megítélhető, a rectalis biopsia a konkrét esetben tudományos munka célját szolgálta. Csúpan a félreértések elkerülése végett hangsúlyozzuk, hogy a fertőző osztályra beutalt hasmenésben szenvedő betegek diagnosztikájában nyilvánvalóan a rectalis biopsia nem lehet rutinvizsgálat.

Neurológiai szövődményekkel járó mykoplasmafertőzés. Wegmann, T. (Klinik A des Dept. Inn. Med., Kantonsspital St. Gallen): Münch. med. Wschr. 1979, 121, 661.

A mykoplasmafertőzések elsősorban a légúti tractus megbetegedéseiben nyilvánulnak; ismeretesen azonban idegrendszeri szövődmények is. Így leírtak mykoplasma-pneumonia kapcsán Guillain Barré-típusú heveny polyradiculoneuritist és főleg a 6. és 7. agyideg megbetegedésével járó agytörzs syndromát.

A szerző is olyan két betegének megfigyelését közli, ahol a mykoplasma-pneumoniához csatlakozó echovírus-9, vagy adenovírus-7 másodfertőzések paresisekkel járó polyradiculoneuritist is okoztak. Mivel több mint 100 adenovírus megbetegedésben sohasem figyelték meg a központi idegrendszer részvételét, az interferencia lehetőségét tételezik fel. Tisztázatlan neurológiai körképekben a kettős fertőzés lehetőségére is gondolkodni kell.

iff. Pastinszky István dr.

Echinococcosis. Disko, R., I. Bravery (Inst. f. Mikrobiologie, Techn. Univ., München): Med. Klin. 1979, 74, 1159.

Néhány év óta az NSZK-ban egyre több közlemény számol be az echinococcosis cystica gyakrabbi előfordulásáról, amit a szerzők saját anyagukon serológiai és klinikailag igazolni tudnak. Az *echinococcus cysticus* (3–5 mm hosszú kutya szalagféreg; e. granulosus) főleg a Földközi-tenger vidékéről származó vendégmunkásokban fordult elő, de mostanában egyre gyakoribb a német lakosságban is. A tömlő nyomási és térszűkítési tüneteket okoz. Az e. alveolaris a róka szalagféreg; az e. multilocularis tömlői rendszerint elsődlegesen az emberi májra korlátozódnak. Ez a kicsi (máig 2 mm hosszú) szalagféreg alkalmilag kutyán és macskán is előfordul. A májat apró hólyagjaival feltartóztathatatlanul infiltrálja, parenchymáját elpusztítva halálra vezet. Egyik forma körképe sem jellegzetes és gyakran félreismerik. Az e. cysticus hólyagok próbaexcisiója a másodlagos echinococcosis és allergiás sok miatt veszélyes. A szerzők az utóbbi 12 hónap alatt (1977–1978) beküldött, főleg Bajorországból származó 660 vérpróbából 36 pathológiailag bizonyított e. cysticus és e. alveolaris esetük alapján a korszerű serológiai echinococcus-diagnosztika aktuális problémáit és elterjedését ismertetik. A serológiai echinococcus-diagnosztikában az indirekt haemagglutinációs tesztet és az indirekt immunfluoreszens eljárást alkalmazták. Mindkét reakció kombinált alkalmazása nagy biztonsággal alkalmazható az echinococcosis kórismézésére. Az indirekt haemagglutinációs teszt 1:128-tól kezdődő titerértékei már igen valószínűsítik a diagnózist; 1:1000 feletti titerértékek pedig bizonyítónak tekinthetők. A Németországban gyakran csak egyedül használt komplement-kötési reakció gyakorlatilag az esetek harmadában sikertelen és éppen ezért, úgy mint a Casoni-féle bőrpróba, fajlagosabb és érzékenyebb reakciókkal pótlandó, illetve egészítendő ki. A komplement-kötési reakció pozitív próba esetén postoperatív kontrollra alkalmas. Az előző évekkel egybevetve egyre több német lakos fer-

tőzését is tapasztalják, amelyek egyik fő okát a megnövekedett külföldi turizmusnak tulajdonítják. A kis laboratóriumokban végzett vizsgálatok a körlefolys folyamatos megfigyelését megnehezítik és éppen ezért központi intézetekben végzett vizsgálatokat ajánlanak.

(Ref.: A computer-tomographia mint korszerű non-invasiv eljárás igen értékes segítséget nyújt első-sorban az e. cysticus kórismézésében.) ifj. Pastinszky István dr.

A máj Echinococcus alveolarisának konzervatív kezelése. J. Starke (Abteilung Chirurgie der Medizinischen Fakultät der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen): Dtsch. med. Wschr. 1979, 104, 1132.

Mindegy, hogy az ember echinococcosis cystikus vagy alveolaris, csak műtéti úton gyógyítható. Az alkalmazott gyógyszeres kezelési kísérletek átmeneti hatásúak voltak. Ezen kívül a kezelés során jelentkező mellékhatások miatt meg kellett szüntetni a kezelést. Az utóbbi időben többen beszámoltak állatkísérletekről, melyekben Echinococcus cyticus kezeltek mebedazollal. A gyógyszer a csirahámra hatva fejti ki hatását. Fehéregerek Echinococcus alveolarisában hasonló jó hatást tapasztaltak. A mellékhatások elhanyagolhatók voltak. Hím fehéregereken, patkányokon és kutyákon csökkent a spermiogenezis. Teratogen hatás csak patkányokon jelentkezett. A parenchymára kifejtett toxikus hatással, valamint központi idegrendszeri mellékhatással nem találkozott.

Egyéb közlemények is beszámoltak már ez alatt az idő alatt a hosszú ideig tartó kezelés jó túrésáról. Ilyen előzmények után a szerzők három hepatikus Echinococcus alveolaris esetben alkalmazták a gyógyszert.

Első betegükön műtéttel igazolódott az Echinococcus alveolaris. A beavatkozás eredménytelen volt, relaparotomiára került sor, a beteg állapota romlott, laboratóriumi értékei (alk. phosphatase, cholinesterase, serumbilirubin) extrém mértékben váltak kórossá; mebedazol kezelést kezdtek el. Feltűnő javulás következett be az általános állapot és a labor. értékek vonatkozásában. Négy hónappal a kezelés abbahagyása után munkaképessé vált.

Második, 33 éves betegüket májdaganat miatt vették fel, és operálták meg. Kiterjedt Echinococcus alv.-t találtak a jobb májfélben, mely körülvette a hilust és vena cavát. A mebedazol kezelés megkezdése óta eltelt hatodik hónapban a betegnek nincs fájdalma, alkalikus phosphatase és se.-bi értékei csökkentek.

Harminchárom éves betegükön disseminált, tuberculoid Echinococcus alv. miatt kezdtek mebedazol kezelést.

A Casoni-teszt, komplementkötési reakció, haemagglutinációs teszt és az immunfluorescens próba kóros értékeket mutattak és jelezték, hogy elől a parazitákat nem sikerült. Állatkísérletekben ugyanezt tapasztalták, megelőzőleg.

Rövid megszokítás után ajánlatos a hathónapos kezelést ember-nél is megismételni. Figyelni kell colitisre, kopaszodásra, vérképváltozásokra és a spermogramra. Nem ismeretes, hogy van-e teljes gyógyulás, és az sem, hogy hosszú ideig tartó kezelésnek az egész szervezetre vonatkozóan milyen káros befolyása van. A kezelés nagy értékét jelenti, hogy a nagy máj-infiltrátumok megkisebbednek és a májkapu felszabadul, a hiluspassage megindulhat. Csóka József dr.

Salmonellosis: az események kedvezőtlen fordulata. Szerkesztőségi közlemény: Lancet, 1979, 1, 1009.

Egyre több cikk számol be arról, hogy az Egyesült Királyság (UK) területén a leggyakrabban, embe-rekből és állatokból egyaránt, izolált Salmonella typhi murium antibiotikus érzékenységre egyre jobban változik. Mind több organizmus lesz rezisztens chloramphenicolra és más antibiotikumokkal szemben. 1974 és 1977 között a legtöbb salmonella csak sulphonamidra és tetracyclinre volt rezisztens. 1977 júniusában olyan járványt észleltek, ahol a kórokozó olyan R factorral rendelkezett, mely rezisztens tette chloramphenicol, streptomycin, sulphonamidokkal és tetracyclinnel szemben egyaránt. A legtöbb salmonella okozta megbetegedés csupán a gyomor-bél traktusra lokalizálódik és csak tüneti kezelést igényel. Valójában antibiotikumok alkalmazása ezekben az esetekben nem indokolt, hiszen csupán a kórokozó hordozás állapotának kialakulását segíti elő. Súlyos, életet veszélyeztető fertőzésekben az antibiotikumok alkalmazása indokolt. Ezekben az esetekben számtalan orvos még a chloramphenicol választja, de már számolni kell a chloramphenicol rezisztens törzsek egyre gyakoribb előfordulásával is. Más szerzők beszámoltak arról, hogy elsősorban a szarvasmarha-állományból, olyan salmonellákat izoláltak, amelyek trimethoprim rezisztenciát is mutat. A trimethoprim rezisztenciáért felelős ún. transposon egy olyan DNA segment, amely könnyen transponálódik, az egyik plasmidról a másikra, vagy egyik bacterium chromosomáról, ill. bacteriophag genomról a másikra, és a trimethoprim rezisztens baktériumok gyors elterjedését okozza. Hasonló jelenséget már megfigyeltek az ampicillin és számtalan más baktérium vonatkozásában is.

A 10 évvel ezelőtt felállított bizottság, amely az antibiotikumok

használatának szabályairól készített beszámolót az állattenyésztésben, ill. az állatok gyógyításában, erősen kritizálta az antibiotikumok alkalmazását takarmány-adalékként. Javasolták, hogy az állatgyógyászatban ne alkalmazzanak olyan antibiotikumokat, amelyeket human infectiók gyógyítására használnak. Különösképpen a chloramphenicol rezisztencia előfordulásának veszélyére hívták fel a figyelmet.

Jelenleg a helyzet ugyanolyan, mint 10 évvel ezelőtt, amely a bizottság kinevezéséhez vezetett. A bizottság beszámolója óta eltelt időszakban a rezisztens salmonellákat nem tudják kontrollálni, még kevésbé eliminálni. Talán a fertőzött állatállomány rendszeres ellenőrzése és eradikálása valamint az antibiotikumok körültekintő alkalmazása okozhatna változást.

Végül, mielőtt túlságosan az állatorvos kollégákat hibáztatnánk az antibiotikumok elterjedt alkalmazásáért és az ebből eredő veszélyekért, nem ártana ha az antibiotikumokat felíró human gyógyászat foglalkozó orvosok is sokkal körültekintőbben írnák fel akár a legújabb „mycint” vagy egy régebbit, még mielőtt a rendelkezésre álló antibiotikum készletet elherdáljuk.

Ternák Gábor dr.

Természeti góccok által okozott fertőzések Szovjet Távol-Kelet leg-északibb részében. Természetes fertőző góccok felfedezése Csukcsföldön. Szomov, G. P. és mtsai (A Szu. Eü. Minisztériuma, Moszkva): Zh. Microbiol. Epidem. Immunobiol. 1978, 10, 101.

A szerzői munkaközösség Csukcsföldön (Szovjet Távol-Kelet leg-északibb része) góccutatást végzett elsősorban serológiai próbák segítségével. 1027 rénszarvas (Rangifer tarandus) vérmintáit Yersinia pseudotuberculosis elleni antitestekre átvizsgálva, az I-es típussal szemben 13,3%-ban, a II-es típussal szemben 10,5%-ban találtak ellenanyagokat, intestinalis Yersinia fertőzést 2,9%-ban mutattak ki. Ezenkívül a vérsavóminták 10,6%-a reagált a Fracisella tularensis-szel, 1%-a a Coxiella burneti (Q-láz), 1,6% a kullancs encefalitis, továbbá 1% a szibériai kullancs láz antigeinjeivel.

85 sarki földi mós (Citellus arcticus) savóiból 5,1% reagált az I-es és 10,2% a II-es Y. pseudotuberculosis típus antigeinjeivel. Kullancs encefalitis vírus elleni antitestet 23 savó közül 2-ben találtak.

182 Citellus arcticus szerveiből végeztek tenyésztést, 9 mintából Yersinia pseudotuberculosis és 48-ból Y. enterocolitica izoláltak, 200 kisemlős (Microtus faj) 2-ben Salmonella heidelberget találtak.

237 madár és 94 kisemlős szerveiből kíséreltek meg vírusokat ki-

mutatni, 4 egyed szerveiből (1 bőbitás galamb, *Philomachus pugnax*, 1 sirály, *Mergus albellus*, 1 *C. arcticus* és 1 *Microtus*) szibériai kulancsláz kórokozóját izolálták. Megállapították, hogy e betegség elterjedtsége megegyezik a kullancsok elterjedtségének határainal.

Nikodemusz István dr.

A szuperoxid-anion baktericid hatása *staphylococcus albus*ra. Kolleg, E. W. és mtsai (Membrane Bioenergetics Group, Lawrence Berkeley Laboratory and the Department of Physiology-Anatomy, University of California, Berkeley, California 94720): *Nature* 1979, 281, 400.

A levegőt alkotó gázok molekulái ionizált formában is előfordulnak (általában 10^4 ion/ml levegő).

A szerzők kimutatták, hogy az ionok közül a szuperoxid-anion (O_2^-) toxikus *S. albus*ra. A baktericid hatás a kezelés 2. órájától már mérhető s az 5. órára a cocciok elpusztulnak. Az O_2^- ion letális hatása a szuperoxid-dizmutáz enzim ($O_2^- + O_2^- + 2H^+ \rightarrow H_2O_2 + O_2$) jelenlétében nem jelentkezett, míg a kataláz enzim ($2H_2O_2 \rightarrow 2H_2O + O_2$) nem csökkentette az ion toxicitását.

A jelenség érdekes egyrészt azért mert a molekuláris oxigén redukciója során az emlős sejtek mitochondriumában is keletkezik O_2^- ion, de éppen a szuperoxid-dizmutáz jelenléte miatt alacsony a koncentrációja. Másrészt a negatív ionokat tartalmazó levegőnek jó közérzetet okozó hatása van. A kísérletben csak két nagyságrenddel volt nagyobb a szuperoxid-ion koncentráció, mint általában a levegőben standard körülmények között.

Nagy Zsolt dr.

Q-láz incidenciája két egyenlőtlenül vizsgált foglalkozási csoportban. Ganchev, N., Serbezov, V., Alexandrov, E. (Mil. Inst. Med. Szófia): *J. Hyg. Epid. Microb. Immun.* 1978, 21, 405.

A Q-láz bizonyos foglalkozásokhoz kötött ártalom, de nem mentes tőlük az egészségügy sem, már csak amiatt sem, hogy a különböző betegek hozzájuk kerülnek.

A szerzők Rusze (Rusz-csuk) városában 1973 folyamán szűrővizsgálatokat végeztek a *Rickettsia burnetii* (Q-láz) előfordulásával kapcsolatban komplement kötési segítségével R. burnetii antigént használva. E célzott vizsgálatokat részben köztisztasági alkalmazottakon, részben kórház és szülõotthoni dolgozók körében végezték el. 198 köztisztasági alkalmazott (utcaséprõ, porozó, kéményseprõ, WC-tisztító, szemétkocsivezetõ) közül 91 savója (46,0%) adott pozitív komplement kötési próbát. Az egy évnél kevesebb ideig dolgozók egynegyede, a

6–10 éve dolgozók több mint fele volt pozitív. 174 egészségügyi dolgozó közül (sebész, szülésznõ, kórházi ápolónõ, gyermekápoló stb.) közül 65 savója (37,4%) reagált az antigennel, külön kiemelendõ, hogy egy asszisztens (több nem került vizsgálatra), aki több mint 7 éve dolgozott munkahelyén, erősen pozitív volt. Magas volt a pozitív aránya azoknak az eü. dolgozóknak, akik a betegekkel közvetlenül kerültek kapcsolatba.

Megnézték 244 közlekedési dolgozó és 237 véradó pozitivitását, az elõbbiek közül 82 (34%) az utóbbiak közül 19 (8%) tartalmazott Q-láz ellenanyagot. E betegség egyébként Észak-Bulgáriában endemiás s mint ún. „Balkan-grippe” régóta ismert.

Nikodemusz István dr.

Lehetséges vírus skizofréniában és egyes neurológiai kórképekben.

D. A. J. Tyrrell és mtsai (Clinical Research Centre, Northwick Park Hospital, Harrow): *Lancet*, 1979, I, 839.

Nem remélt, szokatlan ágens volt sejt kultúrában kimutatható 38-ból 13 skizofréniás beteg liquor cerebrospinalisából cytopathiás hatása alapján. E részecske 100 nm-es szűrõn átjutott, de 50 nm-esen nem, kloroform, bromodezoxiuridin hatására, valamint 56 °C hőmérsékleten 30 perc alatt inaktiválódott. A kultúra MRC5 sejtekből állt. Az ágens ugyan megfelelõ módon nem lehetett sorozatosan átvenni, de vírusszerű sajátosságai voltak. Hasonló cytopathiás hatása volt 11-ből 8 súlyos vagy krónikus idegrendszeri megbetegedésben szenvedõ beteg liquorának, de csak 25-ből 1 sebészeti vagy általános belgyógyászati beteg liquora mutatott ilyen hatást.

A szerzők eredményeik interpretálásában óvatosságra intenek. 1 beteg széklete is tartalmazta a vírusszerű részecskéket, ami feltételezhetővé teszi terjedésének fecalis-oralis mechanizmusát.

Szám László dr.

Skizofréniában és neurológiai kórképekben szenvedõ betegek jellemzői és vírusszerű ágens a liquor cerebrospinalisban. T. J. Crow és mtsai (Clinical Research Centre Northwick Park Hospital, Harrow): *Lancet*, 1979, I, 842.

Szövettenyésztésben vírusszerű cytopathiás ágens izoláltak 47-ből 18 skizofréniás betegből. A legtöbb ilyen beteg vér- és liquor-fehérjekoncentrációi normálisak voltak. Hasonló klinikai jellemzőket találtak azoknál a betegekkel, akikben e vírusszerű részecske kimutatható volt és akikben ez nem sikerült; viszont magasabb IgA-szinteket találtak azokban, akikből ilyen ágens tudtak izolálni.

Az ágens megtalálható volt 11-ből 8 súlyos vagy krónikus neurológiai betegségben szenvedõ egyén liquorában is. E kórképek a következők voltak: Huntington-chorea, sclerosis multiplex, az öntudat nem magyarázott elváltozásai.

A szerzők hipotézise szerint e vírusszerű ágens közösségekben széles körben elterjedt, s csak akkor patogén, ha genetikailag predisponált populációcsoportba kerül.

Szám László dr.

Anyagcserebetegségek

A kóros elhízás sebészeti kezelése. Callan, J. P.: *JAMA*, 1979, 241, 1271.

Évek óta folyik a vita az extrém fokú elhízás sebészeti kezeléséről (zömmel a bypass műtétekrõl), s ahogy gyûlnék a sebészeti tapasztalatok, úgy szaporodnak azok a közlemények is, melyek a műtétek után kialakult szövõdményekkel foglalkoznak. Egy biztos: polgárjogot még mindig nem nyert a sebészeti terapia.

A JAMA szerkesztõségi cikke arról szól, hogy Bethesda-ban konferenciát rendeztek neves szakértõk bevonásával a kérdéssrõl, s a cikk a különbözõ véleményeket igyekszik egyeztetni.

Közös nevezõre annyiban jutottak a vitapartnerek, hogy az elhízottak kezelésében sebészeti megoldás csak akkor indokolt, ha a páciens már minden belgyógyászati konzervatív terápiát eredmény nélkül végig próbált. Az értekezlet résztvevõi meghatározták a kóros elhízás fogalmát is, ehhez 45 kg súlyfelesleget vagy az ideális testsúlyt 200%-kal meghaladó többletet számítanak. A sebészek ismertették műtéti típusaikat, s nemcsak a már ismert jejunoleális bypass-ról, hanem a gastricus bypass-ról is volt szó, sõt azt is javasolták, hogy egyik műtét eredménytelensége esetén el lehet a másik műtétet is végezni. A gastricus bypass kivitelezése nehezebb, mint a jejunoleális műtété, de ajánlója szerint kevesebb szövõdménnyel jár. Említés történt az állkapocsot záró (összedrótozó) műtétrõl is, ennek célszerű megelőznie a bypass műtéteket, de a műtétet ismertető sebész rezignáltan arra is kitért, hogy a páciensek általában a szájjár felszabadítása után elvesztett súlyukat visszahízzák.

A testsúly visszanyerésének kérdése foglalkoztatta a konferencia belgyógyászait is, szerintük a legtöbb kórosan elhízott egyén képtelen tartósan megõrizni csökkentebb testsúlyát. Mindössze 10–20% képes arra, hogy a fogyókúrákkal elért testsúly redukiót évekig át változatlanul tartsa.

Az elhízással járó szövõdmények mellett a szociális visszahatások is késztetik gyakran az elhízottat testsúlyának csökkentésére, de sokuk

abbahagyja a szívós küzdelmet, miután azt látja, hogy a fogyókúra elején a súlyvesztés sokkal jelentősebb, mint a későbbiekben, s ezért elkedvetlenednek. A konferencia résztvevői (sebészek, belgyógyászok, pszichiáterek, pszichológusok, biztosító társasági emberek és maguk a páciensek) az optimális kezelési módban nem tudtak megegyezni.

Iványi János dr.

Gyomor-bypass az extrémfokú adipositas sebészeti kezelésében. Husemann, B. W. Wörner (Chir. Klin. mit Poliklin. der. Univ. Erlangen-Nürnberg, D-8520 Erlangen, NSZK): Chirurg, 1979, 50, 647.

A Payne és mtsai által bevezetett jejunioleostomia műtét az extrém fokú elhízottak kezelésében számos szövődmény forrása, elsősorban az elektrolitek terén. Másfél évtizedes tapasztalatok után a sebészek más módszert is kerestek, s így jutottak el a gyomor-bypass műtétéhez, amelynek kivitelezése ugyan nehezebb, mint a jejunioleostomiáé, de az eddigi eredmények szerint kevesebb szövődménnyel jár. Subtotalis Billroth II. műtét során 150 ml-es kisgyomrot hagynak szűk (mintegy 10–15 mm-es) gastrojejunostomiával. Így a beteg nemcsak kevesebbet tud enni, de gyomra is lassabban ürül. A műtét alkalmával arra vigyázni kell, hogy a kisgyomri területi vagus-ágak ne sérüljenek meg. Egyébként az eredeti anatómiai helyzet bármikor visszaállítható.

Az erlangeni szerző jejunioleostomiás műtétet is végzett, így módjában áll a kétféle műtét előnyeit és hátrányait összehasonlítani. 91 olyan betegnek végezték el a gyomor-bypass műtétet, akiknek átlagos testsúlya a Broca szerinti értéket átlagban 94%-kal meghaladta, s a műtétre kerülő betegek a konzervatív kezeléssel már valamennyien megpróbálkoztak, s többségük visszahízott.

A 18 hónapos megfigyelési idő alatt a betegek elérték a Broca szerinti súlyukat, ez kb. 50%-os súlycsökkenést jelentett a műtét előtti értékhez viszonyítva. Számos laboratóriumi vizsgálatot is végeztek, illetve kontrolláltak a megfigyelési idő alatt. A serum gastrin-szintje, az elektrolitek, az ún. májfunkciós próbak értékei lényegesen nem változtak a műtét után, a serum cholesterin-szintje keveset csökkent, ugyanígy a folsav-szint is. Az insulin-szint párhuzamosan csökkent a testsúllyal, az emelkedett IV-es típusu hyperlipoprotein 3 hónap alatt normalizálódott.

Halálest 1 volt, a beteg a műtétig nem ismert medulla oblongata tumor okozta hyperpyrexia miatt halt meg. Sebgyógyulási zavar 11%-ban fordult elő, anasztomosis ulcus 2 év alatt 2 betegen fejlődött ki, 1 betegen teljesen panaszmentes formában zajlott le és endoscopos vizsgálat igazolta. Dumping-syndroma

nem volt. A szerzők ezt a műtétit tipust alkalmasabbnak tartják az extrém fokban elhízottak kezelésére, mint a korábban végzett jejunioleostomiát.

Iványi János dr.

Diabetes mellitus és a tápcsatorna. Szerkesztőségi közlemény: Brit. Med. J. 1979, 1, 1743.

Diabetes mellitusban (d. m.) a gyomor-bél rendszer csaknem valamennyi részének működése károsodhat. A nyelőcső motoros zavarai: gyenge peristaltica, tercier kontrakciók, az alsó sphincter refluxa vizsgálattal deríthetők ki, panaszokat azonban ritkán okoznak. A kóros működés oka a parasympathikus idegek praeganglionaris károsodása.

A gyomor motoros funkciójának károsodásai: a dilatatio és pangás többnyire ugyancsak tünetmentesek. Az elhúzó ürülést és stasist tünetmentes betegekben is igazolták. Próbaétkezés során a folyékony táplálék a szilárd ételekkel együtt ürült. A tünetek: étvágytalanság, hányinger, hányás, tartós teltség érzés fokozatosan alakulnak ki, hirtelen fellépésűk észlelhető diabeteses, ketoacidosisban. Mindezeket az elváltozásokat az autovagotomia néven foglalják össze.

A fekélybetegség ritkasága d. m.-ban a vagus által közvetített savsecretio csökkenésének következménye. A d. m. autoimmun genésitét támogatja a nyálkahártya atrophia, a parietalis sejtek elleni antitestek és az anaemia pernicioza gyakori előfordulása.

Az autonóm neuropathia leggyakoribb tünete az obstipatio, melyet a diarrhoea elfedhet. Az utóbbi többnyire intermittáló, éjjel kifejezettebb, órákig, hetekig tart, hasi fájdalom kísérelti és obstipatio követheti. Kifejezett hasmenés esetén is ritka a malabsorptio, jelentősebb fogyás. Hasmenés a rosszul beállított, szövődményes d. m.-ban fordul elő, de fellépése megelőzheti a d. m. manifestálódását is. Kezelésében a viscerális neuropathiaán kívül szerepe lehet a vékonybélbakteriumok túlbujazásának, ill. a bakteriális epesav dekonjugáció fokozódásának. Korábbi vizsgálatokkal a vékonybél passagét gyorsultnak találták, aminek valószínű oka az epesav dekonjugáció miatti bél irritáció.

A gyomor-bél működést a biguanidok is befolyásolják: gátolják a gyomor ürülését, a vékonybélből a felszívódást, tartós alkalmazásuk B₁₂-vitamin hiányhoz vezethet.

Nem csupán a d. m. befolyásolja a gastrointestinalis működést, hanem az emésztőcsatorna is hat a d. m.-ra. A bélhormonok közül a GIP (gastric inhibitory polypeptid) és a glukóz-dependens insulinotrop polypeptid insulinogen faktorként, mint incretin hatnak, stimulálják az insulin secretióját. Valószínű, hogy a szénhidrátok felszívódá-

sát kedvezően befolyásoló növényi rostok is az incretin mechanizmuson keresztül hatnak.

Holländer Erzsébet dr.

A gestációs diabetes gyakorisága és az insulin secretio változásai terhességben. I. Diabetes-gyanús terhesek vizsgálata glukózinfúzióval. Dempe, A. és mtsai: Zbl. Gynäkol. 1978, 100, 1559.

Az anya és foetus szimbiozisa az anyai szervezetben a fiziológiás eltérések között diabetogen elváltozást is okoz. A szervezet a perifériás insulin resistencia miatt az insulin elválasztás fokozásával biztosítja a magzat részére folyamatosan szükséges glukóz-kínálatot.

A szénhidrát-intolerancia diagnózisa, valamint az insulin resistencia értékelése céljából a szerzők 123 normál súlyú nőt vizsgáltak a terhesség első felében. Közülük 44-nek az I. fokú rokonságában (apa, anya, testvér), 52-nek pedig a II. fokú rokonságában (egyéb vérrokon) fordult elő diabetes. 24-nek a korai terhességben glycosuriája volt, 3 asszony 4000 g-nál nehezebb magzatot szült már, 93 primipara, 30 multipara, 7-nek a terhessége 5–10 hetes, 36-nak 10–15 hetes, 68-nak 15–20 hetes, 12-nek 20–25 hetes volt. Iv. 0,33 g/kg glukózt adtak 40%-os oldatból, majd lassú infúzióban 12 mg/kg glukózt 2 óra alatt.

22 terhesnél (17,9%-ban) pathológiás glukóz-toleranciát, 7 terhesnél (5,7%-ban) borderline-értékeket találtak. 18 esetben (14,6%) high-response, 11 esetben (8,9%) low-response insulin választ észleltek. A 18 high-response-ból 2 volt pathológiás és 4 határesetes. A határesetekben szignifikánsan több hyperresponse insulin reakciót tapasztaltak, mint a normális glukóz-toleranciában. A 11 low-response-ból 3 volt pathológiás. Az insulinértékek átlagát vizsgálva kiderült, hogy a terhesek pathológiás glukóz-toleranciájában az első csúcs kevésbé kifejezett. A későbbi időszakban viszont ezeknek insulin értékei a nem cukorbeteg értékeinél — ha nem is szignifikánsan — magasabbak voltak. A határesetekben az insulin értékek minden időszakban jelentősen magasabb eredményt adtak.

A szénhidrát-tolerancia zavarában a szabad zsírsav értékek is kissé magasabbnak bizonyultak és a terhelést követő glycosuria is a pathológiás vércukor értéket adók között szignifikánsan gyakoribb volt. A cholesterin és összlipid értékekben lényegesebb különbséget nem tapasztaltak. A borderline vércukor és high-response insulin értékek szerzők által észlelt gyakoribb találkozása aláhúzza az insulin elválasztás vizsgálatának értékét a diabetes korai stádiumának diagnosztikájában. A magasabb szabad zsírsav értékek insulin resistenciát okozva

növelik az insulin igényt és vezethetnek a béta-sejtek kimerüléséhez, illetve manifest diabeteshez.

Angeli István dr.

A gestatiós diabetes gyakorisága és az insulin secretio változásai terhességben. II. Diabetes-gyanús terhesek vizsgálata 50 g-os orális glukóztoleranciával. Dempe, A. és mtsai: Zbl. Gynäkol. 1979, 101, 585.

A szerzők előzőleg már glukózin-fúzióval vizsgált 123 terhesüket (1. előző referátum) 50 g-os glukóztoleranciával orálisan is megvizsgálták. Ezzel 29 terhesnél (23,6%-ban) találtak pathológiás, 22-nél (17,9%-ban) pedig határesetes (borderline) glukóztoleranciát. Az insulin secretio 9 esetben (7,3%) high-response, 5 esetben pedig megnyúlt (delayed-response) volt. Csökkent low-response insulin secretiót egy terhesnél sem tapasztaltak.

A 9 high-response-ból 1 volt pathológiás, 2 borderline, a nyújtott insulin secretiót adókból 1 pathológiás, 3 borderline. Matematikai összefüggést a szénhidrát-tolerancia változása és az insulin secretio zavara között nem észleltek. Az insulin secretio a 30. percig a határesetekben volt a legnagyobb és a pathológiás értékek között a legalacsonyabb, de a 60. percben ez megfordult és a pathológiás vércukor értéket adók között találták a legnagyobb insulin értékeket, bár a különbségek egyik fázisban sem voltak szignifikánsak. A glycosuria viszont pathológiás glukóztoleranciaiban szignifikánsan megnőtt.

Az eredmények egzaktságon alapuló megfigyelését megnehezíti, hogy a terhességben sokszor alkalmazott glukóztoleranciák értékeit különbözőképpen ítélik meg. A szerzők gyakran találtak pathológiás szénhidrát-toleranciát, amit részben alpozitív reakciókra vezetnek vissza.

(Ref.: Ebben az is közrejátsszik, hogy a pathológiás határt elég alacsonyra, így a 120 perces vércukor értékeknél 115 mg₁₀₀-ra szabták. Ez még vénás vérvétel és „valódi” vércukor meghatározó módszer mellett is alacsony, mivel terhességben a fiziológiásan megnyúlt glukóz felszívódás miatt a kétórás vércukor értékek még normális körülmények között is magasabbak.)

Angeli István dr.

Diabeteses terhesek kezelése Phe-insulinnal. Peters, F. D. és mtsai (Frauenklinik, Univ. Tübingen): Dtsche med. Wschr. 1979, 104, 973.

Az insulin mellékhatásokat: a lokális és generalizált allergiás reakciókat, a lipodystrophiát, a fokozott insulin szükségletet és resistenciát az insulin felfedezése óta ismerjük. E reakciókat a depot anyagok, a készítmény tisztítatlansága magyarázza. A mellékhatások csökkentésére irányuló törekvések ve-

zetek a homolog insulinok felfedezéséhez. A homolog insulin a nativ insulinból aminosavak lehasításával nyerhető, így készül a Phe-insulin (phenylalanin-insulin) is. A Hoechst-gyár sertés pancreasból két Phe-insulint állít elő: a 01-S jelzésű vércukor csökkentő hatása a kristályos, a 02-S készítményé az intermediér insulinoknak felel meg.

A szerzők 7 diabeteses terhest kezeltek Phe-insulinnal. A betegek reggel, délután és két eset kivételével este is rövid hatású Phe-insulint kaptak. Két súlyos diabetesben szenvedő terhesnek este intermediér hatástartamú készítményt adtak. Valamennyi betegen a terhesség kezdetétől a szülésig rendszeres napi vércukor profilvizsgálat történt. Az elévzett vércukorvizsgálatok száma egy-egy betegen 216–1281 volt, a 7 betegen összesen 4182 meghatározás történt. A nagyszámú vizsgálattal bizonyították, hogy a terhesség egész tartama alatt euglykaemiások voltak a betegek.

A terhesség lefolyása zavartalan volt, az újszülöttek testsúlya normális, fetális hyperinsulinismus klinikai, kémiai tüneteit nem észlelték. Öt szülés spontán, 2 vákuum extrakcióval zajlott le. Lipodystrophia, allergiás bőrjelenségek nem fordultak elő. A Phe-insulinra történő beállítás és a szülést követő visszaállás a terhesség előtti kezelésre zavartalan volt. A Phe-insulin hatása gyorsan kialakult, a táplakozás vércukor szintet növelő hatását már egy óra múlva kompenzálta, hypoglykaemiát mindössze egy alkalommal figyeltek meg. További előnyös tulajdonsága, hogy antitestekhez csekély mértékben kötődik. Mindezen tapasztalatok indokolják a diabeteses terhesek Phe-insulinnal történő kezelését.

Holländer Erzsébet dr.

Intracutan desensibilizatio anaphylaxiás shockkal szövődött insulin allergiában. Bachmann, W. és mtsai (III. Med. Abt., Krankenhaus München-Schwabing): Dtsche med. Wschr. 1979, 104, 1014.

Az insulin kezelés alatt fellépő anaphylaxiás shockot olyan betegekben észlelik, akik korábban már kaptak insulint, s a kezelést hosszabb szünet után felújították. Ha az insulin kezelés feltétlenül szükséges, desensibilizálást kell végezni, mely történhet intravénásan, subcutan és intracutan.

A szerzők 78 éves, 5 éve diabetes mellitusban szenvedő betegek korábban három alkalommal részesült insulin kezelésben. A negyedik, ketoacidosis miatt alkalmazott insulintherapia anaphylaxiás shockot váltott ki. Hígított sertés, birka és humán insulinnal az ic. próba pozitív volt, s ezen antihistaminok, corticoidok alkalmazása sem változtatott. Az ic. desensibilizálást 1:100 hígítású Novo Actrapid insulinnal

kezdték, a befecskendezést 3 óránként addig ismételték, amíg bőrreakció nem alakult ki. Ekkor kisebb hígításra tértek át. A 6-ik napon már hígítatlan insulin sem váltott ki reakciót. A 12-ik napon az anyagcserezavar rendeződött, a kezelést Monotard MC insulinnal folytatták.

A szerzők az insulin allergia okát esetükben nem a készítmény tisztítatlanságával, vagy strukturális különbségekkel magyarázták, hiszen humán insulinnal is próbálkoztak. Feltételezik, hogy az insulin molekulával szembeni allergiáról van szó, melyet a hosszú megskatítás után felújított insulin kezelés váltott ki.

A különféle desensibilizálási eljárások közül a semleges pH-jú monokomponens insulinnal 3 órás időközökben, csökkenő hígításban végzett ic. módszert tartják a legsikeresebbnek.

Holländer Erzsébet dr.

Összefüggések az angolok cukor-fogyasztása, testmagasságának és agysúlyának növekedése között, londoni felnőttek 1860-as és 1940-es adatainak vizsgálata alapján. Ziegler, E.: Schweiz. med. Wschr. 1979, 109, 1126.

Cukorbeteg anyák nagy súlyú magzatain a fiziológiást meghaladó glukóz-túláramlás a béta-sejtek hypertrophiájához és hyperinsulinismushoz vezet. De ugyanez történik a nagyon elhízott terhesek óriásmagzatainál is. Az anyai vércukor ingadozások normalizálásával a foetalis dyszharmóniát (makrosomiát és adiposítást) is el lehet kerülni.

Az orvostörténeti vizsgálatok párhuzamos összefüggést tudtak kimutatni a modern élet cukorfogyasztása, valamint a prae- és post-natalis acceleratio, illetve diabetes mortalitása között. Az újszülöttek súlygyarapodásának emelkedését a testi aktivitás csökkenésével is összefüggésbe tudták hozni, sőt napjainkban a felnőttek testmagassága és agyának súlya is nagyobb, mint egy évszázaddal ezelőtt volt. Az agy tömegének növekedésében pedig az emelkedő cukorfogyasztásra is gondolni kell, mivel ez elsősorban glukózt használ fel.

Az agy kifejlődésének fontos fázisa történik méhen belül és a neuronok milliárdjai a 10–25. terhességi hét között alakulnak ki. A kritikus fázis a 4–6. életévig zajlik le és a sejtproliferatio lezárul. Az agy súlyának nemek között már születéskor előrehaladtával kissé fokozódik. Így a férfiak 353 g-os születési agysúlya ma a 20. életévig 1430 g-ra, a nők pedig 347 g-ról 1294 g-ra nő. Az angolok évi cukorfogyasztása az 1850-es 12,5 kg-ról napjainkra 50 kg fölé emelkedett. A Miller és Corsellis által 1860-as és

1940-es londoni testmagasságra és agysúlyra megadott adatok alapján végzett statisztikai vizsgálatok kimutatták, hogy mindkét nemből igen szignifikáns összefüggés található a testmagasság, valamint az anya cukorbetegsége és a 20 éves korig elfogyasztott cukormennyiség között. Ugyancsak nagyon szignifikáns kapcsolatot tapasztaltak a cukorbetegség és a férfiak agysúlya között. A nők esetében ez az összefüggés már kevésbé, de még mindig szignifikáns volt.

Még normális terhességben is az insulin hatás csökkenése miatt, annak ellenére, hogy megnő az insulin elválasztás, romlik a glukóztolerancia. A halmozódó postprandialis hyperglykaemiás „peak”-ek pedig foetalis hyperinsulinismushoz, sőt valószínűleg a somatomedin produkció emelkedéséhez is vezetnek. Cukorbeteg anya magzatának vérében a nagyobb insulin értékek mellett az insulinszerű aktivitás is nagyobb. Ezenkívül egy insulinszerűen viselkedő, növekedést stimáló „insulin-like growth factor”-t is izoláltak, amely a proinsulinhoz közelálló polipeptid és hatásában a somatotrop hormonok mediatorához a „sulfation factor”-hoz, illetve somatomedin C-hez hasonlít. Normális újszülött köldökzsinór vérében az insulin-ILA és somatomedin értékek alacsonyabbak, cukorbeteg anyák magzataiban pedig magasabbak, mint az anyai vérben, annak ellenére, hogy a praee- és protodiotetikus anyák értékei már eleve nagyobbak. A cukorbeteg anyák magzatai iv. glukóz adására is nagyobb insulin értékekkel reagálnak, mint a normális újszülöttek. A döntő azonban az anya nutritív és/vagy endogen glukóztolerancia zavara, mivel egy okosan táplálkozó egészséges anya és cukorbeteg apa gyermeke nem lesz makrosom. A genetikusan determinált történéseket a méhen belüli feltételek az agy fejlődésében is befolyásolják és a túl szűkös méhen belüli táplálás ennek kifejeződését korlátozza. A cukorbetegben gazdag és ezért rotszegény étrend postprandialis vércukor emelkedéssel és fokozottabb béta-sejt stimulációval jár és a hypophysis, valamint az intestinalis hormonok elválasztását is befolyásolja. A cukorbeteg táplálkozás insulinogen, illetve hormonogen hatása az insulin antagonisták, mindenekelőtt a növekedési hormon elválasztásának fokozódásával is jár. Az individuális különbségek azonban megnehezítik a cukorbetegség experimentalis vizsgálatát. Az exogen, nutritív faktor megváltoztatja a „gén stratégiaját”, de nem minden esetben egyformán. Teoretikus jelentőségétől eltekintve az agy súlynövekedésének gyakorlati jelentősége is lehet, a kérdés azonban jogosan felmerül, hogy „a nagyobb egyúttal jobb is?” A harmonia megszakadása mindenestre nyugtalanító gondolatokat is felvet.

Angeli István dr.

Kisadagú insulin szemben a nagyadagúval a diabetes ketoacidosis terápiájában. Pfeifer, M. A. és mtsai (Med. Res. Serv., VA Hos. and the Endocrinol. Sect. Dept. Med., Univ of Louisville, Ky, USA): Sth. Med. J. 1979, 72, 149.

5 betegen hat alkalommal észlelték ketoacidosisát a louisville-i szerzők, s az insulint randomizáltan adták intermittálóan nagy adagú bolus formájában intravénásan és subcutan a serum keton-szintjének hígítási arányában (pl: 1:16-os hígításban 2 óránként 100 E kristályos insulint kapott a beteg, kisebb hígításban 50 E-t, 1:2 hígításban pedig csak 25 E-t), illetve testfeszínre számítva 4 E-gel kezdve intravénás cseppinfúzióban. A betegek átlagos életkora 45 év volt, 2 betegnek nem volt ismert korábban diabeteze. Kiváltó minden esetben felső légúti fertőzés volt.

A szokásos laboratóriumi vizsgálatok mellett meghatározták az ún. stressz hormonok (cortisol, glucagon és növekedési hormon) szintjét is a kezelés előtt és alatt. A folyadék- és elektrolytpótlás mindkét kezelési formában azonos volt (először isotonias, majd felisotonias sóoldat, káliumpótlás a serum kálium-szintjétől függően, bicarbonat-pótlás pH 7 alatt).

A két kezelési mód hatására az acidosis, a ketosis és a hyperglycaemia csaknem azonos idő alatt rendeződött, de ehhez a nagy dosisú insulin terápia során 800–900 E kristályos insulinra volt szükség, a kis dosisú adagolás folyamán viszont csak 90–130 E-re. A különbség az insulin mennyiségén kívül még a felhasznált glucose és káliumpótlásban mutatkozott, ugyanis a nagy adaggal kezelték között hypoglycaemia elkerülésére 300 g körüli glucose bejuttatására volt szükség, a hypokalaemia kivédésére közel 500 maequ mennyiségre, míg a kisadagú insulinnal kezelték csupán 100–175 g glucose-ra és 100–204 maequ káliumra. A stressz-hormonok szintje kezdetben egyformán kissé emelkedett mindkét kezelési mód hatására, majd egyformán csökkent. A serum insulin-szintje csak a kisadagú insulinnal kezelték maradt a physiologiás szinten belül.

Bár az eredmények mindkét kezelési móddal hasonlóak voltak, a szerzők meg is a kisadagú insulin kezelést ajánlják a bevitt insulin biztonságosabb felszívódása, az optimálisabb physiologiás insulin-szint elérése, a ritkább hypoglycaemia és hypokalaemia, valamint a könnyebb és egyszerűbb alkalmazási mód miatt. Iványi János dr.

Saját vérvétel véreukorra ambuláns napi profil céljaira. Belser, F. G. (Zürichbergstr. 70, CH-8044 Zürich): Schweiz. med. Wschr., 1979, 109, 1110.

Értelmesebb cukorbeteg megfigyelhető bizonyos önkontrollra is.

Erre a célra eddig a Clinitest tablettás módszer vált be legjobban a különböző papírcsík (Diastix, Diabur, Keto-Diabur) meghatározásokkal. A módszer azonban nem tökéletes, csak durvább tájékoztatóra alkalmas. Csaknem tökéletesnek mondható önkontroll a Reflotest (Reflomat, illetve az ennek megfelelő Dextrostix) Eyetone módszerrel érhető el, ez azonban nagyon költséges, nem elég csupán a beleg közreműködése.

A Boehringer-gyár közti megoldásként Glucoquant néven olyan metodikát dolgozott ki, melynek segítségével a beteg naponta többször ellenőrizheti vércukorszintjét úgy, hogy a vérvételt saját maga végzi, s a haemolyzált vért beküldi postán orvosának, aki elvégezti a cukormeghatározást. A Glucoquant felszerelés segítségével a beteg naponta több alkalommal, akár a munkahelyén is vehet magától vért ujjbegyből, s így a mindennapos tevékenysége közben kontrollálható cukorháztartása. A vérvételek mellett természetesen papírcsík módszerrel egyidejűleg a vizeletcukor vizsgálata is szükséges.

A Boehringer-gyár módszere azért is tűnik megfelelőnek, mert egyrészt nem költséges, másrészt a beteg kapcsolata nem szűnik meg orvosával, aki végső soron irányítja a terápiát.

56 beteg önkontrolljáról szól a zürichi beszámoló, amelyik hangsúlyozza, hogy a módszer elsősorban olyan cukorbeteg vizsgálatára alkalmas, akiknek nem stabil a diabetezük. Ide tartoznak a terhesek, az intenzív sportteljesítményekkel végző diabetesesek, s az egyenként is labilis, insulinra szoruló, de nehezen beállítható fiatal cukorbeteg. A szerző több példával igazolja az önkontrollos módszer létjogosultságát, melynek segítségével több betegnek megfelelőbb insulin adagolást, időbeli elrendezést, többszöri insulinizációt, más insulinra való áttérítést lehetett elérni, s a betegeknek nem kellett ezért intézetbe feküdniük. A módszert a szerző jónak tartja, saját anyagában az ún. problémás betegek kb. 75%-ban lehetett segítségével és a betegek közreműködésével jobb anyagcsere-állapotot elérni.

Iványi János dr.

A praeeoperatív haemoglobinszint, mint a diabeteses amputatio kimenetelének előre jelzője. Bailey, M. J. és mtsai (Dept. of Surg., St. James' Hosp., Sarsfield Road, London SW12 8HW): Lancet, 1979, 2, 163.

A diabeteses beteg alacsony vagy magas végtagamputációjának kimenetelét előre biztosan nem lehet megmondani, ez pedig a beteg további sorsát, újabb műtétjét jelentősen befolyásolná. Van egy olyan csoportosítás, mely szerint az inficiált neuropathiás láb lokális am-

putatio után mindig meggyógyul, az inficiált ischaemiás láb csak 35%-ban, a piros és fájdalmas lábat célszerű boka felett amputálni első műtétként is. Ez a beosztás *Catterall*-tól származik (Postgrad. Med. J., 1968, suppl. 44, 969.). Ennél a beosztásnál egyszerűbb és főleg megbízhatóbb adatokat keresett a londoni St. James' Hospital sebész munkacsoportja *Dormandy* vezetésével.

Két intézet (London és Brighton) 59 diabeteses betegén, aki a műtét időpontjában valamilyen insulin kaptak, 40 ujj- és 19 transmetatarsalis, illetve metatarsalis műtét történt. A műtét előtt kiterjedt klinikai és laboratóriumi vizsgálatokat végeztek, s ezek eredményéből prospective következtettek arra, hogy a műtét eredményét legjobban a *műtét előtti haemoglobinszint* alapján lehetett előre megjósolni. Kétségtelenül a vércukorszint és a fehérvejt-szám vizsgálata is utalt a várható eredményre (magasabbak voltak a rosszul gyógyulók között), de az eredmények között átfedések is voltak. A praeeoperatív haemoglobin-érték a jól és rosszul gyógyultak között messzeemenően szignifikáns eltérést mutatott. *Valamennyi jól gyógyult beteg esetében a haemoglobin-szint műtét előtt 12 g% alatti volt, a rosszul gyógyultaké pedig 13 g% felett.*

Sem a betegek életkora, sem a napi cigaretta mennyiség, sem a hőmérséklet, sem a vesék állapotát jellemző urea-nitrogénérték nem mutatott szignifikáns eltérést a két csoportban.

A haemoglobin szerepe a műtėti gyógyulásban nem ismert teljesen, az azonban biztos és klinikailag jól ismert adat, hogy polycythaemiában igen gyakoriak az arteriális keringési zavarok, occlusiók. Alacsonyabb haemoglobin-szint és alacsonyabb viscositás jobb vérátáramlást és ezzel jobb sebgyógyulást eredményez. Ebben volna jelentősége a szerzők fontos megfigyelésének.

Iványi János dr.

Diabetes és arteriosclerosis: — az inzulin szerepe. R. W. Stort (Department of Geriatric Medicine, The Queen's University of Belfast): *Diabetologia*, 1979, 16, 141.

A diabetes leggyakoribb és legveszélyesebb szövődményei a különböző vascularis megbetegedések, melyek az egyes szervek artériáit érintik. Közülük legfontosabb a retina és a veseglomerulus ereinek a megbetegedése. A nagy erek kialakuló atherosclerosis semmiben nem különbözik a diabeteses és nem diabeteses egyénekben, de a diabetesben az atherosclerosis lényegesen gyakrabban fordul elő. A cardiovascularis okokból bekövetkezett mortalitás háromszor nagyobb a diabetesesek között, mint a kontroll csoportban. A diabetes súlyossága, ill. fennállásának ideje és

a cardiovascularis megbetegedés összefüggése nem teljesen egyértelmű, úgy tűnik, hogy nincs szoros összefüggés, és nincs kapcsolatban az alkalmazott terápiával és a hyperglycaemiával. Érzékeny radioimmunoassay vizsgálatok kimutatták az insulin secretio kóros állapotát diabetesben.

Normális körülmények között az insulin secretio kétféle formában jelentkezik.

Az egyik a synthesis mértékétől függő lassan felszabaduló insulin, mely a basalis secretiót jelenti, a másik pedig a glucose stimulációra felszabaduló raktározott insulin. Diabetesben a glucose bevitel hatására kevés insulin szabadul fel, annak ellenére, hogy a basalis secretio nem változik. Elhízott diabetesesekben a basalis secretio magasabb, mint normális súlyú nem diabeteses egyénekben. Insulinnal kezelt diabeteses betegekben az éhgyomri szabad inzulin-szint alacsony, és az insulin-secretio regulációja is káros. Az insulin a beadás helyéről felszívódva mindjárt a systemás keringésben keresztül fejt ki hatását. Fiziológias körülmények között a pancreasban termelt insulin először a májra hat, mely a secernált insulin felét kiszűri. Hypertriglyceridaemia a leggyakoribb lipidmetabolizmus-zavar diabetesben.

Kísérletes körülmények között az insulin fokozza a triglycerid synthesisist. Atherosclerosisos diabetesesekhez hasonlítva azt magasabbnak találták és magasabb insulin-választ kaptak orális glucose, ill. tolbutamid terhelésre is, jóllehet a különbség nem szignifikáns. Állatkísérletek azt mutatják, hogy az insulin szükséges az érbetegség kifejlődéséhez. Sejtfaiból származó simaizomsejtekből készített sejtkulturában direkt módon vizsgálták az insulin hatását. Kimutatták, hogy az insulin koncentráció fokozásával a sejtek proliferációja is fokozódott. Diabeteses egyénekből származó sejtek vizsgálata azt mutatta, hogy ezek különböző hatásoknak kitéve sérülékenyebbek, mint normális egyénekből származó sejtek. Más kísérletekben a vénában beadott insulin fokozta a cholesterol triglycerid és zsírsavszintézist a kísérleti állatok aortafalában. A kísérleti adatok és azok a klinikai megfigyelések, melyek azt mutatják, hogy az érkomplikációk nem függenek össze a diabetes fennállásának tartamával, súlyosságával, ill. az alkalmazott terápiával, felvetik, hogy nem a hyperglycaemia a fő ok az atherosclerosis kialakulásában, hanem valószínűleg sok tényező játszik szerepet.

Az insulin bevezetése óta a vascularis szövődmények száma megnőtt. Az atherosclerosis kialakulásának gyakorisága diabetesben tehát valószínűleg összefüggésben lehet magával az alkalmazott insulin kezeléssel, mivel az esetek zömében az insulin basalis secretiója egyébként

is magas, ill. a parenterálisan adott nagy mennyiségű insulin elsőnek a systemás keringésben fejt ki a hatását, eltérően a normális körülményektől, mikor az insulin először a májban jut keresztül.

Az atherosclerosis gyakorisága a diabetes szövődményeként az insulin bevezetése óta gyakoribbá vált és a jelen közleményben felsorakoztatott adatok arra utalnak, hogy magának az insulinnak fontos szerepe lehet az atherosclerosis kezelésében.

Ternák Gábor dr.

A súlyos diabeteses ketoacidosis kezelése. Lutterman, J. A., A. A. J. Adriaansen, A. van't Laar (Dept. Int. Med., St. Radboud Hospital, Univ. of Nijmegen, The Netherlands): *Diabetologia*, 1979, 17, 18.

A nijmegeni katolikus egyetem belklinikáján két egymást követő 2 éves periódusban 12—12 egyforma súlyosságú diabeteses ketoacidosisos betegen azt vizsgálták, hogy azonos terápiás feltételek mellett melyik kezelési mód eredményesebb a ketoacidosis kezelésében, a nagy adagú, részben intravénásan, részben intramuscularisan adott insulin vagy a cseppinfúzióban intravénásan óránként bejuttatott 8 E insulin. Mindkét séma szerint Actrapidot kaptak a betegek.

A nagy adagú insulin terápia során az első 6 órában 260 (+60 E) E insulinra volt szükség. Ebben a csoportban bicarbonátot is adtak, ebből 6 óra alatt 167 mmol-nyira volt szükség. Az isotonias sóoldatból mindkét csoportban 1000 ml-rel kezdték a feltöltést óránként, a negyedik órától összesen 2000 ml-t adtak 3 óra alatt. A káliumpótlás is azonos volt mindkét csoportban: amennyiben a kiindulási plasma kálium érték 5 mmol/l alá csökkent, minden 500 ml infúzióhoz 15 mmol kálium-kloridot adtak.

A plasma glucose koncentrációja mindkét csoportban azonos módon csökkent, az arteriális pH értéke egyformán emelkedett és a plasma 3-hydroxyvajsav-szintje hasonlóan csökkent. A pH 7.30-at a nagy adaggal kezelték között 6.8 óra alatt, a cseppinfúziós kis adagú insulinos csoportban 7.6 óra alatt érték el. A káliumpótlás sem különbözött a két csoportban a kezelés 12. órájában. A plasma insulin-szintjét csak a kis adagú insulinnal kezelték között tudták vizsgálni, ez 121±46 µU/ml értékeket ért el. A szerzők hivatkoznak mások adataira, melyek szerint 130 µU/ml feletti insulinszint nem hatásosabb a ketoacidosis kezelésében, mint az 50 µU/ml érték, nincs sok értelme tehát a nagy adagú insulinnal való kezelésnek. Ezt a holland szerzők is bizonyították, s azt is hozzátették, hogy első csoportjukban 4 betegen hypoglycaemia is kialakult, míg a kis adagú insulinnal kezelték között hypoglycaemia egyszer sem fordult elő és

bicarbonat-pótlás nélkül is éppen olyan gyorsan rendeződött ketoacidosisuk, mint a nagy adaggal és bicarbonattal kezelték között.

Iványi János dr.

Haematológia

Acut graft versus host reactio csontvelő transplantatio után identikus ikertől származó transplantum eredményeként. Rappeport, J. és mtsai (Dept. of Medicine, Pediatrics and Pathology, Harvard Medical School, Boston): *Lancet*, 1979, II, 717.

A histocompatibilis donortól származó allogén csontvelő transplantatio elfogadott eljárás az aplastikus anaemia, a súlyos kombinált immundeficiencia, a recidiváló akut leukaemia, a Wiskott-Aldrich-szindróma és egyéb hereditár csontvelőelégtelenség kezelésére. Az allogén transplantum reakciója-ként akut és chronikus graft versus host reactio fordulhat elő. Akut formában maculopapulosus erythema, a hepatocellularis enzimek vérszintjének emelkedése és thrombolytikus thrombopenia szokott jelentkezni a donor lymphocytáknak a recipiens elleni reakciója eredményeként. Identikus ikrek között végzett transplantatio alkalmával a graft versus host reactio a nem-HLA locusok által kódolt antigének ellen alakulhat csak ki. A szerzők három esetben végeztek identikus ikertől nyert csontvelővel transplantiót cytotatikus és irradiációs előkezelést követően. Mindhárom esetben cutan reactio lépett fel maculo-papulosus bőrjelenségek formájában az egyes betegeken a 7., 10., 17., ill. az 1., 2., 3., valamint az 5., 19. és 28. napokon. Mindhárom esetben megfeleltek a bőrelváltozások az acut graft versus host reactio alkalmával megszokott elváltozásoknak. Ezekkel egyidőben a thrombocyta-szám is hirtelen leesett és a perifériás vérben megathrombocyták megjelenését lehetett észlelni.

A bőrben perivascularis lymphocytás infiltrációt és az epidermis basalis sejtjeinek vacuolás degenerációját tudták megfigyelni. A thrombocytopenia is immunmechanizmussal volt magyarázható.

Feltételezik, hogy a transplantum alkalmával a recipiens autoreaktiv lymphocytákat is kapott, míg a suppressor lymphocyták ezek hatására cselekvőképessé válnak. Az előkészítés során alkalmazott teljes-test irradiatio alkalmával feltételezhetően alterálódnak a recipiens saját antigénjei, melyeket ilyen formán a donor lymphocyták idegennek ismernek fel. végső soron tehát az identitás ellenére mód van az autoimmun mechanizmusok kibontakozására.

Berkessy Sándor dr.

A co-trimoxazol immunológiai hatása thrombocytákra. Claas, F. H. J. és mtsai (Dept. Immunhaematol., Univ. Med. Ctr. Leiden, Netherlands): *Brit. Med. J.* 1979, 2, 898.

Leukémiákban általánosan használt antibakteriális gyógyszer a co-trimoxazol (trimethoprim-sulfamethoxazol), mely hatását a folsav-szintézis gátlásával fejt ki. Ismert mellékhatása a kezelés során gyakran kialakuló megaloblastos vérvérvétel.

A szerzők két leukémiás illetve egy bakteriális fertőzésben szenvedő betegükön felismert új mellékhatásról számolnak be. Ennek lényege a gyógyszer szedését követően észlelt súlyos thrombocytopenia illetve a transzfundált thrombocyták túlélésének káros csökkenése volt. A jelenség hátterében immunológiai reakciót tételeztek fel a saját, ill. a transzfundált thrombocytákkal szemben. Ennek igazolására direkt és indirekt immunofluorescens (IF) reakcióval (jelzett teszt-serum: anti-human-IgG) vizsgálták a betegek thrombocytáit blokkolt, ill. a serumban keringő feltételezett thrombocyta-ellenes antitesteket. A gyógyszer-szedés ideje alatt egy esetben észleltek pozitív direkt IF reakciót a beteg thrombocytáival szemben, míg mindhárom beteg serumában pozitív indirekt IF reakciót adott olyan teszt-thrombocytákkal szemben, melyeket előzőleg a gyógyszerrel vagy annak trimethoprim komponensével inkubáltak.

A fenti eredményekből arra következtetnek, hogy in vivo a gyógyszer trimethoprim komponense hapténként a thrombocytákhoz, mint hordozókhoz kötődik, ezáltal immunogénné válna, a szervezet számára idegen antigénként ellenanyag-termelést vált ki. Ez utóbbi pedig a thrombocyta-trimethoprim komplexhez kötődve azt károsítja. Röviddel a kezelés elhagyása után a gyógyszerrel fedett thrombocyták eltűntek a keringésből (negatív direkt IF reakció), a thrombocyta szám normalizálódott. A betegek savói azonban változatlanul pozitív IF reakciót adtak a teszt-thrombocytákkal szemben, jelölül annak, hogy az ellenanyag továbbra is megtalálható volt a keringésben, ezért a betegek — ismételt co-trimoxazol kezelés esetén — változatlanul veszélyeztetetteknek tekintendők a thrombocyta károsodás kialakulására.

Balogh Tibor dr.

Erythropoetin tulprodukciónal társuló primer erythrocytosis. Dai-niak, N. és mtsai (Section of Hematology, Dept. of Medicine, Yale University School of Medicine, New Haven): *Blood*, 1979, 53, 1076.

A polycythaemia rubra vera és a sekunder polyglobuliák egyaránt a vvt-massza abszolút megnövekedésével járnak. A sekunder polyglo-

buliákat az erythropoetin tulproductio jellemzi, általában ennek következményei. Polycythaemia verában az erythropoetin-szint nem nagyobb, csak akkor emelkedik, ha a vvt-tömeget vérelbocsátásokkal csökkentjük. Egyes malignus tumorkok járnak még erythropoetin tulprodukciónal és sekunder polyglobuliával. Észleltek azonban olyan familiáris erythrocytosis, amely erythropoetin túltermeléssel járt, s amely független volt a reguláló mechanizmusoktól. A szerzők egy 28 éves beteg esetét ismertetik, akinek 14 éve van polyglobuliája, általában 20 g% feletti Hgb-értéke. A csontvelői kép normális, nincs csontvelői fibrosis és a cytogenetikai vizsgálatok is negatív eredménnyel jártak. Hgb-ja A-typusú, GAPA scoreja 63, a vvt-ek O₂ kötő kapacitása kissé emelkedett, serum erythropoetin szintje igen magas, agaron tenyésztett csontvelői kolóniái erythropoetin hozzáadása nélkül is intenzíven fejlődnek, ami un. „endogén erythropoetin” hatására lehetséges. A kórképet egyébként az erythropoetin produkció defektív önregulációjának tulajdonítják.

Berkessy Sándor dr.

Thrombotikus, thrombocytopeniás purpura thrombocytáellenes gyógyszerekkel végzett kezelése. H. Birgens és mtsai (Division of Haematology, the Departments of Medicine and Clinical Chemistry, Hvidovre Hospital, University of Copenhagen): *Acta Med. Scand* 1979, 205, 437.

A thrombotikus, thrombocytopeniás purpurát (TTP) elsőnek Moschowitz írta le 1925-ben. Azóta kb. 300 esetet közöltek az irodalomban. Jellemzője az intravasculáris haemolysis, thrombocytopenia és neurológiai manifesztáció. A szövettani vizsgálat ilyenkor disseminált thrombusokat mutat az arteriolákban és a capillariskokban. A megbetegedés kóroktana még nem ismeretes. Gyógykezelésében sokféle eljárást, gyógyszert kipróbáltak már több-kevesebb sikerrel. Mostanában egyre több figyelmet fordítanak a thrombocyta működést gátló gyógyszerek alkalmazására (dipyridomol és Aspirin). A szerzők egy 47 éves beteg esetét ismertetik, akinek a diagnosztizált TTP szindrómáját kizárólag thrombocyta ellenes gyógyszerekkel kezelték. A beteg felvételekor 1 hete tartó lázról, éjszakai izzadásról, hasi fájdalomról panaszkodott. Fizikális vizsgálatnál a számtalan purpurán kívül egyéb kórosat nem találtak. Haematológiai vizsgálatnál feltűnt a jelentős thrombocytopenia és anisopoikilocytosis. Felvétele után 5 nappal neurológiai tünetek léptek fel, a beteg lethargiás és zavart lett, hemiparesis fejlődött ki. A klinikai kép és laboratóriumi eredmények alapján TTP-t állapítottak meg. Napi 80 mg prednisolon kezelést

alkalmazták, melyet 7 nap után, mivel semmilyen effektus nem mutatkozott, abbahagytak. Napi 2 alkalommal 800 ml dextrant adtak, majd később 72 óránként 500 mg Aspirint és 6 óránként 100 mg dipyridamolt. A kezelés hatására klinikai és laboratóriumi remissiót figyeltek meg 72 óra múlva. 4 nap után a dextrant abbahagyták, de mivel a thrombocytaszám csökkenését észlelték, a 3 gyógyszert ismét együtt alkalmazták még 12 napig. Ekkor a dextrant ismét elhagyták, az Aspirint és dipyridamolt még 39 napig folytatták. 1 évvel a gyógyszerek megvonását követően a beteg panasz- és tünetmentes.

Immunofluoreszcens és elektronmikroszkópos vizsgálatok arra utalnak, hogy a patológiai folyamat kiváltja a thrombocyták aggregációját. Általában nem alakul ki DIC. Esetükben a 3 gyógyszer különböző módon hat a thrombocytákra. A dipyridamol emeli a cyclikus AMP intracelluláris szintjét a phosphodiesterase gátlása révén. Az Aspirin gátolja a cyclooxygenase működését, így gátolja a prostaglandin endoperoxidok és a thromboxan synthesisét, melyek direkt módon szerepet játszanak a thrombocyták aggregációjában. A dextran effektusa kevésbé ismeretes, talán a thrombocytamembránon fejt ki hatását. A szerzők megállapítják, hogy hasonló módon kezelt TTP gyógyult esete még nem ismeretes az irodalomban.

Ternák Gábor dr.

síttették pozitívnak, ha 4 mg/ml töménységen alul hörgőszűkület jelentkezett. A virágzás idején kívül a vitálkapacitás és a Tiffeneau-próba mindhárom csoportban normális volt. Virágzaskor viszont az 1. csoportban a vitálkapacitás 40%-kal csökkent, a Tiffeneau-próba értéke változatlan maradt. A 2. csoportban a spirometriás értékek nem változtak. A 3. csoportban azonban mindkét paraméter jelentősen csökkent. A virágzási időn kívül a histamin a histamin ingerküszöb pozitív volt az 1. csoportban 9 beteg közül 5-ben, a 2. és a 3. csoportban pedig valamennyi betegben. A virágzás idején csökkent a hörgő ingerküszöb 5 beteg közül 4 betegben, a 2. csoportban pedig 8 beteg közül 7 betegben. A 3. csoportban az asztma miatt histaminingerlést nem végeztek.

Véleménye szerint a pollinosisos betegek 2 populációból tevődnek össze: az egyik csoportban a betegeknek a hörgő ingerküszöbe normális és az is marad életük végéig, ők sohasem lesznek asztmások. Bennük a pollinosisos tüneteket azok a mediátor anyagok okozzák, amelyek az orrüregben a virágporból felszabadulnak. Histamin-érzékenységük a normális ingerküszöböt túlhaladja. A második csoportban a betegeknek részleges béta-blokádjuk van. Fokozottan histamin-érzékenyek és a hörgő ingerküszöb érzékenységének a fokozódása a pollinosisos panaszokon kívül típusos asztmát okoz.

Pongor Ferenc dr.

már 20 év óta náthás, nehézlégzéssel volt. A panaszmentes időben gabonaporról végzett inhalációs provokációra súlyos nehézlégzéssel reagált. 5 szakácson és 2 gyógyszer-tári laboránsan kimutatták állati szőrrel végzett inhalációs provokációs próbával a foglalkozási ártalmat. Egy vegyigyárban dolgozó 3 munkás a perszulfát készítésében vett részt. A perszulfát-por belégzése mind a három munkásban olyan súlyos nehézlégzést okozott, hogy munkahelyet kellett változtatniuk. Egy 33 éves maros vasmunkája közben olyan hűtőfolyadékkal dolgozott, ami nátriumnitrát és alkanolaminsót tartalmazott. Ennek az oldatnak a belégzése a munkában köhögést és nehézlégzést okozott, amit inhalációs próbával is megerősítettek. A hűtőfolyadék kicserélése után a beteg panaszai megszűntek. Hasonló volt a helyzet egy 47 éves vegyigyári munkásnál is, aki formalinra lett allergiás. A formalin átmenetet képez az izgatós-toxikus és az antigén jellegű anyag között. Becslések szerint az asztmabetegek 20%-a munkahelyi ártalom következtében keletkezik.

Pongor Ferenc dr.

Evans-kék által okozott bőrgyulladás. Guill, M. A., Odom, R. B. (Dept. of Med., Letterman Army Med. Center, San Francisco): Arch. Derm. (Chic.) 1979, 115, 1071.

Az Evans-kéket, ami azo-típusú festék, lymphangiographia előtt használják kontrasztanyag beadásának helye kirajzolására. A szerzők 75 lymphangiographia során a lábujjközbe intracutan beadott festéktől 5 betegben észlelték bőrgyuladást. A beadás helyén maculopapulósus és hólyagcsás jelenségek léptek fel, majd vonal alakú erythema jelentkezett a lábfejen. Az allergiás kivizsgálás során az Evans-késsel végzett rátevés negatív volt, míg az intracutan próba reprodukálta a folyamatot (izomorf reakció). Hasonló discrepantia előfordul nikkel, neomycin és methylprednisolon acetat allergének esetében. Ezt eltérő allergén mennyiségre, penetrációs viszonyokra és különböző komplett antigénre vezetik vissza. A bőrgyulladás kezelésében, mivel az anyag hosszú ideig (esetleg 30 nap) marad helyben, belsőleg adott kortikoszteroidra is szükség lehet.

Korossy Sándor dr.

Allergológia

Pollinosisos és pollen asztmás betegek hörgőérzékenységi küszöbe. Reinert, M. (Saarbrücken): Praxis und Klinik der Pneumologie, 1979, 33, 731.

Virágzás idején a pollinosisos és a pollen asztmás betegek ugyanazon allergéneket ugyanabban a mennyiségben lélegzik be. Mégis a pollinosisos betegeknek csak egy kis része lesz pollen asztmás. Ennek nyilván a különböző ingerküszöb a magyarázata. A szerző ezt a jelenséget tanulmányozta 16 férfi és 15 nő betegben, akiket 3 csoportba sorolt. Az 1. csoportban 10 olyan pollinosisos beteg volt, akiknek csupán köthártya és orr tünetük volt. A 2. csoportban 13 beteg a virágzás idején köhögött és mellkasszorulással panaszkodott. Sipoló légzésük nem volt. A 3. csoportban 8 pollinosisos és pollen asztmás beteg volt. A virágzás idején kívül és virágzás közben mind a 3 csoportbeli betegek megmérték a vitálkapacitás és a Tiffeneau-értéket, továbbá különböző töménységű histamin oldattal inhalációt végeztek. Pozitívnak akkor vették a Tiffeneau-próbát, ha annak az értéke a histamin inhalációra legalább 10%-kal csökkent. A histamin próbát pedig akkor minő-

Allergiás és izgatószeres eredetű foglalkozási hörgőasztma. Baur, X. és mtsa (Pulmonologische Abteilung der Medizinischen Klinik I, Klinikum Grosshadern; Institut und Poliklinik für Arbeitsmedizin der Universität München): Praxis und Klinik der Pneumologie, 1979, 33, 317.

Az NSZK-ban a foglalkozási ártalmak között különbséget tesznek aszerint, hogy az obstruktív légúti betegséget „allergizáló” vagy „kémiailag izgatós vagy toxikus” anyag okozza-e. Az előbbieket alapjául IgE típusú specifikus antitestek szolgálnak, az utóbbiakban az izgatós anyag a hörgőfa nyálkahártyáján többé-kevésbé nem specifikus károsodást hoz létre, ami reflex-szűkületet vált ki. Allergiás asztmát okozhat a penicillin, a gabonapor és egyéb anyag. Erre példát is hoznak fel. Egy 57 éves penicillin-gyári munkásnál már 3 éve észrevette, hogy penicillin-por belégzése köhögött, náthás, légszomjas lett, egy alkalommal pedig keringési kollapszusba került. Penicillin-porral inhalációs provokációs próbát végeztek, amire olyan súlyos légúti-szűkület keletkezett, hogy hörgőgörcs módszert kellett alkalmazni. Munkahely változtatás után a beteg panaszai megszűntek. Egy 53 éves mezőgazdasági intéző csépléskor

Staphylococcus antigénekkal szembeni késői típusú túlérzékenység tengerimalacban. Meyer, J. C. és mtsai (Univ.-Hautklinik, Zürich): Dermatologica 1979, 159, 383.

A szerzőknek sikerült késői típusú túlérzékenységet létrehozni tengerimalacokban staphylococcus homogenizátum és Freund adjuvánssal, a 4 talppárnába és a tarkó bőrébe történt oltással. Intrakután

oltással kimutatott maximális bőrreaktivitás a szenzibilizáció után 21 nappal jelentkezett. A nyirokcsomó sejtek és perifériás vér lymphocytái ugyanabban az időben mutatták a legnagyobb stimulálhatóságot. Összehasonlítva a bőrreakció erősségét különböző antigénekkel (sejtfal, sejtanyag oldódó és nem oldódó frakciói) a legerősebb választ a sejtfal frakcióval kapták.

Korossy Sándor dr.

Összehasonlító vizsgálatok a fenoterol, az ipratropiumbromid, a theophyllin ethyléndiamid és a dinátrium cromoglicicum hörgőgörcs oldó és védő hatásáról inhalációs antigén provokációs próbával. Schultze-Verninghaus, G. és mtsai (Klinikum der Johann Wolfgang-Goethe Universität Frankfurt/M., Zentrum der Inneren Medizin, Abteilung für Pneumologie): Praxis und Klinik der Pneumologie, 1979, 33, 312.

Exogén allergiás betegeken két kísérletsorozatot végeztek. Az egyikben az antigén-inhaláció előtt, a másikban az antigén-inhaláció után 0,5 mg fenoterol, vagy 0,25 mg ipratropiumbromidot inhaláltattak a betegekkel, ill. 240 mg theophyllint adtak intravenásan. A második csoportban a betegek még 20 mg dinátrium cromoglicicumot is inhaláltak. A légútszűkület változását a specifikus légúttellenállás, SR meghatározásával plethysmograph készülékkel határozták meg. Kontrollként nem kezelt asztmás betegek szolgáltak. Megállapították, hogy az első csoportban az antigén által provokált légútszűkületet egyedül a fenoterol szüntette meg azonnal. A másik két gyógyszer hatástalan volt. A második csoportban viszont mind a 4 gyógyszer egyenlő mértékben védő hatású volt. Az allergiás asztmát tehát bármelyik gyógyszerrel eredményesen lehet kezelni, heveny légszomj esetén azonban béta-sympathicomimetikumot kell adni.

Pongor Ferenc dr.

Keresztallergia a neomycin-csoportba tartozó antibiotikumok között. Förström, L., Pirilä, V., Pirilä, L. (Dept. of Dermat., Univ. Cent-

ral Hosp., Helsinki): Acta dermat. venereol. 1979, 59, Suppl. 85, 67.

Mivel a neomycin-allergia Finnországban igen gyakori, alkalmas a lakosság az aminoglycosid-csoportba tartozó antibiotikumokkal szembeni keresztallergia vizsgálata. A szerzők vizsgálata szerint a neomycin-allergiás betegek 49%-a kanamycinrel, 42%-a tobramycinrel, 34%-a gentamicinnel, 21%-a sisomycinrel, 6%-a netilmicinnel és 1%-a spectinomycinrel is pozitív reakciót adott. Régen ismert a neomycin, bacitracin és streptomycin közti keresztallergia. A neomycin, framycetin és paromomycin között a kereszt-szenzibilizáció szabályszerű, mert neosamin-csoportot tartalmaznak. A kanamycinrel és gentamicinnel, melyek desoxystreptamint tartalmaznak, a keresztallergia nem szabályszerű. A tobramycin és sisomycin szintén desoxystreptamin tartaműak, így figyelemre méltó százalékban adnak pozitív reakciót. A netilmicin a desoxystreptaminon egy etil-csoportot tartalmaz, ezért ritkább a szenzibilizáció. A spectinomycin mivel szerkezetileg alapvetően különbözik a többitől, nem is ad gyakorlatilag keresztreakciót. Lehetséges, hogy egy új antibiotikum a forgalomba hozatala előtti vizsgálata során alacsony szenzibilizációs potenciállal rendelkezőnek mutatkozik, mégis a széles felhasználása során gyakran okozhat allergiás tüneteket, ha egy régebbi, gyakran allergizáló gyógyszerrel azonos vegyi csoportot tartalmaz.

Korossy Sándor dr.

A provokációs próba klinikai jelentősége. Reinert, M. (Saarbrücken): Praxis und Klinik der Pneumologie, 1979, 33, 305.

108 pollinosisos betegen, akiknek pollen-porra mind a bőrpróbájuk, mind a kórelőzményük pozitív volt, továbbá 40 latens pollinosisos egyénen, akiknek a bőrpróbájuk pozitív volt ugyan, de a virágzás időpontjában szem- és orrtüneteik nem voltak, egyre fokozódó töménységű pollen-oldattal orrcsepp próbát végeztek mindaddig, amíg bőrviszketés, tüsszentés, orrfolyás vagy orreldugulás nem jelentkezett. Pozitív volt a próba a pollinosisos betegeken 0,001 adagra 7,4%-ban, 0,01 adagra 66,5%-ban, 0,1 adagra

36%-ban. A latens pollinosisos egyéneken ezek a számok 0,7, 5, és 62,5% voltak. Azok, akik csak 1%-os oldatra reagáltak, latens allergiások voltak. 35 olyan egyént, akiknek a bőrpróbájuk atkaporra pozitív volt, 3 csoportba soroltak. Az első csoportban azok voltak, akiknek a kórelőzményük pozitív, a másodikban a kórelőzmény negatív volt, a harmadik csoportba pedig a latens allergiások kerültek. Ennek a 35 egyénnek az orrába 0,012, 0,12, ill. 1,2% töménységű atkapor oldatot cseppentettek. A latens allergiás egyének az 1,2%-os oldatra ugyan valamivel nagyobb számban reagáltak, egyébként az orrcsepp próba mind a három csoportban közel azonos arányban volt pozitív. A pollen orrcsepp próbával szemben tehát az atka orrcsepp próba nem volt körjelző.

Pongor Ferenc dr.

Kísérleti és klinikai tapasztalatok az exogén allergiás hörgőasztma kezelésében ketotifennel (Zaditen). Hartmann, V. és mtsai (Medizinische Universitäts-Poliklinik Bonn): Praxis und Klinik und Pneumologie, 1979, 33, 309.

A ketotifen egy új antihistaminikum, kémiai szerkezete szerint a benzocycloheptathiophenekhez tartozik. Gyógyterapeutikai vizsgálatok szerint histamin antagonist és anafilaxia ellenes hatású szer. A szerzők e gyógyszerrel két kísérletet végeztek. Az első kísérletben a ketotifennel és a cromoglycatnak az inhalációs allergén provokációra való hatását vizsgálták. 8 exogén allergiás asztmás beteg 2×1 mg ketotifent, ill. 4×20 mg cromoglycatot szedett 3, ill. 14 napig, majd inhalációs allergént alkalmaztak Chai és mtsai módszerével. Mindkét gyógyszer védő hatása egyenlő volt: a Tiffeneau-próba értéke 20%-kal csökkent, a belégzett allergén mennyisége 9–12-szeresére emelkedett. 6 hónapig 5 exogén allergiás asztmás beteg 2×1 mg clemastinnal, 7 beteget naponta 2×1 mg, 7 beteget pedig 2×2 mg ketotifennel kezeltek. A ketotifen az adag nagyságától függetlenül határozottan jobban csökkentette az asztma tüneteit. Mellékhatása is kevesebb volt, mint a clemastinnak. Előnye még a ketotifennek, hogy szájon át is adagolható.

Pongor Ferenc dr.



A LeVeen-shunt szövődményeiről az újabb irodalmi adatok tükrében.

T. Szerkesztőség! Érdeklődéssel olvastam Vincze Károly dr. és mtsai dolgozatát a Hetilap 1980. 42. számában az ascites LeVeen-féle peritoneojugularis shunttel való kezeléséről. A szerzők egy betegük kórtörténetének ismertetése kapcsán részletesen leírják a műtét eljárást és annak eredményességét. Gratulálok a LeVeen billentyű sikeres alkalmazásához, és örülök, hogy az eset közlésével a Hetilap széles olvasótáborának lehetősége nyílt megismerni ezt a szellemes műtét beavatkozást, amely a belgyógyászati kezeléssel befolyásolhatatlan („refrakter”) ascites terápiájában fordulópontnak ígérkezik.

A szerzőkkel együtt magam is csak sajnálni tudom, hogy a Le Veen shunt-tel kapcsolatos hazai lehetőségek mind ez ideig csupán erre az egyetlen esetre korlátozódhattak, és a billentyű beszerzési nehézségei még abban a néhány esetben is problémát jelenthetnek, amikor — mintegy végső megoldásként — valóban szükség lenne alkalmazására. Ugyanakkor, az újabb irodalmi adatok ismeretében arra szeretnék rámutatni, hogy a dolgozatban túl leegyszerűsítve látom a „risk-benefit” két oldalát: az olvasó leginkább csak az előny hangsúlyozásával találkozhat. Pedig épp abból kifolyólag, hogy nyugaton (elsősorban az USA-ban) egyre korlátlanabban — azt is mondhatni: kritikátlanul — indokolatlan nagy számban, (Epstein szerint több mint 5000 esetben) ültettek be LeVeen billentyűt, nyilvánvalóvá váltak az eljárás olyan szövődményei is, amelyek alapján csak komoly megfontolás után lenne javasolható alkalmazása (1).

A szerzők egyetlen esete és az általuk hivatkozott irodalmi adatok alapján is jogos lehet az optimizmusunk. Az újabb közlések, s az említett több ezer shunt-műtött beteg sorsának kritikus elemzése azonban ugyancsak figyelmet érdemel. Ez az, ami hozzászólásra késztetett.

A shunt-műtét szövődményeit nem lehet annyival elintézni, mint azt a cikkben olvashatjuk: „...a rendszer elzáródása (5–9%-ban), sebfertőzés, utóvérzés a műtét sebekből, ascitescsorgás”.

A szerzők nem említik a legnagyobb veszélyű és potenciálisan akár életet is fenyegető komplikációt: a disseminált intravasculáris coagulopathiát (DIC), amire egyébként maga LeVeen is utalt (2) mint olyan szövődményre, ami rendszerint enyhe, de nem ritkán olyan súlyos, hogy kezelést igényel. (A shunt-műtét utáni DIC

pathofiziológiai háttere nem tisztázott, valószínű azonban, hogy aktivált szöveti thromboplastin, illetve az ascites-szel a systemás keringésbe jutó bakteriális endotoxin lehet a kiváltó mechanizmus). Ha súlyos DIC-tünetek alakulnak ki, a shunt megszüntetése kötelező (1).

A billentyű beültetése után fokozott vérékenységesség Stanley (3) szerint ún. „pseudo-DIC” következtében is felléphet: ha a keringésbe jutó ascites hirtelen jelentős mértékben felhígítja a vért, az esetleg egyébként is alacsony plazma-koncentrációjú coagulációs proteinek, ill. a fibrinogen koncentrációja tovább csökken, átmenetileg még súlyosbodhat a májbetegségből származó praeeoperatív coagulopathia.

(Mindezek hangsúlyozzák a shunt-műtét előtti részletes vérértékelési vizsgálatok, valamint a műtét utáni ilyen irányú monitorozás fontosságát!)

A billentyű beültetést a keringő vér volumen jelentős megnövekedése és komplex haemodinamikai változások sorozata követi. Ez egyrészt előnyös, mert növekedik a szív verőterfoga, javul a veseáramlás. Másrészt azonban a plasmaterogat nagyfokú megnövekedése Stanley szerint (3) tüdőoedemához is vezethet, továbbá a portalis hipertensió fokozódását eredményezheti, ami pedig a gastrointestinalis varix-vérzés veszélyének megnövekedését vonhatja maga után. Érdekes az a megfigyelés is, hogy a shunt-műtétet nem mindig követi a vizeletkiválasztás azonnali „spon-tán” fokozódása — sokszor először csak mérsékelt a diuresis — viszont az ilyen betegek jól reagálnak a szokásos diuretikumokra pl. furosemidre. A billentyű beültetését tanácsos ezért kombinálni mind aldosteron-antagonista mind diuretikum adásával (3).

Chejfec és mtsai (4) LeVeen shunt-ös betegekben újabban visceralis intestinalis peritonealis fibrosis kialakulását észlelték, ami a bacterialis toxinok fokozott transperitonealis kiszivárgásának következménye lehet. (Ezzel szemben megfigyelték, hogy a cirrhotikus betegek krónikus „plastikus peritonitis” csaknem teljesen eltűnt a gyakorlatban, amióta egyre inkább kerülük az ascites rutinszerű kezelésére az ismételt hascsapolásokat!)

Blendis és mtsai szerint (5) a shunt-műtét műtét mortalitása 20% (!) és nem kívánt mellékhatások („morbid events”) több mint az esetek 2/3 részében fordulnak elő. Ez utóbbiak között az eddig említettek kivételével még a bélelzáródás, a légembolia, pneumothorax és hypokalaemia szerepelhet.

Ennyit a LeVeen shunt szövődményeiről — az „érem másik oldaláról”. Nyilvánvaló, hogy mindezeket figyelembe véve, valóban csak jól definiált indikációval kerülhet sor alkalmazására. Reinhardt és Stanley szerint csak a 6 héten át folytatott kórházi kezelésre nem javuló ascites tekinthető „intractabilis”-nak (6). De a billentyű beültetés indokolt akkor is, ha a cirrhosis vascularis decompensációjával kapcsolatos keringészavar következtében 40–50 ml/perc alá eszik a kreatinin-clearance és hepatorenalis syndroma alakul ki. Az ascites okozta nagy hasfali sérvek is támogatják a billentyű beültetés szükségességét. (Egyébként Stanley (3) anyagában az alkoholos cirrhotikus asciteses betegeknek kevesebb mint 5%-ában fordult elő „refrakter” ascites!)

Úgy látszik, a LeVeen shuntre is érvényes az a megállapítás, hogy a ma orvosa gyorsan képes kifejleszteni és alkalmazni újabb és újabb technikákat, de már sokkal kevésbé siet azokat szigorúan értékelni is (1). Az eddig beültetett több ezer shunt kétségtelenül sok esetben javított a belgyógyászati kezeléssel dacoló asciteses betegek sorsán — amint azt a hazai szerzők esete is illusztrálta. Arra a kérdésre azonban, hogy az eljárás végeredményben valóban megnöveli-e a cirrhotikus betegek túlélését, csak a kontroll csoportos, prospektív, randomizált klinikai vizsgálatok alapján lehet megnyugtató választ adni. Ehhez hazai viszonyaink között is szükség lenne megfelelő számú LeVeen billentyűvel ellátni mind azokat a gastroenterológiai centrumokat, amelyekben a sebész-belgyógyász team és a korszerű laboratóriumi háttér együttese biztosítékot nyújtana az eljárás hasznosítására, értékének megítélésére.

Pár Alajos dr.

IRODALOM: 1. Epstein, M.: New Engl. J. Med. 1980, 302, 628. — 2. LeVeen, H. H.: Practical Gastroenterology, 1978, 2, 53–62. — 3. Stanley, M. M.: Med. Clin. North. Am. 1979, 63, 523. — 4. Chejfec, C. és mtsai: Gastroenterology, 1979, 77, A7. — 5. Blendis, L. M. és mtsai: Gastroenterology, 1979, 77, 250. — 6. Reinhardt, G. F., Stanley, M. M.: Surg. Gynec. Obstet. 1977, 143, 419.

T. Szerkesztőség! Nagyon köszönjük Pár Alajos dr. igen tanulságos hozzászólását LeVeen módszerét ismertető, s egy sikeres esetünket bemutató közleményünkhöz. Elsősorban annak örülünk, hogy ezáltal ismételt alkalomunk nyílik a Hetilap hasábjain ismertetni LeVeen professzornak ezt az igen ötletes, és hasznos billentyű-szerkezetét, mintegy propagálni az eljárást, mely évek óta jól ismert és alkalmazott módszer refrakter asciteses betegek kezelésére, s az ilyen betegek zömében sokkal jobb eredménnyel alkalmazható, mint bár-

melyik eddig felhasznált konzervatív eljárás!

Amikor megköszönjük Pár dr. részletekben is elmélyedő hozzászólását, meg kívánjuk említeni azt a tényt, hogy közlésünket kazuistikának szántuk, s a célunk ezzel elsődlegesen a figyelem felkeltése volt, egy olyan műtéti megoldásra kívántuk orvosi közleményünket felhívni, mely külföldön ezres szériákban, túlzásoktól sem mentesen használt, itthon azonban erről beszámoló ismertetés még hiányzott. Mint az bármely orvosi lapnál — így a Hetilapnál is — alapkövetelmény, hogy a kazuisztika terjedelme szigorúan meghatározott, s elsősorban az eset ismertetése a cél, lehetőleg minél kevesebb irodalmi vonatkozással. Ezzel a megkötésből adódó szempontból próbáltuk a dolgozatot a lehető legrövidebbre fogni, s ezért hézagossá a szövödmény taglalása. A Pár dr. által citált, s általunk is ismert irodalmi vonatkozások így a képet teljesebbé, egyben realisabbá teszik.

Csak üdvözölni és helyeselni tudjuk Pár dr. hozzászólásának utolsó sorait — sürgősen biztosítani kéne hazánkban is a billentyű beszerzését, és azt gondosan mérlegelt indikáció alapján a rázorolóknak beültetni — ezután lehetne arról szó, ill. lenne feltétlenül szükség a kontroll csoportos, prospektív klinikai vizsgálatokra, melyek a beavatkozás valódi értékét lennének hivatottak tisztázni. (Annak a betegnek, aki ezáltal megszabadul az ismételt haspunctióktól, a krónikus plasztikus peritonitistól, s az ascites minden kellemetlenségétől, az átfogó vizsgálatok eredményétől függetlenül is minden bizonnyal igen kedvező véleménye lesz az eljárás értékéről és hasznosságáról.)

Nem akarunk sem Epstein-nel (1), sem az őt idéző Pár dr. azon véleményével vitatkozni, miszerint „... a LeVeenshuntre is érvényes az a megállapítás, hogy a ma orvosa gyorsan képes kifejleszteni és alkalmazni újabb és újabb technikákat, de már sokkal kevésbé siet azokat szigorúan értékelni is.” — ezt itt inkább fordítva érezzük; senki sem sietett — ebben az esetben — az új technika átvételére, kipróbálására — a kritikai elemzést viszont már egy eset ismertetése is igényli. Egyet sohasem szabad szem elől téveszteni: az újabb és újabb

technikák kifejlesztőit és alkalmazóit mindenkor nemes szándék — a továbblépés, a segítség szándéka vezette és vezeti. Az asciteses betegek kezelésében a legmodernebb belgyógyászati therápia teljesítő-képességének maximumával sem tudta az eredményeket tovább javítani, s ez az igény hozta felszínre (LeVeenshunt révén) az ascites elvezetésének ezt a módját, melylyel nekünk csak élni kell tudni (2). Ez pedig mindannyiunkon múlik, azokon, akiknek feladata egyfelől a helyes indikáció, a precíz beültetés, a gondos utánvizsgálások, másfelől az eszköz beszerzése.

Vincze Károly dr.
Sülle Csaba dr.
Csorba Lajos dr.
Szabados György dr.
Pécsi Lajos dr.

IRODALOM: 1. Epstein, M.: N. Engl. J. Med. 1980, 302, 628. — 2. LeVeens, H. H.: személyes (levélbeli) közlés, 1980.

A trachea-adenoma differenciál-diagnosztikai kérdéseiről.

T. Szerkesztőség! Nyiredy dr. és mtsaiak az Orvosi Hetilapban (1980, 121, 1523.) a trachea-adenomával kapcsolatos közleményére felfigyelve, szeretném a saját hasonló esetünk észlelésekor talált érdekességeket ismertetni. 34 éves nőbetegünket szintén éveken keresztül asthma bronchiale-val kezelték. Nagyfokú, egyre fokozódó fulladása miatt utalták hozzánk. A bronchosopia alkalmával a trachea alsó harmadában, a trachea j. lateralis falán, lóbabnyi, a lument csaknem teljesen elzáró, adenomának bizonyult képletet találtunk. A tumor szövettanilag carcinoid típusú volt, solid területekkel (Minik Károly dr.). A beteg a thoracotomiát nem vállalta, ezért az adenomát bronchosopos úton távolítottuk el. Ezután vált láthatóvá a br. intermedius nagyfokú szűkülete, majd bronchographia után a középső és alsó lebeny bronchiectasiája. A gyakori j. oldali bronchopneumoniák miatt mégis bilobectomiára került sor (DOTE II. Sebészeti Klinika). A beteg jelenleg is él. Időnként bronchitis panaszai vannak, de egyébként jól érzi ma-

gát. A betegünkkel kapcsolatos bizonyos megfigyeléseinket már közzétettük (Orv. Hetil. 1976, 117, 1632., Z. Erkrank. Atm. Org. 1977, 147, 89., Korányi F. Tbc és Tüdőgyógyász Társaság Bronchológiai Sectiójának Tudományos Ülése Pécs, 1979 szept.). Nem volt azonban módunk arról írni, hogy a bilobectomiával eltávolított anyagban Krasznai Géza dr. (akkori munkahely: DOTE Kórház Intézet) tumorlet-et talált. A tumorlet, kis tumor, leginkább műtéti vagy boncolási anyagban, véletlen leletként mutatkozik, általában dystrophiás tüdőállományban. Szövettanilag apró, hám eredetűnek látszó sejtekből áll, rendszerint csoportos, fészkes elrendeződésben. El kell különíteni a hörgők zab-szemsejt cc.-jától, mivel megjelenésében ahhoz hasonló képet mutat. Az esetek többségében jóindulatú. A szakirodalomban ismertetett esetek száma mintegy 200-ra tehető. Eredete nem tisztázott. Az elektromikroszkópos vizsgálatok egyre inkább azt látszanak bizonyítani, hogy kis kiterjedésű, carcinoid tumorokról van szó. Hazánkban Baló említi meg monographiájában a tumorlet-et, Szamaránszky Júlia dr. és mtsai pedig előadásukban 6 saját esetüket ismertették, köztük a szóban forgó beteget is. Kár, hogy ez az anyag közlésre még nem került.

Betegünknek az Orvosi Hetilapban való jelenlegi bemutatását a nagy trachea adenoma, annak recidiva nélküli bronchosopos eltávolítása, a br. intermedius szűkülete, a középső és alsó lebeny bronchiectasiája, a j. oldali bilobectomia valamint a műtéti anyagban talált tumorlet teszi érdekessé. A leírtak fejlődési anomalia fennállására utalhatnak. Ezen belül a carcinoid típusú adenomának a tumorlettel való együttes előfordulása miatt, a hasonlóan vélt szövettani szerkezet alapján, a közöttük levő összefüggés lehetőségére is gondolni lehet.

A Nyiredy dr. és mtsai valamint az általunk bemutatott példa az asthmás tünetek gyakori félreismerését, az esetenkénti operatív bronchosopos beavatkozások szükségességét húzzák alá a thoracotomiával járó műtétek előtt.

Barzó Pál dr.



KÖNYVISMERTETÉS

Hepatologie — (Tudományos alapok és epidemiológia, klinikum és terapia a gyakorlatban). Az NDK Orvostovábbképző Akadémiájának kiadványsorozata 53. sz. kötet. Szerkesztette: Keck, A., Redetzky, H., Thiele, H., Winter, K. VEB Verlag Volk und Gesundheit, Berlin, 1980, 360 oldal, 62 ábra, 83 táblázat. Ára: 51,70 M.

A könyv az NDK több elismert kutatócsoportjának vizsgálati eredményeit, valamint koncepcióit és ajánlásait tartalmazza, bemutatva a májbetegségek diagnosztikájában, terápiájában, profilaxisában elért haladást. A kötet lényegében már interdiszciplináris spektrumot ölel fel: belgyógyászati, gyermekgyógyászati, sebészeti, morfológiai, immunológiai és biokémiai ismereteket közöl. A klinikai gyakorlat vonatkozásai azonban külön hangsúlyt kapnak. Bár a különböző munkacsoportok saját eredményeiket és elképzeléseiket írják le, ezeket úgy interpretálják, hogy azok vitára és további kutatásokra ösztönözzenek. A szerzői kollektíva célja az volt, hogy az egészségügyi ellátás különböző területein dolgozó orvosok szakmai fejlődését mozgósítsák elő, és ezáltal az egészségügyi ellátás színvonalának emeléséhez járuljanak hozzá.

A 26 önálló fejezetből álló könyv egyes részeit az NDK neves gastroenterológusai, belgyógyászok, gyermekgyógyászok, patológusok, sebészek, biokémikusok, immunológusok, ill. epidemiológusok írták.

Az első fejezetben a *májbetegségek osztályozását* Roschlau professzor, a Drezdai Akadémia Patológiai Intézetének tanára állította össze, nagy körültekintéssel: minden fontosabb máj- és epetetegség definíciója megtalálható e részben. Talán szokatlannak tűnik, hogy ezután az akut és krónikus májbetegségek *prognózisáról* szóló fejezet következik. Itt a magyar olvasó örömmel fedezheti fel, hogy alkoholos zsírmájra vonatkozó adatok között a szerző Poegel hivatkozik Hérics és munkatársainak az Orvosi Hetilapban 1975-ben megjelent dolgozatára.

A májbetegségek racionális diagnosztikája című részben a fontosabb laboratóriumi próbákat ismerteti Schentke és Jaross. Érdekes, hogy a korszerű vizsgálatok mellett még szerepeltetik az egyre inkább idejétmúltnak számító próbákat is, mint a BSP, zinkszulfát vagy thy-mol-turbiditás... A *morfológiai diagnosztikával* foglalkozó rész (Wohlgemuth) továbbképző, ismeretterjesztő jellegét mutatja, hogy a karyometria, morphometria,

rasterelektronmikroszkópia, histo-chromatographia és cytofotometria módszereiről tájékoztat részletesen. Az e fejezetben írtak közül még inkább gyakorlati jelentőségű lenne — ha alkalmaznák — a *Gudat*, *Bianchi* és mtsai által kidolgozott immunhistokémiai technikát a HB-vírus okozta hepatitiszek osztályozására. A mindennapok gyakorlatához visszatér azonban a következő fejezet, amelyben *Petzold* a *májbiopsia* indikációit, ellenjavallatait és kivitelezési módját írja le.

A *virushepatitis*ek kutatásának újabb eredményeit több fejezet is tárgyalja. Részletesen ismertetik a HB-vírusra vonatkozó irodalmi és saját adatokat, a Hepatitis A-vírus-sal kapcsolatos megfigyelések szerényebb eredményeit, és említik a Non-A, non-B hepatitis kérdését is.

Értekes az *alkohol és máj* című rész is (*Jaross és Schentke*), a szerzők modern szemléletet tükrözi, hogy az alkoholos cirrhosis pathogenesisében a genetikai tényezők mellett szerepeltetik az autoimmun folyamatok esetleges jelentőségét is.

A *bilirubin* háztartásról szóló fejezetet az *epekö*-betegség konzervatív kezelése kérdéseinek tárgyalása követi.

A *májtumorokkal* kapcsolatos rész a primer hepatocellularis carcinomával összefüggésben említi a HB-vírus oncogen szerepének lehetőségét.

A krónikus hepatitiszek *kezeléséről*, *Schimmelpfennig* igen jó összefoglalást írt; az irodalmi és az NDK-beli tapasztalatok alapján részletesen foglalkozik a corticosteroid terapia problémáival. Nem említi azonban a HB-vírus okozta májbetegségekben újabban alkalmazásra kerülő antivirális és immunmoduláns kezelést. Túlméretezettnek tűnik a *májtranszplantációról* írt fejezet (*Wolff és Otto*), akárcsak az NDK-ban előforduló májbetegségek *epidemiológiáját* ismertető rész (*Jorke, Reinhardt, Mannstadt*).

Az utolsó fejezet azok számára értékes, akik a *biokémiai májpróbák* statisztikai elemzésével foglalkoznak; e részben a különböző *mutatók* diszkrimináló hatásfokának több szempontú variancia analíziséből van szó (*Nilus és mtsai*).

Az orvostovábbképzést szolgáló könyv értékes információkkal, jó összefoglalásokkal és bőséges irodalmi hivatkozással valóban segítséget nyújt mindazoknak, akik bármilyen vonatkozásban érdeklődnek a hepatológia elméleti és gyakorlati kérdései iránt.

Pár Alajos dr.

Herz-Kreislauf-Funktionen. A. Keck, H. Redetzky, H. Thiele, K. Winter (kiadó: Prof. Norbert Tiedt, Erfurt) VEB Verlag Volk und Gesundheit Berlin, 1979. 123 ábra és 23 táblázat. Ára: 40,70 M.

A Német Demokratikus Köztársaság Orvostovábbképző Akadémiájának ez az 54. kötete. A továbbképző igénnyel megírt könyv 364 oldalra terjed (kisbetű szedéssel) és alapja az előző 2 évben elhangzott orvostovábbképző előadások. E jellegből adódik, hogy a könyv team munka, a szerzők jegyzékében 15 nevet olvashatunk. A kiadó N. Tiedt vállalta a munka túlnyomó többségét, a társszerzők kisebb, de nem kevésbé igényes részfeldolgozással vették ki részüket. A szív és a keringés physiologiája, pathophysiologiája és funkciós diagnosztikája képezi a könyv tartalmát 5 nagy fejezetre (több alfejezet) osztva. A 6. fejezet az SI egységen kívül az 53 oldalra terjedő irodalomjegyzékét tartalmazza. Az irigylésre méltó gyors „átfutást” jelzi, hogy 1979-es munkákra is találunk utalást. A kiterjedt irodalomjegyzék a témában elmerülőknél nagy segítséget nyújthat.

Mint említettem a könyv klinikai vonatkozásokkal nem foglalkozik, kivéve a funkciós diagnosztikai eljárásokat. Ez utóbbi és a nagyon részletes élettani, kórélettani leírás meghatározza a továbbképző jellegű könyv olvasótáborát.

A négy első fejezetben a szív és vérkeringés élet- és kórtanát olvashatjuk úgy, hogy az első fejezetben a felosztást határozzák meg. E szerint van az arteriális rendszer 30 és 100 Hgmm középnyomással (high pressure system) valamint az alacsony középnyomású (max. 30 Hgmm) rendszer, amelybe a capillarisok, vénák, jobb szívfél, tüdő és részben a bal szívfél tartozik. A 2. és 3. és 4. fejezet a vénákkal kezdve a fentiek szerint részletezi az ismereteket. A klasszikus és legmodernebb szemlélet megtalálható bennük úgy, hogy tudományos munkához is kitűnő segítséget nyújthat. Az egyes szervek (bőr, vese, agy, szív, csont stb.) keringési viszonyainak tárgyalása már túlmutat a szorosan vett cardiologian, így a könyv multidiszciplináris érdeklődésre is számot tarthat. A csaknem 100 oldalra terjedő 5. fejezet a funkciós diagnosztika modern szemléletét nyújtja úgy, hogy a vizsgálatok kivitelezéséhez is hasznos útmutatást ad.

A funkciós diagnosztika csaknem minden formájáról olvashatunk kitűnő interpretálásban. Különösen értékes a különböző terhelési eljárásokról írt alfejezet, amelyet a klinikus és sportorvos egyaránt haszonnal forgathat. Természetesen nincs szó szívkatéter, radiológiai és echo-vizsgáló módszerekről. Mindezek már átvezetnének a klinikumba, de ezen túlmenően ebben a témában ma már egy monographia sem törekedhet teljességre.

Összefoglalva: a könyv hasznos olvasmánya lehet mindenkinek aki a szív-érkeringés élet- és kórtana után érdeklődik. Így a gyakorló orvos, a kutató, de még a medikus is bizonyára szívesen lapozgatja.

Széplaki Ferenc dr.

Cordes, J. C., Albrecht, U., Edel, H., Callies, R.: Spezielle Psychotherapie in der Kardiologie, Angiologie, Broncho-Pneumologie, Rheumatologie und Chirurgie — Traumatologie. VEB Verlag Volk und Gesundheit 1980. 158 old. Ára: 19,— M

A jól szerkesztett, áttekinthető kézikönyv a német nyelvet középszen ismerő szakember számára is vezérfonal lehet mind a fizioterápia egyes módszereinek, eljárásainak indikációjára és kontraindikációjára, mind az egyes megbetegedések, kóros elváltozások befolyásolásának fizioterápiás lehetőségei számára. — A 158 oldalas könyv bevezetésében a növekvő gyógyszerfogyasztás és annak mind több mellékhatása miatt szükségessé váló fizioterápiás eljárások számbavételének és alkalmazásának szükségességét hangsúlyozza. — Az általános részben a fizioterápiás eljárások karakterisztikájának, definíciójának, hasznának meghatározása után a felelősség kérdését tárgyalja a kezelés indikációjában. Foglalkozik a funkciózavarokkal, a fájdalommal, a tréninghiánnyal. Az egyes módszerek kombinációjának lehetőségeinek említése megelőzi maguknak a módszereknek taglalását. A használatos eljárások tömör tárgyalásakor kiemelt megjegyzésekkel figyelmeztet a kontraindikációkra és más különösebb figyelmet érdemlő körülményre. — Speciális részében a Magyarországon méltatlanul háttérben maradt belgyógyászati fizioterápiás fejezetek érdemének kiemelését; különösen az Edel által ismertetett pulmonológiai rész. Ezt jól hangolják össze a traumatológiai fejezetek thoraxműtétekre vonatkozó ismertetésével. A keringési, rheumatológiai sebészeti-traumatológiai fejezetek korrekt, rövid, lényegre törő áttekinthető ismertetések.

Lakatos Mária dr.

Császár Gyula dr.: Pszichoszomatikus orvoslás. Medicina Könyvkiadó Budapest, 1980. Ára: 92,— Ft.

A pszichoszomatikus orvoslásról szóló átfogó ismertetést és korszerű szemléletet nyújtó munka megjelentetésével a Medicina Kiadó ismét egy hiánypótló munkával gazdagította a magyar orvosi szakirodalmat.

Császár Gyula könyve minden orvos számára értékes, időnként érdekfeszítő, gondolatébresztő össz-

szefoglalást nyújt a témakörrel. A könyv kiemelkedő érdeme, hogy a pszichoszomatikus publikációk területén rendkívül szegényes magyar szakirodalomban, korszerű, integratív szemlélet alapján tárgyalja e szerteágazó, bonyolult kérdést.

A pszichoszomatikus orvoslás történetét ismertette kitér az ókortól kezdve napjainkig terjedő bonyolult fejlődési folyamatra, s részletesen ismerteti a század elején kibontakozó irányzatokat, melyek e szemléletet tulajdonképpen kialakították. Tárgyalja a mélylélektani irányzatoktól kezdve a pszichofiziológiai irányzatokig és az eddigieket összeegyeztető dinamikus psychopathológiai irányzatokig terjedően a kialakult elméletek széles skáláját.

A munka kifejti mindazokat a lényeges alapfogalmakat és szemléletmódokat e témával most megismerkedő olvasó számára, amelyek e bonyolult problémával kapcsolatosak. A biológiát, a lélektant, a társadalomtudományokat, sőt ideológiai kérdéseket is érintő problémák korszerű tisztázása a fogalmak egyértelmű, világos definiálása meggyőzően bizonyítja, hogy az úgynevezett pszichoszomatikus szemléletmód alapjai tulajdonképpen minden orvosnak a szemléletévé kell, hogy váljanak, amennyiben korszerű orvoslást kíván végezni a medicina bármelyik területén. Ma már anakronisztikus, egy szűk specialitás zárt keretei közé, metafizikusan elhatárolódni valamilyen szakág területén és nem venni figyelembe a szerveződés magasabb fokán álló pszichikus és szociális jelenségek jelentőségét az ember életében és pathológiás folyamatainak kialakulásában.

A szerző tárgyalja a szűkebb és tágabb értelemben vett pszichoszomatikus betegség kialakulásának problémáit is és ezzel kapcsolatosan ismerteti a történetileg kialakult főbb irányzatokat, a főbb teoretikus modelleket. Részletesen foglalkozik a mélylélektani irányzatokkal és kitér a konverziós modell, a szervneurózist, a funkcionális fejlődést, a libidoteoretikus modell, a de- és rezomatizálás elvének, az énsztrukturális sajátosságok kérdésének, a francia iskola megállapításainak, az alexitimitás jellegzetességek problémájának tárgyalására. A pszichoneurózis szomatizálódása témájának, a két fázisú elfojtás koncepciójának és a specifikus pszichodinamikus konfliktusok hatásának ismertetésekor kitér a multifaktorális betegségfejlődés elméletére, valamint az utóbbi években kialakult archaikus énbetegségek koncepciójára. A teóriák ismertetése mellett foglalkozik a bírálatokkal is, és összeveti a kísérleti lélektani megközelítésből származó eredményekkel. A különböző összeegyeztető nézetek bemutatása során részletesen kitér a stresszelméleti vizsgálatokra és koncepciókra.

Külön értékes része a munkának a szociálpszichológiai szemléletet gyakorlatban alkalmazó epidemiológiai vizsgálatok problémáinak: a hatás, az ökonómiai felmérés, a pszichoszociális körülmények vizsgálatát leíró munkák és koncepciók ismertetése.

Külön fejezetben foglalkozik a szomatopszichikus betegségstörténet kérdéseivel is, mely témával hazánkban igen kevés közlemény foglalkozott eddig. A terapia kérdésénél kiemeli az orvos—beteg kapcsolat jelentőségét. A pozitív terapiás hatásokon túl rámutat az ártalmas, iatrogén hatások lehetőségére és a megelőzés kérdésére is.

Mindezek után konkrét leírásokat kapunk a pszichoszomatikus gyógyítás gyakorlatától kezdve az első interjútól a diagnosztikus beszélgetésen át a terapiás beszélgetés, a pszichoterapiás lehetőségek irányába. A tulajdonképpeni pszichoterapiás kezelések kérdéseit a szerző a bemutatott szemléletnek megfelelően igazi pszichoszomatikus megközelítésben tárgyalja. Így foglalkozik a beteg kezelésének kontextusával, a kórházi környezet problémájával, s így kitér pl. a főorvosi vizit kérdéseire. Hangsúlyozza itt a betegközpontság biztosítást. Ismerteti itt a helyzeti kör modelljét, a szemközi helyzet modelljét, valamint ezeknek a használhatóságát a vizitek empirikus vizsgálatában. A hagyományos kezelési módokon túl a munka foglalkozik a nemrég óta alkalmazásra kerülő legmodernebb technikák kérdéseivel is: részlegesen ismerteti a biofeedback helyzetet, a biofeedback kutatások jelenlegi eredményeit és ennek használhatóságát a terapiában.

Összefoglalóan megállapítható, hogy a könyv nagy gyakorlati és elméleti jelentőségű az orvostársadalom, illetve a klinikai pszichológusok szempontjából. Szemléletében az az integratív törekvés jut érvényre, amelyben az egyes szakágak által túlzottan specifikussá váló, túlzottan beszűkülő és elhatárolódó áramlattal szemben a teljesebb megértést, a szintetikus nézőpont kialakulását segíti elő. Az analízis szemléletén túl az integratív törekvést korunkban egyre több elméleti és gyakorlati kérdés teszi szükségessé. Az eseteleírások, ismertetések jól illusztrálják a probléma egyes részleteit, bár a pszichoterapeuták szempontjából nem lett volna érdektelen egy-egy eset pszichoterápiás kezelésének részletesebb ismertetése, amelyben azt a sokszor nagyon bonyolult és hosszadalmas folyamatot is érzékeltetni lehetett volna, amit néhány ilyen beteg pszichoterápiás kezelése lényegében véve jelent. A könyv igen hasznos olvasmány minden orvos, minden klinikus pszichológus és a kérdés iránt érdeklődő más szakemberek számára is.

Süle Ferenc dr.



Vita

Vitavezető: prof. Juhász Pál.

A Magyar Pszichiátriai Társaság Pszichoterápiás Szekció Csoportpszichoterápiás Munkacsoportja 1981. február 6-án, 14 órakor, az Egységügyi Dolgozók Szakszervezete Székháza nagy klubtermében (V. Münnich F. u. 32.) tartja **alakuló ülését**.

Hidas György dr.: A csoportpszichoterápia helyzete.

Harmatta János dr.: A csoportpszichoterápia eredményességének kérdése.

Szónyi Gábor dr.: A csoportpszichoterápiás munkacsoport tevékenységi terve.

Megbeszélés. — Vita.

A munkacsoport szakmai fórumot és tevékenységi keretet kíván nyújtani mindazoknak, akik elméleti és/vagy gyakorlati munkájukban csoportpszichoterápiával foglalkoznak. Többek között rendszeresen összejövő technikai-elméleti vitafórumok, kutatási kérdésekkel foglalkozó vitaklubok, elméleti szeminárium szervezésére kerül sor.

Az érdeklődőknek, akik az alakuló ülésen nem tudnak részt venni, mindennemű felvilágosítást a munkacsoport vezetői adnak. **Cím: Szónyi Gábor dr. Bpest., József krt. 44., 1085, Tomcsányi Teodóra dr. Bpest., Bölöni Gy. u. 15/b, 1021.**

A Magyar Pszichiátriai Társaság Szociálpszichiátriai Szekciója és Szenvédelibetegségek Munkacsoportja 1981. február 6-án pénteken 14 órakor, a Semmelweis OTE Pszichiátriai Klinika tantermében (VIII., Balassa u. 6.) **tudományos ülést tart.**

Szirmai Gábor és mtsai (Budapest): Kreatív terápia pszichotikus és alkoholisták betegekkel.

Komlósi Piroksa, Polgár Tibor (Budapest): Zenefoglalkozás és zeneterápia integrálási kísérlete neuropszichiátriai osztályon.

Pataki Attila, Boros Ottília, Gerevich József (Budapest): Néhány biztató tendencia egy rádió adó-vevőrendszer működésében.

Kondász Sándorné, Andracsekne Paksy Ibolya (Szeged): Művészeti és játékos foglalkoztatás lehetőségei kevert beteganyagú gyermek-neuropszichiátriai osztályon.

Vita

Göncz Kinga, Benedek László (Újszász): Hány feketekávét lehet inni naponta pszichiátriai osztályon? (A házirend, mint a betegcsoport és személyzet megegyezése.)

Bálint Árpád (Doba): Az önképzőkör terápiás alkalmazása.

Bartos Éva (Budapest): Irodalmi mű elemzésének terápiás lehetőségei és problémái csoportfolyamatban.

A Fővárosi Heim Pál Gyermek-kórház-Rendelőintézet 1981. február 6-án, délután 14.00 órakor, a Kórház előadótermében (VIII., Delej u. 13—15., „H” ép.) **tudományos ülést tart.**

Láng Katalin dr.: Paraneoplasztikus tályog fiatal csecsemőkben.

Babosa Mária dr.: Adrenogenitális szindróma.

Gyarmathy Zsuzsa dr.: Újszülöttkori hyperviscositas szindrómák.

László Veronika dr.: Kútvíz methaemoglobinaemia eseteinek tanulmányai.

Radványi Noémi dr.: Légzőszervi betegségek — régen és ma.

Balogh László dr.: A vírus enteritisekről (referátum).

A Debreceni Orvostudományi Egyetem Női Klinika 1981. február 9-én, 14 órakor, a Klinika tantermében „Szülészet-nőgyógyászat és társadalom orvostudomány I.” címmel **tudományos ülést rendez.**

1. **Lampé László dr.:** Bevezetés.

2. **Tényi Jenő dr.:** A nők egészségvédelme társadalomunkban. Az alapellátás feladatai, perspektívái.

3. **Paksy András dr.:** Klinikai-epidemiológiai módszerek alkalmazása a szülészet-nőgyógyászatban.

4. **Batár István dr., Lampé László dr., Csécsi Károly dr., Szevényi Mihály dr.:** Tapasztalataink prospektív klinikai tanulmányokkal (méhen belüli és hormonális fogamzásgátlás, szülészeti adatgyűjtés és feldolgozás).

5. **Borsos Antal dr., Csoknyai Judit dr., Horváth Zsolt dr., Gödény Sándor dr., Lampé László dr.:** Serdülő lányok prospektív követéses vizsgálata.

6. **Hernádi Zoltán dr., Lampé László dr., Pohánka Ödön dr., Smid István dr.:** Terhességmegszakítások késői hatásai a reprodukcióra. Nemzetközi együttműködés a WHO irányításával.

7. **Vekerdi Zsuzsa dr., Princzel Erzsébet dr., Kazimir Ágnes, Kecskés József dr.:** Koraszülöttek folyamatos, prospektív követése.

A Magyar Kardiológusok Társasága Tudományos Szervező Bizottsága 1981. február 9-én (hétfőn) du. 18 órakor, az Orvostovábbképző Intézet Oktatási Épületében (XIII., Szabolcs u. 33—35.) **tudományos ülést tart.**

1. **Kecskeméti Valéria:** A calcium antagonisták mikroelektrofiziológiai vizsgálata.

2. **Solti Ferenc, Kecskeméti Valéria, Jellinek Harry, Rényi-Vámos Ferenc, Czákó Elemér, Szabó Zoltán:** Újabb adatok a szív-műtétet kísérő arhythmia pathomechanizmusáról.

3. **Fekete Farkas Pál, Várkonyi Péter, Lozsády Károly:** Postoperatív ritmuszavar csecsemőkben.

4. **Littmann László, Tenczer József, Fenyvesi Tamás, Robert H. Svenson:** Ingerületvezetési zavarok több szintű pitvar-kamrai blokkban.

5. **Tenczer József, Littmann László, Molnár Ferenc, Zámolyi Károly, Fenyvesi Tamás, Kékes Ede, Világi Gyula:** Intracardialis regisztrálási és stimulálási technikák szerepe supraventricularis tachycardiák vizsgálatában.

6. **Zámolyi Károly, Böhm Ádám, Molnár Ferenc, Világi Gyula, Kékes Ede:** Terhelés, Atropin és pitvari stimuláció hatása sinus csomó betegségekben.

Pest megyei Kerepestarcái Kórház Tudományos Köre 1981. február 12-én, csütörtökön, délután 14 órakor Gödöllőn, a Vértranszfúziós Állomás előadótermében (Kiss József u. 2.) **tudományos ülést tart.**

1. **Mesko Éva dr.:** Bevezetés.

2. **Hoffmann Ágnes dr.:** Hasi aorta aneurizma operált esete.

Felkért hozzászóló: **prof. Papp Sándor.**

3. **Németh Júlia dr.:** Carotis contusio.

4. **Riss Éva dr., Békési Ildikó dr.:** Diffúz klinikai képpel járó monoetiológiai megbetegedés.

5. **Zalal János dr.:** A pitvari infarctusról.

6. **Kovács András dr.:** Az LGL szindrómáról.

7. **Németh Júlia dr., Tóth Edit dr.:** Glycerin infúzióval szerzett tapasztalataink.

A Magyar Orthopaed Társaság 1981. augusztus 27—29-én Békéscsabán **rendezi vándorgyűlését.**

Főtémái:

1. Tartási rendellenességek.

2. Az orthopaedia határterületei.

Kerekasztalt rendezünk meghívott résztvevőkkel.

Témái:

A totál csípő-arthroplastika indikációja, Integrált betegellátás az orthopaediában.

A vándorgyűlés keretében kerül megrendezésre a **Gyógytornász Konferencia** is.

Előadások (20 soros összefoglaló csatolásával) beküldési határideje: 1981. március 15. Cím: Szentpétery József dr. főorvos, Békéscsaba, Kórház, Orthopaediai Osztály, 5600.

A Magyar Mentőügyi Tudományos Társaság 1981. szeptember 3., 4-én Veszprémben **rendezi vándorgyűlését.**

Témák:

1. Az eszméletlen beteg észlelésének és ellátásának oxyológiai szempontjai.

2. Járóbeteg életveszélyben.

A résztvevők elhelyezése szállodában vagy fizetővendégszolgálat útján történik; előreláthatólag 400,— Ft, ill. 140—160,— Ft körüli napi árakon.

Résztvételi díj 200,— Ft.

A résztvételi szándék, továbbá az előadás címének bejelentési határideje: 1981. febr. 15.

Cím: Mentőállomás, Veszprém, Almádi u. 36., 8200.

A jelentkezést követően részletes tájékoztatást küldünk.

A vándorgyűléssel kapcsolatos mindennemű felvilágosítást *Tury Peregrin dr.* (Budapest V., Markó

u. 22., 1055, tel.: 123-430) és *Héjjas József dr.* (Veszprém, Almádi út 36., 8200. tel.: 11-155) ad.

A Magyar Onkológusok Társasága 1981. október 12—15. között Budapesten, a Semmelweis OTE Elméleti Tömb termében (VIII., Nagyváradi tér 4.) rendezi az *Európai Ráktársaság (EACR) VI. kongresszusát.*

Főtémái:

1. Metastasis.
2. Tumor markerek a diagnosztikában és terápiában.

A két fő témakörben meghívott előadók tartanak összefoglaló beszámolókat.

A szabadelőadások és posterek bejelentésének határideje: 1981. május 31.

Résztvételi díj: EACR-tagoknak 1000,— Ft, nem tagoknak 1300,— Ft.

A kongresszus szervezési kérdéseiben a MOTESZ Kongresszusi Szervező Iroda (Bpest., Kossuth L. tér 4. 1055), a tudományos programmal kapcsolatban *Jeney András dr.* szervező titkár (Bpest., Üllői u. 26., I. Kórbonctani és Kísérleti Rákkutató Intézet, 1085) nyújt felvilágosítást.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

(661/c)

Bakonyszentlászló Községi Közös Tanács elnöke Bakonyszentlászló, Vak Bottyán u. 1. 8431) pályázatot hirdet nyugdíjazás miatt megüresedő **körzeti orvosi állásra.**

3 szobás, komfortos lakás a rendelővel és váróval egybeépítve, hozzá autógarázs biztosítása.

A körzethez 1 (Fenyőfő) társközség tartozik. Az állás bérézése a hatályos bérjogszabályok alapján történik.

Az állás 1980. december 1-től elfoglalható.

(669)

A Fővárosi János Kórház-Rendelőintézet (Budapest XII., Diósárok út 1. 1125) főigazgató főorvosa pályázatot hirdet a kórház Neuropsychiatriai Osztály EEG Laboratóriumában megüresedő **orvosi állásra, változó munkahelyre.**

A pályázat feltétele: neurológiai és pszichiatriai szakképesítés, elektrofiziológiai munkában való jártasság.

Bérezés a 3/1977. (VIII. 19.) EüM-MüM sz. együttes rendelet szerint.

Sinkovics Máttyás dr.
főigazgató főorvos

(697)

A Komárom megyei Tanács II. sz. Kórháza (Kisbér 2870) igazgató főorvosa pályázatot hirdet:

1 fő belgyógy. csop. vez. főorvosi,
1 fő rendelőint. labor. szakorvosi állásra.

Az állások azonnal betölthetők. Illetmény a szolgálati út figyelembevételével a 3/1977. EüM-MüM sz. együttes utasítás szerint.

Lakást megbeszélés alapján az intézet biztosít.

Lux Árpád dr.
kórházigazgató főorvos

(698)

Alsószolca Nagyközségi Tanács elnöke (Alsószolca, Miskolctól 6 km-re 3571) pályázatot hirdet megüresedett **körzeti orvosi állás betöltésére.**

Az állás 1981. január 1-től elfoglalható.

Illetmény a 3/1977. (XIII. 19.) EüM-MüM sz. együttes rendelet szerint.

Összevont ügyelet van. Üzemorvosi rendelés mellékfoglalkozásban vállalható.

Az álláshoz összkomfortos 81 m² alapterületű lakás biztosított.

Pályázók közül előnyben részesülnek az orvosházaspárok, amennyiben az egyik fél gyermekgyógyász.

Pályázatokat a Nagyközségi Tanács elnökének kell benyújtani. Alsószolca, Kossuth Lajos út 128. sz.

Sugár Agnes dr.
járásí főorvos

(699)

A Semmelweis Orvostudományi Egyetem Általános Orvostudományi Kar dékánja a III. sz. Sebészeti Klinikán a 3224 ksz. **egyetemi tanárhelyi állásra** pályázatot hirdet.

Az alkalmazásra kerülő orvost anaesthesiológiai és intenzív betegellátási munkakörben kívánják foglalkoztatni. Előnyben részesül az a pályázó, aki anaesthesiológiai szakképzéssel és gyakorlati ismeretekkel rendelkezik.

A pályázónak meg kell felelnie az egyetem oktatóival szemben támasztott követelményeknek. (Megtekinthető az Egyetem Személyzeti és Oktatási Osztályán, Bp., Üllői út 26. fsz. 9.)

Illetmény kulcsszám szerint kerül megállapításra.

Az álláshoz az egyetem lakást biztosítani nem tud.

A szabályszerűen felszerelt pályázatok a szolgálati út betartásával — az Egyetem Személyzeti és Oktatási Osztályára kell benyújtani a megjelölt követő 30 napon belül.

Almosdi Péter dr.
hivatalvezető

(700)

Erd városi Rendelőintézet igazgató főorvosa pályázatot hirdet napi 6 órás főfoglalkozású **nőgyógyász szakorvosi állásra.**

Illetmény kulcsszám szerint.

Az állás Budapestre kiutazással ellátott, de szükség esetén a városi tanács lakást biztosít.

Sashegyi Mária dr.
eü. oszt. vez.
h. rend. int. ig.

(701)

Pilisvörösváron 1981. január 1-től megalkuló Budai Járási Szakrendelőintézetnél belgyógyász szakképesítésű **igazgató főorvosi állásra.**

Az állás Budapestre kiutazással ellátott.

Sárkány Anna dr.
járásí főorvos.

(702)

Erd városi Rendelőintézet igazgató főorvosa pályázatot hirdet napi 6 órás főfoglalkozású **nőgyógyász szakorvosi állásra.**

Az állás 1981. január 1-ével betölthető. Illetmény kulcsszám szerint.

Az állás Budapestre kiutazással ellátott, de szükség esetén a városi tanács lakást biztosít.

Sashegyi Mária dr.
eü. oszt. vez.
h. rend. int. ig.

(703)

Erd városi Rendelőintézet igazgató főorvosa pályázatot hirdet nyugdíjazás

folytán megüresedett főfoglalkozású **sebész szakorvosi állásra.**

Illetmény kulcsszám szerint. Az állás azonnal betölthető.

Letelepedő orvos részére a városi tanács lakást biztosít. **Sashegyi Mária dr.**
eü. oszt. vez.
h. rend. int. ig.

(704)

A Budapest Főváros VI. ker. Tanács Korányi F. és S. Kórház-Rendelőintézet főigazgató főorvosa (VII., Alsóerdősor 7.) pályázatot hirdet a kórházban megüresedett 2 fő **rig szakorvosi**, továbbá az elme osztályra 1 fő **szakorvosi**, 1 fő **segédorvosi**, valamint a laboratóriumban 1 fő **szakorvosi** állásokra.

Az állások azonnal elfoglalhatók. z
Bérezés a képesítéstől függően.

Turczér György dr.
főigazgató főorvos

(705)

A Nógrád megyei Tanács Madzsar József Kórház-Rendelőintézet (Salgótarján, Vörösi Hadsereg út 64. 3100) főigazgató főorvosa pályázatot hirdet az alábbi állások betöltésére:

1 fő **sebész szakorvos**,
1 fő **traumatológus szakorvos** részére.
Bérezés az érvényben levő rendeletek alapján, szolgálati időtől függően kerül megállapításra.

Egyedülálló részére férőhelyet biztosítunk, családos pályázó esetében lakás megbeszélés tárgyát képezi.

Telek Vilmos dr.
főigazgató főorvos

(706)

A Borsod-A.-Z. megyei Tanács V. B. Egészségügyi Osztály vezetője (Miskolc, Tanácshegy tér 1. sz. 3541) pályázatot hirdet: a megyei Kórház III. Utókezelő és Rehabilitációs Elme Osztálya (Izsfalva) székfoglaló **osztályvezető főorvosi állásra.**

Bérezés a 3/1977. (VIII. 19.) EüM-MüM számú együttes utasítás alapján.

Lakást Izsfalván biztosítunk.

Az állás betöltéséhez elmeorvos szakorvosi képesítés és megfelelő szakmai gyakorlat szükséges.

A pályázatot a közzétételtől számított 30 napon belül a megyei Tanács Egészségügyi Osztály vezetőjéhez kell benyújtani.

Molnár György dr.
főigazgató főorvos

(707)

A Veszprém városi Tanács Egészségügyi Osztály vezető főorvosa (Veszprém, Szabadság tér 15. 8200) pályázatot hirdet az újonnan szervezett járási gyermek **körzeti orvosi állásra** zirci székfoglaló.

Az állás gyermekszakorvosi képzéshez kötött.

Bér a 3/1977. EÜM—MÜM sz. együttes rendelete alapján szolgálati időtől függően.

Az állás azonnal elfoglalható.
Lakás a zirci nagyközségi közös tanácsnál megbeszélés tárgyát képezi.

Bertalan Gyula dr.
városi-járési főorvos

(708)

A Fővárosi Tanács István Kórház-Rendelőintézet főigazgató főorvosa (Budapest, Nagyváradi tér 1. 1096) pályázatot hirdet — változó munkahellyel —:

- 1 fő laboratóriumi szakorvos,
 - 2 fő rig szakorvos,
 - 3 fő üzemorvos,
 - 1 fő sebész szakorvos (égéssebész),
 - 1 fő belgyógyász szakorvos állásra.
- A meghirdetett állásokra szakvizsgával nem rendelkező, de több éves gyakorlattal rendelkezők is pályázhatnak. Az alkalmazás és bérézés feltételeit a fennálló rendelkezések határozzák meg. Az állások azonnal betölthetők!

Balázs Tamás dr.
főigazgató főorvos

(709)

Pályázatot hirdetek az egri Megyei Kórházról nyugdíjazás folytán megüresedett neurológiai osztályvezető főorvosi állásra.

Pályázati feltétel: a 19/1978. (Eü. K. 15.) EÜM sz. utasítás 2. sz. mellékletében foglaltak.

Lakást a kórház megbeszélés szerint biztosít.

Bérézés a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM sz. együttes rendelet alapján.

A pályázatot a hirdetmény 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

(710)

Budapest III. ker. Tanács Egyesített Felelős Gyógyító-Megelőző Intézmény igazgató főorvosa (Budapest III. ker., Bécsi út 132. 1032) pályázatot hirdet az intézmény új részlegében újonnan szervezett:

- 3 fő laboratóriumi szakorvos,
- 1 fő röntgen szakorvos,
- 2 fő neonatológus,
- 3 fő intenzív terápia és anaesthesiológiai (szakkepesítéssel rendelkezők előnyben),

valamint változó munkahellyel:
6 fő szülész-nőgyógyász szakorvos,
2 fő sebész szakorvos állásra.

Illetmény a szolgálati időtől függően a 3/1977. Eü. K. (VIII. 19.) EÜM—MÜM számú együttes rendeletben foglaltak szerint.

Pályázati kérelmeket a szolgálati út betartásával a hirdetmény megjelenésétől számított 15 napon belül kell benyújtani.

Markovits György dr.
Kórház-Rendelőintézet
igazgató főorvosa

(711)

Az Ajka városi Tanács Kórház-Rendelőintézet igazgató főorvosa pályázatot hirdet:

- 1 fő általános sebész szakra,
- 1 fő fül-orr-gégész szakra, szakvizsga előtti, vagy friss szakvizsgával rendelkezők részére.

Az állások azonnal betölthetők, fizetés kulcsszámnak megfelelően.

Lakás megbeszélés tárgyát képezi.

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

Barankay Bertalan dr.
kórházigazgató főorvos

(712)

Kiskunfélegyháza városi Tanács V. B. Kórház-Rendelőintézet igazgató főorvosa (Kiskunfélegyháza, Fadrusz J. u. 4 6100) pályázatot hirdet a városi tanács kórház-rendelőintézet

Anaesthesiológiai Szolgálatának vezető főorvosi állására.
A kinevezendő főorvos feladatát képezi a műtétes osztályok anaesthesiológiai ellátásának biztosítása, emellett az intenzív részletekkel rendelkező osztályok szakkonziliáriusi ellátása.

Szakorvosi rendelőintézetben plusz óraszám biztosított.

Bérézés: a 3/1977. EÜM—MÜM rendelet alapján, valamint 1500.— Ft munkahelyi pótlék, kettő és félszobás szolgálati lakás biztosított.

Pályázhatnak azok, akik a 19/1978. (Eü. K. 15.) EÜM sz. rendeletben foglaltaknak megfelelnek.

Tóth Sándor dr.
igazgató főorvos

(713)

Budapest IV. ker. Tanács IV—XV. ker. Kórház-Rendelőintézetének főigazgató főorvosa (Budapest, Nyár u. 103. 1045) pályázatot hirdet a IV. ker.-ben megüresedett körzeti orvosi állásra.

Az állás elnyeréséhez belgyógyászati szakképesítés, ill. hosszabb belgyógyászati gyakorlat szükséges.

Illetmény megállapítása a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM—MÜM sz. együttes rendelet alapján történik.

Bálint Sándor dr.
mb. főigazgató főorvos

(714)

A Debreceni Orvostudományi Egyetem rektora pályázatot hirdet a Tüdőgyógyászati Klinika Pulmonológiai Osztályán 3224 kulcsszámú tanárségi állásra.

Pályázóknak legalább három éves orvosi diplomával kell rendelkeznie, továbbá meg kell felelnie az egyetem oktatóival szemben támasztott követelmény-rendszerben foglaltaknak. Szakorvosi képesítéssel rendelkezők előnyben részesülnek. Feladatkörét a klinika igazgatója határozza meg, részt kell vennie a klinika gyógyítási, oktatási és kutatási feladataiban.

A pályázathoz mellékelni kell:

- diploma másolat,
- törzslap,
- önéletrajz,
- minősítések,
- rövid összefoglaló eddigi tevékenységéről,
- szakorvosi bizonyítvány.

A megfelelően felszerelt pályázatokat a szolgálati út betartásával a megjelenést követően 2 hétben belül kell benyújtani a DOTE Személyzeti Osztályára (Debrecen, Nagyerdő krt. 98. Pf. 39. 4012).

Karmazsin László dr.
egyetemi tanár
rektor

(715)

A Komárom megyei Tanács II. sz. Kórháza (Kisbér 2870) igazgató főorvosa pályázatot hirdet:

- 1 fő belgyógy. csop. vez. főorvosi,
- 1 fő rendelőint. labor szakorvosi,
- 1 fő Kisbér közsegtben működő gyermekkörzeti orvosi állásra.

Az állások azonnal betölthetők.
Illetmény a szolgálati idő figyelembevételével a 3/1977. EÜM—MÜM sz. együttest utasítás szerint.

Orvosházaspárok előnyben részesülnek.

Lakást megbeszélés alapján biztosít az intézet.

Lux Árpád dr.
kórházigazgató főorvos

(716)

A Fővárosi János Kórház-Rendelőintézet (Bpest., XII., Diósárok út 1. 1125) Pesthidegkúti Pszichiatriai osztályra főigazgató főorvosa pályázatot hirdet a változó munkahellyel.

Pályázhatnak pszichiatriai szakvizsgával, illetve pszichiatriai gyakorlattal rendelkezők.

Bérézés a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM—MÜM együttes rendelet szerint.

Sinkovics Mátyás dr.
főigazgató főorvos

(717)

A Központi Állami Kórház és Rendelőintézet főigazgató főorvosa (Budapest XII., Kútvölgyi út 4.) pályázatot hirdet a kórház és rendelőintézet röntgen osztályán megüresedett szakorvosi állásra.

Pályázhatnak a röntgen szakorvosi képesítéssel és gyakorlattal rendelkezők.

Illetmény kulcsszámnak megfelelő + központi pótlék.

Heckenast Ottó dr.
főigazgató főorvos

(718)

A Fővárosi Tanács Weil Emil Kórház-Rendelőintézet (Budapest, Uzsoki u. 29. 1145) főigazgató főorvosa pályázatot hirdet: egy fő kardiológus főorvosi állásra (2104 kulcsszám).

A pályázatot elnyeréséhez belgyógyász szakképesítés és kardiológia területén szerzett gyakorlat szükséges.

Vidosfalvy Magda dr.
főigazgató főorvos

(719)

A Semmelweis Orvostudományi Egyetem Általános Orvostudományi Karának dékánja pályázatot hirdet a II. sz. Gyermekklinika 3224 ksz. egyetemi tanárségi állásra.

Az alkalmazásra kerülő orvos feladata lesz az általános gyermekgyógyászati művelése, az oktatásban és a tudományos munkában való részvétel.

Előnyben részesül az a fiatal szakorvos, vagy szakorvos jelölt, aki tudományos kutatói érdeklődéssel vagy esetleg előképzettséggel rendelkezik, és legalább egy idegen nyelvet tárgyalási szinten ismer.

A pályázónak meg kell felelnie az egyetem oktatóival szemben támasztott követelményrendszerben foglaltaknak. (Megtekinthető az Egyetem Személyzeti és Oktatási Osztályán, Budapest, VIII., Üllői u. 26. sz.)

Illetmény kulcsszám szerint kerül megállapításra.

Az álláshoz az egyetem lakást biztosítani nem tud.

A szabályszerűen felszerelt pályázatot — a szolgálati út betartásával — az Egyetem Személyzeti és Oktatási Osztályára kell benyújtani a megjelenést követő harminc napon belül.

Almosdi Péter dr.
hivatalvezető

(720)

A Nyíregyházi Dohányfermentáló Vállalat megvétele feljől 1 db üzemenkés állapotú röntgengépet ólomvédőfal tartozékkal együtt. Érdeklődni: Nyíregyháza, Dugonics u. 2. sz. alatt a Gondnokságon lehet.

(101)

Fővárosi Tanács Szociális Otthon igazgatója (Szentgotthárd, Hunyadi u. 29.) pályázatot hirdet 1 fő intézeti főorvos, továbbá 1 fő orvosi állásra.

A főorvosi állás betöltéséhez elme-gyógyászati szakvizsga szükséges.

Az állásokhoz lakást biztosítunk.

Bérézés a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM—MÜM sz. együttes rendelet szerint.

Gáspár Károly
int. igazgató

(102)

A Fővárosi Tanács Bajcsy-Zsilinszky Kórház-Rendelőintézet főigazgató főorvosa (Budapest X., Maglódi út 89—91.) pályázatot hirdet:

1 szakorvosi állásra a kórbontan-kórszövettani osztályra,

1 szakorvosi állásra, belgyógyászati osztályra,

1 röntgen szakorvosi állásra, változó munkahelyre,

1 labor szakorvosi állásra, változó munkahelyre,

1 fül-orr-gégész szakorvosi állásra, változó munkahelyre,

1 reumatológus állásra, szakrendelőben,

1 bőrgyógyász szakorvosi állásra, szakrendelőben,

1 ortopéd szakorvosi állásra, szakrendelőben,

1 körzeti orvosi állásra,

1 tüdőgyógyász szakorvosi állásra, gondozóba,

1 üzemorvosi állásra.

Szakorvos pályázók hiányában, szak-képzetlenekeket is alkalmazunk (pályakezdők kivételével).

Bérézés a 3/1977. EÜM sz. rendeletben foglaltak szerint.

Laczkó Ede dr.
főigazgató főorvos

ELŐADÁSOK—ÜLÉSEK

Dátum	Helye	Időpont	Rendező	Tárgy
1981. február 2. hétfő	Pécsi OTE Közp. Épület	délután 16,00 óra	Pécsi Orvostudományi Egyetem Tudományos Szakcsoportja	1. <i>Leles József, Tóth Károly, Halmos László:</i> Az aorta abdominalis traumás dissectiója miatt kialakult heveny végtag ischaemia (esetismertetés). 2. <i>Czéh Gábor, Tegzesné Dezső Gyöngyi:</i> Az ingerületátvitel elektromos és kémia mechanizmusának elemzése béka motoneuronban. 3. <i>Kellényi Lóránd, Tarján Jenő:</i> Mellkasi EKG elvezetésből meghatározható His-potenciálpozíció összehasonlító vizsgálata a katéteres módszerrel
1981. február 3. kedd	Főv. Merényi Gusztáv Kórház kultúrterme, IX., Gyáli u. 17.	délután 14,00 óra	Főv. Merényi Gusztáv Kórház Tudományos Köre	<i>Drobní Sándor:</i> A vastag- és végbélrák operabilitásának és inoperabilitásának kritériumai
1981. február 4. szerda	Orsz. Reuma és Fizioterápiás Intézet klubterme, II., Frankel L. u. 25.	délelőtt 7,30 óra	Orsz. Reuma és Fizioterápiás Intézet	<i>Prof. Németh-Csóka Mihály:</i> Y collagen szerkezete és funkciója
1981. február 5. csütörtök	Orsz. Testnevelési és Sportegészségügyi Intézet, XII., Alkotás u. 48.	délután 14,30 óra	Orsz. Testnevelés és Sportegészségügyi Intézet Tudományos Bizottsága	<i>Halmai Zsuzsa:</i> Atkák szerepe az asthma bronchiale aetiológiájában
1981. február 9. hétfő	Főv. Weil Emil Kórház VI. Belgy. Oszt., XIV., Hungária krt. 167.	délután 14,00 óra	Magyar Pszichiátriai Társaság Gerontopszichiátriai Szekciója	Továbbképzés és konzultáció. <i>Símkó A.:</i> Psychopharmacoonok az idős korban
1981. február 10. kedd	Orsz. Orvosszakértői Intézet tanácssterme, VIII., Mező I. u. 19/a V. em.	délelőtt 10,00 óra	Országos Orvosszakértői Intézet	1. <i>Halász Péter:</i> Az epilepsziás mechanizmusok differenciál dg.-a és befolyása a munkavégző-képességre. 2. <i>Kazár György:</i> Medencetörések, csípőficamos törések
1981. február 10. kedd	Főv. István Kórház kultúrterme, IX., Nagyvárad tér 1.	délután 13,30 óra	Főv. István Kórház- Rendelőintézet Tudományos Tanácsa	1. <i>Kárpáti Pál:</i> A szívizom anyagcseréje myocardialis infarctusban. 2. <i>Tóth Alajos:</i> Resuscitatio régen és ma. 3. <i>Ménesi László:</i> Porciderm az égés kezelésében
1981. február 12. csütörtök	Orsz. Közegészségügyi Intézet nagyterme, IX., Gyáli u. 2—6.	délelőtt 8,00 óra	Főv. Heim Pál Gyermekekórház, mint Dél-Pest Területi Szakfelügyelet	<i>Kiss Péter:</i> Genetikai kórképek gyermekkorban

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

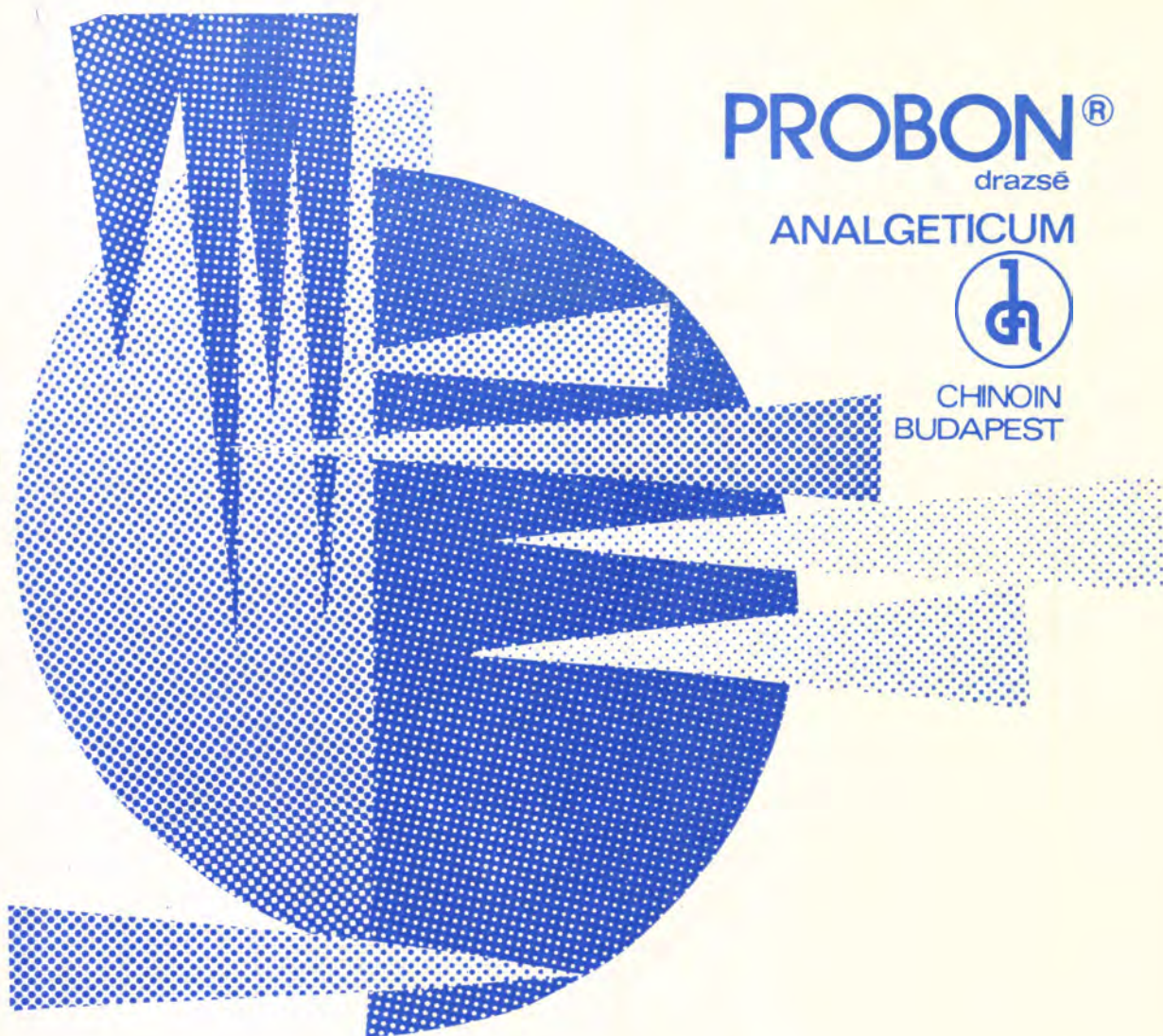
Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető bármely postahivatalnál,
a Posta hírlapüzletében és a Posta Központi Hírlap Irodánál
(Budapest V., József nádor tér 1., Postacím: 1900 Budapest)
közvetlenül vagy átutalási postautalványon, valamint átutalással a PKHI MNB 215-96162 pénzforgalmi jelzőszámlára.
Szerkesztőség: 1363 Budapest V., Münnich Ferenc u. 32. I. Telefon: 325-109, ha nem felel: 327-530/135
Előfizetési díj egy évre 600,— Ft, negyedévre 150,— Ft, egyes szám ára 12,— Ft



81.0060 Tipografika Athenaeum Nyomda, Budapest — Ives magasnymás — Felelős vezető: Soproni Béla vezérigazgató

ISSN 0030—6002

INDEX: 25 674



PROBON®

drazsē

ANALGETICUM



CHINOI
BUDAPEST

A Probon új típusú fájdalomcsillapító.

Gatolja 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 adaglásra is alkalmas.

ÖSSZETÉTEL

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

JAVALLATOK

Krónikus mozgásszervi fájdalmak megszüntetése.

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

Fejfájás csillapítására nem alkalmas.

ADAGOLÁS

Felnőttek egyszeri adagja fájdalom esetén 1 drazsē, napi adagja szükség szerint 3, fekvő beteg részére 4 drazsēig 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 drazsē

Térítés: 3,90 Ft

E
GY
TE
GY
TE
GY
TE
GY
T

SANOTENSIN[®] tabl. 10 mg és 25 mg antihypertensivum

ÖSSZETÉTEL: 10 mg, ill. 25 mg guanethidinum monosulfuricum tablettaként.

JAVALLATOK: Középsúlyos és súlyos hipertónia, továbbá enyhe hipertónia, ha az más antihypertenzívumokra nem reagál. Hipertireózis.

ELLENJAVALLATOK: Phaeochromocytoma (noradrenalin hatását fokozza), a gyomor és a belrendszer betegsége, vese-, agy- és koronária-elégtelenség. Terhességben, különösen annak első 3 hónapjában adagolása nem ajánlatos.

ADAGOLÁS: Egyéni megítélést igényel, lehetőleg fekvőbeteg-gyógyintézetben kell beállítani.

Hipertóniában felnőtteknek: Kezdő adagja naponta 10–20 mg. Ez az adag 7–14 nap múltán, 1–2 hetes időközönként 10 mg-mal növelhető arra a mennyiségre, amely a kívánt vérnyomásszintet biztosítja. A fenntartó adag általában 30–75 mg között van, bár egyes esetekben napi 5 mg is kellő hatást biztosít, más esetekben pedig csak napi 400 mg. Hospitalizált betegek adagjának rövidebb időközönkénti növelése is megengedhető, de ilyenkor is figyelembe kell venni, hogy maximális hatása 2–3 nap vagy hosszabb idő után jelentkezik.

Kizárólag intenzív kezelés esetén a kezdő adag naponta 25 mg, ami naponta 12.5, ill. 25 mg-mal növelhető a vérnyomás kívánt mértékének eléréséig, ill. amíg a mellékhatások nem jelentkeznek.

Gyermekeknek: Naponta 200 µg testsúlykg-onként. Ez az adag súlyosabb esetekben 7–10 naponta 200 µg/kg-mal növelhető a kívánt alacsony tenzióérték eléréséig; esetleg 1–1.5 mg/testsúlykg nap adag is adható. Más vérnyomáscsökkentő szerekkel (szaluretikumokkal, béta-receptor-blokkolókkal stb.) kombinálva adagját a vérnyomás alakulásának megfelelően csökkenteni kell.

Hipertireózis esetén — adjuvánsként — felnőtteknek 25–50 mg-os napi adag a perifériás szimpatikus túlsúlyra visszavezethető tüneteket jól csökkenti.

MELLEKHATÁSOK: Különösen a reggeli felkeléskor okoz álló testhelyzetben jelentős vérnyomáscsökkenést, mely ájuláshoz is vezethet. Enyhébb esetekben ezt az orthostatikus tenziócsökkenést terápiásan is ki kell használni (a beteget nem szabad ágyban tartani). Az esetleges hasmenést az atropin vagy kodeinfoszfát jól szünteti. Ritkán előfordul bradycardia, folyadékretenció, hányás, fejfájás, parotis-érzékenység, izomgyengeség, dermatitis, depresszív és ejaculációs impotencia, melyek mindig reverzibilisek.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁS:

Tilos együtt adni

● MAO-inhibitorokkal (hipertóniás krízis létrejötteinek veszélye).

● Óvatosan adható

● szimpatomimetikumokkal, triciklikus antidepresszánsokkal, major trankvillánsokkal, orális antikonceptívekkal (hipotenzív hatás csökkenése);

● digitáloidokkal (bradycardia);

● levodopával (hipotenzív hatás fokozódása);

● orális antidiabetikumokkal és inzulinnal (hipoglikémia veszélye);

● gáz- és iv. narkotikummal (hipotenzív hatás fokozódása).

FIGYELMEZTETES: Súlyosabb orthostatikus hipotóniában Trendelenburg helyzet vagy noradrenalin-infúzió alkalmazása javasolt. A Sanotensin alkalmazásának ideje alatt biztosítani kell a vérnyomás rendszeres ellenőrzését.

Orális antidiabetikumokkal és inzulinnal együtt adva a Sanotensin kezelés előtt és után a vércukorszintet ellenőrizni kell és ennek megfelelően kell módosítani az antidiabetikum adagját.

Műtét esetén (narkózis) figyelembe kell venni, hogy a beteg Sanotensin kezelés alatt áll. Koronária-, agyi szklerózis, előrehaladott veseelégtelenség esetén a gyors vérnyomáscsökkentés nem ajánlatos. Hatása a kezelés abbahagyása után 2–3 héttig fennmaradhat.

Hatásának tartama alatt tilos járművet vezetni, magasban vagy veszélyes gépen dolgozni, továbbá szeszes italt fogyasztani!

MEGJEGYZÉS: ❖❖ Csak vényre adható k! Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb 3 alkalommal) ismételhető.

CSOMAGOLÁS:

4 × 10 mg tabl. 2,70 Ft. 20 × 25 mg tabl. 3,— Ft.

Egyt

GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST

E
GY
TE
GYE
GY
TE
GY



AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS
FOLYÓIRATA

ORVOSI HETILAP

122. ÉVFOLYAM 6. SZÁM 313—372 OLDAL

BUDAPEST, 1981. FEBRUÁR 8.

ELŐFIZETÉSI ÁRA 1 ÉVRE 600,—FT

EGYES PÉLDÁNY ÁRA 12,—FT



SENSIT^R

CORONARIADILATOR

draszé

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

ÖSSZETÉTEL

Draszéként 50 mg fendilium hydrochloricum hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK

Koronáriaelégztelenség, angina pectoris. Koronária-sclerosis, a szív-infarctus megelőzése és utókezelése.

ELLENJAVALLAT

A szív-infarctus akut fázisa. Terhességben csak vitalis indikáció esetében alkalmazható.

ADAGOLÁS

Átlagos adagja felnőtteknek naponta 3×1 draszé.

MELLÉKHATÁSOK

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

FIGYELMEZTETÉS

Májbetegség huzamosabb kezelése során ajánlatos az időszakos laboratóriumi ellenőrzés. Vényomáscsökkentők és béta receptor blokkolók hatását erősítheti, ill. kiegészítheti, ezért együttes adásuk esetén fokozott óvatosság ajánlatos.

CSOMAGOLÁS ÉS TÉRÍTÉS

50 db draszé 2,70 Ft

MEGJEGYZÉS

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

CHINOIN BUDAPEST



ORVOSI HETILAP

AZ 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.
PETRI GÁBOR DR.
PETRÁNYI GYULA DR.
RÁK KÁLMÁN DR.
SZÁNTÓ GYÖRGY DR.

*

Felölös szerkesztő:

TRENCSENI TIBOR DR.

*

Munkatársak:

PAPP MIKLÓS DR.
GIACINTÓ MIKLÓS DR.
BTAGE ZSUZSANNA DR.
WALSA RÓBERT DR.
BUDA BÉLA DR.
HONTI JÓZSEF DR.
VÉRTES LÁSZLÓ DR.

*

122. ÉVFOLYAM

*

6. SZÁM

*

1981. FEBRUÁR 8.

TARTALOMJEGYZÉK

Baranyi Éva dr., Tamás Gyula jr. dr.,
Szalay János dr., Békefi Dezső dr.,
Dimény Emőke dr., Egyed Jenő dr.,
Petrányi Gyula jr. dr., Kerényi Zsuzsa dr.
és Szolnoki Judit dr.:

Cukorbeteg terhesek szülés körüli
belgyógyászati ellátása 315

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Krasznai Péter dr.:

Császármetszések utáni fájdalomcsillapítás
peridurális adott morfiúmmal 321

STATISZTIKAI TANULMÁNYOK

Wittman István dr. és Bodó Mihály dr.:

Gastroenterológiai endoscopos vizsgálatok
szövödményei Magyarországon 323

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Pados Gyula dr., Kusztos Dénes dr.,
Valyon Márta dr., Audikóvszky Mária dr.,
Erdős Erzsébet dr. és Goda Emese dr.:

A cukorbetegség hatása
a HDL-cholesterin szintre 329

ORVOSI SZOCIOLÓGIA

Kolozsi Béla dr., Petrov Ignat dr.,
Bartók János és Duneva Nadja:

Gerontológiai gondozást igénylő budapesti
és szófiai idősök demográfiai,
egészségi és önértékelési jellemzőinek
összehasonlítása 335

KAZUISZTIKA

Mituszova Mila dr., Gáspárdy Géza dr.,
Tanka Dezső dr., Neumark Tamás dr.
és Bély Miklós dr.:

Köszvény és rheumatoid arthritis
együttes előfordulása 339

Krutsay Miklós dr.:

Keményítőszemcsék BCG-lymphadenitises
nyirokcsomóban 343

HORUS

Az antisepsistól a hypersepsisig 345

Filatov emlékezete 347

Adatok Verzár Frigyes életművéhez 348

Walter Flemmingről, a kromatin
és mitotikus sejtosztódás felfedezőjéről 349

Folyóiratreferátumok 353

Levelek a szerkesztőhöz 365

Könyvismertetés 367

Hírek 371

Előadások, ülések 372

NORCOLUT®

tabletta

ÖSSZETÉTEL: 5 mg norethisteronum tablettánként.

JAVALLATOK: Premenstruációs szindróma, mastodynia, a szekréciós szak megrövidülésével járó cikluszavarok, diszfunkcionális méhvézés, hyperplasia glandularis cystica endometrii, endometriasis, adenomyosis. Laktáció-prevenció, ablatáció. Klimaxos panaszok, különösen a klimaxos vérzészavarok.

ELLENJAVALLAT: Emlő-, genitális carcinoma. Külön elbírálást igényelnek, főleg tartós szedés esetén: trombózis-készség, hepatitis, májműködési zavarok.

ADAGOLÁS: Praemenstruációs szindróma, mastodynia, valamint rendszertelen ciklusokban, a ciklus 16. napjától a 25. napig 1–2 tabl., esetleg ösztrogénnel együtt.

Diszfunkcionális méhvézés, hyperplasia glandularis cystica endometriiben (amennyiben a vérzés funkcionális jellegét 6 hónapon belül végzett hisztológiai vizsgálat igazolta): 6–12 napon át napi 1–2 tabl., a vérzés megszüntetésére a ciklus 16. napjától a 25. napig napi 1–2 tabl., általában ösztrogénnel együtt.

Endometriosis, adenomyosisban: a ciklus 5. napjától a 25. napig napi 1 tabl., 6 hónapon át, vagy folyamatosan szedve a ciklus 5. napján napi fél tablettával kezdve és az áttöréses vérzések elkerülésére 2–3 hetenként fél tablettával növelve, 4–6 hónapon át.

A laktáció megelőzése céljából:

	16–28. héten	28–36. héten
	megszakadt terhesség esetén	
1. nap	15 mg	15 mg
2–3. nap	10 mg	
		10 mg
4–7. nap	5 mg	

ABLAKTÁLÁS: az 1–3. napon 20–20 mg, a 4–7. napon 15–15 mg, a 8–10. napon 10–10 mg Norcolutot kell adagolni.

Klimaxos panaszokban: napi 5 mg (egy tabl.) adagolása javasolt. Kúraszerűen, hosszabb időn át. A kezelést sikertelenség esetén napi 25–50 mcg etinilösztradiollal (Mikrofolin tabl.) szükséges kiegészíteni.

MELLÉKHATÁS: Ritkán előforduló és a későbbi ciklusokban megszűnő nausea, gastrointestinalis panaszok, áttöréses vérzés, esetleg ödéma, allergiás bőrreakció, paraesthesia, testsúlyváltozás, fáradékonyság.

FIGYELMEZTETÉS: Norcolut kezelés előtt a malignitás kizárandó. A kúra előtt onkológiai ellenőrzés szükséges.

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

CSOMAGOLÁS: 20 tabl. 5,20 Ft.



Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest

Semmelweis Orvostudományi Egyetem
I. Belgyógyászati Klinika
(igazgató: Magyar Imre dr.)
Központi Állami Kórház
Szülészeti Osztály
(főorvos: Szalay János dr.)
Semmelweis Orvostudományi Egyetem
I. Gyermekklinika
(igazgató: Gerlóczy Ferenc dr.)
Orvostovábbképző Intézet
Szülészeti Tanszék
(igazgató: Gáti István dr.)

Cukorbeteg terhesek szülés körüli belgyógyászati ellátása

Baranyi Éva dr., Tamás Gyula jr. dr.,
Szalay János dr., Békefi Dezső dr.,
Dimény Emőke dr., Egyed Jenő dr.,
Petrányi Gyula jr. dr., Kerényi Zsuzsa dr.
és Szolnoki Judit dr.

Diabetesszel szövődött terhesség során a magzat fejlődése szempontjából legkedvezőbb környezet csak az anya vércukrának fiziológias szinten tartásával biztosítható (13, 17, 18).

Korábbi közleményünkben (2) ismertettük módszerünket, melynek segítségével diabetikák normoglycaemiás állapotát igyekszünk megvalósítani az egész terhesség folyamán. E munkánkban a szülést megelőző és az azt követő „szülés körüli” időszak anyagcsere-irányítása során nyert belgyógyászati tapasztalatainkról számolunk be.

„Szülés körüli” periódusnak a 29. terhességi héttől a szülést követő 7. napig terjedő időszakot tekintettük. E periódus mind az anyai, mind a magzati szénhidrát-anyagcsere-állapot változásának egyik legkritikusabb időszaka, minthogy az anyai anyagcsere-zavarának veszélye az inzulinérzékenység jelentős változásai folytán ekkor a legnagyobb; főként ez idő alatt kerül sor a fenyegető koraszülés, ill. újszülöttkori idiopathicus respiratorikus dystress syndrome (IRDS) megelőzéséhez szükséges farmakonok (beta-sympatomimetikumok, steroidok) alkalmazására; továbbá az újszülött adaptációs készségét az anya szénhidrát-anyagcsere-állapota jelentősen befolyásolja, és e

Az Egészségügyi Minisztérium 3.02-es számú Endokrin Kutatások megnevezésű tárcaszintű kutatási főirányához elfogadott, a diabetes mellitus syndroma c. témához végzett kutatómunka alapján (1-22-0302-01-2/M)

A MTA—OM—MEM—EÜM kutatási témapályázatára 70.623/1978. sz. alatt elfogadott, „A diabetes mellitussal szövődött terhesség egyes pathopsziológiai kérdéseinek vizsgálata...” c. pályázat keretében.

tekintetben a szülés körüli időszak különös jelentőségű.

Mindezen tényezők az anyagcsere-egyensúly fenntartását nehezítik és intenzív anyagcserekontrollt tesznek szükségessé.

Beteganyag és módszer

Az elmúlt 2 év során munkacsoportunk 100 cukorbeteg asszony szülés körüli gondozását végezte. Betegeink kora 18—42 év volt, 42 primipara és 58 multipara volt. A terhesség során valamennyi gravid cukorbeteg inzulinkezelésben részesült. 83 diabetika már terhessége előtt is inzulinkezelésre szoruló cukorbeteg volt, 17 terhes inzulinkezelése a terhesség ideje alatt kezdődött. A diabetes súlyosságának megítélésére a módosított White-sémát (16) alkalmaztuk. Betegeink White-csoport szerinti megoszlását, ezen belül a szülés időpontját és a szülés módját az 1. táblázaton tüntet-

1. táblázat. Betegeink megoszlása a diabetes súlyossága (White), a szülés időpontja és a szülés módja szerint

White csoport	Összes eset	Szülés időpontja (terhességi hét)		Szülés módja per vag. sectio caes.	
		38.	38.		
B	39	11	28	17	22
C	18	4	14	5	13
D	27	10	17	3	24
F	16	2	14	—	16
Összesen:	100	27	73	25	75

tü fel. Megjegyezzük, hogy munkacsoportunk irányelveinek megfelelően (22) a szülemegindítás optimális idejének a 38—39. terhességi hetet tartottuk.

Diabeteses anyák szülés körüli anyagcsere-vezetése során célunk az volt, hogy a gyerek megszületésének pillanatáig biztosítsuk az anya normoglycaemiás állapotának fenntartását (vércukor: 2,75—5,5 mmol/l, ill. 50—100 mg/dl), és a szülést követően a jelentősebb vércukor-ingadozások kiküszöbölésével elkerüljük az anyai hypoglycaemiát (vércukor: 3,3—11,0 mmol/l, ill. 60—200 mg/dl). A szülés körüli anyagcsere-irányítást számottevően befolyásolta a szülés vezetésének alkalmazott módja (vaginális vagy sectio caesarea), illetve a szülést megelőzően esetleg szükségessé váló gyógyszereknek a szénhidrát-anyagcsere-re kifejtett hatása. Fenyegető koraszülés megelőzésére tocolytikus hatású terbutalin (Bricanyl) alkalmazására 22 alkalommal került sor, napi 4×2,5 mg p. o. adagban. Amennyiben újszülöttkori IRDS fokozott veszélye állt fenn, steroid-profilaxist alkalmaztunk, 48 órán át 6 óránként adagolt Prednisolon tabl. (a. 5 mg) formájában. E kezelés 13 alkalommal vált szükségessé.

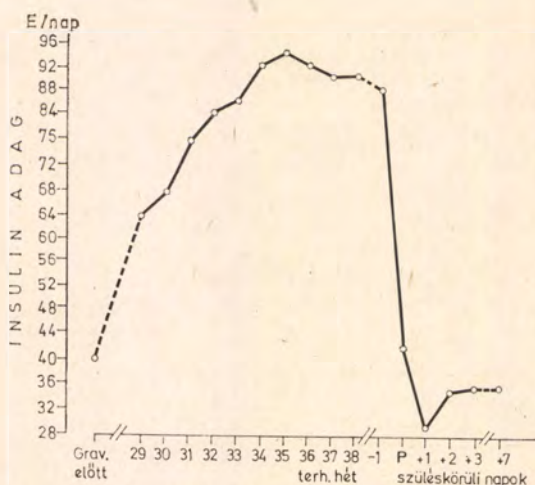
Az anyagcsere-állapot ellenőrzése céljából végzett laboratóriumi vércukor-meghatározások orthotiluidines módszerrel történtek, az 1—4 óránkénti ellenőrzés gyorsított (Reflomat, Eyetone) módszerrel (20), a folyamatos (24—48 órán át tartó) vércukor-ellenőrzések pedig Contiflo (Labormim) automata (19) segítségével.

Az újszülöttek egészségi állapotának megítélésével kapcsolatos kritériumokat illetően korábbi közleményünkre utalunk (3).

Tapasztalatok, eredmények

Az a 17 diabeteses nő, kiknek inzulinkezelése a terhesség során kezdődött, a szülést követő 1 héten belül nem szorult inzulinra. Már a terhesség

előtt is inzulinkezelésre szoruló terheseink (83 eset) inzulinszükségletének változását a szülés körüli időszakban az 1. ábra szemlélteti. A 29. terhességi hétre a — normoglycaemiás beállításhoz szükséges — inzulinigény átlagosan 60⁰/₀-kal nőtt. Ettől kezdve a 35. hétig további gyors növekedés figyelhető meg: az inzulinigény a 35. hétre a terhesség előttinek már több mint kétszere volt. Mérsékelt csökkenés után, a szülést követően az inzulinszükséglet hirtelen lezuhant. A szülést megelőző hetekben, ill napokban a növekvő inzulinadagok bevitelére többnyire csak napi 4—6-szori elosztásban kerülhetett sor, kristályos (Actrapid) inzulin formájában. E kezeléssel elértük, hogy terheseink vércukra e periódusban a fiziológiás szintet alig haladta meg (2).

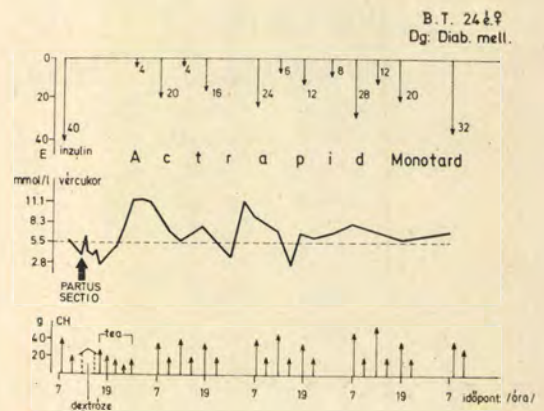


1. ábra: Már a terhesség előtt is inzulinkezelésre szoruló cukorbeteg terheseink inzulinadagjának változása a szülés körüli időszakban (n = 83).

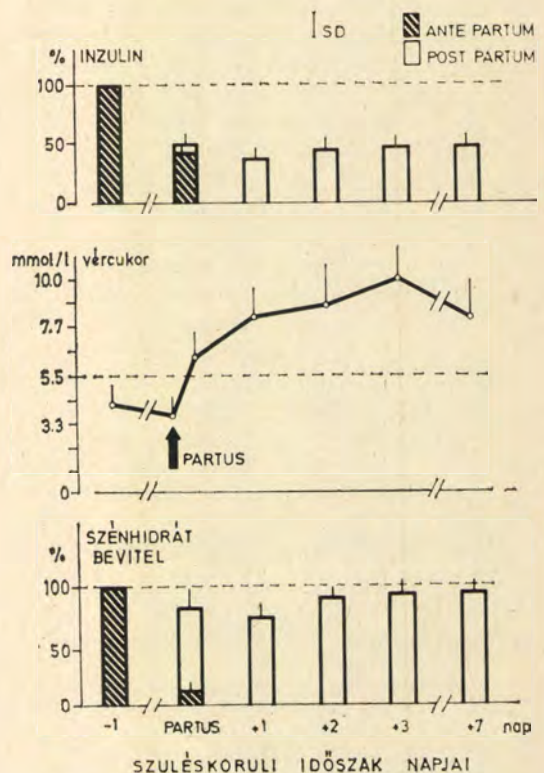
Az esetek 3/4 részében császármetszésre került sor. A sec. caes. eseteiben alkalmazott anyagcserevezetés módját a 2/a. ábra szemlélteti. A műtét alatti normoglycaemia biztosítására az anya a műtét napjának reggelén is addigi relatíve nagy mennyiségű kristályos inzulinadagját kapta meg. A műtőben oxitocin tartalmú fiziológiás só infúziót kötöttünk be a beteg vénájába, ezt a gyermek megszületése után 5⁰/₀-os dextrosera váltottuk. A műtétet követő 6—8. órától a szénhidrát-bevitelt már orálisan, cukros tea formájában biztosítottuk, a 20—24. órától pedig folyékony-pépes táplálék fogyasztására kerülhetett sor. A műtétet követő első 24 órában a vércukrot óránként ellenőriztük. E periódusban a megfelelő vércukorszint biztosításához 4 E kristályos inzulin elegendő volt. A műtét utáni 24—27. órában, 3—4 óránként végzett vércukor-meghatározás alapján, naponta többször adott kristályos inzulin adására került sor. Intermediér inzulin adása legkorábban a műtét utáni 3. napon este történt. Már a terhesség előtt is inzulinkezelésre szoruló diabetikáink császármetszéssel történő szülése során nyert tapasztalatainkat (65 eset) a 2/b. ábrán összegeztük. A műtét napjának inzulinszükséglete a műtét előtt napokban adott inzulindózis kb. 50⁰/₀-ának felelt meg. Ezen inzulinadagot többnyire még a műtét regge-

lén kapták meg a betegek, a szülés alatti normoglycaemia fenntartására. A műtét utáni 1. napon a szénhidrát-bevitel a szülést megelőzőnek kb. 70⁰/₀-ára, az inzulin 40⁰/₀-ára csökkent. Az inzulinszükséglet a további napokban sem haladta meg a szülés előttinek 50⁰/₀-át, annak ellenére, hogy a szénhidrát-bevitel ekkorra már a régi beállításnak felelt meg. Bár a szülést követő napokban esetenként észleltünk 2,5—5 mmol/l (45—90 mg/dl) közötti vércukorértékeket is, e kezeléssel sikerült betegeink vércukrát mind a szülés előtti és alatti időben, mind a szülést követően a kívánatos szinten tartani (2/b. ábra).

A szülés megindítását követő vaginális szülésvezetés esetében az anyagcsere irányításának mód-



2. ábra: a) A szülés körüli anyagcsere-vezetés módja császármetszéssel szülő cukorbeteg terhes esetében



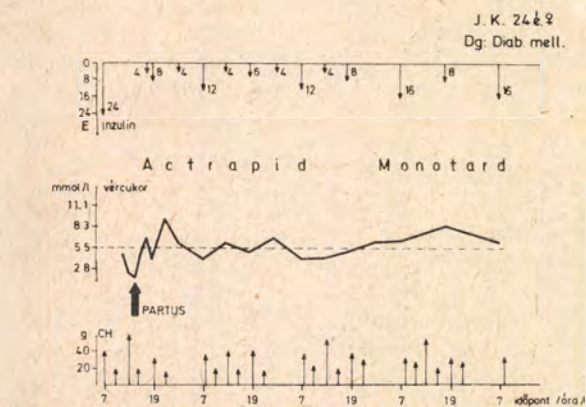
b) Császármetszéssel szült diabetikák inzulin-szükségletének, vércukorszintjének és napi szénhidrát-bevitelének változása a szülés körüli időszakban (n = 65)

ja talán egyszerűbb, infúzió adására alig került sor. Ezt inzulinkezelésre szoruló diabetika esetében — a 3/a. ábra szemlélteti. Az anya a szülés napján is addigi inzulin- és szénhidrát-adagját kapta meg, majd a szülést követően vércukrát 2–3 óránként ellenőrizve kristályos inzulin adására került sor. A szülést követő 3. naptól intermedier inzulin kapott, a vércukorszinttől függő mennyiségben. Vaginális úton szült 18 betegünk kezelése során nyert tapasztalatainkat a 3/b. ábrán összegeztük. A szülés napján az inzulinszükséglet a szülés előttinek kb. 50%-ára csökkent. Az adag $\frac{3}{4}$ részét ekkor is a szülés előtt kapták meg a betegek. A következő napokban a szülés előtti inzulinadag kb. 30–40%-a volt szükséges. A szénhidrát-bevitel az észlelési periódus során gyakorlatilag változatlan volt. A vércukorszint alakulása ezen esetek-

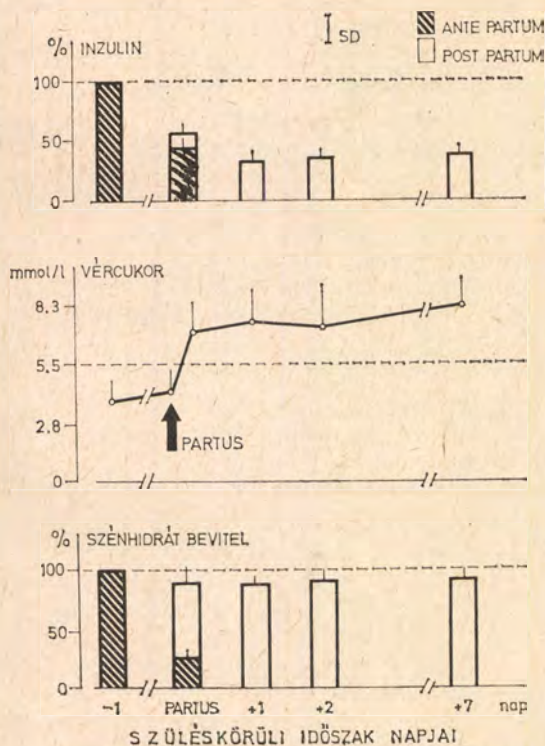
ben is megfelelt a kívánalmaknak: a szülés előtt és alatt átlagosan 4,4 mmol/l (80 mg/dl), szülés után átlagosan 8,25 mmol/l (150 mg/dl) volt.

Az anyagcsere-egyensúly fenntartását lényegesen nehezíti, ha diabetikák terhessége során — fenyegető koraszülés vagy IRDS fokozott veszélye miatt — tocolytikus hatású beta-sympaticomimetikumok, ill. steroidok adására kényszerülünk. E szerek diabetogen, szénhidrát tolerancia csökkentő hatását munkánk során magunk is tapasztaltuk.

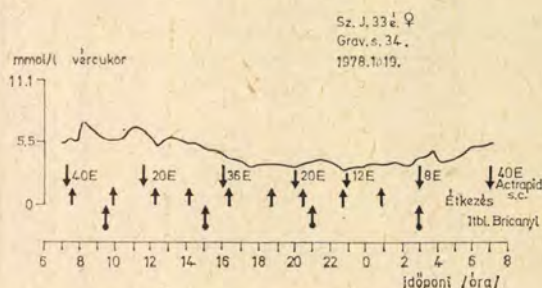
Tocolytikus hatású Bricanyl adására 18 esetben került sor. Bricanyl kezelés hatására az inzulinigény nagyobb mértékben nőtt, mint komplikációnes esetekben és a vércukrot még így sem sikerült mindig a kívánatos szinten stabilizálni. Csak igen szoros — 1–2 óránkénti, vagy folyamatos — vércukor-ellenőrzés alapján növelt inzulinadaggal lehetett az anyagcsere-egyensúlyt fenntartani (4. ábra). A Bricanyl kezelés során cardiovascularis szövődményt vagy jelentős EKG változást egy esetben sem tapasztaltunk.



3. ábra: a) A szülés körüli anyagcsere-vezetés módja vaginális úton szülő cukorbeteg terhesek esetében



b) Vaginális úton szült diabetikák inzulinszükségletének, vércukorszintjének és szénhidrát-bevitelének változása a szülés körüli időszakban (n = 18)



4. ábra: Egy cukorbeteg asszony terhességének 34. hetében készült folyamatos vércukorgörbe, tocolytikus Bricanyl kezelés során. A normoglycaemiás beállítás eléréséhez napi 136 E (hatszori elosztásban alkalmazott) Actrapid inzulinra volt szükség. E grávida normoglycaemiás beállításához a 33. terhességi héten — Bricanyl kezelés nélkül — napi 118 E, 5-szöri elosztásban adott inzulin volt szükséges

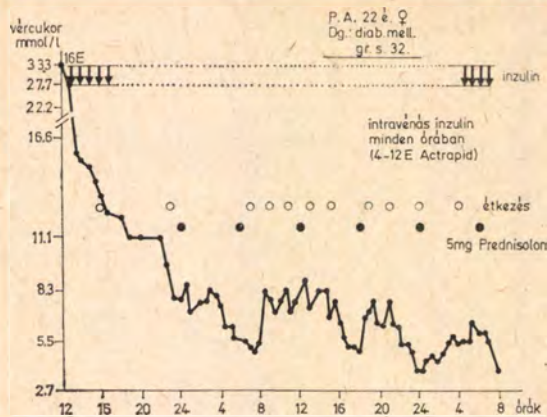
A steroid készítmények toleranciát csökkentő hatása még határozottabb volt. Diabetogén hatásukat általában csak intravénás inzulinadagolással tudtuk kiegyenlíteni, legalább óránkénti végzett vércukor-ellenőrzés alapján. Az i. v. inzulinkezelésnek több módja lehet: folyamatos inzulininfúzió, bolusokban — óránként — adott intravénás inzulin injekció, ill. a reguláris szubkután inzulinkezelés intravénás inzulinval történő kiegészítése. Ez utóbbi két lehetőséget példázza az 5/a, b. ábra.

A szülés körüli anyagcsere-irányítás eredményességének legfőbb mutatója az anyák és újszülöttek egészségi állapota. 100 betegünk szülés körüli gondozása során az anyai anyagcsere felborulása egy esetben sem fordul elő. Az újszülöttek perinatális mortalitási és morbiditási adatait a 2. táblázatban tüntettük fel.

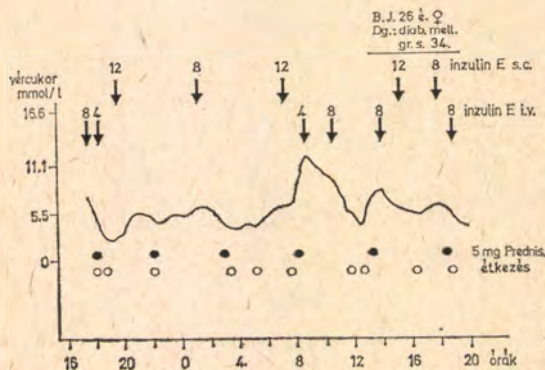
Megbeszélés

Az utóbbi évek tapasztalatai lehetővé tették, hogy a terhesség alatti anyagcsere-irányítás módját illetően az egyes centrumokban egységes állásfoglalás alakuljon ki. Más a helyzet azonban a szülés körüli, különösen a szülés alatti és az azt követő időszak anyagcsere-vezetésével kapcsolatban,

mivel a követendő kezelési mód mindmáig megbeszélések tárgya. Hasonlóan nincs még egységes állásfoglalás arra vonatkozóan, hogy hogyan történ-



5. ábra: a) Terhességének 32. hetében levő cukorbeteg asszony vércukorszintjének alakulása (Eyetone-készülékkel ellenőrizve). A grávida diabeteses ketoacidózis miatt került intenzív osztályunkra. Adekvát kezelés (folyadék-ion-alkalipótlás és frakcionált, kis dózisú intravénás inzulin adagolás) hatására anyagcsere-állapota 4 órán belül stabilizálódott. Az észlelés 12. órájában szteroid profilaxist kezdtünk, további is $\frac{1}{2}$ –1 óránkénti vércukor-ellenőrzés alapján történő intravénás inzulinkezelés (óránként 4–12 E) mellett.



b) Steroid profilaxis során készült folyamatos vércukorgörbe, terhességének 35. hetében levő diabéteszes esetben. Az addigi s. c. inzulinadagot további 40 E inzulin i. v. adásával egészítettük ki, azonban a normoglycaemiás állapot még így sem volt maradéktalanul megvalósítható.

2. táblázat. Perinatális mortalitás és morbiditás megoszlása az újszülöttek gestációs kora szerint 100 cukorbeteg terhes (White B-F) esetében

	Gestációs kor 29–37. hét (n = 27)	38. hét eset (n = 73)	Összes (n=100)
Perinatális mortalitás	3*	2*	5**
Újszülöttkori kóros állapot	14	29	43
hypoglycaemia		3	16
IRDS		4	1
egyéb adaptációs zavar		10	12
Egészséges újszülött	10	42	52

* 1–1 betegnek az élettel összeegyeztethetetlen fejlődési rendellenessége volt

jék a cukorbeteg terhes nő belgyógyászati kezelése diabetogen hatású gyógyszerek adagolásának idején.

A beta-mimetikumok fokozzák a glycogenolysist, a lipolytikus aktivitást, hyperinzulinizmust okoznak és így hyperglycaemiához, keto- és laktát-acidózis kialakulására vezethetnek (26, 15, 5, 12, 8). A steroid készítmények a glyconeogenezist fokozzák, valamint csökkentik a perifériás glukózfelhasználást (5). Fenti hatásainál fogva mind a beta-symphathomimeticumok, mind a steroidok a szénhidrát toleranciát jelentősen rontják. Figyelembe véve a diabéteszes terhes alatti inzulinrezisztenciáját és azt, hogy a normoglycaemiás állapotot feltétlenül fenn kell tartani, cukorbeteg terhesen történő alkalmazásuk az anyai anyagcsere-egyensúly zavarának veszélyét rejtheti magában (5, 26, 28, 12). E szerek javallatának felállítását tehát diabéteszszel szövődött terhesség esetében alapos megfontolást igényel, hiszen nemkívánatos hatásaiak folytán a normoglycaemiás állapot elérését, ill. fenntartását nehezítik, hyperglycaemiát okoznak, és így nem csupán az anyai, hanem a magzati szövődmények kialakulását is elősegíthetik.

Tapasztalataink szerint e szerek diabetogen hatása megfelelően irányított inzulinkezelés segítségével többnyire kiegyenlíthető, és az anyák kívánatos anyagcsere-állapota fenntartható. Eseteinkben tocolytikus célra terbutalint (Bricanyl) alkalmaztunk orálisan, mivel irodalmi adatok (5, 26) alapján úgy tűnt, hogy a szénhidrát toleranciát csökkentő hatás e kezelés során a legkevésbé súlyos. Minden Bricanyl kezelésben részesült beteg inzulinadagját a kezelés napjától megemeltük — az igen gyakran végzett vércukor-ellenőrzés adatainak megfelelően — napi 8–20 E-gel, és e megnövelt inzulinadagot a tocolyticus kezelés során végig fenntartottuk. Bricanyl therapia kapcsán az inzulin intravénás adása ritkán vált szükségessé, a szubkután adag emelése elegendőnek tűnt. Steroid-profilaxis idején minden esetben sor került intravénás inzulinadagolásra. A szükséges inzulin mennyiségét folyamatos, vagy legalább óránkénti vércukor-ellenőrzés alapján állapítottuk meg. Tapasztalataink szerint az alkalmazott prednisonkezelés a normoglycaemia fenntartásához szükséges inzulinigényt közel kétszeresére növelte. Tekintettel arra, hogy a steroid profilaxis ideje a 48 órát általában nem haladja meg, erre az időre az anyagcsere-egyensúly mesterséges endocrin pancreasszal történő fenntartása az optimális és leginkább biztonságos kezelési eljárás (23, 24).

Az anyai normoglycaemia fenntartása a születésig az újszülöttkori szövődmények megelőzésében döntő jelentőségű (11, 6), biztosítása azonban az anya szülést követő fokozott inzulinérzékenysége miatt nem könnyű feladat (14, 21). A szerzők többsége — a szülés utáni anyai hypoglycaemia biztos megelőzése céljából — a szülés tervezett napjának reggelén a terhesség alatti inzulinadagnak csak töredékét adja, azonnali glukóz infúzió védelmében (14, 7, 10, 27, 1, 21). Más szerzők a szülés tervezett napján folyamatos inzulininfúzió adását ajánlják 5%-os dextrose-oldatban (30, 29, 28), hangsúlyoz-

va, hogy az infúzió sebessége a vércukor aktuális állapotától függően változtatható, továbbá a folyamatos dextroze-infúzió segítségével a postpartális anyai hypoglycaemiát biztosan ki lehet védeni. (Az inzulin-infúzió kezelés biztonságos adagolásához természetesen nagy pontosságú adagolókészülék szükséges.) Az említett szerzők adatait részletesen áttekintve kiderül, hogy a fenti módszerek segítségével a szülés utáni hypoglycaemia minden esetben elkerülhető volt ugyan, de közvetlenül a szülés előtt, ill. alatt az anya vércukra eseteik többségében a 5,5 mmol/l (100 mg/dl)-es szintet meghaladta (21, 7) és átlagosan 7 mmol/l (125 mg/dl) alatt (28), 5,6–8,3 mmol/l (101–150 mg/dl) között (30), 7,7–8,9 mmol/l (140–160 mg/dl) között (1) volt, ill. „nem keletkezett súlyos hyperglycaemia” (27).

Módszerünk szerint a diabetikák a szülés tervezett napján is terhesség alatti kristályos inzulin-adagjukat kapják s. c., mert így a normoglycaemia a szülés alatt is biztosan fenntartható. Az inzulin-adást követően oxitocin-tartalmú fiziológiás só infúziót kötünk be mindaddig, míg a gyermek meg nem születik. Ez sectio caesarea esetén 30–40 percen belül lehetséges, vaginális szülésvezetés esetén pedig a szülés lezajlásáig táplálkozhat a beteg. Glukóz-infúzió adására csakis a gyermek megszületése után kerül sor. Egyrészt azért, mert az intravénás dextrose normoglycaemiát meghaladó vércukornövelő hatását ekkor a gyermek szempontjából már nem kell figyelembe venni, másrészt, mert az anya fokozott inzulinérzékenysége, ill. hypoglycaemiás hajlamával csakis a szülést követően kell számolnunk. Az inzulinigény hirtelen csökkenésének kialakulásában elsősorban szerepet játszó placéntaris-endocrin változások (HPL eltűnése a vérből, csökkent HGH válasz stb.) ugyanis éppen a szülés lezajlása (a placenta eltávolítása után) alakulnak ki, és így glukóz profilaktikus adásának nincs elméleti alapja.

Therapiás elveink helyességét támasztja alá, hogy beteganyagunkban anyai anyagcserezavar sem graviditás alatt, sem a szülés után nem fordult elő. Ennek elérésében természetesen nemcsak az anyagcsere-vezetés módja, hanem a rendszeres, igen gyakori vércukor-ellenőrzés is lényeges szerepet játszhatott.

Kérdés, hogy az újszülöttkori mortalitás és morbiditás szempontjából elengedhetetlenül fontos-e az, hogy az anya vércukra a terhesség utolsó óráiban és a szülés alatt is 5,5 mmol/l (100 mg/dl) alatt legyen. E kérdésre egyértelmű választ adni nem könnyű, hiszen az újszülöttkori szövődmények létrejöttében az anyai vércukorszint alakulásán kívül számos egyéb — genetikai, szülészeti stb. — tényező is döntő jelentőségű. Magunk követendő és megvalósítható therapiás elvnek tartjuk a normoglycaemiás állapot szülés előtti és alatti fenntartását. Ezt alátámasztani látszanak a gondozásunk alatt szült anyák újszülöttjének adatai is. A perinatális mortalitás 5/100 volt. Két újszülött az élettel összeegyeztethetetlen fejlődési rendellenességek miatt halt meg. A perinatális halálozás tisztított arányszáma így 3%-nak felel meg.

Megjegyezzük, hogy mindkét elvesztett gyermek anyja terhességének harmadik trimeszterében került gondozásunkba.

A 100 újszülött közül csupán 5-ben észleltünk IRDS-t, közülük 4 koraszülött volt, mindegyik gyermek meggyógyult. Az IRDS kialakulása szempontjából az anyai vércukorszintnek döntő jelentőséget tulajdonít az irodalom (14, 25), és még a legújabb adatok is 6–10%-os gyakoriságról számolnak be (7, 14, 25, 9, 10). Úgy gondoljuk, hogy anyagunk alacsony IRDS-gyakorisága kapcsolatban lehet az anyák jó anyagcsere-állapotával.

Még mindig nem lezárt kérdés az anyai hyperglycaemia és az újszülöttkori hypoglycaemia kapcsolata. Nem kétséges, hogy a rosszul kezelt diabeteses anyák újszülöttjei között a hypoglycaemia előfordulása lényegesen gyakoribb (21), de úgy látszik, hogy még a jól kezelt diabetikák gyermekeiben is 20–40%-ban figyelhető meg (25, 14, 30). Anyagunkban 19%-os gyakoriságot észleltünk, ún. késői (60. életperc utáni) hypoglycaemia csupán 7%-ban fordult elő (4).

A hypoglycaemia kivédésében hasznosnak bizonyult az újszülöttek vércukorszintjének folyamatos ellenőrzése (4). Ez a módszer különösen jelentős akkor, ha az anya cukorbetegsége csupán a terhesség alatt derült ki. Ezen esetekben ugyanis lényegesen gyakoribbak az újszülöttkori anyagcserezavarok. Észlelésünk folyamán az újszülöttek több mint 50%-ában semmiféle kóros eltérést nem észleltünk.

Tapasztalataink alapján cukorbeteg terhesek szülés körüli ellátását illetően levonható néhány általános kezelési irányelv, melyek a klinikai gyakorlat során eredménnyel alkalmazhatók:

1. Anyagcsere-vezetés a szülés előtt, alatt és után:

A szülés előtti napon, valamint a szülés napján, a szülés bekövetkeztéig a megelőző napok inzulin-szükségletének megfelelő inzulinadagot kapja a beteg. A szülést követően, a szülés napján maximálisan 8 E kristályos inzulin adása szükséges. A szénhidrátpótlás császármetszés után 5%-os glukóz-infúzió, ill. cukros tea (7–10%-os) formájában történik, óránkénti vércukor-ellenőrzéssel (Dextrostix). A szülést követő 1–3. napon a szükséges inzulinmennyiséget naponta 4-szer adott kristályos inzulin formájában juttatjuk be, 2–3 óránkénti vércukor-ellenőrzéssel. A diéta napi 160–200 szénhidrátot tartalmaz, 6-szori elosztásban.

A szülést követő 4. naptól az inzulint naponta 2-szer adott intermedier készítmény formájában adagoljuk, rendszeres vércukor-ellenőrzéssel.

2. Anyagcsere-vezetés diabetogén hatású farmakonok adagolásának idején:

a) Steroid kezelés során folytatjuk a — normoglycaemiás beállításhoz szükséges — megszo-

6E, ha 9,6 mmol/l (175 mg/dl) fölé emelkedik, akkor 8E kristályos inzulin adunk intravénásan.

b) Béta-sympaticomimeticus hatású Bricanyl adását követően az inzulin naponta 4–5-ször adott kristályos inzulin formájában, szubkután adagoljuk, a szükséges arányok (2) megtartása mellett. Az inzulin dózist néhány nap alatt 20–30%-kal emeljük és e megemelt inzulinadagot a Bricanyl kezelés során végig fenntartjuk. Felhívjuk a figyelmet arra, hogy amennyiben a tocolyticus szerek (Partussisten, Bricanyl) intravénás adására kerül sor, akkor az infúzió tartamára az inzulinszükséglet 2–3-szorosára emelkedhet (24, 2/a).

Eredményeink alapján úgy véljük, hogy a diabétesz szövődményes terhesség ellátása csak jól szervezett munkacsoport (szülész, belgyógyász, szemmész, gyermekgyógyász) intenzív gondozómunkája segítségével valósítható meg. Legmegfelelőbbben e feladatokat speciális felkészültségű diabetes centrumok láthatnák el.

Összefoglalás: A szerzők 100 cukorbeteg terhes szülés körüli belgyógyászati ellátása során nyert tapasztalataikról számolnak be. Tárgyalják a célszerű anyagszere-vezetést vaginális úton, illetve sectio caesareával történő szülés során. Ennek lényege, hogy a szülés bekövetkeztéig — a normoglycaemia fenntartása céljából — a korábban megfelelően beállított inzulinkezelésen nem változtatnak, és az inzulinadag csökkentését, valamint az esetleges cukorbevitelt csak a gyermek megszületése után tartják célszerűnek. Megállapítják, hogy a terhesség alatt esetleg szükségessé váló diabétogén hatású farmakonok (beta-sympaticomimetikumok, szteroidok) adagolása idején csak igen gyakori vércukorellenőrzés mellett, jelentősen megemelt inzulinadagokkal biztosítható a kívánatos anyagszere-egyensúly. Részletesen ismertetett módszereiknek jelentőséget tulajdonítanak abban, hogy a

cukorbeteg terhességből származó újszülöttek perinatális mortalitását 50%-ra sikerült csökkenteniük.

IRODALOM: 1. Asztalos M.: Kandidátusi értekezés, Debrecen, 1977. — 2. Baranyi E. és mtsai: Orv. Hetil. 1980, 121, 995. — 2/a. Barnett, A. H., Stubbs, S. M., Mander, A. M.: Diabetologia 1980, 17, 365. — 3. Békefi D. és mtsai: Gyermekgyógyászat. 1979, 29, 464. — 4. Békefi D., Tamás Gy. Jr.: Gyermekgyógyászat, 1979, 30, 509. — 5. Borberg, C. és mtsai: Brit. J. Obstet. Gynecol. 1978, 85, 184. — 6. Brudenell, J. M.: J. Royal Soc. Med. 1978, 71, 207. — 7. Cassar, J. és mtsai: Brit. J. Obstet. Gynecol. 1978, 85, 585. — 8. Chapman, M. G.: Brit. Med. J. 1977, 1, 639. — 9. Frantz, I. D., Epstein, M. F.: Semin. Perinatol. 1978, 2, 347. — 10. Gabbe, S. G. és mtsai: Am. J. Obstet. Gynecol. 1977, 129, 723. — 11. Gillmer, M. D. G., Beard, R. W., Brooke, F. M.: Brit. Med. J. 1975, 3, 399. — 12. Gündogdu, A. S., Brown, P. M., Sönksen, P. H.: Lancet, 1979, II., 1317. — 13. Karlsson, K., Kjellmer, I.: Am. J. Obstet. Gynecol., 1972, 112, 213. — 14. Kitzmiller, J. L. és mtsai: Am. J. Obstet. Gynecol., 1978, 131, 560. — 15. Lesslie, D., Counts, P. M.: Brit. Med. J. 1977, 1, 768. — 16. Pedersen, J.: The Pregnant Diabetic and Her Newborn 2nd Ed. Copenhagen, Munksgaard, Williams and Wilkins, Baltimore, 1977. — 17. Pedersen, J., Pedersen, L. M., Andersen, B.: Diabetes, 1974, 23, 302. — 18. Persson, B. és mtsai: Acta Paediatr. Scand. 1976, 1, 65. — 19. Petrányi, Gy. Jr. és mtsai: Diabetol. Corat. 1977, 6, 33. — 20. Petrányi, Gy. Jr., Tamás, Gy. Jr., Paksy, A.: Orv. Hetil. 1977, 118, 25. — 21. Soler, N. G., Malins, J. M.: Diabetologia, 1978, 15, 441. — 22. Szalay J.: Diabetes és terhesség. In: Diabetes mellitus. Szerk.: Magyar I., Tamás Gy. Jr., Medicina, Budapest, 1979, 317. old. — 23. Tamás Gy. Jr. és mtsai: Use of an Artificial Endocrine Pancreas in Diabetic Pregnancy Workshop on artificial beta-cell, Héviz, 1979. szept. Abstr. — 24. Tamás Gy. Jr. és mtsai: Acta Diab. Lat. (in press). — 25. Teramo, K., Kuvsisto, A. N., Raivio, K. O.: Ann. Clin. Res., 1979, 11, 121. — 26. Thomas, D. J.: Brit. Med. J. 1977, II., 438. — 27. Tyson, J. E., Hock, R. A.: Am. J. Obstet. Gynecol., 1976, 125, 1009. — 28. Watkins, P. J.: J. Royal Soc. Med., 1978, 71, 202. — 29. West, T. E.: Brit. Med. J., 1977, I., 1252. — 30. Yeast, J. D., Porreco, Ginsberg, H. N.: Am. J. Obstet. Gynecol., 1978, 131, 861.

MEGRENDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett

az ORVOSI HETILAP-ot

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

Fővárosi Péterfy Sándor utcai Kórház-Rendelőintézet
Szülő-Nőbeteg Osztály
(főorvos: Forgács József dr.)

Császármetszések utáni fájdalomcsillapítás peridurálisán adott morfiummal (Előzetes közlemény)

Krasznai Péter dr.

A peridurálisán adott kis mennyiségű morfium kiváló és meglepően hosszú időtartamú fájdalomcsillapító hatásáról az utóbbi időben több közlemény számolt be (1, 3, 4, 5). Az egyértelműen kedvező tapasztalatok alapján próbáltuk ki az eljárást császármetszéseknél a postoperatív fájdalmak csillapítására.

Beteganyag és módszer

47 lumbális peridurális anesztéziában (LPA) végzett császármetszés után, közvetlenül a műtét befejezésekor, adtunk 2 mg morfiiumot 10 ml fiziológiás konyhasóban feloldva, az előzetesen bevezetett peridurális kanülön keresztül. A betegek vérnyomását, pulzusszámát és légzésük frekvenciáját az első órában 15 percenként, majd a további 6 óra alatt 60 percenként ellenőriztük.

A fájdalomcsillapító hatás értékelése a következő módon történt:

- jónak tekintettük, ha a postoperatív időszakban semmiféle kiegészítő fájdalomcsillapításra nem volt szükség.
- kielégítőnek, ha a postoperatív fájdalom 1 alkalommal im. adott, nem kábító fájdalomcsillapítóra megszűnt,
- hatástalannak, ha a kellő fájdalomcsillapítás csak peridurális bupivacain befecskendezésével volt elérhető.

Betegeink életkor, testsúly és testmagasság szerint igen eltérőek voltak (szélső értékek: életkor 19–41 év, súly 52–117 kg, magasság 147–181 cm).

Eredmények

40 esetben a postoperatív fájdalomcsillapítás jónak, 5 esetben kielégítőnek, 2 esetben hatástalannak bizonyult. Átlagos időtartam 17 ± 6 óra volt. A betegek keringési paramétereiben és légzésszámában változást nem észleltünk. Mellékhatásként 2 esetben orr és száj körüli viszketés, 3 esetben hányinger fordult elő. A mellékhatás tünetei egyik esetben sem érték el azt a mértéket, hogy gyógyszeres terápiát igényeltek volna. Postoperatív uterus atonia, bélműködési, illetve vizeleti zavar anyagunkban nem volt.

Megbeszélés

A LPA a császármetszések érzéstelenítésében világszerte egyre népszerűbb. A módszer előnyei közé tartozik, hogy a postoperatív szakban is kiváló fájdalomcsillapító hatás érhető el. Leggyorsabb módja a műtét után is fenntartott LPA frakcionáltan vagy folyamatosan adagolt helyi érzéstelenítő oldattal. Az ismételt peridurális befecskendezés azonban fokozza az infekció veszélyét, de gyakori, hogy az ismételt dózisok beadására csak késve, vagy egyáltalán nem kerül sor, ami-ben a LPA hipotenzív hatásától való félelem játszik szerepet. (A folyamatos adás komoly felszereltségi igénye miatt nem terjedt el a gyakorlatban.)

A peridurálisán adott morfium, mivel hipotenzív hatása nincs, de hatása rendkívül hosszú, új lehetőségnek látszik a postoperatív fájdalomcsillapításban. Hatásmechanizmusa minden részletében még nem tisztázott. *Snyder és Bowscher* (2, 6) speciális opiát receptorokat feltételez a gerincvelő hátsó szarvának substantia gelatinosájában. A peridurálisán bejuttatott opiátok itt, valószínűleg az első szenzoros átkapcsolás helyén hatva, megszüntetik a C rostok vezetését. A kis mennyiségű morfium klinikai hatása, mind a fájdalomcsillapítás minősége, mind időtartama szempontjából, meglepő. Ilyenkor nem kell számolni azokkal az ismert mellékhatásokkal, melyek a más úton bevitt nagyobb dózisú morfiumnál igen gyakran jelentkeznek. Előnyös, ha a morfium peridurális befecskendezése közvetlenül a műtét után, jól kontrollálható körülmények között, az aneszteziológus által történik. A tapasztalatok szerint a helyi érzéstelenítő és a morfium között bizonyos synergismus tételezhető fel (7).

Eredményeink és megfigyeléseink alapján felmerült néhány olyan kérdés is, melyekre pillanatnyilag nem tudunk válaszolni:

- biztosan korrekt helyzetű kanül esetén miért nem hatott a peridurálisán adott morfium (2 eset)?
- miért nem találtunk összefüggést a peridurálisán adott morfium fájdalomcsillapító hatása, a betegek életkora, testsúlya, magassága között?
- miért nem fordultak elő anyagunkban azok a mellékhatások, melyeket sebészeti beteganyag esetén, kisebb vizsgálati csoportban

is megfigyeltek már (kínzó hányinger, hányás, vizeleti zavar, légzés depresszió)? Összefüggésben lehet ez a tapasztalat a peridurális tér gestatio alatt megváltozott keringési viszonyaival, esetleg az opiát receptorok eltérő érzékenységeivel?

A felvetett kérdésekre további munkánk során igyekszünk választ kapni.

Összefoglalás: A szerző 47 lumbális peridurális anesztéziában végzett császármetszés után adott 2 mg morfiumot a peridurális térbe, postoperatív fájdalomcsillapítás céljából. 45 betegnél jó, illetve kielégítő fájdalomcsillapító hatás alakult ki. Az eredmények alapján a peridurális adott mor-

fium a császármetszések postoperatív szakában jól használható, különösebb szövödményekkel nem terhelt fájdalomcsillapító eljárásnak látszik. A szerző feltesz néhány kérdést, melyek megválaszolása a jövő feladata.

IRODALOM: 1. Behar, M. és mtsai: Lancet 1979, 1, 527. — 2. Bowsher, D.: Anaesthesia 1978, 35, 935. — 3. Johnston, J. R., McCaughey, W.: Anaesthesia 1980, 35, 155. — 4. Matthews, E.: Lancet 1979, 1, 673. — 5. Perris, B. W.: Lancet 1979, 2, 422. — 6. Snyder, S. H.: Scientific American 1977, 44, 236. — 7. Varga L.: Anaesth. és Intenzív Therápiás Társaság Vándorgyűlése, Szombathely, 1980. augusztus.

VENORUTON

gél

H 600

Antivaricosa

KÜLSŐLEGES

HASZNÁLATRA



ÖSSZETÉTEL:

1 tubus (40 g) 0,8 g 0-(β -hydroxyethyl)-rutosidea hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK:

Akut thrombophlebitis, varicophlebitis esetén localis fájdalom csökkentése; lobmentes, ún. „fájdalmas, meleg vénák” kezelése; lágyrészsérülések, (contusio, distorsio stb.) esetén a feszülés, ödéma csökkentése; egyéb steril lobos állapotok (gyulladt bűtyök, lúdtalp stb.); különböző mikrocirkulációs keringési zavarok (pl. fagydaganat).

ELLENJAVALLATOK:

Jelenleg nem ismeretesek.

ALKALMAZÁS:

Reggel és este a kezelendő felületre felkenjük, egyenletes enyhe masszírozással a bőrbe bedörzsöljük. Szükség esetén borogatást (este) vagy kompressziós kötést (reggel) helyezünk fel.

MEGJEGYZÉS:

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

CSOMAGOLÁS:

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

Előállító: BIOGÁL Gyógyszergyár,

Debrecen, ZYMA AG licencia alapján.

Főv. János Kórház-Rendelőintézet
IV. Belgyógyászati Osztály
(főorvos: Szlamka István dr.) és a
Magyar Gastroenterológiai Társaság
(főtitkár: Wittman István dr.)

Gastroenterológiai endoscopos vizsgálatok szövődményei Magyarországon (1975–1979)

Wittman István dr. és Bodó Mihály dr.

A modern fiberoscopok kifejlesztésével az emésztőszervi endoscopia forradalmi változást idézett elő a gastroenterológiában. Az új diagnosztikus és terápiás eljárások bevezetése, majd a gyakorlat-

ban végbement térhódításuk Magyarországon az 1970-es években kezdődött. A Magyar Gastroenterológiai Társaság évenkénti felmérései alapján 1973 óta pontos adataink vannak a gastroenterológiai endoscopos vizsgálatok számának alakulásáról. A vizsgálatok gyors elterjedését igazolja, hogy 1973-ban 16 636, 1979-ben már 50 852 endoscopos vizsgálatot végeztek.

Az 1975–79-es periódusban, kérdőíves módszer segítségével évenként felmértük az endoscopos vizsgálatok szövődményeit (1. táblázat).

Közleményünkben ismertetjük a számadatokat, következtetünk a megelőzés lehetőségeire, egyben felhívjuk a figyelmet az egyes endoscopos vizsgálatok lehetséges szövődményeire.

Endoscopos szövődmény minden olyan tünet vagy állapot, mely az endoscopos vizsgálattal okozati összefüggésben van és a betegnek olyan károsodást okoz, mely további orvosi ténykedést tesz szükségessé, mint például vérzéscsillapítást, transfúziót, műtétet, resuscitációt, stb.

Közleményünk tárgyát az a 112 szövődményes eset képezi, mely Magyarországon 1975–1979 között, az elvégzett 179 885 vizsgálat során adódott. Ez 0,6‰-nak felel meg; ebből letális szövődmény volt 20 (0,1‰). Az egyes endoscopos vizsgálati típusokban a szövődmények megoszlását a 2. táblázat mutatja.

Az oesophagoscopos vizsgálatok két csoportra oszlanak: a hagyományos, merev eszközzel történő vizsgálatokra, ezekkel 6967 vizsgálat történt, 6 perforációval (0,9‰), 6-ból 2 beteget (0,35‰) elvesztettünk. Flexibilis eszközzel 3034 vizsgálat történt,

1. táblázat. Gastroenterológiai endoscopos vizsgálatok szövődményei Magyarországon

	1975	1976	1977	1978	1979
Összes vizsgálat	24 379	27 453	35 001	42 200	50 852
Szövődmények száma	14 (0,6‰)	20 (0,7‰)	24 (0,7‰)	30 (0,7‰)	24 (0,5‰)

2. táblázat. Szövődmények megoszlása Magyarországon (1975–1979)

Endoscopos vizsgálatok	Vizsgálatok száma	Szövődmény	Exitus
Oesophagoscopia (merev)	6 967	6 (0,9‰)	2 (0,35‰)
Oesophagoscopia (flexibilis)	3 034	1 (0,3‰)	0
Oesophagp-gastro-duodenoscopia (polypectómiai szövődményekkel együtt)	149 321	28 (0,2‰)	4 (0,3‰)
Colonoscopia (polypectómiai szövődményekkel együtt)	9 345	30 (3,3‰)	5 (0,5‰)
ERCP	6 887	24 (3,5‰)	6 (0,9‰)
Laparoscopia	3 826	9 (2,4‰)	2 (0,6‰)
Endoscopos sphincterotomia			
1978–1979	182	14 (11,0‰)	1 (0,5‰)
Jejunoscopia	36	—	—
Gastrosocopia (merev)	287	—	—
Összesen	179 885	112 (0,6‰)	20 (0,1‰)

A Magyar Gastroenterológiai Társaság 22. Kongresszusán elhangzott referátum alapján (1980. május, Keszthely).

ezen közül 1 esetben volt perforációs szövődmény (0,3‰). Ezek a számadatok a flexibilis fiberoscop előnyeit igazolják a merev eszközökkel szemben, bár ki kell emelnünk, hogy idegentest eltávolítás esetében, valamint a nyelőcső varixainak scleroti-

3. táblázat. **Oesophago-gastro-duodenoscopus vizsgálatok szövődményei**

	Vizsgálat	Szövődmény	Mortalitás
Schiller, K. F. (11) (Anglia, 1972)	23 500	2,8‰	0,1‰
Stadelmann, O. (NSZK, 1973)	99 400	0,9‰	0,2‰
Hancy, A. (5) (Franciaország, 1977)	150 000	1,1‰	0,3‰
Magyarország (1975—79)	149 321	0,2‰	0,03‰
Szövődmények megoszlása:			
Perforatio:	4 (1 exitus)		
Vérzés:	17 (postpolypectomiás 16, 1 postbiopsiás, melyek közül 10 esetben transfúzióval, 4 esetben műtétrel történt eredményes vérzéscsillapítás, 3 esetben elektrocoagulatio történt a vérzés megállítására.)		
Cardialis szövődmény:	4 (3 exitussal járt)		
Pneumoperitoneum:	1		
Egyéb szövődmény:	2		

4. táblázat. **Diagnosztikus colonoscopus vizspálatok szövődményei**

	Vizsgálat	Szövődmény	Mortalitás
Berci, G. (1) (USA, 1974)	3 850	1,8‰	0,3‰
Smith, L. E. (13) (USA, Japán, Anglia 1975)	7 959	0,9‰	0,1‰
Rogers, B. H. G. (9) (USA, 1975)	25 298	3,0‰	0,08‰
Frühmorgen, P., Demling, L. (4) (NSZK, 1978)	35 892	1,5‰	0,2‰
Magyarország (1975—1979)	9 345	2,6‰	0,3‰
Szövődmények megoszlása:			
Oka:	24 perforatio 16 eszközös (1 exitus) 5 diverticulum ruptura (2 exitus) 3 biopsiás		
Helye:	20 sygma 2 rectum (20 cm) 2 nem kaptunk adatot		

5. táblázat. **E R C P vizsgálatok szövődményei**

	Vizsgálat	Szövődmény	Mortalitás
Classen, M. (3) (NSZK, 1975)	569	7,4%	5,0‰
Nebel, O. (7) (USA, 1975)	3 884	2,4%	1,3‰
Bilbao, M. (2) (USA, 1976)	10 435	3,0%	2,0‰
Magyarország (1975—1979)	6 887	0,35%	0,9‰
Szövődmények megoszlása:			
Pancreatitis	16 (3 exitus)		
Perforatio	3 (2 exitus)		
Cholangitis	3 (1 exitus)		
Praemedicatio	2		

zálásánál előnyösebb a merev eszköz alkalmazása (2. táblázat).

Az oesophago-gastro-duodenoscopus vizsgálatok, mint az a 2. táblázat adataiból kitűnik, az ösz-

szes endoscopus vizsgálat döntő többségét adják. Az elmúlt öt évben 149 321 vizsgálatot jelentettek. Huszonnyolc (0,2‰) szövődményes eset volt, 4-et elvesztettünk (0,03‰). Ezek a számadatok tartal-

6. táblázat. **Laparoscopus vizsgálatok szövődményei**

	Vizsgálat	Szövődmény	Mortalitás
Paolaggi, J., Debray, Ch. (8) (Franciaország, 1976)	35 000	5,1%	0,9%
Leitao, C. N. és mtsai (6) (Portugália, 1976)	300	10,0%	—
Wildhirt, E. (15) (NSZK, 1965)	7 280	6,0%	0,4%
Magyarország (1975—1979)	3 826	2,4%	0,6%
Szövődmények megoszlása:			
Bélperforatio	2 (1 exitus)		
Vérzés a májból	1 (1 exitus)		
Vérzés hasfali érből	1 (műtéti gyógyítás)		
Epecsorgás	1 (műtéti gyógyítás)		
Epileptoid attack	2		
Egyéb	2		

mazzák a felső emésztőtractusban végzett polypectomiás vizsgálatokat is, sőt az urgens endoscopos vizsgálatok, azaz az akután vérző betegeken végzett vizsgálatok adatait, szövődményeit is. A 3. táblázatból látható, hogy a legfontosabb szövődmények a perforatio, a cardialis elégtelenség és a polypectomiás vérzések voltak.

A *coloscopus* vizsgálatok leggyakoribb szövődménye a perforatio. Magyarországon öt év során végzett 9345 diagnosztikus vizsgálat során 24 (2,6%) szövődmény volt, valamennyi perforatio. A 24-ből 3 beteg, az összes vizsgálat 0,3%-e meghalt. Valamennyi perforatio a sigmabél és a rectum területén történt. A perforatio okai: biopsia, az intraluminalis nyomásfokozódás miatt az elvékonyodott diverticulumfal rupturája és a különböző instrumentális manőverek során létrejött perforatio (4. táblázat).

Az *endoscopos retrograd cholangiopancreatographiás* (ERCP) vizsgálat szövődményeinek gyakorisága, más endoscopos vizsgálatokhoz viszonyítva valamivel magasabb arányszámot mutat; 6887 vizsgálatból 24 (3,5%) volt a szövődményes eset, 6 (0,9%) letális kimenettel. A pancreatitis a leggyakoribb szövődmény, mely különösen veszélyes, ha pancreascysta feltelődése kapcsán alakul ki: 3 letális eset fordult elő (5. táblázat).

A *laparoscopia* szokványos szövődményei a vérzések, a légemboliák, a bőr, a mediastinum és a nagycseplesz emphysemája, bélperforációk és epeperitonitis. Gyűjtött statisztikák szerint 3826 vizsgálatból 9 szövődmény adódott, 2 halálos kimenettel (6. táblázat).

Laparoscopus vizsgálatok szövődményeiről kevés az összefoglaló irodalmi közlemény.

Tapasztalataink a Magyarországon 1976—79-ben végzett *endoscopos polypectomiákról* a következők voltak. A gyomor-bél tractus felső felében 922 polypot távolítottak el, ezek során 17 (1,8%) szövődményes eset volt, mortalitás nélkül. Az alsó gyomor-bél tractusból végzett colonoscopus polypectomiáknál (846 eltávolított polypus) szövődményes esetek száma 6 (0,7%) volt, ebből két beteg (0,2%) elvesztettünk. A felső tractusban a vérzés, az alsó tractusban a perforatio a csaknem kizárólagos szövődmény (7. táblázat).

7. táblázat. **Endoscopos polypectomiák szövődményei**

	Polypectomia	Szövődmény	Mortalitás
<i>Felső emésztőtractus</i>			
Singer, M. (NSZK, 1975)	276	1,4%	—
Magyarország (1976—1979)	922	1,8%	—
<i>Alsó emésztőtractus (colonoscopia)</i>			
Berci, G. (1) (USA, 1974)	901	1,0%	—
Smith, L. E. (13) (USA, Japán, Anglia)	1669	2,9%	—
Rogers, B. H. G. (9) (USA, 1975)	6214	2,3%	—
Frühmorgen, P. és Demling, L. (4) (1978)	7365	2,6%	0,1%
Magyarország (1976/1979)	846	0,7%	0,2%

A felső emésztőtractusból akután vérző betegnél végzett úgynevezett *urgens endoscopos vizsgálatok* adatait az elmúlt négy évben gyűjtöttük. 1976—1979 között Magyarországon 9568 vizsgálat során 4 (0,04%) szövődményes eset adódott 2 (0,02%) exitussal, melyek syncope következtében léptek fel.

Az *endoscopos sphincterotomiás* (papilla Vateri) beavatkozások Magyarországon még kevésbé elterjedtek. 1978—79-ben 182 sphincterotomia (23 esetben kőextrakcióval együtt) történt, 14 szövődményes eset volt, 1 exitussal járt.

Az endoscopos sphinterotomiák szövődményeit illetően utalunk Sáfrány (10) összegyűjtött adataira.

A szövődmények típusainak az endoscopos vizsgálati módszerekkel való egybevetése néhány értékes tapasztalatra enged következtetni (8. táblázat). Ezek szerint a leggyakoribb szövődmény a perforatio. A 112 szövődményből 48 volt a perforatio és ezek közül 13-an haltak meg. A perforációk legnagyobb része a coloscopiánál fordult elő; összesen 24 esetben, 3 halálos kimenettel. A gyomor és a nyombél perforációk száma a nagyszámú

8. táblázat Endoscopos vizsgálatok szövődményei (1975—1979)

		Perforáció exitus		Vérzés exitus		Pancreatitis exitus		Cardialis exitus		Cholangitis exitus		Egyéb
Oesophago-gastro-duodenosopia		5	1	1				4	3			2
Colonosopia		24	3									
ERCP		3	2			16	3			3	1	2
Sphincterotomia		1				11	1			1		1
Oesophagosopia	merev flexibilis	6 1	2									
Laparosopia		2	1	2	1							5
Polypectomia	oesophago- gastro-duod. colonoscopus	6	2		16							
Összesen		48	11	19	1	27	4	4	3	4	1	10

oesophago-gostroduodenoscopus vizsgálathoz viszonyítva (149 321), viszonylag kevés; 5 perforatio, 3 halálos kimenetellel. A colon perforatiókhoz tartoznak a colonban végzett polypectomiáknál előfordult perforatiók is: 6 perforatio, s ebből 2 exitus. A nyelőcsőben előforduló perforatiókról — ahol a merev eszköz jelenti a veszélyt — már szóltunk.

A szövődmények másik nagy csoportját a vérzések képezik; 19 esetben fordultak elő, 1 exitussal. Jellemző, hogy a 19 vérzésből 16 társult a gyomorban végzett polypectomiához és ezek között nem volt haláleset. Az egyetlen, vérzés miatt bekövetkezett exitus laparoscopus vizsgálatnál történt.

A következő kategória az *acut pancreatitis*; 27 esetben fordult elő, s ezekből a betegek közül 4-en haltak meg. E csoportból 16 fordult elő az ERCP szövődményeként és amint már említettük, a 182 sphincterotomiánál 11 szövődmény fordult elő halálessel.

Acut cardialis elégtelenség szövődményeként 4 esetben fordult elő. Ezek közül hárman meghaltak.

Cholangitis 4 alkalommal fordult elő ERCP szövődményeként, 1 exitussal.

Egyéb szövődmény típus 10 volt, haláleset nélkül.

További három szempont szerint analizáljuk a szövődményeket (9. táblázat).

9. táblázat.

	Szövődmény	Halálozás
Összes	112	22
60 év feletti	57	10
Későn felismert	27	10
Műtetre került	59	17

1. *A betegek életkora.* A 112 szövődményes esetből a 60 éven felettiak száma 57, tehát mintegy a komplikációk fele az idős korosztályból adódik. Ha figyelembe vesszük, hogy az endoscopizáltak átlag életkora ennél lényegesen alacsonyabb, úgy az indikáció felállításánál az életkort is mérlegelni kell, a vizsgálatot pedig maximális körültekintéssel és kíméléssel kell végrehajtani. Emellett szól az is, hogy 22 halálos kimenetelű szövődményből 10, a 60 év feletti korú személy. A 48 perforatiós szövődményből 27 volt az idős korú (tehát a felénél is több); ez arra int, hogy az idős korúak bél-fala vékonyabb, kevésbé ellenálló, könnyebben perforálható. A 4 acut cardialis szövődményből 3 volt idős korú, s ezekből kettő halt meg a vizsgálat alatt.

2. *A szövődmény felismerésének időpontja.* Statisztikai adataink szerint a beteg további sorsa szempontjából nagy a jelentősége annak, hogy mely időben ismerték-e fel a szövődmény bekövetkezését. A jelentett 112 szövődményes esetből 27 alkalommal csak 6 órával később, néhány esetben egy-két nap után vették észre a szövődményt. Ebből a 27 betegből 10 halt meg, míg abból a csoportból, ahol a szövődményt azonnal, vagy 6 órán belül felismerték, 85 betegből csak 12-öt veszítettünk el. Még rosszabb a későn felismertek halálozási aránya, ha csak a perforatiós szövődményeket analizáljuk, 10 későn felismert perforatióból 5 beteg halt meg, míg a 38 idejében felismert perforatiós sérültből 8-an haltak meg.

3. *Műtét szükségessége a szövődmény elhárítására.* A szövődmény jellegéből következik, hogy elhárításához műtét válhat szükségessé.

A műtét egyrészt megoldhatja az életveszélyes állapotot és a beteg gyógyulását teszi lehetővé. Más esetben a műtét sem segít a betegen. Végül a súlyos állapotban levő betegnek olyan terhelést jelenthet a műtéti beavatkozás, hogy az állapot további romlását, esetleg halált okoz.

A 112 szövődményes endoscopiánál 59 esetben került sor műtéti beavatkozásra. Ezek során meg-

halt 17 beteg. A 48 perforációs szövődmenyből 44-et operáltak meg és ezekből meghalt 12 beteg. Egybevetve a három súlyosbító tényezőt, megállapítható, hogy a beteg előrehaladt kora, a szövődmeny késői felismerése, valamint a szükségessé vált műtéti beavatkozás együtt vagy külön-külön a beteg állapotának további romlásához, esetleg halálához vezethet.

Nem volna teljes az emésztőszervi endoscopia iatrogen tényezőinek felsorolása, ha nem tennénk említést az endoscopos eszköz, valamint az alkalmazott gyógyszer következtében létrejött iatrogen ártalomról. A kellőképpen nem sterilizált eszköz lehet hepatitis vírus hordozója, de gennykeltő bacteriummal történő fertőzés okozójaként is szerepelhet. Az ERCP vizsgálatnál bejuttatott kontrasztanyag, vagy a tisztítatlan eszközben lévő pathogen bacterium okozhat az epeutak és a pancreasvezeték fertőzése által cholangitist, májtályogot, illetve pancreatitist és pancreas-cysta esetén a cysta elgennyesedését. Az ilyen fertőzések a beteg halálához is vezethetnek, mint az az összegyűjtött hazai anyagunk néhány esetében is előfordult (8. táblázat). Ezért az endoscopos vizsgálatot, de különösen a laparoscopos és ERCP vizsgálatot desinfiált, illetve steril eszközökkel kell végrehajtani.

Megbeszélés

Az endoscopos vizsgálatok és tapasztalatok felmérésében a Magyar Gastroenterológiai Társaság úttörő munkát végzett, amikor kérdőíves módszerrel az ország adatait éveken keresztül módszeresen gyűjtötte. Ez az adatgyűjtés kiterjedt a vizsgálati eljárásokra, eljárásonként a vizsgálatok számára, szövődmenyeire, a rendelkezésre álló eszközök típusaira és időnként az endoscopos képzésben részesült orvosokra is (16). E módszert más országok is átvették (NDK), de ez idő szerint ezekről adatokat még nem ismerünk.

Kétségtelen, hogy adatgyűjtésünk csak megközelíti az országos tényleges helyzetet, mert különböző adminisztratív és nem utolsósorban subjectiv tényezők miatt (súlyos szövődmenyek jelentésének esetleges elhallgatása) az adatoknak egy töredéke nem jutott el hozzánk. Tapasztalatunk azonban az, hogy az adatjelentési disciplina évről évre javul, mivel az endoscopos munkahelyeken, melyek száma Magyarországon jelenleg 91, a 8 éve folyamatos nyilvántartás következtében a dokumentáció már teljességre törekedve pontos adatokat szolgáltat.

Figyelemre méltó, hogy az endoscopos szövődmenyek százalékos aránya az évek folyamán nem csökkent, hanem szintben maradt, sőt néha enyhe emelkedést mutatott, ugyanakkor, amikor az elvégzett vizsgálatok abszolút száma rohamosan emelkedett.

A vizsgálatok számának növekedése, a tapasztalatok növekedése alapján a szövődmenyek százalékos csökkenéséhez kellene vezetnie. De ha figyelembe vesszük, hogy az évek folyamán újabb és újabb metódusok kerülnek alkalmazásra, amelyeknél egyrészt még kevés a tapasztalat, másrészt jellegükön fogva több szövődmennyel járnak, érthető a szövődmenyek százalékos arányának tapasztalt stagnálása, esetleg átmeneti emelkedése.

Az ilyen újabb eljárások közé tartozik az endoscopos polypectomia, az endoscopos retrograd choledochopancreatographia (ERCP), a sphincte-

rotomia és ehhez csatlakozó epekő extractio, valamint az urgens endoscopia.

A hazai endoscopos statisztikai adatoknak a külföldi szakirodalomban szereplő adatokkal való egybevetése elvileg kifogásolható eljárás. Amíg a mi adataink folyamatosak, minden endoscopos módszerre kiterjednek és az egész ország endoscopos munkáját demonstrálják 1975-től 1979-ig, addig a külföldi irodalmi adatok többnyire egy-egy szerzőnek vagy munkacsoportnak az eredményéről számolnak be, esetleg egyfajta vizsgálati eljárásnak egy rövid periódusban országos felmérését adja, vagy csak egy országrészre lokalizálódik. Az összehasonlítás objektivitását az is csökkenti, hogy különböző szerzők, különböző időszakokról számolnak be, ami magában hordja azt a hibát, hogy az idő haladásával, az eszközök modernizálása, az indikáció, valamint a metodika alakulásával a szövődmenyek aránya csökkenhet. Jól példázta ezt, hogy a pancreascysták ultrasonográfiás felismerésének lehetősége óta ilyen esetekben elkerülhető a szövődmenyt okozó ERCP vizsgálat, valamint az ERCP vizsgálat antibiotikus gyógyszerek védelmében való végzése óta csökkennek a fertőzések szövődmenyek. Így érthető, hogy a régebbi irodalmi adatok lényegesen magasabb szövődmenyarányról számolnak be az ERCP vizsgálatok kapcsán, mint az újabbak (8. táblázat).

A szövődmeny fogalmának meghatározását a közlemények általában nélkülözik. Az endoscopos szövődmenyek értékelése és összehasonlítása számos nemzetközi gastroenterológiai vagy endoscopos kongresszuson napirendre került (Madrid, 1978, Baden 1978, Keszthely 1980, Hamburg 1980) symposiumok, kerekasztal-értekezletek vagy referátumok formájában.

Az említett kongresszusokon ugyanazok az endoscopos történések minősültek szövődmenyeknek, melyeket saját gyakorlatunkban is annak minősítettünk. Így tehát, bár lehetnek a szövődmenyek meghatározásánál eltérések, az eltérő meghatározások számszerűségükben nem dominálóak és így a különböző adatokat úgy lehet tekinteni, hogy egységes szemlélet alapján kerültek összehasonlításra.

Az endoscopos vizsgálatok, valamint az operatív endoscopia indikációja meghatározó mind az endoscopos vizsgálatok és beavatkozások számszerűségére, mind a szövődmenyek jelentkezésére. Magyarországon az indikáció felállítása általában egységes elvek alapján történik, mivel az endoscopizáló orvosok többsége a Magyar Gastroenterológiai Társaság és az OTKI által közösen szervezett tanfolyamokon nyerte kiképzését, vagy a tanfolyam hallgatóinak ismereteit vette át.

E tanfolyamokon különös súlyt fektetünk az indikáció egységes szemléletének kialakítására. A mi indikációs szempontjaink egybevágóak a nemzetközi szakirodalomban és kézikönyvekben lerögzített elvekkel. Figyelembe kell venni, hogy az indikáció az idő függvényében változhat. Példa erre az icterusok endoscopos elkülönítő diagnosztikája: az icterus-diagnosztikában 6–8 évvel ezelőtt első helyen állt a laparoscopia. Az utóbbi időben az ERCP és PTC (percutan transhepaticus cholangiographia), valamint ultrahang és izotópvizsgálatok átvették a szerepet az icterus diagnosztikájában és általán beszűkült a laparoscopia indikációs területe.

Külön értékelést igényelnek a merev eszközökkel végzett endoscopos vizsgálatok. A laparoscopiánál a merev eszközök alkalmazása egyértelmű, mivel a has-tükrözés eszköze változatlanul a merev laparoscop. A gyomor tükrözése ma már egységesen az egész országban száloptikás flexibilis eszközökkel történik. A semiflexibilis Schindler-típusú eszközöket mindenütt már száloptikás eszközökkel cserélték fel. Feltűnő azonban a merev eszközökkel végzett nyelőcsőtükrözések viszonylag magas száma (1., 2. táblázat), mely magas szövődménnyelárral társul. A merev eszközökkel történt vizsgálatok zöme gégészeti osztályon történt. A 6967 vizsgálat öt év munkájának összegződéséből adódott (1975–1979).

Éves bontásban vizsgálva ezeket az adatokat azonban kiderül, hogy a merev oesophagoscopus vizsgálatok száma évről évre csökken. Amíg 1975-ben 1843 volt a merev eszközökkel végzett oesophagoscopiai száma, addig 1979-ben csak 1373 esetben végeztek ilyen vizsgálatot. A flexibilis oesophagoscop is már a múlté, ilyen eszköz beszerzésére ma már nem kerül sor. A 3034 flexibilis oesophagoscoppal történt vizsgálat mellett a 150 000 oesophago-gastroduodenoscopus vizsgálat alkalmával mindig megvizsgálták a nyelőcsövet is. E vizsgálatnál a nyelőcsőben észlelt elváltozásokat a statisztikai nyilvántartásnál az oesophago-gastro-duodenoscopiánál jelentették. Így tehát a nyelőcső merev eszközzel való vizsgálata egyre csökken, de ki nem küszöbölhető, mivel az idegentest-eltávolítás és a nyelőcső varix sclerotizálásánál előnyösebb a merev eszköz alkalmazása.

Végül nem volna teljes az emésztőszervi endoscopos szövődmények értékelése, ha a 112 szövődménnyel szemben nem tennénk említést az öt év alatt hazánkban végzett 180 000 endoscopos vizsgálat eredményeiről. Ma már nem vitás, hogy az endoscopia fontos diagnosztikai tényező a klinikai vizsgálat, a laboratórium és a radiológia mellett. Diagnosztikai pontossága miatt már sok nemzetközi fórum felvetette a nyelőcső–gyomor–duodenum vizsgálatában az endoscopia sorrendbeli elsőbbségét a radiológiával szemben. Ez a szemlélet vitatható, de ugyanakkor tényként rögzíthető, hogy a hazánkban öt év alatt elvégzett 180 000 vizsgálat döntő többségében sorsdöntő volt ennyi ember jövőjének meghatározásában. E helyen az emésztőszervi endoscopia eredményeire csak utalni lehet. A célzott biopsiával kombinált endoscopia a nyelőcső, gyomor, duodenum, vékony- és vastagbél, valamint a máj betegségeiben megbízható diagnosztikai eredményt ad. Nagy a jelentősége a gyomor-bél rendszer rákos betegségeinek korai felismerésében, a praecancerosus elváltozások felismerésében, esetleg szanálásában (polypectomia), a gyomor-bél tractus akut masszív vérzéseinek diagnosztikájában, az icterus és ascites okának tisztázásában, hogy csak a legfontosabbakat említsük.

Következtetéseink anyagunk analízisa után a következők:

1. A leggyakrabban előforduló szövődmények: a perforatio, a pancreatitis, a vérzés és a hirtelen szívhalál.
2. Idős korban a szövődmények és a halálos komplikációk aránya magas. Ezért e korcsoport vizsgálata fokozott figyelmet igényel az indikáció felállításában és a vizsgálatok kivitelezésében.
3. A beteg sorsát döntően befolyásolja a szövődmény azonnali felismerése.

4. A szövődmény műtéti elhárítása adott esetben szükségszerűség, de egyben rizikó is a beteg további terhelése miatt.
5. Az endoscopos eszközök dezinficiálása követelmény.
6. A magyarországi szövődmények és halálos komplikációk aránya és jellege lényegében megegyezik a szakirodalom adataival.
7. Az ezrelék és tízezerlek nagyságrendben előforduló endoscopos szövődmények, illetve a lethális komplikációk számszerűségükben nem nagyok azokhoz az eredményekhez viszonyítva, amit a betegek tíz-, sőt százazei sorsának jobbra fordításában, a műtéti indikáció helyes felállításában, a rákmegelőző állapotok felszámolásában (polypectomiák), vagy az icterus diagnosztikájában, vagy annak megszüntetésében nyújtani tud. E viszonylag kedvező számok ellenére mindent el kell követni az endoscopos szövődmények további csökkentésére a gastroenterológia területén.

Összefoglalás: A Magyar Gastroenterológiai Társaság kérdőíves módszerrel évenként felmérést végez a Magyarországon végzett emésztőszervi endoscopos vizsgálatokról és azok szövődményeiről. Az 1975–1979-es periódusban 179 885 endoscopos vizsgálatot végeztek Magyarországon. A szövődmények száma 112 (0,6⁰/₀₀), a halálos szövődmények száma 20 (0,1⁰/₀₀). A leggyakoribb szövődmény a perforatio (48), ezt követi az acut pancreatitis (27), a vérzés (19) és az acut szívelégtelenség (4). Idős korban a szövődmények és halálos komplikációk számaránya magas. A beteg sorsát döntően befolyásolja a szövődmény azonnali felismerése. A műtéti elhárítás adott esetben követelmény, de rizikó a beteg további terhelése miatt. A szövődmények és lethális komplikációk alacsony száma ellenére mindent el kell követni a szövődmények további csökkentésére.

IRODALOM: 1. Berci, G. és munkatársai: Gastroenterology. 1974, 67, 584. — 2. Bilbao, M. K. és munkatársai: Gastroenterology. 1976, 70, 314. — 3. Classen, M., Demling, L.: Acta Hepatogastroenterol. 1975, 22, 1. — 4. Frühmorgen, P., Demling, L.: Endoscopy. 1979, 2, 146. — 5. Hancy, A. és munkatársai: Ann. Gastroent. Hepat. 1977, 13, 101. — 6. Leitao, C. M. és munkatársai: Amer. Journal of Gastroenterol. 1976, 66, 155. — 7. Nebel, O. T. és munkatársai: Gastrointest. Endosc., 1975, 22, 34. — 8. Paolaggi, J. A., Debray, Ch.: Ann. Gastroent. Hepat. 1976, 12, 335. — 9. Rogers, B. H. G. és munkatársai: Gastrointest. endosc. 1975, 22, 73. — 10. Sáfrány, L.: Lancet. 1978, 2, 983. — 11. Schiller, K. F. és munkatársai: Gut, 1972, 13, 1027. — 12. Singer, M. R. és munkatársai: Endoscopy, 1975, 7, 216. — 13. Smith, L. E., Nivatvongs, S.: Dis. Colon. Rect. 1975, 18, 214. — 14. Stadelmann, O.: cit. Frotz, H.: Therapiewoche, 1974, 24, 1872. — 15. Wildhirt, E.: Bedeutung und Wert der Laparoskopie und Thieme. Stuttgart (1964). — 16. Wittman, I., Bodó, M. és Lendvai, L.: Aktuelle Gastrologie, 1979, 4, 379–390.

Főv. Tétényi úti Kórház-Rendelőintézet
I. Belgyógyászati Osztály
(osztályvezető: Kusztoz Dénes dr.)
Laboratórium
(osztályvezető: Németh Csóka Mihály dr.)

A cukorbetegség hatása a HDL-cholesterin szintre

Pados Gyula dr., Kusztoz Dénes dr.,
Valyon Márta dr., Audikovszky Mária dr.,
Erdős Erzsébet dr. és Goda Emese dr.,

A legutóbbi évek atherosclerosis kutatásai arra utalnak, hogy a lipoproteinek vizsgálata értéke-
sebb információt ad az ISZB tekintetében, mint a
se CH és se TG koncentrációjának ismerete (15).
Az atherogén faktornak tekintett LDL—Ch hatá-
sának érvényesülése elsősorban a HDL-től függ,
mely mennyiségétől függően képes egyrészt a sej-
tek LDL—Ch felvételét kompetitív úton mérsékel-
ni, másrészt a sejtekből a Ch-t felvéve (HDL—Ch)
azt kiválasztásuk helyére a májba transportálni
(6). Magas HDL—Ch szint bizonyos védettséget
nyújt az ISZB-gel szemben (14, 17). A diabetes
mellitus is az ISZB rizikófaktorai közé tartozik.
Indokolt áttekinteni, hogy ez a HDL—Ch szintben
is kifejezésre jut-e? Van-e különbség a cukorbe-
tegség juvenilis és felnőttkori formája között eb-
ben a tekintetben? Befolyásolja-e a diabeteszes
anyagcsere-zavar egyensúlyi állapota a HDL—Ch
szintet? S miután másik vizsgálatunkban (18) azt
találtuk, hogy hypertriglyceridaemiás betegeknek
adott Adebit csökkentette a HDL—Ch szintet, ér-
demes megvizsgálni, hogy a cukorbetegség külön-
böző kezelési formái mellett milyen HDL—Ch
koncentrációk fordulnak elő.

Anyag és módszer

Vizsgálatainkban juvenilis diabeteszesnek sorol-
tuk azokat, akiknek betegsége 50 év alatt kezdődött és
kezdettől inzulinra szorultak, felnőttkori diabeteszhez
pedig a 40 év felett kezdődő olyan cukorbetegséget,

Rövidítések:

ISZB: ischaemiás szívbetegség
se Ch: szérum koleszterin
se TG.: szérum triglycerid
LDL: low density lipoprotein
HDL: high density lipoprotein

melyet diétával vagy tablettával kezeltünk. Az utóbbi
típus sajátosságai szerint induló, de később inzulinra
szoruló betegeket kihagytuk a vizsgálatokból, hogy az
összehasonlításban az inzulinnal és anélkül kezelték
elkülöníthetők legyenek egymástól.

A vizsgálati csoportokat az osztályunkon kezelt,
valamint az osztály lipid ambulanciáján megjelent
betegekből alakítottuk ki, addig növelve az esetszá-
mot, míg 100 férfi és 100 nő felnőttkori cukorbeteg
adataival nem rendelkezünk. Juvenilis cukorbeteg
jóval ritkábban fordult elő, közülük csak 9 férfi és
8 nő, összesen 17 beteg adatait rögzítettük, s a kis
esetszám miatt adataikat összevont csoportban tár-
gyljuk.

A cukorbetegség nagyobb részét több koronária
rizikófaktor is terhelte, a szívinfarktust szenvedette-
ket, szekunder hyperlipoproteinaemiás és elhízott be-
tegeket sem zártuk ki anyagunkból. Minden beteg
csak egyszer, az első megfigyelés adataival került a
statistikába. A juvenilis típusú betegek életkora 24—
53 év, a felnőttkoriaké 41—82 év között változott.

Valamennyi beteg esetében se Ch (20), se TG (8),
HDL—Ch (4), vércukor, szérum húgysav vizsgálat tör-
tént. LDL—Ch meghatározás sajnos nem állt rend-
kezésünkre (12).

A 100 férfi és 100 nőbetegét további összehason-
lítások céljából a kezelési formák szerinti csoportok-
ba osztottuk, aszerint, hogy csak diétával, vagy diétá-
val + Adebittel, vagy diétával + Oterbennel kezelték
őket a vizsgálat időpontjában. Azok adatait nem dol-
goztuk fel, akik Bucarbant vagy Oradiánt szedtek,
vagy kombinált gyógyszeres kezelést kaptak (200-ból
21 férfi és 24 nő).

Egy másik csoportosítás aszerint történt, hogy az
egyes betegek szénhidrát-anyagcsere egyensúlyban
voltak-e vagy sem. A nagy létszámú, összehasonlítás-
ra alkalmas csoport érdekében a jó beállítás kritériu-
mait nem a legszigorúbban állapítottuk meg. Sajnos,
nem állt rendelkezésünkre olyan megbízható módszer
a szénhidrát-anyagcsere állapotának megítélésére,
mint a HbA_{1c} meghatározása. A kórházi betegeket az
első 2 nap történt vércukor- és vizeletcukor-meghatá-
rozások alapján soroltuk be, az ambuláns betegek
esetében csak egy vércukor- és vizeletcukor-lelet állt
rendelkezésünkre. Önkényesen választott határérté-
keink szerint 120 mg/dl alatti éhgyomri vércukor érté-
keket, glykosuria nélkül, beállított, 140 mg/dl feletti
értékeket nem beállított diabetes mellitusnak vettünk.
A 120—140 mg/dl közti vércukor értékkel rendelkező
betegeket, mint bizonytalanokat, kihagytuk a besoro-
lásból (200-ból 13 férfit és 24 nőt).

A diabetes mellitus egyensúlya és a HDL—Ch
szint kapcsolatának vizsgálatára prospektív vizsgála-
tot is végeztünk. Az I. Belgyógyászati Osztályunkra
került, felborult szénhidrát háztartású felnőttkori cu-
korbeteg sorsát követtük a szénhidrát- és zsír-
anyagcsere szempontjából az osztályon és három hó-
nap múlva a lipid ambulancián. Nem tekintettük
anyagcsere-egyensúlyban levőknek azokat, akiknek
postprandiális vércukoruk magasabb volt 180 mg/dl-nél
és/vagy napi cukorürítése a 20 grammot meghaladta.
Ezen határértékek alatti eseteket beállítottak vettük.
19 olyan betegből alkottunk vizsgálati csoportot, akik-
ben a diabetes mellitus a kórházban sikerült beállít-
tani (átlag 19 nap alatt) és az egyensúlyt 3 hónap múl-
va is tartani.

Eredmények

Eredményeinket az 1., 2., 3., és 4. táblázatban
tüntettük fel.

Megbeszélés

A táblázatokból kitűnik, hogy a felnőttkori
diabeteszes betegek HDL—Ch szintjeinek átlaga
szignifikánsan alacsonyabb a juvenilis diabetes-
ben észlelthez viszonyítva, de egyik sem közelíti

meg az egészségesek átlag értékét, melyet korábbi vizsgálatunkban határoztunk meg (17). A juvenilis és felnőttkori cukorbeteg HDL—Ch szintje közti különbség annak ellenére is kimutatható, hogy se

Ch és TG szint átlagaik nem különböztek szignifikánsan egymástól. Vizsgálataink szerint a HDL—Ch szint alapján nemcsak a felnőttkori, hanem a juvenilis diabetes is koronaria rizikófaktorak tú-

1. táblázat. **Felnőttkori és juvenilis típusú cukorbeteg és egészségesek HDL-koleszterin szintjének összehasonlítása**

	n	Szérum koleszterin (mg/dl)	Szérum triglycerid (mg/dl)	HDL-koleszterin (mg/dl)
FELNŐTTKORI CUKORBETEGEK				
Férfi	100	300,5±72	480±309	40,0±11,3
P		N.S	N.S	N.S
Nő	100	309,9±87	598,±381	41,2±10,7
Összesen	200	304,9±82	538,6±351	40,6±11,0
JUVENILIS CUKORBETEGEK				
P	17	N.S 294,1±70	N.S 458,8±280	p <0,01 47,5±8,2
EGÉSZSÉGESEK	289	—	—	p <0,001 61,2±11,1

N.S. = nem szignifikáns

2. táblázat. **Szérum HDL-koleszterin és vércukor átlag értékei felnőttkori cukorbetegben (n = 19) kórházi felvételtkor, távozáskor és 3 hónap múlva ambuláns kontroll során**

	Vércukor (mg/dl x±SD)	HDL koleszterin (mg/dl x±SD)
Kórházi felvételtkor	182±30,1	35,0±7,7
Kórházból távozáskor	81,3±17,2	36,9±8,5
3 hónap múlva	78,7±29,9	41,9±9,2
2 mintás t próbák	1—2: p <0,001 1—3: p <0,001 2—3: N.S.	1—2: N. S. 1—3: p <0,001 2—3 p <0,001

N. S. = nem szignifikáns

3. táblázat. **Lipid paraméterek átlagai beállított és nem beállított szénhidrát anyagcseréjű betegeken nem szerinti megoszlásban (x ± SD)**

Férfi	n	Szérum koleszterin (mg/dl)	Szárum triglicerid (mg/dl)	HDL koleszterin (mg/dl)
Beállított anyagcsere	55	274,3±58,6	339±122	42,0±7,5
P		p <0,01	p <0,01	p <0,01
Nem beállított anyagcsefe	32	313,8±75	787±335	36,2±9,2
Nő				
Beállított anyagcsere	42	269±68	252±101	44,8±9,0
P		p <0,001	p <0,001	p <0,001
Nem beállított anyagcsere	34	351±105	848±359	39,9±9,3

4. táblázat. Lipoprotein paraméterek átlagai diétával, Adebittel, Oterbennel kezelt felnőttkori cukorbetegekben nem szerinti megoszlásban

Férfi				
Kezelési forma	n	Szérum koleszterin (mg/dl)	Szérum triglicerid (mg/dl)	HDL koleszterin (mg/dl)
Diéta	26	267,0±46,6 p < 0,01	304,0±167 p < 0,001	44,2±10,4 p < 0,02
Adebit	32	301,6±68	567,0±236	38,2±8,0
Oterben	21	305,0±45	636±426	36,1±10,9
Nő				
Diéta	26	288,0±66 N. S.	621±246 N. S.	45,0±10,7 p < 0,01
Adebit	35	320,3±104	547±498	37,6±8,7
Oterben	15	299,3±91	598±459	39,0±9,7

N. S. = nem szignifikáns

nik, bár utóbbi feltevésünk megalapozottságát a kis esetszám (n = 17) csökkenti. Az eddigi irodalmi adatok nagyobb része juvenilis diabetesben normális HDL—Ch szintekről számol be (5, 10, 23) és csak ketosisban (16) írtak le csökkenést, vagy olyan betegek csoportjának HDL—Ch szintjének találták alacsonyabbnak, amelyben juvenilis típusú cukorbeteg melllett felnőttkoriak is voltak (13). A felnőttkori insulin independens diabetesben viszont általában csökkent HDL—Ch szintekről számoltak be (3, 9, 13), sőt ezt normolipemiás cukorbetegekben is kimutatták (22). Nikkilä szerint azonban a csökkenés csak hypertriglyceridemia esetén következik be (16).

Vizsgálataink szerint a HDL—Ch szint mindkét nemből szignifikánsan alacsonyabb az Adebitet vagy Oterbent szedők csoportjaiban, mint a csak diétával (vagy az inzulinval) kezelt csoportjában. Ezen eredményeink Bar On és mtsai 1977-es (2), valamint Calvert és mtsai 1978-as (5) adataival vannak bizonyos összhangban. E szerzők szulfanilureával kezelt cukorbeteg HDL—Ch szintjét alacsonyabbnak találták a csak diétával vagy inzulinval kezelt betegeknél. Bar On és mtsai (2) ezen eredményt összefüggésbe hozták az University Group Diabetes Program (UGDP) azon megállapításával, mely szerint a tolbutamiddal és biguaniddal kezelt cukorbeteg cardiovascularis halálózása több mint kétszerese volt a csak diétával vagy inzulinval kezeltékéhez képest. Hasonló összefüggésre mi is utaltunk, amikor primér hyperlipoproteinaemiás betegek biguanid (Adebit, 150 mg/die) kezelése során a HDL—Ch szignifikáns csökkenését találtuk (18).

Jelen vizsgálatunk eredményét viszont nem tekinthetjük a per os antidiabetikumok cardiovascularis halálózást fokozó feltevés igazolásának, hiszen egyrészt vizsgálatainkban a csoportokra osztás csak a kezelésmód alapján történt és az anyagcsere-beállítottság fokát nem vettük figyelembe, mely szintén hatással lehet a HDL—Ch szintre (5, 13, 21). Másrészt, mindez önmagában csak annyit is jelenthet, hogy a csupán diétával kezelt cukorbetegsége enyhébb, az inzulinval kezeltéké pedig más (atherosclerosisra kevésbé hajlamosít a ju-

venilis típusú diabetes), mint a tablettákkal kezelt felnőttkori cukorbetegké.

A cukorbeteg anyagcseréjének egyensúlya és a HDL—Ch szint viszonyát néhány szerző vizsgálta. Balázs és mtsai (1) már 1971-ben felhívták a figyelmet arra, hogy a cukorbetegség egyensúlyának javulásával a lipoprotein spektrum a magasabb densitású lipoprotein (HDL) felé tolódik el. Romics és mtsai (21) a szénhidrát-anyagcsere zavart javulásának kedvező és gyors hatását mutatták ki a HDL—Ch szintre, míg Elkeles és mtsai (8) ezt nem tudták igazolni. Mi kórházi osztályon kezelt betegeken vizsgáltuk, hogy a diabetes mellitus — átlag 2—3 hét alatt történő — beállítása hogyan hat a HDL—Ch szintre. A kórházi időszakban nem tudtunk a beállítással párhuzamos kedvező, szignifikáns HDL—Ch emelkedést igazolni. Tekintettel a diétás és gyógyszeres kezelés során szerzett tapasztalatainkra, melyek szerint a HDL—Ch szintre ható tényezők hatása gyakran csak hetek vagy hónapok múlva mutatkozik (19), 3 hónapos egyensúly állapotában is megismételtük a vizsgálatokat. Ekkor már szignifikáns HDL—Ch szint emelkedés volt kimutatható. Ezen adatokat erősítettük meg azon retrospektív felméréssel, miszerint a tartósan beállított és nem beállított cukorbeteg HDL—Ch szint átlagai között szignifikáns különbséget tudtunk kimutatni az előbbieik javára, megegyezően Lopes Virella és mtsai (13), valamint Calvert és mtsai (5) adataival és eltérően Kennedy és mtsai (10) tapasztalataitól.

A cukorbetegségekre vonatkozó vizsgálataink megerősíteni látszanak annak koronária rizikó szerepét, mely a HDL—Ch szintre gyakorolt kedvezőtlen hatáson át érvényesülhet; kiemelik a csak diétával történő és tartós beállítás jelentőségét; adatokat szolgáltatnak az UGDP körül folyó vitához.

Összefoglalás: A szerzők felnőttkori cukorbetegekben erősen (40,6 mg/dl), juvenilis cukorbetegekben mérsékelten (47,5 mg/dl), de szignifikánsan csökkent HDL-cholesterin szinteket találtak egészségesekéhez (61,2 mg/dl) viszonyítva. Ennek alapján a cukorbetegség mindkét formáját koro-

nária rizikófaktornak tekintik. Az Adebittel vagy Oterbennel kezelt betegek szintjei pedig szignifikánsan alacsonyabbak voltak a csak diétával vagy az inzulinnal kezeltékéhez képest. Másik vizsgálatokban a cukorbetegség egyensúlyi állapota és a HDL—cholesterin szint közti kapcsolatot vizsgálták. A szénhidrát-anyagcsere kórházi osztályon hetek alatt történő beállítása még nem, de 3 hónapos tartós egyensúlyi állapot már emelte a HDL—cholesterin szintet.

IRODALOM: 1. Balázs I. és mtsai: Orv. Hetil. 1971, 112, 193. — 2. Bar On és mtsai: Lancet. 1977, 1, 761. — 3. Billimoria, J. D. és mtsai: Ann. Clin. Biochim. 1976, 13, 315. — 4. Burstein, M. és mtsai: J. Lipid Res. 1970, 11, 585. — 5. Calvert, G. D. és mtsai: Lancet. 1978, 2, 66. — 6. Carew, T. E. és mtsai: Lancet. 1976, 1, 1315. — 7. Eggstein, M.: Klin. Wschr. 1966, 44, 267. — 8. Elkeles, R. S. és mtsai: Münch. med. Wschr. 1978, 120, 1663. — 9. Gordon, T. és mtsai: Amer. J. Med. 1977, 62, 707. — 10. Kennedy, A. L. és mtsai:

Brit. med. J. 1978, 2, 1191. — 11. Knatterud, G. L. és mtsai: J. Am. Med. Ass. 1971, 217, 777. — 12. Lélek I.: Orv. Hetil. 1980, 121, 1675. — 13. Lopez Virella, M. F. és mtsai: Diabetologia. 1977, 13, 285. — 14. Miller, G. J., Miller, N. E.: Lancet. 1975, 1, 16. — 15. Nikkilä, E. A.: Lancet. 1976, 2, 320. — 16. Nikkilä, E. A.: cit. Gotto, A. M. és mtsai: Elsevier North-Holland 1978, 177. — 17. Pados Gy. és mtsai: Orv. Hetil. 1980, 121, 375. — 18. Pados Gy.: Orv. Hetil. 1980, 121, 2517. — 19. Pados Gy.: Magy. Belorv. Arch. 1980, 33, 185. — 20. Rappaport, F., Eichhorn, F.: Clin. Chim. Acta 1960, 5, 161. — 21. Romics L. és mtsai: Szénhidrát-anyagcserezavar javulásának hatása a szérum lipidekre és lipoproteinekre inzulin dependens diabeteses betegekben. Előadás. V. Magyar Diabetes Kongresszus, Szekszárd, 1980, VI. 13. — 22. Shonfeld, G. és mtsai: Diabetes 1974, 23, 827. — 23. Székely J. és mtsai: Nagy sűrűségű lipoproteinek és arteriosclerosis. Előadás. Magyar Arteriosclerosis Társaság ülése. Bp. 1980. I. 8.

Tekintse meg az  Bemutatótermében

(Bp. VI. Népköztársaság útja 36.)

orvosi laboratóriumi műszerek és készülékek kiállítását

1981. február 24-től március 14-ig

naponta 9—16 óráig

szombat—vasárnap zárva

Szakmai és kereskedelmi felvilágosítás!
Minden érdeklődőt szeretettel várunk!

CAVINTON[®]

injekció, tabletta



CAVINTON®

injekció, tabletta

Összetétel: 1 tabletta 5 mg vinpocetinumot, 1 ampulla (2 ml) 10 mg vinpocetinumot tartalmaz.

Hatás. A Cavinton javítja az agyi perfúziót és ezáltal az agy oxigénellátását.

Állatkísérletekben javítja a kísérletesen létrehozott hypoxia utáni agyi regenerációt.

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

Hypertensiv encephalopathia, intermittáló vascularis cerebialis insufficiencia, angiospasticus agyi kórképek, továbbá endarteritis cerebri.

Ischaemiás agyi károsodásokban előrehaladott agyi arteriosclerosisban a kollaterális keringés javítására.

Szemészetben az érhártya és ideghártya vascularis, elsősorban arteriosclerotikus, ill. angiospasmus okozta maculadegenerációk, partialis thrombosisok, érelzáródás következtében kialakuló másodlagos zöldhályog.

Fülészetben korral járó vascularis vagy egyes toxikus (gyógyszeres) halláscsökkenés, labyrinth eredetű szédülés.

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

Ellenjavallat. Orálisan: terhesség.

Parenterálisan: Súlyos ischaemiás szívbetegségek, súlyos szívritmuszavarok. Terhesség.

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

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

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

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

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

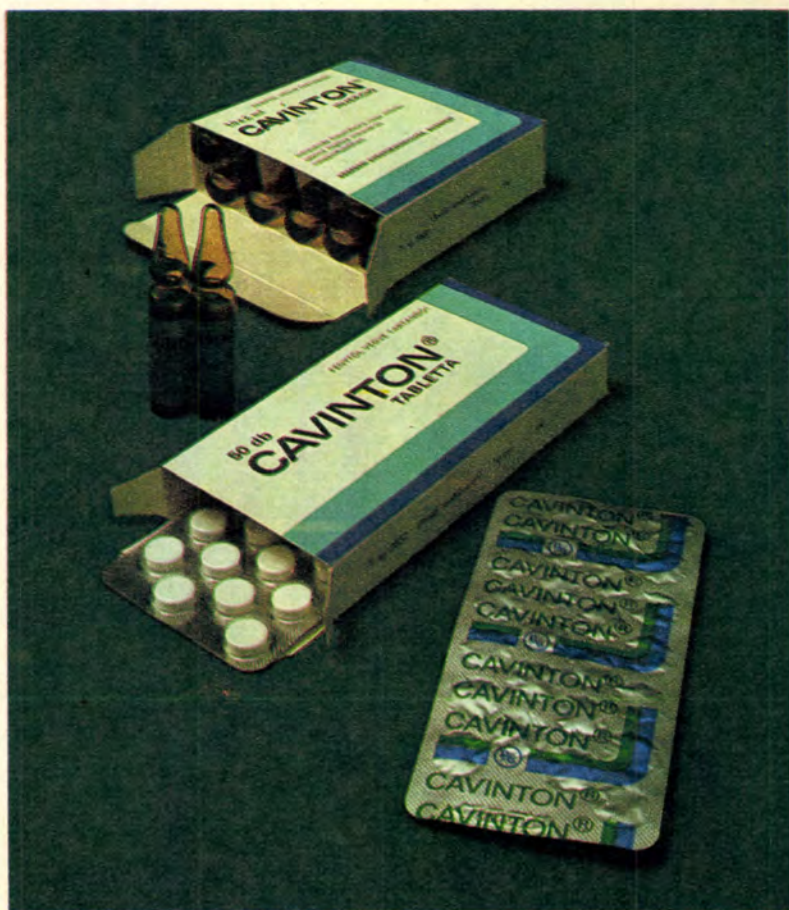
Mellékhatás: Kismértékű vérnyomáscsökkenés, ritkán tachycardia, extrasystole fordulhat elő. Tartós kezelés esetén a vérképet ellenőrizni kell időnként.

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

Megjegyzés. * A tabletta csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető. Az injekció csak fekvőbeteg-gyógyintézet felhasználására van forgalomban.

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

KÖBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST



Semmelweis Orvostudományi Egyetem,
Gerontológiai Központ
(igazgató: Beregi Edit dr.)
Számítástechnikai Kutatócsoport
(igazgató: Fedina László dr.)
Bolgár Orvostudományi Akadémia
Gerontológiai, Geriátriai és Endokrinológiai Intézet
(igazgató: Kolarov, P.)

Gerontológiai gondozást igénylő budapesti és szófiai idősek demográfiai, egészségi és önértékelési jellemzőinek összehasonlítása

Kolozsi Béla dr., Petrov Ignat dr.,
Bartók János és Duneva Nadja

Az idős emberek gondozásának módszereit a nemzetközi tapasztalatok figyelembevételével igyekeznek minden országban javítani. A külföldi tapasztalatok hatékony adaptálásának egyik előfeltétele az, hogy megismerjük és feltérképezzük a különféle országok, nemzetek, kultúrák sajátosságait, különbségeit. E különbségek figyelembevételével tudunk másutt szerzett tapasztalatokat adaptívan és kreatívan hasznosítani, míg sematizált módszerekkel sok nem kívánatos eredményt, hatást is kiprovokálnánk.

A szociokulturális környezet jelentőségét, módosító hatását felismerve egyes tudományágakban külön, e részterület problematikáját elemző részdyscyplinák jöttek létre. A medicinán belül ilyen a pszichiátria részdyscyplinája a transzkulturális pszichiátria.

Az előbbi feladatkörhöz kapcsolódó kérdésfeltevésünk arra irányul, hogy vannak-e jelentős és érdemi különbségek a díjtalan gerontológiai gondozást önként kérő szófiai és budapesti idős populáció jellemzői között. Másként fogalmazva: ugyanolyan réteg jelentkezik-e a két fővárosban gondozásra egy olyan intézményi felhívás után, mely nyilvánosan, népszerű szinten megmagyarázza az időskori egészségvizsgálat jelentőségét és ezt önként igénylőkön klinikai körülmények kö-

zött el is végzi. Avagy: egy hasonló felhívás, egy kissé mást jelent itt és ott, némileg más csoport, más problémakörű és helyzetű emberek halmaza érzi önmagát címzettnek, és érez indítást a gondozás igénybevételére. Az esetleges különbségnek sokrétű szocio-kulturális okrendszere van. A különbségek és arányok konkrét feltérképezése a munka- és intézményszervezés különbözőségei megtervezését segítheti.

Vizsgálati célkitűzés

Fel kívántuk térképezni, hogy organikus egészségi állapotukat, mentális egészségüket, személyiségtulajdonságaikat illetően nagyjából homogén-e a két országban vizsgálatra jelentkezők csoportja. Meg akartuk tudni, hogy önmaguk hogyan értékelik helyzetüket, milyennek látják intellektuális képességeiket, karakterjellemzőiket, embertársaik között elfoglalt helyzetüket, egészségi állapotukat és végezetül helyzetük élményszinten összegzet átélését: boldogságukat.

Nemcsak azt tűztük ki célunk gyanánt, hogy önértékelésükről kapjunk képet, hanem azt is, hogy megtudjuk, miket tartanak boldogságuk, egészségük stb. nivóját leggyakrabban visszavetítő körülménynek, miket tartanak a vizsgált idős emberek saját megoldatlan problémájuknak. Transzkulturális komparatív célkitűzésünkhöz híven azt igyekeztünk felderíteni, hogy az előbb említett dimenziókban van-e különbség szófiai és budapesti pácienseink között.

Végezetül arra igyekeztünk fényt deríteni, hogy néhány személyiségjellemző és az előbb említett önértékelési jellemzők között milyen összefüggések vannak egyfelől bolgár, másfelől magyar vizsgáltjaink esetében.

Anyag

A vizsgálatokat 149 olyan idős emberen (55 év feletti) végeztük, akik felhívásunkra önként kérték részletes egészségvizsgálatukat és nagy többségükben örömmel látnák idős élet éveikben a vizsgálat időszakos ismétlését.

A jelentkezők és vizsgálatunkban részt vettek nemzeti hovatartozását illető és nemi megoszlása a következő volt: 46% bolgár, 54% magyar, 40% férfi, 60% nő. Az 1. ábra oszlopdiagrammja a vizsgáltak életkori megoszlását igyekszünk szemléltetni. (Átlagos életkor: 68,05 év, standard deviatio: 7,28). A szófiai és a budapesti vizsgálati csoport, mint vizsgálati matéria, olyan „kemény” adatait illetően, mint a nemi, életkori, családi állapotra és szociális réteghelyzetre vonatkozó megoszlása statisztikailag szignifikáns mértékben nem tért el egymástól.

Módszer

Az egészségi állapotot több irányú szakorvosi vizsgálatlalt, azok leleteit konzultatív értékelve derítettük fel és összegeztük. Pácienseinket három csoportba soroltuk. Az 1-es kódszámmal jelöltük a praktikus egészségesek csoportját, a 2-es kódszámmal a kompenzált betegeket, a 3-assal pedig a dekompenzált betegeket. A mentális egészséget pszichiátriai vizsgálatlalt becsültük fel. 1-es kódszámmal az egészségeseket, 2-es kódszámmal a neurotikus szimptomákkal rendelkezőket, 3-as kódszámmal az enyhe fokban depresszív szindrómában szenvedőket jelöltük. Pszichotikus beteg a vizsgálati csoportokban nem volt.

Személyiségvizsgálatra Eysenck-tesztet használtunk. Pácienseink önértékelését Dembo—Rubinstein-teszttel mértük fel. A vizsgálat alkalmával egy hosszú, üres, függőleges vonalat mutatunk a betegnek. Felszólítjuk: képzelje el, hogy ez a vonal a „libasorban” álló emberiség. Azt az embert állították az élre, aki a világon a legboldogabb, majd a boldogság csökkenő mértéke szerint áll be mindenki a sorba, a legvégén áll a világ legboldogtalanabb embere. Felszólítjuk a vizsgálati személyt, hogy jelölje meg saját helyét ebben a hierarchikus sorban. A megjelölt helyet hét fokozatú skálára vetítjük. Ezt követően megkérdezzük a beteget, hogy mi az oka annak, hogy nem áll előrébb a sorban. Válaszát jegyzőkönyvben rögzítjük, és rövid tartalomelemzéssel a típusos okokat csoportosítjuk. Ezt követően még négy alkalommal mutatunk üres, hierarchikus vonalat, ezúttal a boldogság szempontját rendre az egészség, intellektus, karakter és környezet általi megbecsültség (elfogadó attitűd) szempontjával helyettesítve. A kiértékelő eljárás minden esetben az előbb részletezetteknek megfelelően folyik le.

A vizsgálati eredményeket számítógéppel dolgoztuk fel. A különböző állapotjellemzők közötti kapcsolatok felderítésére első lépésben függetlenség-vizsgálatokat végeztünk (kétszemponthus gyakorisági — kontingencia — táblák, χ^2 -próbák). A Dembo—Rubinstein-tesztet eredményeinek átlagai t -, illetve d -próbával hasonlítottuk össze a budapesti és szófiai minta között. Az összehasonlításokat elvégeztük nem paraméteres eljárásokkal is, úm. az egyszemponthus variancia-analízisnek megfelelő Kruskal—Wallis, ill. két független minta esetén Mann—Whitney-próbával, valamint az egyes önértékelések és egyéb állapotjellemzők között Spearman-féle rangkorrelációt is számoltunk. A korrelációk együtthatók szignifikancia-szintjeit táblázatok, ill. próbák alapján állapítottuk meg. Az alkalmazott programok a BMDP—77 (Biomedical Computer Programs) programcsomagok egyes programjai voltak.

Eredmények

A felhívásra jelentkező idős emberek szófiai és budapesti csoportja között mind az organikus, mind a mentális egészségi állapot tekintetében szignifikáns különbség van.

Az esetek megoszlását az 1. táblázatban olyan módon ábrázoltuk, hogy a sorok az egészségi állapot szerint képzett csoportokat, az oszlopok pedig a megfelelő esetszámot mutatják.

Az organikus állapot fővárosonkénti különbsége 10%-os, a mentális állapoté 5%-os szinten statisztikailag szignifikáns.

Ugyancsak 5%-os szinten szignifikánsan különbözik a két populáció személyiségprofilja az extravertio dimenziójában. Az Eysenck-teszttel mért E-skála átlaga Budapesten 9,92 (standard de-

1. táblázat. A két fővárosban vizsgáltak megoszlása az egészségi állapot alapján

		Budapest	Szófia
ORGANIKUS ST.	egészséges	17	9
	kompensált beteg	38	55
	dekompensált beteg	4	4
$p < 0,01$			
MENTÁLIS ST.	egészséges	35	36
	neurotikus szimpt.	30	20
	enyhén depressziós	3	11
$p < 0,05$			

2. táblázat. Az önértékelési dimenziók átlagértékei, fővárosonkénti bontásban

	Budapest	Szófia	
Az egészség önértékelésének átlaga	2,8765	3,7206	$p < 0,001$
Az intelligencia önértékelésének átlaga	2,6790	3,4117	$p < 0,001$
A karakter önértékelésének átlaga	1,5926	3,0147	$p < 0,001$
A mások által való megbecsültség önértékelésének átlaga	1,8518	2,6765	$p < 0,001$
A boldogságszint önértékelésének átlaga	3,2222	3,8088	$p < 0,05$

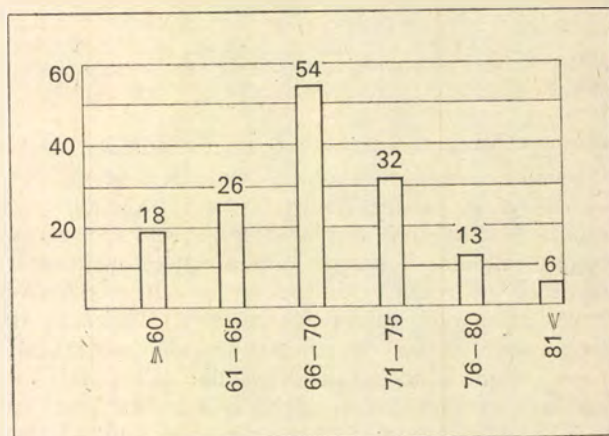
viatio: 3,28), Szófiában 8,71 standard deviatio: 3,91) volt.

Az önértékelés öt területének fővárosonként szétbontott és egymással szembesített átlagait tartalmazza a 2. táblázat.

Láthatjuk a 2. táblázatban, hogy a szófiai vizsgáltak mind az öt területen hátrább (magasabb számérték jelöli) rangsorolták önmagukat, helyzetüket, mint a budapestiek. A különbség az első négy területen 10%-os szinten, a boldogság tekintetében 5%-os szinten szignifikáns statisztikailag.

Megkérdeztük pácienseinktől, hogy véleményük szerint melyek azok a főbb okok, amelyek az önértékelés vizsgált öt területén helyzetüket, pozíciójukat rontják vagy máig hatóan rontották. A következőkben azt a hat válaszlehetőséget (illetve ezeknek számadatait) mutatjuk be a 2. ábrán, amelyekben bolgár és magyar vizsgálati populációnk az okokat tekintve egymástól szignifikánsan különbözően foglalt állást.

Az egészség dimenziójában egy (I), az intellektusban kettő (II. és III.), a mások által való megbecsülésben ugyancsak kettő (IV. és V.), végül a boldogság dimenziójában egy olyan okot soroltak fel, amelynek saját magára vonatkozó oki szerepét a bal oldali oszlopban ábrázolt magyar és a jobb oldali oszlopban ábrázolt bolgár populáció szignifikánsan különbözik meg. A kördiagramm satírozott részébe írtuk azoknak a vizsgáltaknak a számát, akik az érintett oknak szerepet tulajdonítanak helyzetük és önértékelésük visszavetésében, rontásában; a fennmaradó, üres körsze-



1. ábra: A vizsgáltak korcsoport szerinti megoszlása.

letbe pedig azon személyek száma került, akik ezt tagadták.

Az I-gyel jelölt sor szerint 43 magyar és csak 5 bulgár vizsgálati személy fogalmazott úgy, hogy fizikai elégtelenségérzései, panaszai miatt nem sorolja önmagát előrébb az egészség tekintetében. A II. és III. sor azt mutatja, hogy 9 magyar és 23 bulgár v. sz. látja úgy, hogy memóriájának gyengesége miatt, 30 magyar és 6 bulgár pedig úgy, hogy képzettségének hiánya miatt nem értékelheti jobbra saját intellektusát.

A IV. és V. sor, hogy 12 magyar és 2 bulgár saját viselkedésével, 33 magyar és 3 bulgár pedig mások, kapcsolati partnerei hibájával magyarázza azt, hogy a mások által való megbecsültséget nem érezheti jobbnak, mint amilyenek deklarálta.

A VI. sor azt mutatja, hogy 14 magyar és 47 bulgár látja aktuális kapcsolati zavarokban boldogságának egyik visszavetítő elemét.

Az egészségi állapot, az Eysenck-tesztrel mért személyiség tényezők és az öt területen vizsgált önértékelés közötti gépi korrelációs számítás során a következő fontosabb összefüggések bizonyultak szignifikánsnak:

mindkét csoportban: az objektív egészség foka és az önmaga által becsült egészség foka közötti;

a becsült egészség foka és a becsült intellektus és boldogság foka közötti;

a becsült intellektus és minden önértékeléssel becsült dimenzió közötti;

a becsült karakter és a mások által való szeretettség fokának becslése közötti.

csak a magyar csoportban: az Eysenck szerinti neuroticitás foka és az önmaga által becsült intellektus, valamint a boldogság szint közötti;

a mások által való szeretettség és a boldogság foka közötti;

csak a bulgár csoportban: az objektív egészségi állapot és a becsült karakterszint közötti;

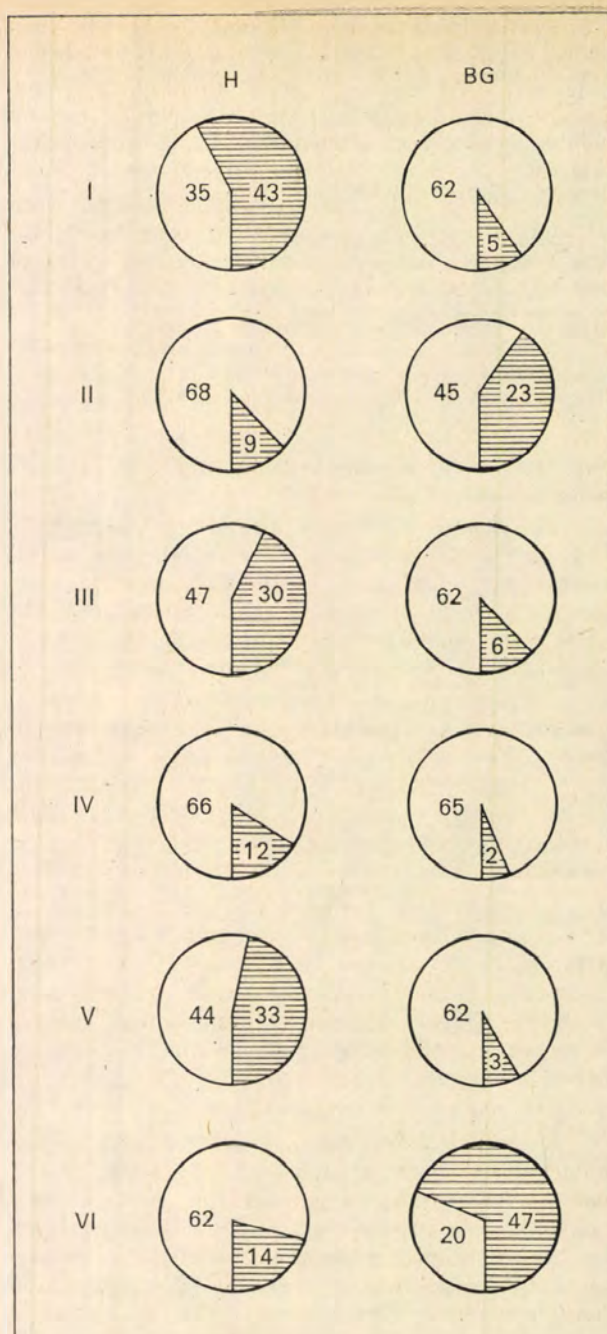
a neuroticitás és a becsült egészségi állapot foka közötti,

a becsült egészség foka és a karakter becsült foka közötti.

Megbeszélés

Kiinduló kérdésfeltevésünkhöz kapcsolódva megállapíthatjuk, hogy a gerontológiai gondozási, egészségvizsgálati ajánlatra Budapesten organikus és mentálisan egyaránt egészségesebb népesség jelentkezett, mint Szófiában. Nem meglepő ebben az esetben az sem, hogy az Eysenck-tesztrel mért személyiségtényezők közül a magyar csoportot magasabb átlagos extraverzió szint jellemezte.

Ugyanez a körülmény — tehát az egészségi állapotok különbözősége — lenne felelős a bulgároknál észlelt, a magyarokhoz képest arányosan mind az öt területre kiterjedően rosszabb önértékelésért is? Vagy valami egyéb tényező játszhat ebben szerepet? Valóban elképzelhető, hogy akár a tesztfelvétel stílusa (az instrukció standard jellege dacára), akár a két ország szociokulturális mintáinak különbségei is bizonyos aránykülönbségeket eredményezhetnek. Az találtuk azonban, hogy



2. ábra: Fővárosonként különböző vélemények a személyi helyzetet visszavetítő faktorok szerepéről

az objektív egészségi állapot olyan nagy mértékben befolyásolja mind az öt önértékelési dimenzió alakulását, hogy az itt észlelt csoportok közötti önértékelési különbséget magyarázhatjuk az egészségi állapot különbségeivel, hiszen a két jelenség matematikai-statisztikai értelemben is „rímelt” egymással.

Ha az önértékelést rontó vagy valódi okok tartalomelemzését áttekintjük, akkor jelentős különbségeket látunk. A magyarok körében a fizikai erőnlétre való panaszkodás áll előtérben, intelligencianívójuk hiányait a bulgároknál nagyobb mértékben hajlamosak a képzettség hiányának betudni. Utóbbiak inkább a memória zavarait tesszik felelőssé.

A magyarok interperszonális kapcsolati partnereiket jóval nagyobb arányban hibáztatják a kapcsolati problémákért, mint önmagukat. A bulgárok — aránykülönbség nélkül — elutasítják az előbbi értelmezési alternatívát, megbecsültségük arányait bizonyos értelemben természetesnek veszik, kevésbé hajlamosak, hogy önmaguk vagy partnereik viselkedését ezekért az arányokért felelőssé tegyék. Aktuális konfliktusoknak azonban nagyobb magyarázó jelentőséget tulajdonítanak, mint magyar vizsgáltjaink.

Az önértékelés öt dimenziójának alakulása, módosulása között igen nagy mértékű a korreláció. Ez arra utal, hogy az emberben élő, saját helyzetét értékelő globális kép, valamennyi konkrét területen megnyilvánuló konkrét önértékelést befolyásolja, alakítja.

Van azonban néhány különbség, néhány jellegzetesség és specifikum e tekintetben is bulgár és magyar vizsgálati csoportjaink között. Előbbieknél a rosszabb objektív egészségi állapot a globális rossz önértékelésen belül a saját karakterről alkotott képet is eléri, sőt összefügg a karakter és az egészségi állapot szubjektív önértékelése is; a fokozottan neurotikusok is az egészségüket értékelik főként rossznak. Utóbbiaknál — vagyis magyar vizsgáltjainknál — azt találtuk, hogy a nagyobb neurózis fokozattal rendelkezők az intellektusokat és boldogság szintjüket értékelik főként rossznak.

Úgy véljük, a gerontológiai gondozást vizsgálatunkban igénylő, két országból kikerülő idős emberek csoportjai közötti különbség arra a körülményre utal, hogy a szociokulturális és tradicionális különbségeket a betegek elvárásainak elemzéséhez, és a gondozás optimalizálásához fel kell térképezni, figyelembe kell venni.

Összefoglalás: A szerzők azt vizsgálták, hogy megegyeznek-e a két ország fővárosában, Szófiában és Budapesten, a gerontológiai intézményekben önkéntes jelentkezés alapján egészségvizsgálatot, illetve megelőző gondozást kérő idős emberek csoportjai, organikus és mentális egészségi állapotukat, személyi jellegzetességeiket és helyzetük önmaguk által való értékelését tekintve. Azt találták, hogy ugyanazt a felhívást Szófiában organi-

kusan és mentálisan valamivel rosszabb objektív egészségi állapotban levő, és önértékelésében ezt szubjektíve is valló csoport értelemezte neki szóló felhívásnak, mint Budapesten. A típusos panaszok különbségei, az önértékelés összefüggései egyaránt arra utalnak, hogy a különféle szociokulturális egységek és tradícióik módosítják az emberekben kialakult képet az egészségügyi gondozásról, a vele szembeni elvárások lehetőségeiről. A nemzetközi gondozási és szervezési tapasztalatokat lehetőség szerint árnyaltan adaptálni kell az alkalmazás során.

IRODALOM: 1. Adams, D.: Gerontologist 1971, 11, 64. — 2. Brarbourne, N.: The structure of psychological well-being. Chicago, Aldine, 1965. — 3. Cavan, R. és mtsai: Personal adjustment in old age. Chicago, Sciences Recherche Associates, 1949. — 4. Clément, F.: Rev. Franc. Géront., 1961, 7, 379. — 5. Clément, F.: Facteurs accidentales du vieillissement. Paris, Fondation Nationale de Gérontologie, 1976. — 6. Gaitz, C. M., Scott, J.: Age and measurement of mental health, 9th congress of gerontology, Kiev, 1972. Abstracts, vol. 3., p. 202. — 7. Havighurst, R. J.: The sociology and demography of the aged population. In: Psychiatrie der Gegenwart. Bd. 2. Berlin etc. Springer, 1972, 959. — 8. Kuhlen, R. G.: Aging and life adjustment. In: Handbook of aging and the individual. (ed.: J. E. Birren). Chicago, Univ. of Chicago press. 1959, 852. — 9. Kutner, B. és mtsai: Five hundred over sixty: a community survey on aging. New York, Russel, 1956. — 10. Landis, J. T.: Social Forces, 1942, 20, 468. — 11. Landis, J. T.: School f. Society, 1942, 55, 643. — 12. Larson, R.: J. Geront., 1978, 33, 109. — 13. Lehner, G. F. J., Gunderson, E. K.: J. Personality, 1948, 17, 199. — 14. Lehner, G. F. J. és Silver, H.: J. Personality, 1948, 17, 199. — 15. Lehr, U.: Psychological Problems. In: Practical geriatrics. Basel, 1975, 22. — 16. Maddox, G. J., Dougless, E. B.: Self assesment of health: a longitudinal study of selected elderly subjects. 9 th internat. congr. of gerontology, Kiev, 1972. Abstracts vol. 3., p. 357. — 17. Masson, E.: J. Geront. 1954, 9, 324. — 18. Mongue, R. H.: Exp. Aging. Res. 1975, 1, 281. — 19. Neugarten, B. és mtsai: J. Geront. 1961, 16, 134. — 20. Petrov, I. Chr.: Neurol. psychiatr. i nevrochirurg. Szofia 1975, 14, 306. — 21. Petrov, I. Chr.: Neurol. psychiatr. i nevrochirurg. Szofia, 1975, 14, 394. — 22. Petrov, I. Chr.: Self-evolution of some personality aspects of the elderly by the Dembo-Rubinstein-test. Thesis, Szofia, 1976. — 23. Petrov, I. Chr.: Neurol. Psychiatr. i neurochirurg. Szofia, 1978, 17, 238. — 24. Powel-Lawton: J. Geront. 1975, 30, 85. — 25. Rubinstein, S. A.: Experimentálnije metodiki patopszichologii v klinike. Moszkva, Medicina, 1970. — 26. Shanas, E. és mtsai: Old people in three industrial scienties. New York. etc. Atherton 1968.

Országos Reuma és Fizioterápiás Intézet, Budapest
(főigazgató: Bozsóky Sándor dr.)

Köszvény és rheumatoid arthritis együttes előfordulása

Mitsuzova Mila dr., Gáspárdy Géza dr.,
Tanka Dezső dr., Neumark Tamás dr.
és Bély Miklós dr.

Jóllehet a rheumatoid arthritises (RA) betegek mintegy 10%-ában magas a szérumsavszint (1), és egyes megfigyelések szerint a köszvényben szenvedők 10–40%-ában (2–5), saját anyagunkban az esetek 7%-ában (6) mutatható ki rheumatoid faktor (RF), a köszvény és RA társulása mégis oly ritka, hogy a kórfolyamat szinte kölcsönösen kizárja egymást.

A ritka társulásra utal, hogy Wallace és mtsai (7) 1881-től feldolgozva a vonatkozó szakirodalmat — saját betegüket is beleértve mindössze 8 olyan esetet tartanak számon, amelyben a RA köszvény-nyel társult. Lussier és De Médicis egy szerkesztőhöz írott levelében 13 esetről szól (8).

Figyelembe véve a RA-t kísérő viszonylag gyakori hyperurikaemiát és a köszvényben észlelhető RF-pozitivitást, Wallace és mtsai (7) szerint az Egyesült Államokban legalább 10 000, a hazai epidemiológiai adatok alapján (9, 10) Magyarországon több mint 300 esetben lehetne a két betegség társulásával számolni.

Arra nézve, hogy milyen körülményeknek tudható be e ritka társulás, csak feltételezések vannak. Feltehetően szerepe van ebben a magas húgysavszint immunfolyamatokat befolyásoló (immunszuppresszív) hatásának (11, 12), továbbá annak a megfigyelésnek, hogy a húgysav kristályokra adszorbeált IgG RF-képződés forrása lehet (5).

A két folyamat ilyen ritka együttes előfordulása miatt igen jelentősek tehát azok a diagnosztikai kritériumok, melyek alapján a két betegség társulását megállapíthatjuk.

A RA és köszvény együttes fennállását ugyanakkor kóriszmézhajjuk, ha betegünknek az alábbiakban közölt valamennyi kritériumot megtaláljuk (7): 1. szeropozitív, eróziós RA, 2. RA-re utaló szövettani lelet, 3. heveny köszvényes roham, 4.

mononatrium-urát kristályok jelenléte a synovialis folyadékban, 5. Colchicinnel való befolyásolhatóság.

Esetismertetés

Sz. B. 45 éves gkv. családi anamnesisében köszvényre vagy RA-ra utaló adat nem szerepel. 1973-ban hepatitisre volt, u. a. az évben baleset kapcsán a jobb oldali tibia medialis condylusa eltört. 1977 januárjában étel és ital abusus után a bal oldali I. metatarso-phalangealis (mtp) ízületét érintő, típusos köszvényes rohama volt, amely egy éven belül megismétlődött.

Kórházba került, ahol a jellegzetes anamnesis, az emelkedett szérumsavszint és a pozitív „colchicin próba” alapján köszvényt diagnosztizáltak. Terápiás javaslat: diéta, indometacinum. 1978 óta hypertóniás (170/100 Hgmm), az alkalmazott antihypertensív szer: Dopegyt.

1978 év folyamán többször volt vállaira, jobb csuklójára, valamint III–IV–V. lábujjakra lokalizálódó fájdalma. 1979 januárjában hirtelen megduzzadt és fájdalommal vált a jobb térdízülete. Panaszai miatt ismét kórházba került (Hévíz), ahol megerősítették a köszvény diagnózist, és idült synovitisre való tekintettel az ORFI orthopaediai osztályára helyezték át synovektómia elvégzése céljából.

Felvételi statusából: a bal vállízület mozgása fájdalmas, kimoogatáskor crepitatio észlelhető, j. o. csuklóízülete duzzadt, melegebb tapintatú, mozgásai kis fokban, minden irányban beszűkültek, jobb térdízülete duzzadt, deformált, a suprapatellaris árok tömött, feszesen kitöltött, benné folyadék, extensio-flexio 10–70°. Mko. hallux valgus, j. o. III–IV. mtp. ízülete nyomásra fájdalmas, mko., de főleg j. o. az V. mtp. ízület erősen deformált, duzzadt, nyomásra fájdalmas, livid. Az elvégzett vizsgálatok eredményei: sed.: 60–45 mm/ó, vércsoport: „0” Rh (D) poz., norm. quantitativ és qualitativ vérkép: thrombocyta szám: 280 000; vizelet, szérumsav, kreatinin, CN, májfunctio próbák, enzim vizsgálatok eredményei kóros elváltozást nem mutatnak. Szérumsavszint ism. 10,8 mg/dl (norm. 7,2 mg/dl-ig, SIGMA). Vizelet-húgysav: 540 mg/24 h., urát-clearance: 5,5 ml. Szérumsav-gamma-latex: + + + +, antinucleáris faktor: neg., IgG: mg/100 ml. IgA: 399 mg/100 ml, IgM: 114 mg/100 ml, IgE: < 400 IM, C3: 190 mg/100, rejtett RF: neg., C-reactiv protein: 128, immunkomplex: 300 ug/ml. Aktív rosetta: 26,6% = 732,7/mm³ Ly: 26% = 2792/mm³ (aktív rosetta a normál érték alsó határán van). Mantoux: 1:100 000 = neg. A synovialis folyadék vizsgálata polarizált fényben seprűszerűen rendezett, jellegzetes tű alakú, negatív-kettőtörésű mononatrium-urát kristályokat és pozitív kettőtörésű kalciumpirofoszfát kristályokat mutatott (1. ábra). Sejttség: 2400/mm³, qualitativ vérkép: segm.: 77%, Ly: 21%, Mo: 2%, C3 complement faktor szint: 90 mg/100 ml, Waaler–Rose: neg., immunkomplex:



1. ábra: Synovialis folyadék; kenet (16×6,3). Seprűszerűen rendezett, jellegzetes tűalakú húgysavkristályok, negatív kettőtörésű, és pozitív kettőtörésű kalciumpirofoszfát kristályok



2. ábra: V. metatarsophalangealis ízület röntgenfelvétele.

lex = 100 ug/ml. A medencefelvételen a jobb oldali (j. o.) sacroiliacalis rés erősen beszűkült, bizonytalanul követhető; az összehasonlító láb-röntgenfelvételen a j. o. V. mtp. ízfelszíne alatt a csont felszíne egyenetlen, megszakított, több kisebb-nagyobb subchondriális felritkulás látható. Bal oldali V. mtp. rés aszimmetriásan beszűkült, a csont felszíne egyenetlen, számos subchondriális felritkulás (2. ábra). Mkét kéz összehasonlító röntgenfelvétele: a kezeket alkotó csontokban alaki vagy strukturális eltérés nem mutatható ki. A térd kivetített röntgenfelvétel eredménye másodlagos chondracalcinosis fennállása mellett szól.

1979. szeptemberben jobb oldali térdízületi synovektomia és menisektomia történt. Histológiai vizsgálat történt. Histológiai vizsgálat eredménye: a feldolgozott metszetekben bolyhos felszínű synovialis részletek láthatók. A synovia felszínén több helyen nagy tömegű fibrin található. A synovialis fedősejtek duzzadtak, megszorodtak, több rétegen — helyenként pallisadszerűen — helyezkednek el. A felszínt borító synovio-cyták néhol leválnak. A synovialis membrán közepesen sűrű, diffúz, főként felszínes és gócos (javarészt perivascularis) lobos infiltratio van. A lobsejtek, lym-



3. ábra: A synovia szövettani vizsgálata (HE 2,5x6,3. — A nagyítás a 24x36 mm-es negatívra vonatkozik). Bolyhos felszínű synovia, a synovialis stromájában sűrű, lobos infiltratio

phocyták, plasmasejtek, monocyták többmagvú sejtek, valamint lebonyozott magvú leukocyta. Egy-egy másodlagos tüsző is megfigyelhető. A metszetekben több érátmetzet található, ezek fala az átlagosnál vastagabb, lumenük beszűkült. A lobos beszűkítés több ér esetében a teljes falvastagságra terjed. Néhány ér körül kifejezett perivascularis sclerosis figyelhető meg. A synovialis membrán stromája tömörült, helyenként fibrinnel átitatott, mesenchymalis transformatio csak elvétve figyelhető meg. A szöveti kép RA-re jellemző (3. ábra).

Az elektronmikroszkópos vizsgálatok során az erek endothel sejtjeiben és a macrophagok cytoplasmájában élesen határolt vacuolumok láthatók, melyek a kioldódott kristály helyeinek felelnek meg (4. a. ábra). Az erek mentén, a többségében lymphoid elemekből álló gyulladáscsökkentő sejtpopuláció között többmagvú

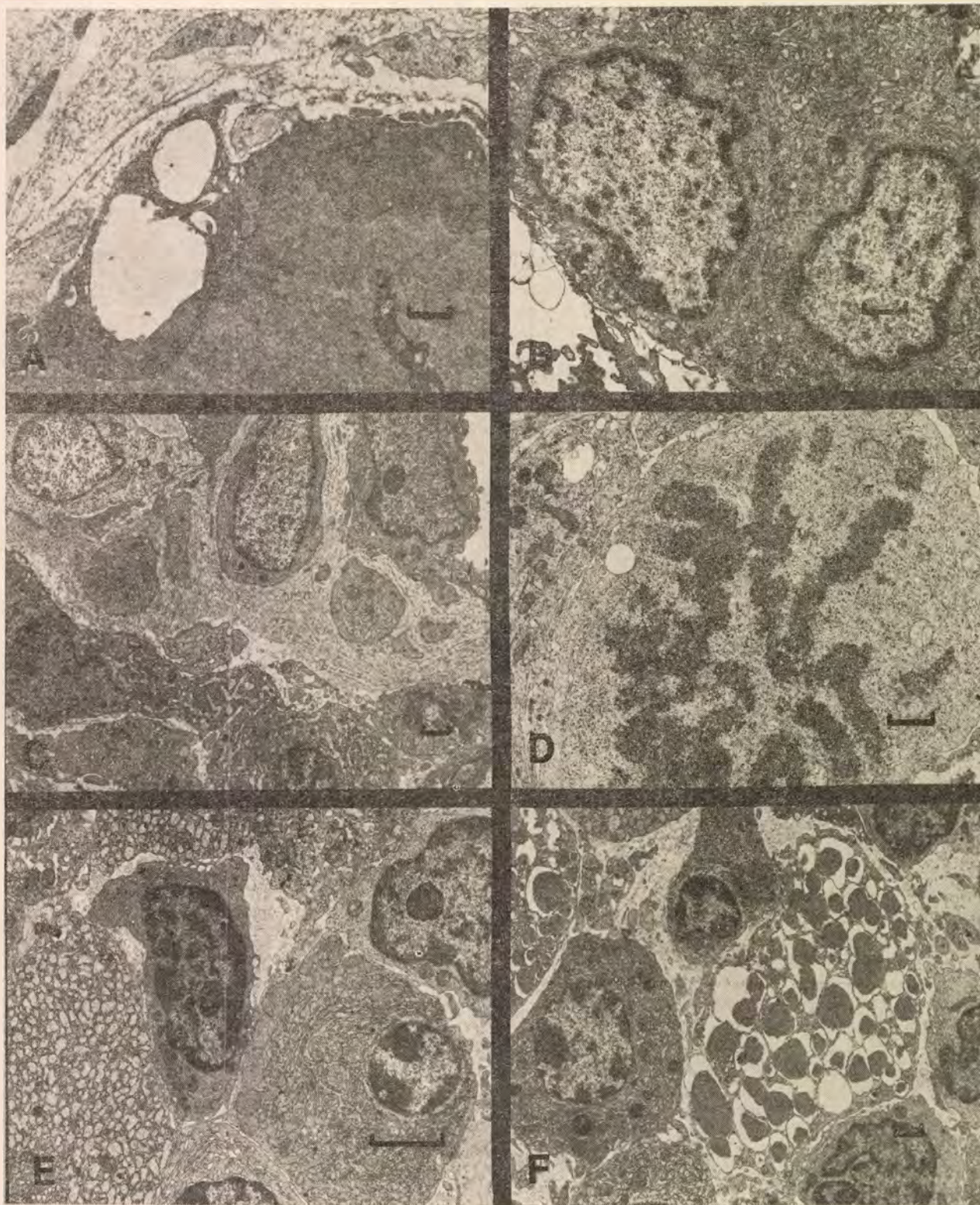
1. táblázat

	Synovialis FOLYADÉK			Synovialis MEMBRÁN			
	ARTH.	R. A.	Beteg	ARTH.	R. A.	Beteg	
SDH	—	0,10	0,09	1,47	1,36	0,00	mg %/protein
SDH / K ₃	—	1,80	2,04	1,92	2,10	1,36	mg %/protein
UO _{red}	—	—	—	0,01	0,85	0,67	mg/100 g
RHODANESE	167	479	320	194	277	290	U/1 ill.
							mMCN ⁻ /100 g
COLLAGENASE	—	2,5	5,0	10,0	40,0	50,0	mg
Aktívált COLL.	—	30,0	20,0	24,0	51,0	57,0	mg

őriássejtek is megfigyelhetők (4. b. ábra). A kisebb erek mentén a basalmembrán rétegeinek megtöbbszörösödését és vizenyős fellazulását észleltük (4. c. ábra). A rheumás szöveti reakcióra jellemzően perivascularisan a lymphocyták, ill. plasmasejtek proliferációja látható. A lymphocyta-plasmasejt sok különböző érési alakja között oszló sejtalakokat és már teljesen kiérett plasmasejteket találtunk (4. d. ábra).

A synovialis membrán homogenizátumából, valamint a synovialis folyadékból néhány, az elvégzett

vizsgálataink szerint jellemzőnek tartott enzimaktivitást is meghatároztuk (14–16), ill. megvizsgáltuk a kollagenáz és rodanid ionnal aktiválható kollagenáz aktivitás mértékét (17). Összehasonlítással a táblázatban még két értéket közlünk. Az arthrosis (ARTH) betegekből származó értékek mintegy kontrollnak tekinthetők, a klinikailag és morfológiailag RA-s betegekből származó értékek pedig azt demonstrálják, hogy betegünk enzimaktivitás értékei az RA-csoportéhoz hasonlóak (1. táblázat).



4. a, b, c, d. ábra: A synovia elektronmikroszkópos vizsgálata

Wallace és mtsai (7) mintegy 100 évre visszamenően feldolgozva a vonatkozó szakirodalmat, beleértve az általuk felismert esetet is, 8 olyan esetről számolnak be, amelyben RA köszvénnel társult. Saját esetünkön kívül csak Owen és mtsai (18) által közölt eset tekinthető olyannak, amelyben a két kórfolyamat együttes jelenléte a modern diagnosztika követelményeinek megfelelően került megállapításra. A korábbi közlések ugyanis általában autopsia során nyert adatokra támaszkodnak.

Esetünkben a RA és köszvény együttes előfordulását az alábbiak alapján látjuk bizonyítottnak:

- a) a beteg polyarthritise megfelelt az ARA-kritériumoknak,
- b) a gamma-latex próba ismételt pozitív volt (19–20),
- c) a röntgenvizsgálat erózió RA-t bizonyított (21–22),
- d) a synovia szövettani és biokémiai vizsgálata RA-ra utaló elváltozásokat igazolt,
- e) colchicinnel kedvezően befolyásolható, típusos köszvényes rohamok ismételt előfordulnak,
- f) mononatrium-urát kristályok jelenléte a synovialis folyadékban,
- g) a synovia köszvényre és RA-re egyaránt jellemző elektronmikroszkopos képe,
- h) magas húgysavszint.

A synovialis folyadékban észlelt pozitív törést mutató kristályok másodlagos eredetű (post-traumás) chondrocalcinosis fennállását igazolják (23, 24), emellett szól a röntgenvizsgálat eredménye is.

Esetünk elsősorban azért érdekes, mert a két kórkép rendkívül ritkán társul, jöllehet a RA-t kísérő hyperurikaemia, illetve a köszvényben előforduló RA pozitivitása miatt éppen a gyakori társulás lenne várható. Több megfigyelésből arra lehet következtetni, hogy a magas húgysavszint befolyásolhatja a szervezetben lejátszódó immunfolyamatokat. Lussier (12) hyperurikaemiát előidéző diétán tartott patkányokat, miközben urikázé-gátló szert adott az állatoknak, majd Freund-adjuvánsal kezelte azokat. A kontroll állatokhoz képest szignifikánsan kevesebb volt a hyperurikaemiás állatokban a polyarthrititis.

A húgysavszint befolyásolja a macrophagok funkcióját. Erre mutatnak saját vizsgálataink is (25), amelyekben a húgysavszint változásának a macrophagokra gyakorolt hatását tanulmányoztuk. Kimutattuk, hogy a magas húgysavszint befolyással van a macrophagok kemoluminiszcenciájára és ún. sprædingre egyaránt. Jól ismert a macrophagok sokrétű szerepe az immunfolyamatokban. Feltehető tehát, hogy a hyperurikaemia a macrophagok funkcióját befolyásolva fejti ki hatását az immunrendszerre. A hyperurikaemia általi befolyásolhatja a macrophagok aktivitását, hogy a szérum-fehérjékkel — elsősorban IgG-vel — fedett húgysavkristályok phagocytosis útján a sejtekbe kerülnek, és intracellularisan felszabadulva a bekebelező sejteket károsítják (5, 26). A köszvényben

viszonylag gyakran kimutatható RF képződése is a húgysav — IgG kölcsönhatással hozható összefüggésbe (2, 3). A húgysavkristályokhoz adsorbeált és denaturálódó immunglobulinok anti—IgG specifikitású ellenanyagok (RF-ok) képződését válthatják ki. Annak igazolása, hogy a köszvény és RA ritka társulása valóban a magas húgysavszint immunrendszerre gyakorolt hatásával hozható kapcsolatba, éppen úgy vizsgálatokat igényel, mint annak megállapítása, hogy miért társulhat a RA köszvénnel.

Betegünk immunológiai statusának vizsgálata kevés támpontot nyújt az immunrendszer esetleges részvételére vonatkozóan. A Mantoux-próba negativitása azonban kétségtelenül a celluláris immunválasz-adási készség csökkenésére mutat. A csökkent celluláris immunitás esetleges jelentőségére Wallace (7) is felhívja a figyelmet, tekintettel arra, hogy az irodalomban ismertett 8 eset közül kétfőben Felty-syndroma és tuberculosis is előfordult.

Betegünk két év óta áll orvosi ellenőrzés alatt. A köszvényhez társuló RA viszonylag korán került felismerésre. Így módunkban áll a beteg további ellenőrzése és a két kórfolyamat társulásának további megfigyelése.

Összefoglalás: Köszvény és RA rendkívül ritkán fordul elő együtt. A szerzők egy esetet ismertettek, melyben a két kórfolyamat társulása a klinikai lefolyás, a serológiai vizsgálatok, a synovia fénymikroszkopos, elektronmikroszkopos és biokémiai vizsgálata alapján bizonyított. A szerzők diszkutálják azokat az okokat, amelyek a két betegség ritka társulását eredményezik.

IRODALOM: 1. Talbott, J. H., Yu, L. F.: Gout and uric acid metabolism Stuttgart, Thieme. 1976, p. 221. — 2. Wallace, S., Robinson, H., Masi, A. T.: Arthritis Rheum. 1977, 20, 895. — 3. McCarty, D. J.: Bull. Rheum. Dis. 1974, 25, 804. — 4. Eisman, J., Fan, R. T.: Arthritis Rheum. 1977, 20, 1147. — 5. Kozin, F., McCarty, D. J.: Arthritis Rheum. 1977, 20, 1559. — 6. Judák A., Falus K., Mituszova, M.: Rheum. Baln. Allerg. 1979, 20, 206. — 7. Wallace, D. J., és mtsai: Arthritis Rheum. 1979, 22, 81. — 8. Lussier, A., De Médicis, R.: Arthritis Rheum. 1979, 8, 939. — 9. Weisz, M., Gömör, B., Bakos L.: Rheum. Baln. Allerg. 1978, 21, 141. — 10. Mituszova, M., Bányai B., Vargha P.: Előadás, Moszkva. Össz-Szövetségi Reumatológiai Kongresszus. 1978. IX. 26. — 11. Lussier, A.: Arthritis Rheum. 1975, 18, 414. — 12. Lussier, A., De Médicis, R.: J. Rheumatol. 1977, 4, 369. — 13. Schwartz, M. L., Malawista, S. E.: Arthritis Rheum. 1975, 18, 424. — 14. Tanka, D.: Morph. és Ig. Orv. Szemle. 1973, 13, 303. — 15. Tanka, D., Keller M.: Acta Morph. Acad. Sci. Hung. 1977, 25, 137. — 16. Tanka, D., Keller, M.: Laboratóriumi diagnosztika. 1976, 3, 31. — 17. Abe, S., Shinmel, M., Nagai, Y.: J. Biochem. (Jap.) 1973, 73, 1007. — 18. Owen, D. S., Toone, E., Irby, I.: JAMA. 1966, 197, 123. — 19. Gáspárdy G. Ifj. és mtsai: Rheum. Baln. Allerg. 1969, 10, 1. — 20. Bozsóky S.: Doktori értekezés. Budapest, 1970. — 21. Bozsóky S., Bálint G., Temesvári P.: Aesopus Verlag. Wiesbaden. 1978. — 22. Gáspárdy G. és mtsai: Rheum. Baln. Allerg. — közlés alatt. — 23. Moskowitz, R. W., Katz, D.: Arch. Int. Med. 1965, 115, 680. — 24. Wyle, J. és mtsai: New Engl. J. Med. 1966, 275. — 25. Mituszova, M., Balázs Cs.: A sejtostódás farmakológiája. Az MFT Kemoterápiái Szekciójának konferenciáján elhangzott előadások. 1978, 2, 375. — 26. Kozin, F., McCarty, D. J.: Arthritis Rheum. 1976, 19, 433.

Keményítőszemcsék BCG-lymphadenitises nyirokcsomóban

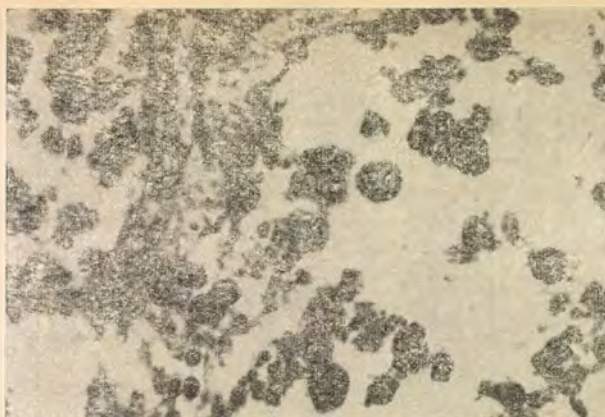
Krutsay Miklós dr.

Közismert, hogy a nyirokkeringéssel a lymphocytákon és endothelsejteken kívül egyéb corpuscularis elemek (baktériumok, pigmentszemcsék, daganatsejtek) is tovajuthatnak a szervezetben. Alábbi esetünk érdekességét a nyirokáramba került anyagnak és bejutási módjának szokatlan volta adja meg.

Esetismertetés

Cs. L. fiúcsesemőt 2 hónapos korában vették fel az ajkai kórház csecsemőosztályára. Körzeti orvosa a bal supraclavicularis árokban észlelt kisalmányi duzzanat miatt utalta be, melyet ellenőrző vizsgálat során aznap, véletlenül fedezett fel. A csecsemő láztalan, mérsékelt anaemiás volt. Az elváltozás műtéti feltárasakor genny és szövettörmelék ürült. Az előbbi tenyésztéskor sterilnek bizonyult, az utóbbit szövettani vizsgálatra küldték. Mikroszkóppal a gombostűfejniyborsszemnyi szövetrészek elhalását, bevérvését és gennysejtes beszűrődését észleltük. Bennük elvéve egy-egy saválló baktérium is előfordult. Az elváltozást BCG-lymphadenitisnek véelve, a metszetet *Schaumann-testek* és anizotróp kristályok irányában (2) polarizált fényben is megvizsgáltuk. Ekkor nagy számú, 7,5–22,5 μm (átlag 12 μm) átmérőjű, radiális irányra pozitív kettőtörésű sphaerit tűnt elő. Ezen kerek képletek közönséges fényben színtelenek voltak, erős PAS-pozitivitást és némelykor sugárirányú repedezettséget mutattak, jóddal hatására megkékültek (1. és 2. ábra).

A leletek alapján a képleteket keményítőszemcséknek tartottuk. Minthogy az eredeti elváltozás felett a bőr sértetlen volt, feltételeztük, hogy a szemcsék a BCG-oltás helyén keletkezett ulcuson át jutottak a supraclavicularis nyirokcsomókba, melyekben egyidejűleg BCG-lymphadenitis is kialakult. A keményítőszemcsék eredetére vonatkozóan feltételeztük, hogy azok rizskeményítőt tartalmazó hintőporból származnak. A szülők által rendelkezésünkre bocsátott, valamint a kereskedelmi forgalomban csecsemőápolási célra kapható hintőporok azonban csupán talcumból álltak. Ezek után csupán az a magyarázat kerülhetett szóba, hogy a szemcsék a csecsemő táplálására szolgáló búzadarából — mely etetés közben a felkarra kenődhetett — kerülhettek a nyirokáramba. A szemcsék



1. ábra: Keményítőszemcsék az elhalt szövettörmelékben. PAS-festés. 388 $\times$



2. ábra: A keményítőszemcsék polarizált fényben. 753 $\times$

nagysága, kerek alakja és repedezettsége szintén ezt a feltevést támasztja alá (1).

A csecsemő fél évvel a műtét után panaszmentes volt, jól fejlődött, nyirokcsomóduzzanata nem újult ki.

Nem találtunk irodalmi adatot arra vonatkozóan, hogy a szövetekbe jutott keményítő mennyi idő alatt oldódik fel. Minthogy BCG-oltás helyén fekély 3–6 hét múlva keletkezhet és akár fél évig is fennállhat, esetünk amellet szól, hogy a keményítőszemcsék lebomlásához két hétnél feltétlenül hosszabb idő szükséges.

Összefoglalás: A szerző kéthónapos csecsemő esetét ismerteti, akinél a BCG-lymphadenitis következtében beolvadt supraclavicularis nyirokcsomókban búzakeményítő-szemcsék voltak kimutathatók. A keményítőnek a nyirokkeringésbe jutását azzal magyarázza, hogy a felkaron levő BCG-oltási ulcusra etetés közben búzadara kenődött rá. A szövetekben a keményítőszemcsék lebomlásához két hétnél hosszabb idő szükséges.

IRODALOM: 1. Halmai J., Novák I.: Farmakognózia. Medicina. Budapest. 1963. — 2. Krutsay M., K. Kelemen M.: Orv. Hetil. 1967, 108, 2521.

BAYOLIN

kenőcs

mV 200

Antiphlogistica

ÖSSZETÉTEL:

Heparinoid Bayer	— — — — —	2500 HDB-E
Aethylenglykolum		
monosalicylicum	— — — — —	5,00 g
Benzylum nicotinicum	— — — — —	1,25 g
50 g lemosható kenőcsben.		

HATÁS:

Hatóanyagai közül a Heparinoid Bayer gyulladásgátló anyag, amely a vérrögződést is gátolja. A nikotinsav – benzilészter helyi vérbőséget okoz, ezzel a megbetegedett szövet vérkeringését támogatja. Etilén-glikol monosalicilát külsőleges alkalmazásával gátolható a kondroitinszulfát bioszintézise. Mivel a reumás sarjszövettel jól összehasonlítható, kísérleti úton előállított hegyszövetben megnövekedett mucopolisaccharid és kondroitinszulfát szintézis igazolható, a kondroitinszulfát szintézisének gátlásával a reumás kórképek feltehetően előnyösen befolyásolhatók.

A salicilátok a bradykinin gátló hatáson keresztül fájdalomcsillapító hatást is kifejtenek.

JAVALLATOK:

Izületi gyulladások, arthrosis, spondylosis, spondylarthrosis esetén fellépő izom- és végtagfájdalmak, izomláz és zúzódások, zárt baleseti sérülések, contusio, haematomák, distorsiok, továbbá tendovaginitis, epicondylitis, bursitis, radiculitis, neuritis, fibrositis, myositis.

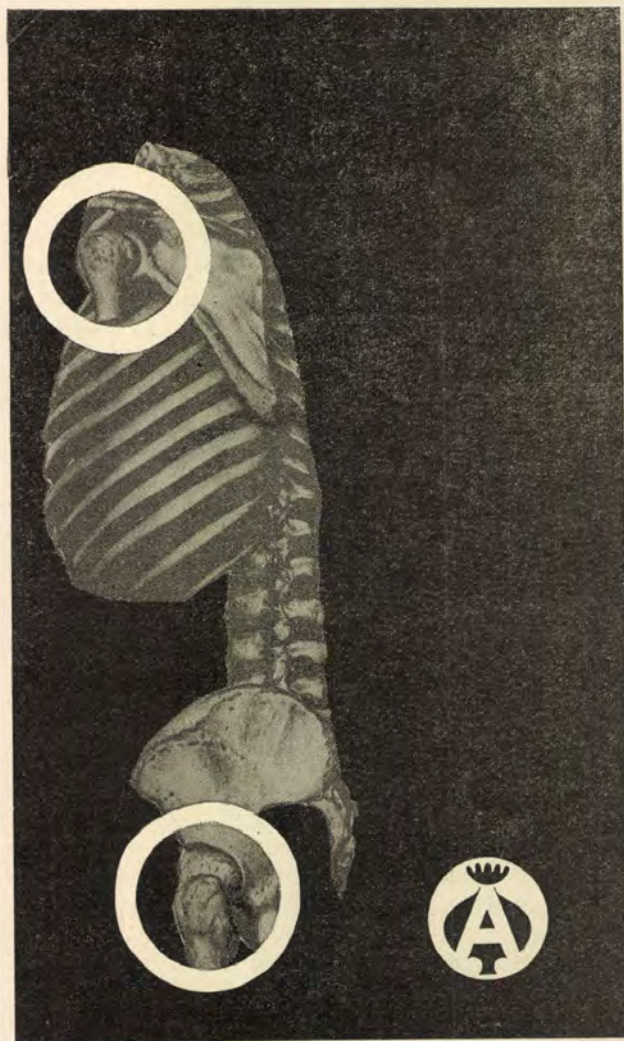
ALKALMAZÁS:

A fájdalmas testrészt bedörzsöljük vékony rétegben általában naponta 2–3-szor. Ha a bedörzsölés a túl nagy fájdalom miatt nem lehetséges, elegendő a kenőcsöt csak könnyedén a bőrfelületre vinni.

Az alkalmazás módja mindig a betegség lokalizációjától, illetve a beteg állapotától függ. Keringést javító hatása fürdőkkel fokozható.

Figyelmeztetés:

A kenőcs szembe vagy nyálkahártyára ne kerüljön, mert erős vérbőséget okoz; alkalmazása után kézmosás javasolt.



MEGJEGYZÉS: ✚

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

ELTARTÁS:

Hűvös helyen.

CSOMAGOLÁS:

1 tubus (50 g) 6,80 Ft.

Forgalomba hozza: ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR, TISZAVASVÁRI,

Bayer A. G. Leverkuseni licencia alapján

Az antisepsistől a hyperasepsisig

Az előrehaladást szolgáló társadalmi forradalmak a tudomány fellegvárába is behatolnak. Ez történt a múlt és a jelen századunkban is, amikor a társadalmi megmozdulásokkal párhuzamosan a manuális szakmák — százéves intervallummal — a legnagyobb forradalmukat élték át. A feltörő ifjú sebész-nemzedék talán nem is gondol arra, mikor ma nagy biztonsággal veheti kézbe a gyógyító kést, hogy annak a természetét aratják, amelynek magjait Nagy Eleink vetették el.

Hetilapunk 1979. évi 19. számában megjelent Dobó Kálmán és Vetró Gábor érdekes közleménye *A műtő és a postoperatív fertőzések*, indított arra, hogy kifejtsem nézeteimet, áttekintve, hogyan és mi is történt a sebészi anti- és asepsis vonalán. Erre feljogosít az a fél évszázad, amit a műtőasztal mellett töltöttem. A cél egyértelmű és világos: megóvni a beteget a műtét közben létrejövő sebfertőzéstől, a véres műtétekkel járó iatrogen ártalmaktól.

A revolúciónak beillő evolúció a XIX. század derekátján kezdődött azzal, hogy 1846-ban Bostonban (USA) feltalálták az anaesthesiát. Ezzel szélesre tárult a kapu az operatív szakmák előtt. A sebészek háttartalan ambíciója egyre-másra szülte a különféle műtéteket, amelyek milyensége, száma napról napra gyarapodott. Ám hamarosan kiderült, hogy a fájdalomérzés kikapcsolása önmagában korántsem elegendő. Másik, sokkal nagyobb akadály tornyosult a sebészek elé: a sebfertőzés. Ehhez társult még a műtéti shock, amely gyakran okozta az operált halálát.

Semmelweis (1818—1865) vitathatatlan érdeme, hogy elsőként mutatott rá a legfontosabbra, a contact-fertőzésre. A történeteket jó ismerjük. Semmelweis írta elő a ma is érvényben levő alaptörvényt, óvni a kezeket a fertőzéstől („non infectio”); ő honosította meg a vegyi kézfertőtlenítést. Ekkor még csak 1840-et irtunk!

Nagy kár volt, hogy Semmelweis korszaknyitó felfedezését csak tíz év elteltével, 1858-ban közölte az Orvosi Hetilap hasábjain és további három esztendő telt el, míg 1861-ben megjelent nagy munkája német nyelven is a gyermekágyi láz okáról.

A sebész nem realizálta a nagy horderejű felfedezést, inkább csak páholyból nézte a szülészeti berkeiben dúló — pro/contra — ádáz háborút. A

sebészek a jóval később színrelépő Joseph Lister (1827—1912) eljárására figyeltek fel.

A szerencsésebb csillagzat alatt született Lister angol sebészre mély benyomást tett 1864-ben Carlisleben-i látogatása alkalmával, hogy a város szennyvizét az Eden-folyóba ömlése előtt karbolsavval fertőtlenítették. Ebből vette az ötletet és alkalmazta 1865-ben a karbolsavat a sebészetben. Egy 11 éves gyermek nyílt lábszártörését karbolsavas kötésekkal kezelte. A seb hat hét alatt meggyógyult, holott ezek az esetek rendszerint amputációra kerültek — ha ugyan nem halállal végződtek.

1860-ban Pasteur bejelentette francia Tudományos Akadémián felfedezését a levegőben lebegő mikroorganizmusok szerepéről. Ugyanebben az esztendőben közölte J. F. Lemaire és G. Küchenmeister a karbolsav csíraölő hatását. Ennek nyomán hozta divatba Lister 1870-ben híres eljárását, a karbol-sprayben operálást a levegőfertőzés meggátlására. Kétszázalékos karbol-permetben operált, előbb kézzel, majd lábbal, végül egy kis hordozható gőzgéppel működtetett porlasztó készülékkel. 20 éven át ragaszkodott eljárásához, noha a legtöbb sebész felhagyott vele. Más irányban keresték a megoldást.

1870-ben hozta nyilvánosságra R. Koch könyvében a sebfertőzést okozó különféle csírák kórtani hatását.

1880 körül W. Maceven Glasgow-ban már kezdte kifőzni a géztörőket és műszereket. Nyilván ez ösztönözte a nagy német sebész, E. v. Bergmann, hogy berlini klinikáján kiadja a rendelkezést: Mindent kifőzni! 1885-ben már működtek a gőz-sterilizátorok, a műtéti fehérneműk, köpenyek, cérnakesztyűk csirtalanítására. Az eljárásról tanítványa, C. Schimmelbusch számolt be, egyben rámutatott a korábbi nagy jelentőségű felfedezések hiányosságaira. C. J. Ebert zürichi bacteriológus kimutatta, hogy nem csak a bőrön, hanem függelékeiben, a veríték- és faggyúmirigy járataiban, a szőrtüszőkben is bacteriumok rejtőznek, amelyek izzadáskor a felszínre kerülnek. Majd C. Flüge német hygiénikus professzor mutatott rá, hogy a szájból, orrüregből kiáramló cseppecskék bacteriumokkal telítettek. Ezek ellen kezdték alkalmazni a steril műtőmaszkokat, szájkendőket a műtéteknél.

Az első világháborúban (1914—18.) azonban ez a békebeli asepsis felmondta a szolgálatot. Az idősebb sebészek sürgették a visszatérést Lister elveihez. Számos antisepticummal próbálkoztak a harc-téri sérültek sebének csirtalanítására — eredménytelenül. Csíraölő szereik inkább csak a szövetek ártalmára voltak. Eredményesebbnek bizonyult a sebkimetszés, amit újra felfedeztek.

Közben kutattak újabb antisepticumok után. Kétszázat meghaladó anyag közül A. Carrel és D. Dakin a natrium hypochloritot találta leghatásosabbnak. Hiányossága volt a hatás rövidsége. Ezen segített az állandó öblítés Dakin-oldattal. Az eljárás azonban körülményes és időt rabló volt, de kétségtelenül a legnagyobb szolgálatot tette az első világháborúban.

A második — a gyógyítást szolgáló — forradalom már századunkban az első világháború befejeztével a chemo- és biotherapia jegyében zajlott le.

Chemotherapia. P. Ehrlich fedezte fel a festékoldatok terápiás hatását. Ezek közül az acroflavin, mercurochrom és a gentian-ibolya bizonyult ártalmatlannak a szervezetre és hasznosnak több bakteriális betegségben. Ez indította K. G. Domagk orvos-kémikust 1932-ben arra, hogy az I. G. Farbenindustrie óriási gyárában több száz festéket átvizsgáljon. Köztük fedezett fel egyet, a prontosil-vöröset, amellyel streptococcusokkal fertőzött egereket sikerrel meggyógyított. További vizsgálatok folyamán két francia kutató, Jacques és Thérese Treoufouel kiderítette, hogy a prontosil hatóanyaga a sulfonamid. A továbbiakban Angliában Leonard Colenbrook és Méave Kenny alapos ellenőrző vizsgálatok során megállapította, hogy mind a prontosil, mind a sulfonamid hatásos orvosság a gyermekági lázban. A kísérletek közben kiderült az is, hogy a sulfonamidok hatásos gyógyszerei a gonococcus, pneumoniák, peritonitisek, phlegmonék és egyéb bakteriális fertőzéseknek.

1939-ben, a második világháború kitörésekor nagy reményt fűztek a chemotherápiás orvosszerekhez, a sulfanilamidokhoz, melyek hivatva lettek volna megoldani a sebfertőzések kérdését. A remény egyúttal sem teljesült: hatásosságukat gátolta a helyi szövet-necrosis, per oralisan pedig toxikus voltuk miatt nem lehetett kellő mennyiségben adagolni.

Biotherapia. A Darwin-i „Struggle for Life”, a létért való küzdelem nem csupán a makro-, hanem a mikrokozmosz világában is egyaránt dúl. A sebészek csak némi csodálkozással szemlélték, hogy a szájüregben és végbélben végzett műtétek sebei milyen gyorsan és zavartalanul gyógyulnak. Elkönyvelték azzal, hogy bacteriumflórájuk, a „törzslakók” eleve gátat vetnek a veszélyes idegen törzsek befészkelődésének.

A nagy tapasztalattal rendelkező kiváló sebészünk Hüttl Hümér például óva intett attól, hogy szájüregi műtétek előtt napokig tartó „száj-toalet”-et (fogkövek lekaparása, odvas fogak, gyökerek eltávolítása, antiszeptikus szájöblítések) végezzünk, amellyel csak megbolygatjuk a szájüreg bacteriumflóráját.

A zseniális elgondolás, hogy a bacteriumokat kell egymás ellen harcba állítani, A. Fleming agyában született, amikor 1929-ben észlelte a penicillium notatum termelte „penicillin” antibacteriális hatását. Közleményében megjegyezte: „Talán lehetséges lesz bacteriumölő szerként alkalmazni penicillinérzékeny mikrobák ellen.”

Kilenc év telt el, míg Fleming félretett penicillinjét munkatársai H. Florey és E. Chain újból elővették és foglalkoztak vele. Nagy türelemmel és körültekintéssel sikerült csekély mennyiségű anyagot — „antibioticum”-ot — előállítani és néhány súlyos staphylococcus fertőzésben levő betegen kipróbálni hatását. Meglepo eredményt észleltek. Ám ekkor még javában dúlt a második világháború és az angol gyógyszeripar nem vállalhata a penicillin-tömeggyártáshoz szükséges beruházást. Florey az USA-hoz fordult segítségért, ahol a SURGICAL INFECTIONS OF THE U. S. NATIONAL REASURCH COUNCIL albizottsága felkarolta az ügyet és megindulhatott a penicillin tömeggyártása

klinikai kísérletek — elsősorban azonban a hadsereg sebesültjei számára. Hatásosságán kívül még legfőbb értéke volt, hogy nem toxikus, noha egyesek allergiásnak bizonyultak az új orvosszerrel szemben.

A háború befejeztével valóságos hajtóvadászat indult száz és száz antibiotikus anyag után, de legtöbbször mérgezőnek bizonyult. 1945-ben fedezi fel S. Waksman a streptomycint, amely nemcsak számos bacteriális fertőzés, hanem a tuberculosis bacillus ellen is hatásosnak bizonyult. 1950-ben jelentek meg a „széles spectrumú” antibioticumok, élen a chloramphenicolal és a tetracyclin-csoporttal (chlorotetracyclin, oxytetracyclin). Ezek már Gram-negatív bacteriumok ellen is hatásosak és felbecsülhetetlen előnyük, hogy a gyomor-bélrendszerből felszívódnak és szájon át is adhatók. Jelenleg is folytatódik a kutatás új és jobb antibioticumok előállítása céljából.

Nagy Elődeink halhatatlan érdemeit akkor értékelhetjük igazában, ha meggondoljuk, hogy ők még „láthatatlan ellenségek”-kel vették fel a harcot tisztán megfigyelés és elméleti alapon. Ma már ismert ellenfelekkel állunk szemben, ismerve hadálásaikat. A műtőtermi fertőzések forrásai szinte rangsorolhatók: 1. A beteg bőre, 2. A műtőben tartzkodók orr-garat ürege, 3. A kéz, 4. A műtő levegője, 5. Műszerek és anyagok.

1. **A beteg bőre.** A folyton változó, lemosáshoz használt antisepticumok és eljárások (a műtői terület elszigetelése, a bőr leragasztása steril műanyag fóliával) nem biztosítanak abszolút sterilítást. Amikor megszakítjuk a köztakaró folytonosságát, máris kaput nyitunk a bőrben rejtőző csírok számára. A tapasztalat azt mutatja, hogy ez a fertőző forrás túlértékelt.

Például ha az asepsis szempontjából annyira kényes vízsérvet (hydrocelét) közvetlen ráémszve transscrotalis metszéből operáljuk, rendszerint elsődlegesen gyógyul, holott a herezacskó bőrénél aligha van szennyezettebb, bacteriumokkal telített bőrfelület.

2. **Az orr-garat üreg.** A belőle kiáramló bacteriumflóra lényegesen csökkenthető cellofánnal bélelt szájkendővel. A gyakorlat azt igazolja, hogy ez a prophylaxis kielégítő.

3. **A kéz.** A régi értelmetlen, 15—20 percig is tartó, kefével végzett mechanikai kézmosást felváltotta a sokkal hatásosabb, egyszerű szappanos lemosás után a kémiai fertőtlenítés. A kérdést a steril gumikesztyű használata tökéletesen megoldotta.

4. **A műtő levegője.** Tagadhatatlan elmaradhatatlan fertőző forrás, de jelentőségében talán a legkisebb.

Évtizedeken át egyetlen műtő állt rendelkezésünkre, ott végeztük a „tisztá” és „gennyos” műtéteket (naponta 8—10 műtét). Ennek ellenére az ún. steril-műtétek után még ártatlan fonálgennyedést is alig észleltünk. A levegőfertőzéstől annyira nem tartottunk, hogy a forró nyári hónapokban ventilátorral reánk zúdított légáramban dolgoztunk légkondicionáló berendezés híján.

5. **Műszerek, anyagok.** A korszerű, százszázalékos csirtalanságot biztosító sterilizáló eljárásaink ezt a fertőző forrást teljesen kikapcsolták.

A tehetősebb államok gazdag kórházaiban történtek próbálkozások a 100%-os sterilitás elérésére, valóságos autoclavnak kiképzett műtőteremmel, ahol a padozattól a mennyezetig a benne levő tárgyakkal együtt minden steril volt — amíg ember be nem lépett és leheletével szét nem szórt fertőző csírokat. Ennek megakadályozása végett már odáig mentek, hogy mind a beteget, mind az orvosokat és a segédletet úrhajóruhába (szkafanderbe) öltöztették. Elgondolkodtató és szinte érthetetlen, hogy éppen az ilyen hyperaseptikus környezetben végzett műtétek után sorozatosan robbant ki olyan súlyos septikus fertőzés, hogy egy időre le kellett állni az operációkkal. Szinte felmerül a gondolat, szabad-e ilyen mértékben megbontani a „biológiai egyensúly”-t, amiről ugyan ismereteink még nagyon hiányosak.

50 esztendővel ezelőtt A sebészorvos c. könyvemben ezt írtam: „A rendelkezésünkre álló fizikai eljárások, korszerű vegyi szerek birtokában sem vagyunk képesek valóban csírmmentesen operálni, csak lényegesen csökkentett bacteriumszámmal dolgozhatunk. Ezt megalkuvással tudomásul kell vennünk”. Lényegében ma is ez a helyzet.

Az asepsis vonalán a győzelem úgyszólván teljes, felesleges törekedni a hyperasepsis felé. Ha steril műtét után egy-egy seb ma is elgennyed, annak számos oka lehet, ami nem írható az asepsis rovására (a szövetek marcangolása, nem kíméletes, nem éles preparálás, a zsírszövet tépése kampókkal, a varratok túl szoros csomózása, a zsírtörmelék bent hagyása a műtési sebben). Kezdő sebészek műtétei után ezért gyakoribb a suppuratio.

Korunk sebészkollektíváit jelenleg egészen más kérdések izgatják. A megoldásra váró feladatok közt említendő a műtétek elmaradhatatlan kísérője, a *postaggressiós betegség* („maladie postagrésoire” Leriche), a nem specifikus megterhelés (stress) kiváltotta általános reakciók összességének legkisebb mérvre szorítása. Végül a műtét utáni halálos *thrombo-embólia* prophylaxisa, amelynek megelőzésére biztos eljárásunk nincsen.

Bugyi István dr.

Filatov emlékezete

Az 1875-ben született s 1956-ban elhunyt *Vladimir Petrovics Filatov* halálának 25. évfordulóján visszaidézzük ennek a nagy tudósnak és alkotónak nemcsak életrajzi adatait, nemcsak azokat az éveket, amelyeket különböző szemészeti intézetekben különböző problémákkal foglalkozva töltött, hanem azt az egész biológiai gondolatrendszert, azokat a gyökeresen új műtési elveket, amelyeket az ő neve és szünet nélküli munkában töltött élete testesít. Filatov nemcsak egyike volt a nagy orosz szemészeknek, amilyenekben nagyon gazdag a XIX. századi orosz szemészet története, de működése, eszméi egy negyedszázadon át szinte új irányt szabtak a szemészeti terápiában. Tevékenysége, hatalmas méretű irodalmi munkássága — hazai és külföldi folyóiratokban 258 közleményt publikált! — és em-

beri értékei jogán nemcsak az orosz, hanem az egyetemes szemészet tudományának kiválóságai közé is tartozik.

Vladimir Petrovics Filatov 1875. febr. 15-én született Mihajlovkán, a pensai kormányzóság száráni kerületében. Apja sebész volt, de szemészzel is előszeretettel foglalkozott s mellette Filatov korán megismerkedett az orvosi tevékenység légkörével. Középiskolai tanulmányait az uljanovszki gimnáziumban, orvosi studiumait a moszkvai egyetemen végezte s itt szerezte meg 1897-ben orvosi oklevelét. Atyja — mint említettem —, szívesen és kedvvel foglalkozott szemészeti problémákkal s talán az ő példáján és hatására döntött úgy, hogy szemésszé képezi magát. 1897—1903 között moszkvai szemészeti intézetekben dolgozott, kezdetben *Krukov* professzor oldalán, aki a múlt századvég és századforduló legkiválóbb orosz oftalmológusai közé tartozott. (Hosszú ideig ő volt a szerkesztője az orosz szemorvostársaság külföldön is értékelt folyóiratának, a „Westnik Oftalmologii”-nak.) 1903-ban Odesszába távozott s az odesszai szemklinika lett további munkásságának színtere. Itt szerezte meg 1906-ban tanársegédi címét, 1908-ban pedig „A sejt-mérgek tana a szemgyógyászatban” című értekezése alapján magántanárként habilitálták, 1911-ben 36 éves korában az odesszai szemklinika professzorává nevezték ki, s a háborús megszakítás éveit leszámítva haláláig itt dolgozott. A háborús események miatt intézete kénytelen volt 1941-ben Piatigorszkba, majd Taskentbe áttelepülni, de 1944-ben, munkatársaival együtt visszatért a felszabadult Odesszába, újjászervezte a szétrombolt klinikát s ismét hozzákezdett az immár zavartalan tudományos és humanitárius munkájához.

Filatov nem volt egyoldalú érdeklődésű szemész. Operatív problémák éppen úgy vonzották és foglalkoztatták, mint klinikai-pathológiai és bakteriológiai kérdések. Nevéhez fűződik a plasztikai sebészet terén a kereknyelű-plasztika kidolgozása, amelynek alkalmazására később, a háború folyamán, nagyon sok lehetősége adódott. *Bellarminov* és *Merz* nagy kézikönyvében ő írta a cornea betegségeiről szóló fejezetet (1927) s a *Melnikov* és *Lifschnitz* szerkesztette gyűjtőmunkában a szem rosszindulatú daganatairól szóló monográfiát (1930). *Liszenkov* professzorral együtt sajátos technikát dolgozott ki a rosszindulatú retrobulbáris daganatok eltávolítására. Nagyon sokat foglalkoztatta a glaucoma pathogenesise s tanítványaival (*Ierschkovits*, *Chevalov*, *Fischer*) ő vetette fel a gondolatot — amit kísérletes vizsgálatokkal igazolt is —, hogy a rendszeres, fokozott izommunka előnyösen befolyásolja a glaucomás szemfeszülés-emelkedést s tevékenyen hozzájárul a gyógyszeres kezelés eredményessé tételéhez. Javaslatára elsőként az odesszai szemklinikán létesítettek rendszeres glaucomás gondozást, ami a súlyos szembaj megelőzésében és kezelésében áldásosnak bizonyult. Nem kevésbé érdekelte a trachoma problémája is s elsőként fektette a Szovjetunióban reális alapokra a tömeg-trachoma likvidálásának ügyét.

Nevét és emlékét mindezek mellett azonban főként a szaruhártya-transplantatio elvének és technikájának, valamint a biogén stimulációnak, általa

„Szövetekkel való gyógymódnak” nevezett folyamatnak a bevezetése fogja megőrizni. Tőle eredt annak a folyamatnak a felismerése, hogy ha megfelelően előkészített s hidegen conservált szöveteket (pl. bőrt, placentát, illetve ezek extractumait) kórosan megtámadt területekben bőr- vagy kötőhártya alá juttatják, ott olyan biológiai, biochemiai változások indulnak meg, amelyek a betegséget előnyösen befolyásolják. Amikor elszűrült szaruhártyákba, vagy azok helyére ép corneát implantált, a környező heges, elszűrült, beteg területek felszűrlését is észlelte. Egyik kiváló magyar életrajzírója (Prof. Boros Béla, „Szemészet”, 1950) joggal hangoztatta, hogy „Nem kétséges, hogy őt illeti meg a vezető szerep a szaruhártya-átültetés terén a Szovjetunióban és az egész világon. A hidegen konzervált szaruhártya-átültetés és a hullából származó anyagszerzés lehetőségével szélesre nyitotta az átültetés eddigi korlátolt határait. Munkák sorát szentelte a totális átültetés kérdésének és a világirodalomban ebből között esetek legnagyobb száma őt illeti meg. Filatov és munkatársai által végzett szaruhártya-átültetések száma meghaladja a több ezret.”

A magyar szemorvosok hamar felismerték a Filatov-féle gyógymódok jelentőségét. P. Szántó Olga a Szemész Szakcsoport 1948. ápr. 17-i ülésén elsőként ismertette a Filatov-féle szemészeti elveket és újításokat, de nem sokkal ezután Boros Béla pécsi professzor elnöklete alatt már „*Filatov Munkaközösség*” alakult, amelynek tagjai a „Szemészet” 1950. évi 1. számában részletesen beszámoltak addigi kísérleteikről, és azok eredményeiről. Prof. Ditrói Gábor, Karády István, Skultéty Sándor, Prof. Boros Béla, Prof. Méhes Gyula, Arató Miklós, Licskó Andor, Palich-Szántó Olga, Sztrilich Lajos, Brand Imre ebben a *Filatov 75. születésnapjára* megjelent ünnepi számban ismertették a nagy szovjet tudós útmutatása révén végzett eljárásokkal különböző szembajokkal kapcsolatban szerzett tapasztalataikat.

Filatov nem volt „szakbarbár”, közéleti, társadalmi és művészeti kérdések egyaránt nagyon vonzották és érdekelték. Tevékenységét, tudományos jelentőségét s vonzó egyéniségét a Szovjet Állam jogosan igen nagyra értékelte s a legmagasabb kitüntetésekkel honorálta. A magyar szemorvosok ma is, halálának 25. évfordulóján, az igazi talentumokat megillető mélységes tisztelettel és elismeréssel hajtának fejet a nagy szovjet tudós emléke előtt.

Bíró Imre dr.

Adatok Verzár Frigyes életművéhez

Verzár Frigyes professzor elhunytá alkalmából az Orvosi Hetilap 1979. évi 17. számában egyik kiváló tanítványától, Árvay Sándor professzortól jelent meg szép megemlékezés, amiben méltatta Verzár professzor tudományos munkásságát, tudományos szervezési érdemeit is. Úgy érzem, hogy nem lenne teljes a róla alkotott kép, ha nem ismernénk a vér-

csoporthoz tartozás és a laboratóriumi orvostan területén kifejtett úttörő jellegű munkásságát.

Annak ellenére, hogy Verzár professzort már 1923-ban személyesen ismertem, a vele való személyes kapcsolat felvételére az adott okot, hogy akkor a magyar vércsoportkutatás történetéről szóló tanulmányomat írtam és ehhez kértem tőle adatokat. Ugyanis annak a szaktudománynak, amelynek szerény művelője vagyok, első magyar művelője, mondhatni, úttörője Verzár professzor volt. Ennek ismeretében nem lehet véletlennek tekinteni, hogy ez irányú munkásságának megszakadt fonalát — másfél évtized múlva — volt intézetének fiatal tanársegédjeként én vettem fel.

ORVOSI LABORATORIUMI MUNKÁLATOK.

IRTA

VERZÁR FRIGYES dr.
EGYET. NY. R. TANÁR.

DEBRECEN, 1921
HEGEDŰS ÉS SÁNDOR IRODALMI ÉS NYOMDAI
FÉLSZÉNYTÁRSASÁG KIADÁSA.

Csak kevesek által ismert, hogy Magyarországon Verzár végzett legelőször vércsoportvizsgálatokat, és már ezen — viszonylag korai — vizsgálatainak eredményeivel beírta nevét az orvostudomány történetébe. Verzár teljesen önállóan jutott arra a gondolatra, hogy AB0 vércsoportvizsgálatokat végezzen különböző nemzetiségű egyének azzal a feltételezéssel, hogy ezeknél az allotípusok megoszlása esetleg nem lesz azonos. Nem volt — és a világháborús állapotok miatt nem is lehetett — tudomása arról, hogy L. Hirschfeld és felesége egy évvel előbb (1918-ban) hasonló célból vizsgálatokat kezdett a Magyarországgal is hadban álló szövetségesek szaloniki hadseregében szolgáló és sokféle nemzetiségű katonákon. Hirschfeldék ezen vizsgálataik eredményeiről 1919-ben számoltak be angol és francia szaklapokban. Verzár vizsgálatairól az első közlemény 1920-ban jelent meg a Biochem. Zeitschriftben „*Untersuchungen über die gruppenweise Hämagglutination beim Menschen*” címen. 1921-ben — ugyancsak a Biochem. Zeitschriftben — „*Ras-*

senbiologische Untersuchungen mittels Isohämagglutinine" címen közlő újabb vizsgálati eredményeit, amiket 150 magyar, 476 német nemzetiségű személyen és 385 cigányon végzett. — *Weszeckyvel* együtt. Ezek a közlemények világszerte nagy feltűnést keltettek. Eredményeik, ill. az ezekből levont tudományos megállapítások nagy jelentőségűek voltak. Egyrészt megerősítették *Hirschfeldék* azon megállapítását, hogy az AB0 allotípusok megoszlása az egymással rokonságban nem álló népeknél különböző és reájuk jellegzetes, de ugyanakkor megcáfolták *Hirschfeldék* azon következtetését, hogy a vércsoportok jellegzetes megoszlására az illető nép földrajzi elhelyezkedése befolyással lenne. *Verzárék* szerint ugyanis a vércsoportok megoszlásának különbözősége olyan jellegzetes fajtajelleg, amely lehetővé teszi, hogy egyes népcsoportokat évszázadokkal a törzsből való kiválásuk után, lakóhelyüktől függetlenül, fel lehessen ismerni.

Verzár ezután még több közleményben foglalkozott szeroantropológiai problémákkal. Így többek között elsőként adott hangot azon véleményének, hogy az AB0 vércsoportok konfúzióhoz vezető, római számokkal való jelölését el kell vetni és helyette az eredeti betűszimbólumokat kell alkalmazni. Tudományos tekintélyére e téren jellemző, hogy őt kérték fel arra, hogy az 1927. évi amszterdami nemzetközi antropológus kongresszuson a vércsoportok antropológiai jelentőségét referálja. Nagy kár, hogy *Verzár* korán abbahagyta a vércsoport-szerológia művelését, mert ez csaknem 2 évtizedre visszavetette e tudományág fejlődését hazánkban. Visszavonulásának oka elsősorban az volt, hogy Magyarországon a 20-as években kezdték a vércsoportvizsgálatok eredményeit tudománytalan, fajbiológiai propaganda céljaira egyesek (*Méhely* és társai) felhasználni, ami ellen *Verzár* több előadásban és dolgozatban felemelte szavát, de eredménytelenül. Így azután *Verzár* kedvét vesztve felhagyott a vércsoportkutatás művelésével.

A laboratóriumi orvostudomány művelőit és a klinikai laboratóriumi diagnosztika területén dolgozókat nyilvánvalóan érdekelné fogja, hogy *Verzár*nak ezen a területen is nagy érdemei vannak. *Verzár* az I. világháborúban egy Debrecenben felállított tábori laboratórium vezetőjeként teljesített katonai szolgálatot. A világháborús években — mint ismeretes — cholerajárvány ütötte fel a fejét Magyarországon. *Verzár* a Debrecen melletti Nyulason telepített katonai fogolytábor orosz hadifoglyain ezrével végzett cholera és typhus bacillus vizsgálatokat. Ezeknek a vizsgálatoknak az eredményeiről be is számolt a D. Med. Wochenschrift 1916. évi 16. számában. Bizonyára kevesek előtt ismert, hogy *Verzár* írta az első magyar nyelvű könyvet a klinikai laboratóriumi vizsgálatokról. A könyv 1921-ben jelent meg „Orvosi laboratóriumi munkálatok” címen Debrecenben. *Verzár* a könyv előszavában a következőket írta: „Könyvem célja az orvosi laboratóriumi vizsgálatok, elsősorban az orvosi-kémiai és bakteriológiai módszerek népszerűsítése. Azt szeretném elérni, hogy ezeket a munkálatokat sokkal többet és célszerűbben vegyék igénybe, mint amennyire — bő tapasztalataim szerint — nálunk eddig használják.”

A viszonylag nagy terjedelmű (262 oldalas) könyvben a vérkép, vizelet, gyomornedv, köpet, liquor korszerű vizsgálati eljárásai mellett megtalálhatók külön fejezetekben a szerológiai, bakteriológiai, parazitológiai vizsgálatok is. Kiegészítő fejezetekként szerepelnek a tej- és vízvizsgálati vizsgálatok is, és eljárás a vaccina-készítéshez. A könyv korszerű voltát és használhatóságát mi sem bizonyítja jobban, mint az, hogy azt még a 40-es években is használni lehetett — jobb híján.

A *Verzár* által vezetett debreceni élettani és általános kórtani intézetben rendszeresen végeztek klinikai laboratóriumi vizsgálatokat, elsősorban a klinikák számára s ennek következtében a fiatal intézeti tagok kellő jártasságra tehettek szert ezen a téren is. Szerepet kaptak a klinikai laboratóriumi vizsgálatok az orvostanhallgatók oktatásában is.

Rex-Kiss Béla dr.

IRODALOM: 1. *Weszecky, O.*: Biochem. Zschr. 1920, 107, 4—8. — 2. *Verzár, F.*—*Weszecky, O.*: Biochem. Zschr. 1921, 126, 33—39. — 3. *Verzár, F.*: Klin. Wschr. 1922, 1, 928—931. — 4. *Verzár F.*—*Weszecky O.*: M. Orv. Arch. 1922, XXIII. 3—11. — 5. *Verzár F.*: Természettud. Közlöny. 1925, 57, 177—186. — 6. *Verzár F.*: Ukrain. Zbl. f. Blutgruppenforschung 1928, 2, 3—31. — 7. *Verzár F.*: Isohaemagglutination in Anthropology.-Kong. Int. Anthropol. Amsterdam, 1928. 3. Sess. (p. 419—428). — 8. *Verzár F.*: A vércsoportvizsgálatok praehistorikus antropológiai jelentősége. — Debr. T. I. Tud. Egyet. II. oszt. Munkái 1928, 3, 55—60.

Walter Flemmingről, a kromatin és mitotikus sejtosztódás felfedezőjéről

A kromoszóma ma már általánosan ismert fogalom, a közvetett sejtosztódás is a középiskolai biológiai oktatásnak szerves része. Azt azonban, hogy ki fedezte fel a kromatin állományt, az öröklés szempontjából annyira jelentős sejtalkatrészeket, ki látta és írta le először a mitotikus sejtosztódás folyamatát és egyes állapotait az állati sejtekben, hiába keressük a középiskolai és egyetemi tankönyvekben. A Grand Larousse Encyclopédique 5. kötetében (1962), a Meyers Neues Lexikonban sem találkozunk *Walter Flemming* névvel. Az Encyclopedia Britannica 9. kötetében (1965), a Bolsaja Szovjetszkaja Encyclopedia 29. k.-ben (1977), az Orvosi Lexikon 2. k.-ben (1969), a Biológiai Lexikon 2. k.-ben (1975) olvashatunk csak néhány sort róla.

Az elmúlt évben volt a 100. évfordulója, hogy az állati sejtek festett készítményeiben elsőként látta *Walter Flemming* a sejtmagnak microtechnikai eljárásokkal erősen színeződő állományát, amelyet ő kromatinnak nevezett el. Elsőként figyelte meg a közvetett sejtosztódásban a kromatinnak pálcikák alakjában való megjelenését — amelyeket 8 évvel később 1888-ban *Waldeyer* kromoszómáknak nevezett el —, és követte nyomon a sejtosztódás folyamatát és egyes állapotait.

Walter Flemming 1843. április 21-én a Schwerin melletti Sachsenbergben született. Göttingenben, Tübingenben, Berlinben, Rostockban végezte tanulmányait. 1868-ban a rostocki egyetemen avatták orvosdoktorrá. Először Thierfelder belgyógyászati klinikáján volt asszisztens, majd Eihard Schulze vezetésével zoológiai tanulmányokat folytatott. Ezután Würzburgban Semper asszisztense lett. 1870–71-ben a háborúban mint katonaoorvos teljesített szolgálatot. 1871-től Amszterdamban Willy Kühn-nél az élettani intézetben volt 1 évig tanársegéd. 1872-ben Rostockban Henke anatómus professzor mellett dolgozott, az anatómiából magántanár lett. Henkével együtt Prágába ment, ahol 1873-ban a szövettan és fejlődéstan rendkívüli professzora lett. 1876-ban Kielben mint rendes tanár átvette az egyetem anatómiai intézetének vezetését. Betegsége miatt 1901-ben lemondott állásáról. Kielben halt meg, 1905. augusztus 4-én.

Egy nemzedékkel előbb Mathias Jakob Schleiden (Hamburg, 1804. IV. 5. — Frankfurt, 1881. VII. 23.) és Theodor Schwann (Neuss, 1810. XII. 7. — Köln, 1882. I. 11.) felállították a sejtelméletet. Ez időtől kezdve a sejtteni kutatások úgyszólván semmit sem haladtak előre. A sejtek víztiszta állománynak látszottak, ennek következtében a mikroszkóppal kutatók a sejt belső szerkezetéből alig figyelhettek meg valamit. A 19. század második felében azonban megkezdődött és egyre inkább továbbhaladt a szintetikus festékek nagymértékű előállítása, főként Sir William Henry Perkin (London, 1838. III. 12. — Sudbury, 1907. VII. 14.) angol kémikus jelentős munkásságának hatására. Az 1870-es évektől kezdve a cytológusok, közöttük Walter Flemming és Paul Ehrlich (Schlesin, 1854. III. 14. — Bad Homburg, 1915. VIII. 20.) mind több ilyen festéket használtak a mikrotechnikában a sejtek és szövetek festésére. Úgy találták, hogy bizonyos sejt-részek erősebben festődnek, mint mások. Ez tette lehetővé, hogy Eduard Adolf Strassburger (Varsó, 1844. II. 1. — Bonn, 1912. V. 18.) pl. a növényi sejtek közvetett osztódását megfigyelhette és leírhatta 1880-ban. Tőle függetlenül ugyanez évben Flemming az állati sejtrel kapcsolatban tehette ugyanezt. Vizsgálataik alapvetőek voltak a sejtteni kutatásokban.

Először a sejtmagban talált Flemming különösen erősen festődő részecskéket, amelyeket a görög chroma (szín) szó után kromatinnak nevezett el. Az osztódásnál látta a magszerkezet változásait. Az osztódás kezdetén az erősen festődött szemecskék rendeződnek rövid fonal alakú képződményekké (kromoszómák). Ezek patkó alakúan meghajolva a középsíkban helyezkednek el. Ezután kettéválnak, és az osztódási orsó — amely nem festődő (achromatikus) szálait ugyancsak Flemming fedezte fel — két végén ugyancsak csillag alakú képet mutatnak. Ezt a két stádiumot nevezte el Flemming görög szóval aster, illetve diaster állapotnak. Az egész folyamatot a görög mitos (fonal) szó alapján mitozisnak nevezte el. Megfigyelte a szalamandra lárvák nagy osztódó sejtjeiben és az emlősöknél is, ugyancsak azt is, hogy a kromoszómák osztódása után a sejtest befűződik és kettévál. Az így létrejött

utód- vagy fióksejtben ugyanannyi a kromoszómák száma, mint az anyasejtben. Látta és leírta a nucleolusok megjelenését is. Mindezzel elsőként adta behatoló leírását a mitotikus sejtosztódásnak (Zellsubstanz, Kern und Zellteilung. Leibzig, 1882.)

Ezt megelőzően is számos közleményében fontos eredményeket közölt a szervek bonc-, szövet-, fejlődés- és élettanára vonatkozóan (Über den Zillarmuskeln der Haustiere. Rostock 1868., Über Bindsubstanz und Gefässwandung bei Muskeln. Rostock 1871., Text zur Karte des menschlichen Auges. Branschweig, 1877.)

Vizsgálta a kötőszövetet és zsírszövetet különböző fiziológiai és patológiai viszonyok között, megfigyelte a kollagén kötőszöveti rostok képződését (Histogenese der Stützsubstanz des Bindsubstanzgruppe. in Handb. der vergleich. u. experiment. Entwicklungsgeschichte der Wirbeltiere. Jena, 1902.)

Flemming a mikrotechnikában is új eljárásokkal, rögzítőszerrel, festékekkel kísérletezett mesteri fokon. Egyik rögzítője Flemming-féle folyadék néven (Flemmingsche-Flüssigkeit zur Fixation mikroskopischer Objekte. Ztschr. Mikrosk. 1884.) vált a sejt- és szövettani kutatások egyik kitűnő eszközévé.

A múlt század végén lefolyt nagy idegszövetteni vita során Flemming érdeklődéssel fordult Apáthy István continuitas-tana — amely a legújabb kutatások szerint reneszánszát éli — felé. Úgy mondhatjuk, inkább ennek volt híve, mint a neuron-tannak.

A protoplazma szerkezetével is behatóan foglalkozott, erre vonatkozó elmélete ma már csupán történeti érték. Viszont a kromatin állomány, a kromoszómák, a mitózis folyamatának és egyes állapotainak felfedezése és leírása örökéletűek és alapvetők. Kétségtelen, maga Flemming még nem ismerte fel a mitózis folyamat alapvető örökléstani jelentőségét, hiszen nem tudott Johan Gregor Mendel (Heinzendorf, 1822. II. 12. — Brün, 1884. I. 6.) tapasztalati úton felfedezett örökléstani törvényeiről. Csak két évtizeddel később, amikor Tschermak*, Correns** és De Vries*** újra felfedezték azokat, és megtalálták Mendel közleményeit, vált világossá a kutatók előtt, hogy Walter Flemming és Eduard van Beneden (Löwen, 1846. III. 5. — 1910. IV. 28. Lüttich) megfigyelései az örökléstannak morfológiai alapjait tárták fel.

Egyetemi előadásaiban Flemming világos és logikus gondolatvezetéssel és okkifejtéssel tanította hallgatóit a bonc-, sejt-, szövet-, élet-, fejlődéstan és biológiai ismeretekre.

75 évvel ezelőtt, 1905. augusztus 4-én fejezte be értékes, a tudományok előrevitelét szolgáló, felfedezésekben gazdag életét.

Lukács Dezső dr.

* Erich von Tschermak—Seysenegg (Wien, 1871. XI. 15. — Wien, 1962. X. 11.)

** Carl Correns (München, 1864. IX. 19. — Berlin, 1933. II. 14.)

*** Hugo De Vries (Haarlem, 1848. II. 16. — Lunteren, 1935. V. 21.)

 **VIDON[®]**

tabletta



VIDON[®]

tabletta

ÖSSZETÉTEL

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

HATÁS

Az OVIDON két komponensű, orálisan alkalmazható anticoncipiens, amely az ovuláció gátlásával hat. Optimálisan alacsony hatóanyag-tartalma miatt ritkán okoz mellékhatást, a szervezetet nem károsítja, a későbbi — már kívánt — terhességet nem befolyásolja.

ALKALMAZÁS ÉS ADAGOLÁS

Az OVIDON tabletta szedését a menstruatio első napjától számított 5. napon kell elkezdni, és 21 napon át napi 1 tablettát kell azonos napokban, lehetőleg este bevenni. Ezt követően 7 nap szünetet kell tartani, ami alatt menstruatio-szerű megvonásos vérzés jelentkezik. Függetlenül ennek bekövetkeztétől és tartamától az 1 hetes szünetet követő napon az újabb 21 napos kúra megkezdhető. A fenti adagolási mód mindaddig folytatható, amíg a terhesség megelőzése kívánatos. Rendszeres szedés esetén a fogamzásgátló hatás az 1 hetes tablettaszedési szünetre is kiterjed.

ELLENJAVALLATOK

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

MELLÉKHATÁSOK

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

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

MEGJEGYZÉS

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

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

CSOMAGOLÁS

21 tabletta. Térítési díj: 2,20, Ft

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST





Onkológia

Interferon a rák ellen? Gallmeier, W. M.: Münch. med. Wschr. 1980, 122, 1261.

Az utóbbi hónapok interferonnal kapcsolatos híresztelése a betegben reményt és csalódást, az orvosokban pedig bizonytalanságot okoztak. Valóban, mit tudunk az interferonról?

1957-ben Isaacs és Lindenmann fedezte fel a vírusellenes fehérjeanyagot, azt interferonnak nevezve el. Emberben ma, létrejötté alapján 3 típusát különböztetjük meg: a leukocyt-, a fibroblast-, és immun-interferont. A három interferon — amelyek egymástól immunológiaiailag is különböznek — molekulásúlya 15 000—20 000 között van. A korábbi klinikai vizsgálatok zöme a leukocyt-interferonra vonatkozik, a fibroblast-interferon elmélyültebb vizsgálatára, mivel kevés állt csak rendelkezésre, az utóbbi hónapokban került sor. Az interferonként jelzett elegyeknek ugyanis csak egy ezredrésze a tiszta interferon.

Az interferonnak antivirális, antiproliferatív és immunmodulátor hatását ismertetik. **Vírusellenes hatása** a sejtfelületi receptorok specifikus kötődésén és a víruszaporodást blokkoló sejtenzimek indukcióján alapszik, sőt ez a hatása a tumorkeltő vírusokra is kiterjed. **Antiproliferatív hatása** a sejtosztódást befolyásolja, bár ennek mechanizmusát még nem sikerült tisztázni. **Immunmodulatórként** az immunrendszer egyes részeit változtathatja meg különböző módon, a phagocytosist, a citotoxicitást és immunválaszt növelve. Bizonyos esetekben azonban az immunrendszerre gátló hatást is kifejtethet.

Az emberi daganatok kezelésében biológiai hatását kihasználva szintén megpróbálkoztak interferonnal, ami az esetek többségében nem a már fennálló tumorok visszafejlődésében, hanem a tumorképződés megállításában nyilvánult meg. Az így kezelt esetek száma még 150 alatt van. **Osteosarcomában** a leukocyt-interferont postoperative alkalmazva csökkent a recidívák száma. Hatását az adjuváns chemoterápiával tartják egyenértékűnek. A **mammarcarcinomák** egy részében csak részleges remissiót tapasztaltak. **Bronchuscarcinomában** az eredmények ellentmondóak és nem meggyőzőek voltak. A **malignus lymphomák** interferon kezelésében a nem toxikus lymphomákon objektív regressiót tapasztaltak, de a Hodgkin-kór és idült lymphoid leukaemia is reagált rá. **Plasmocytomában** leukocyt-interferonnal

klinikai javulást tapasztaltak a myelomafehérje csökkentésével. **Myeloid és lymphoid leukaemiában** is kedvező hatást észleltek. Az eddig közölt tapasztalatok azonban csak egyes esetekre vonatkoznak, úgyhogy egyértelmű világos állásfoglalást az interferon hatásáról és dózisáról még nem lehet adni. Mellékhatásként helyi erythemát, hőemelkedést, lázat, leukopeniát, hajhullást és fejfájást, valamint egyéb nem specifikus tüneteket írtak le.

A 20 éve ismert interferon biológiai jelentősége és klinikai használhatósága egyértelműen még ma sem határozható meg, de a daganatok kezelésében történő felhasználása egyre nagyobb figyelmet vált ki.

Angeli István dr.

A klinikus és a laboratórium

Milyen hatásosak a laboratóriumi vizsgálatok? Szerk. közlemény: Dtsche Med. Wschr. 1979, 104, 1465.

Négy olyan kórházban elemezték a laboratóriumi vizsgálatokat, amelyekben számos baleseti és sürgős felvétel történt. 1976 első negyedében 800 (15—64) éves páciens adatait válogatták össze, amelyek az egész évre reprezentatívnak voltak elfogadhatók.

E 800 betegnél összesen 12 635 laboratóriumi vizsgálat történt, egy személyre kerekén 16 vizsgálat jutott. A vizsgálatok 97%-a vér-, ill. savóvizsgálat volt. Az egyes intézmények adatai között nagy volt a különbség, a vizsgálatok száma betegenként 9 és 28 között váltakozott. Ugyanezen különbségek kijöttek, ha a beküldő kórisme alapján történt az adatok felbontása, az egyes kórházak orvosai között azonban nem volt nagy különbség. Ha a felvételnél az átlagon felül végeztek labor. vizsgálatokat, akkor jóval több kontroll vizsgálat történt, ill. a gyógyító orvosok jóval többet igényeltek. Azon intézményekben, amelyekben a legtöbb vizsgálat történt, mutatták a leghosszabb beteg átfutási időt, azaz a legtöbb betegnapot egy páciensre számítva.

A kórházak között mennyiségi különbségek is adódtak, ugyanazon tüneteknél nagyon eltérő volt az egyes elvégzett vizsgálatok minősége. Ez azt jelenti, hogy kellő indok nem szerepelt a vizsgálatok beállításánál. 188 különböző laboratóriumi próba közül csak 30 olyan adódott (16%), amelyet mind a négy kórházban elvégeztek.

A szerkesztőség megállapítja, hogy több vizsgálat elvégzése-
elvé-

geztetése nem jár előbb megszerzett pontosabb diagnózisokkal és rövidebb kórházi kezelési idővel, hanem éppen ellenkezőleg, meghosszabbítja az ápolást. Ez azt jelenti, hogy nem minden — pontosabban csak nagyon kevés — vizsgálat szükséges a kórisme beállításához és a kezelés elvégzéséhez.

Nikodemusz István dr.

Sürgősség és a laboratórium. Szerkesztőségi közlemény: Brit. med. 7. 1979, 1, 1521.

A klinikai laboratóriumokban a forgalom növekedése mellett emelkedett az akut felvételi laboratóriumi vizsgálatok száma. E mellett a klinikusok gyakran kérnek bennfekvő betegek részére ún. sürgős vizsgálatokat. A két típusú vizsgálat lassan egyenértékűvé vált. Minthogy a laboratóriumok rutinmunkáját a sürgős vizsgálatok zavarják, különböző laboratóriumokban megoldást kerestek a sürgős vizsgálatok elvégzésére. Henderson például (J. Clin. Path. 1979, 32, 97.) az ontariói oktatókórház laboratóriumában olyan kérés formát vezetett be, ahol az igénylő megjelöli, hogy mennyire sürgős a vizsgálat (15 perc, 1 óra, 3 óra, tárgynap stb.). Ez a megkülönböztetés, a metodikákkal kapcsolatos előzetes felvilágosítás után, a sürgős vizsgálatok kérését realisabbá tette. A szerkesztő bizottság szerint a sürgős vizsgálat kérés oka nagyon gyakran indokolatlan (nem megfelelő kézbesítés, a vizsgálat kivitelezési ideje ismeretének hiánya, hanyagság, vagy egyszerűen kényelem, stb.).

Kérdés, hogy a kanadai példánvoman bevezetett sürgős vizsgálatkérés a problémákat megoldja-e? A telefonkérés kevésbé ajánlatos, mert az gyakran alkalmatlan időben történik, néha pedig éppen a telefonkontaktus a legnehezebb. Szükséges lenne megfelelő szabályozás, mely a visszaéléseket megszüntetné és csökkentené a kivizsgálás árát.

(Ref.: Naonobb hazai laboratóriumok a sürgős vizsgálatok kivitelezésére nappal, ill. éjjel 2—2 személyrel működő akut laboratóriumot szerveznek, mely napszaktól függetlenül lehetővé teszi az akut felvételi, ill. a szükségessé vált sürgős laboratóriumi vizsgálatok elvégzését. Az igényelhető vizsgálatok spektrumát az Országos Laboratóriumi Intézet ajánlott módszertani jegyzéke szabályozza.)

Németh-Csóka Mihály dr.

Enzym-immunmódszer (ELISA) alkalmazása az amoebiasis serológiaiában. Soeiser, F. (Schweiz. Tropeninst., Basel): Schweiz. med. Wschr. 1980, 110, 404.

A Svájci Trópushyigieniai Intézet diagnosztikai központjában az

amoeba serológiai vizsgálatok száma áll az első helyen. 16 700 amoeba-serológiai vizsgálat közül kb. 1% volt pozitív, míg a koprologiai laborban négyszer több pozitív lelet volt. A parasitológiailag pozitív *Entamoeba histolytica* lelet legtöbbször cystaürítők kapcsán fordult elő. Az amoebiasis intestinalis formája serológiai nehezen igazolható, s éppen ezért nem meglepő a pozitív serodiagnózisok viszonylag kis száma. Nagy jelentőségű viszont a serologia az invazív amoebiasis eseteiben, mert a parasitológiai vizsgálatok nemlegesek lehetnek. A ma rendelkezésre álló serológiai vizsgálatok igen érzékenyek. A legújabb serológiai vizsgálatok közül 1 enzim-immun-teszt, az „Enzyme Linked Immunosorbent Assay (ELISA) olyan érzékeny, mint a radioimmunoszt, viszont egyszerűbben kivitelezhető. A szerző az amoeba-serológiai vizsgálatában az ELISA-tesztet az indirekt immunfluoreszcens teszttel (IFAT) és az ellenáramú-elektrophoresissel (CIE) hasonlította össze és a rutinalkalmazását is kipróbálta. Az amoebatólygok kimutatására az ELISA éppen olyan érzékeny, mint a CIE és valamivel érzékenyebb, mint az IFAT. A tünetmentes *E. histolytica*-ürítők mind a három próbában negatívak voltak. A három szűrőeljárás közül nézete szerint az ELISA a legalkalmasabb rutin laboratóriumi módszer.

Ifj. Pastinszky István dr.

A klinikai kémiai vizsgálatok értéke. Gergely Th., Kinast H., Pinter H. (Inst. Klin. Chem. Med. Univklinik, 1090, Wien.) Dtsche Med. Wschr. 1980, 105, 406.

A szerzők 161 belgyógyászati páciens felvételekor elvégzett laboratóriumi vizsgálatok célját, hatását és értelmét vizsgálták. A vizsgálatokat a felvételkor a felvevő két csoportba osztotta be: 1. rutinszerűen szükséges, 2. a differenciáldiagnosztikához kell.

A későbbi elemzők négy csoportot alkottak: 1. a kórisme alátámasztásához kell, 2. az elkülönítő kórismére szolgáltat adatokat, 3. más diagnózisra utaló és 4. nem ad segítséget a diagnosztikában (uninformatív). Megállapítást nyert, hogy a vizsgálatok 45,6%-a szolgált értékelhető adattal (informatív) és 8,9% más diagnózisra utalt. A rutinszerűen elvégzett vizsgálatok alacsonyabb arányban adtak információt, mint a differenciál-diagnosztikához szükséges célzott vizsgálatok.

A legtöbb információ értékét a vvt-süllyedés, vizeletlelet, serum-elektrophoresis, carbamid-N, kreatinin, vércukor szolgáltatták, a legkisebb információ értékű a Ca és Na meghatározásoknak volt.

Az adatok értékeléséből a szerzők arra következtetnek, hogy célzerű inkább az informatív vizsgá-

latok szorgalmazása, annál is inkább, mert az anyagi lehetőségek korlátozottak.

Nikodemusz István dr.

Diagnosztikusan fontos véralkotó elemek évszakos változásai Röckel, R. és mtsai. (Physiol. Institut der Freien Univ., Berlin); Klin. Wschr. 1980, 58, 769.

Az évszaki változások hatása a laboratóriumi leletek alakulására még ma sem tekinthető ismertnek. Ezt több szempont magyarázza: a) az ide vonatkozó vizsgálatok részben kis számmal alapoódnak; b) nagyobb számú esetben pedig csak egyszeri mérést végeztek; c) az ökológiai tényezőket (pl. a hőmérséklet) mesterségesen változtatják; d) a kísérleti feltételek standardizálása elégtelen. A szerzők jelen munkájukban 78 probanduson különös figyelemmel voltak arra, hogy közép-európai viszonylatban télen és nyáron szigorúan standardizált feltételek mellett vizsgálják 26 véralkotórész értékeit. Az „évszak” fogalmát szigorú meteorológiai adatok és követelmények alapján differenciálták. Szignifikánsan magasabb értéket mutattak nyáron a leukocyták (9%), lactatdehydrogenase és erythrocyta-haemoglobin (mintegy 7%), kreatin (csak nőknél 7%). Nyáron hasonlóan alacsonyabb, mint télen az aspartat-aminotransferase (18%), alanin-aminotransferase (14%), alkalikus phosphatase (11%), glucose (7%), erythrocyta-volumen, összfehérje (2%), erythrocyták, albumin, natrium, chlorid (mindegyik 1%). Ezen részbeni jelentős elváltozásokat a referens értékek felállításában és a labor. leletek megítélésében, főleg az intraindividuális összehasonlításban tekintetbe kell vennünk. Nem volt szignifikáns eltérés a haemoglobin, γ -glutamyltransferase, carbamid, húgysav, kreatinin (csupán a férfiakon), bilirubin, cholesterol, összglycerin, kálium, calcium és az anorganikus phosphat értékében. További 32 probanduson a vérévelkörü körülevő hőmérséklet befolyását vizsgálták a vér és vérsavó alkotóelemeire; 18–30 °C között nem volt semmi jelentős különbség.

Ifj. Pastinszky István dr.

Neurológia

A cAMP változása a patkány liquorban elektroshock hatására. Clarenbach, A. A. és mtsai. European Neurology 1978, 17, 83.

A szerzők kísérleteik megtervezésekor korábbi megfigyelésekből indultak ki, miszerint a cAMP és az epilepsia között szoros összefüggés van. A liquor cAMP szintjének változásait vizsgálták meg patkányoknál electroconvulsio után. A

convulsiót tülektrodákkal hozták létre, és meghatározott idővel a kezelés után határozták meg a cAMP szintet.

Egyértelmű volt, hogy az electroconvulsio emeli a cAMP szintet a liquorban. A maximumot a kezelés után 60 perccel mérték, majd az értékek lassú csökkenése volt megfigyelhető. Nőstény és hím patkányok között különbséget találtak abban, hogy előbbieknél 120 mp-cel, utóbbiaknál 180 mp-cel a convulsio után estek vissza az értékek a normálra. Összehasonlítva megállapítható volt, hogy az agyban sokkal gyorsabban emelkedett a cAMP szintje mint a liquorban. Bár még nem tisztázott a liquor cAMP szint emelkedésének fiziológiája, ill. patológiája, valószínűsíthető, hogy az electroconvulsio hat a cAMP képződésre és transzportra egyaránt.

A szerzők kísérleteikből a következő eredményeket emelték ki: 1. az idősebb patkányok alap cAMP szintje magasabb volt; 2. a cAMP szintváltozások nem korreláltak a lebontó, ill. szintetizáló enzimekkel; 3. a nőstény patkányok alap szintje magasabb volt, a szintváltozás pedig különbözött a hímeiktől. Ezek alapján levonható az a következtetés, hogy a különböző korú és nemű állatok liquor cAMP koncentrációjának különbözősége az agyi cAMP metabolizmus hormonális befolyásoltságot mutatja.

Kovács Gábor dr.

Az agyvérzés diagnóziisa: 247 anatómiai megfigyelés. Boudouresques, G. és mtsai. La nouvelle Presse Medicale, 1979, 8, 1479.

Különböző intézetekben kezelt és neuropathológiai vizsgálat során primér agyvérzésnek bizonyult eseteket abból a célból tanulmányozták, hogy megállapítsák, mely tényezők befolyásolják a klinikai diagnózis pontosságát.

1962-től 1977-ig összegyűjtött 247 esetből csupán az esetek 50,6%-ában kórismézték helyesen az agyvérzést, a többinél vascularis történet, infarctus, téves, vagy pontatlan volt a diagnózis. Gyakran nehéz volt a vérzés felismerése, ha a vérömleny a thalamusban, vagy az agytörzsben helyezkedett el, illetve annak kiterjedése a nagyagyi feltekében és kisagyban 3 cm-nél, az agytörzsben 1,5 cm-nél kisebb volt. A diagnózis pontosságát lényegesen növelte az elvégzett agy-gerincvelői folyadék vizsgálata és angiographia. Meglepő, hogy megközelítően az esetek felében volt agy-gerincvelői folyadék vizsgálat és közel 1/3-ában angiographia. Az utóbbi években ezeket a kiegészítő vizsgálatokat a 70 évnél fiatalabb egyéneknek már gyakrabban elvégezték, ezért a diagnózis pontossága első sorban a laterális és intermedier elhelyezkedésű vérzéseknel javult. Megállapítják végül, hogy a lum-

balpunctio a beteg számára nagyobb veszélyt nem jelentett, ugyanis az agyi beékelődés ugyanolyan arányban fordult elő azoknál is, akiknél ilyen vizsgálat nem volt.

Vizsgálataikkal kimutatták, hogy a diagnózis elérésére, az adequat therapia, esetleg műtéti beavatkozás végett az agyi vascularis kórképek indokolt az említett vizsgálatok elvégzése. A modern kiegészítő vizsgálatokhoz tartozik a computer tomographia, amelytől további javulás várható az agyvérzés diagnosztikájában. *Baltavári László dr.*

Haematológia

Acut lymphoid leukaemia gyermekkorban. Resch, R. és mtsai. Dtsch. med. Wschr. 1979, 104, 1037.

A szerzők 24 acut lymphoid leukaemiában (ALL) szenvedő, a Pinnel VII. sémához hasonló protokoll szerint kezelt gyermek közül 9, öt évig, vagy ennél tovább teljes remisszióban levő gyermek retrospektív vizsgálata során szerzett tapasztalataikról számolnak be.

Az ALL diagnózisát 1971 augusztus és 1974 januárja között állították fel. A vizsgálatsorozat idején (1978. júniusig) 12 élő betegük közül 8 gyermek már 11–16 hónapja kezelés nélküli, első, hosszú, teljes remisszióban levő, egy gyermek hat és fél éve teljes remisszióban levő, de két alkalommal meningitis leukaemia miatt kezelt volt.

Szomatikus fejlődésüket tekintve egyik gyermek sem találták elmaradást, alkalmankénti megtorpanások csak súlyos fertőzésekkel kapcsolatban fordultak elő. A kéztőcsontok radiológiai vizsgálata szerint a gyermekek csontkora és életkora között eltérés nem volt kimutatható.

Az öt éven át tartó, főleg a haemopoetikus rendszert célzó cytostaticus kezelés ellenére mind a 9 gyermeknél normális perifériás vérképet és megközelítően normálisan sejtű csontvelőt, ép haemopoiesist találtak.

Az immunstatus vizsgálatával nyert eredményeiket fenntartással értékelik, mivel betegeiknél a terápia befejezése és a vizsgálatok időpontja között eltelt idő igen különböző hosszúságú volt.

A három immunglobulin osztály (IgA, IgG, IgM) értékei a normális tartományba estek. Ez ellentmond más közléseknek, bár az eltéréseket mások is rövid időn belül reversibilisnek találták.

A T és B lymphocyták a normális értékek alsó határán voltak, a legalsóbb értékeket azoknál találták, akiknél a legrövidebb idő telt el a terápia befejezése és a vizsgálatok között.

A cellularis immunválasz is (bőrteszt alapján) normális volt, egy olyan gyermek sem akadt, aki mind a három antigénnel (PHA,

ConA, PWM) szemben anergiás lett volna.

A legszembeötlőbb csökkenést a perifériás lymphocyták mitogén stimulációjánál találták. Felteszik, hogy ezeket az eredményeket is befolyásolja a terápia befejezése óta eltelt időszakok különböző hosszúsága.

A központi idegrendszer vizsgálata során (koponya rgt, liquorvizsgálat, EEG, neurológia és pszichológiai vizsgálatok) a 9 gyermek közül 8-nál nem találtak eltérést.

A kilencedik gyermekben meningoiz leukaemia kezelését (methotrexát, cytosin-arabinosid és besugárzás) követően petit mal rohamok, majd kétoldali, diffúz intracerebrális meszesedés alakultak ki magartatás-zavarokkal, a látás és a mozgásperceptio egyidejű zavarával. Egy másik betegükön a cytostatikus kezelés második éve után hepatosplenomegalia alakult ki, a biopsia portalis fibrosist igazolt.

A tartós szervi károsodás kialakulásában mindkét gyermeknél a methotrexátnak tulajdonítanak oki szerepet.

Eredményeiket összefoglalva megállapítják, hogy az ötéves cytostaticus terápia ellenére a vizsgált gyermekek meglepően jó psychosomatikus fejlődést mutatnak, de felhívják a figyelmet a kezelés késői szövődeményeként két alkalommal észlelt marandó szervi károsodásra.

Mészner Zsófia dr.

Acut lymphoid leukaemia és Non-hodgkin-lymphoma gyermekkorban. Gutjahr, P.: Dtsch. med. Wschr. 1979, 104, 1037.

A szerzők 28 acut lymphoid leukaemiában (ALL) és 7 Non-hodgkin-lymphomában (Non-h-Ly) szenvedő gyermekben a központi idegrendszer (KIR) profilaktikus sugárkezelése és intrathecalis methotrexát adása után computertomographiás (CT) vizsgálatot végeztek annak eldöntésére, okozott-e a KIR profilaxis valamilyen marandó idegrendszert károsodást, vagy sem.

Összesen 35 betegük közül 33 első, teljes remisszióban levő, 1 haematológiai relapsus utáni, remissziós, 1 meningoiz leukaemicán átesett volt. A diagnózis és a CT között 2–28 hónap telt el. A betegek egy csoportjában (7 beteg) a profilaxis előtt is történt CT.

Az ALL-s gyermekek közül 22-t a St. Jude Hospital VII. protokollja szerint, 5-öt berlini séma szerint, 1-et más kezelésben részesítettek, a 7 Non-h-Ly-s gyermek a New Yorki Memorial Hospital LSA2L2 protokollt kapta. A radioterápia Co⁶⁰ irradáció volt 2400 R összdózisban átlagosan 3–4 hét alatt, ezt követően a gyermekek 4–5, esetenként 10 mg/m² intrathecalis methotrexát kezelést kaptak. A Non-h-Ly-sok mediastinális, supradiafragmális és hasi besugárzást

kaptak a folyamat lokalizációjának megfelelően.

Értékeltek az agykamrák és a subarachnoideális tér tágasságát és a frontális, temporális és parietális lebenyek parenchymájának „sűrűségét”.

Az agykamrák és a subarachnoideális tér 22 betegnél normális tágasságú, 5 betegnél a normálisnál szűkebbnek bizonyult, 8 betegnél hydrocephalus externus, ill. internus jeleit találták. Ezen utóbbi 8 gyermek közül 4-en történt CT a KIR kezelése előtt is, és a hydrocephalusra utaló jelek már akkor is láthatók voltak. Egy esetben a sugárkezelést és az intrathecalis methotrexát adását meningesis, egy esetben diffúz, intracerebrális meszesedés kialakulása követte.

A szerzők saját vizsgálataik során nem tapasztalták az irodalomban közölt, átlagosan 50%-ban leírt kóros, az ALL, ill. Non-H-Ly KIR profilaxisa következtében kialakult CT eredményeket. Valószínűbbnek gondolják, hogy a normálistól eltérő psychoszociális jelek egyéb okokra — egzisztenciális konfliktusok, a gyakori, fájdalmas beavatkozások, a hospitalizáció és a környezet megváltozott viselkedése — vezethetők vissza.

Hangsúlyozzák, hogy csak precíz, prospektív vizsgálatokkal, a CT quantitativ analízisével lehet eldönteni, hogy van-e kapcsolat a két betegség kezelése kapcsán az irradáció és a később jelentkező agyi károsodások között, vagy sem.

Mészner Zsófia dr.

A hypophysis elülső lebeny hormonjainak vizsgálata 24 acut lymphoblastos leukaemiában szenvedő gyermeknél, a központi idegrendszer prophylactikus besugárzása előtt és után. J. P. Feit és mtsai (Clinique Médicale Infantile A, Hôpital Debrousse, 29, rue Soeur-Bouvier, 69322, Lyon): Pédiatrie, 1979, 34, 237.

Az acut lymphoblastos leukaemia prognózisa a központi idegrendszer prophylactikus besugárzásának bevezetése óta határozottan javult. Ez az eljárás azonban felvetette a hypophysis elülső lebenye második károsodásának a kérdését is. Számos szerző beszámolt a testméretek növekedésének elmaradásáról; mások a hypothalamus-hypophysis tengely elégtelen működéséről, a somatotrop-hormon (GH) elválasztásának megváltozásáról. Vannak olyan szerzők is, akik ezt az elválasztási zavart átmenetinek tekintik.

Az ellentmondó adatok miatt tanulmányozták a szerzők 24 gyermekben a központi idegrendszer besugárzása előtt és után, egy kombinált teszt segítségével, a hypophysis elülső lebenyének hormonjait: GH, TSH, prolactin, FSH és LH hormonokat. Megadják a gyermekek nemét, korát, súlyát,

testméreteit és csontkorát. Besugárzáskor, ill. a vizsgálatok időpontjában a gyermekek remisszióban voltak. A kezelést négy fázisban, a *Hagbín és mtsai* által közölt L2 séma alapján végezték (Cancer 1974, 33, 1491). A vizsgálatokat a besugárzások után legalább 15 nap elteltével, de sok esetben jóval később végezték.

Az eredményeket a kontrollokéval párhuzamosan, görbéken mutatják be. Ezek értékelése alapján megállapítják, hogy az akut lymphoblastos leukaemiában szenvedő gyermekek hypophysis-hormonjainak elválasztásában a központi idegrendszer besugárzása szignifikáns különbséget nem hoz létre. A növekedési hormon elválasztásának megváltoztatásában egyesek által észlelt eltéréseket technikai problémának tekintik. A radiotherápia befejezésének időpontja, a blastos lokalizáció a meninxeken, esetlegesen az EEG-n észlelt elváltozások, csontrendszerekben észlelt szoródások, az intenzív haemorrhagiás szindróma a szekrécióban változásokat nem hoz létre.

A szerzők vizsgálatait azoknak eredményeit erősítik meg, akik a legtöbb esetben normális funkciót észleltek, feltéve, hogy a radiotherápia nem lépte túl a 3000 rad-ot.

Kövér Béla dr.

Akut myeloid leukaemia a felnőttkorban. F. J. Tigges (Medizinische Universitäts-Klinik, Abteilung II, Tübingen): Dtsche med. Wschr. 1979, 104, 1352.

A modern kemoterápia bevetése a főleg gyermekkorban előforduló akut lymphoid leukaemia prognózisában döntő fordulatot hozott: a betegek felénél a túlélési idő 5 év, és egy részük tartósan meggyógyul. Ezzel ellentétben az akut myeloid leukaemia (AML) terápiás eredményei nem kielégítőek. Az utóbbi 10 évben intenzív terápiás sémák bevezetésével sikerült a komplett remissziót elérni a betegek 60–80%-ánál a korábbi 25% helyett, de a remisszió időtartama és a túlélési idő továbbra is befolyásolhatatlannak tűnik. Változatlanul a legnagyobb probléma a korai recidívák kezelése, mely a legkritikább esetben sikerül.

A terápiás stratégia sejtkinetikai alapjai experimentálisan igazoltak. Bizonyított tény, hogy a leukaemiás sejtek száma és a túlélési idő között összefüggés van. Tudjuk azt is, hogy citosztatikum egyszeri adására csak a sejtek bizonyos meghatározott frakciója pusztul el, és ismételt gyógyszeres kezelés szükséges az összes leukaemiás sejt eliminálásához. A klinikai remisszió már elérhető 10⁹ leukaemiás sejt, ill. 1 g tumormassza visszamaradása esetén is, de az intenzív citosztatikus terápia feltétlenül folytatandó. A leukaemiás sejteknek ugyanis csak 10–25%-a proliferál, és döntő ré-

szük G₀-ban, ill. a G₁ fázisban perzisztál. További nehézséget jelenthet az is a citosztatikus hatás mechanizmusa szempontjából, hogy a leukaemiás blastok és a normális haemopoetikus őssejtek ciklusideje különbözhet. Az immunterápiás próbálkozások elméleti alapja pedig az, hogy csak 10⁵ leukaemia sejt/nél, ill. 0,1 mg tumormasszánál hozhat eredményt.

Az indukciós terápia célja, hogy tökéletes remisszióba hozza a beteget, a lehető leggyorsabban, csontvelő aplasia, vérzések, súlyosabb infekciók nélkül. A konszolidációs terápia, vagyis az indukciós terápia megismétlése egyszer vagy többször azt a célt szolgálja, hogy teljes remisszióban a csontvelőben található 5%-os blast mennyiséget 2%-ra lecsorítsa. Klinikailag és morfológiailag a terápiás effektus már nem követhető ebben a remissziós stádiumban, de a retrospektív felmérések szerint a korai recidívák így elkerülhetők.

A fenntartó terápia célja az elért remisszió stabilizálása, vagy esetleg javítása. A kezelés tartama és a túlélési idő meghosszabbodása között bizonyított az összefüggés, ezért a modern terápiás sémák egyik legfontosabb követelménye a terápia fenntartása megfelelő hosszúságú ideig, általában 3 évig a komplett remisszióban is. Célszerű az indukciós és a konszolidációs még nem használt gyógyszerek alkalmazása ebben a periódusban, esetleges gyógyszer-rezisztencia miatt. A recidívák pontos aetiológiáját nem sikerült megfejteni: lehetséges, hogy a leukaemiás sejtek egy része hosszabb ideig G₀ stádiumban lappang a citosztatikumok számára elérhetetlenül, vagy bizonyos „reservoir” alakul ki farmakológiai diffúziós akadályokkal, pl. a központi idegrendszerben, gonádokban; vagy a proliferáló sejtek között megjelenik egy pathológiás sejtvonal szekunder gyógyszer rezisztencia miatt.

Míg akut lymphoid leukaemiában sok modern felmérés történt a fenntartó terápia eredményességét illetően, akut myeloid leukaemiában csak két nagyobb tanulmány áll rendelkezésünkre: Cytosarral történő monoterápiánál a túlélési idő 30 hét, a nem kezelt csoport 5 hetével szemben, míg cytarabinozid-thioguanin kombinációval 41 hétnél bizonyult a remisszió időtartama a nem kezelt csoport 27 hetéhez viszonyítva. Utóbbi kombinációval 98 hetes, 102 hetes remissziós időtartam is ismert. Carmustin-Cyclophosphamid intermített kezelésével 92 hétről számoltak be az irodalomban, az előbbi polychemoterápiás sémához hasonlóan 50–60%-os remissziós rátával. Intenzív chemoterápia után beiktatott BCG immunterápiával, valamint aktív immunterápiával is biztatók az eredmények, különösen neuraminidase-val kezelt blast sejteknél. Nagyon lényeges a megfelelő proto-

koll kiválasztása a prognosztikai faktorok figyelembevételével: pl. kor, a leukaemiás sejtek citomorfológiája szerint. A modern indukciós kezelésekkal az eseteknek általában 80%-ában lehet komplett remissziót elérni, és a remisszió időtartama, mely szorosan véve egyúttal a túlélési idő is, átlagosan 40–54 hét. A recidiva elleni küzdelem a megelőzés; jól dozírozott, elég hosszú ideig alkalmazott fenntartó terápia, melynek hatásfoka jobbnak tűnik az intermített kezeléseknél. A toxikus hatások elkerülése, és a megfelelő dózis alkalmazása individuális terápiás tervek segítségével érhető csak el, a prognosztikai, veszélyeztető faktorok messzemenő figyelembevételével.

(Ref.: a leukaemia napjainkban már nem tekinthető gyógyíthatatlannak betegségnek, ezért a terápiás lehetőségek ismertetése, mérlegelése közérdekűvé vált. A gyors, intenzív indukciós terápia után a szerző hangsúlyozza a konszolidációs kezelés fontosságát teljes klinikai remisszióval is, mely ugyan már kevésbé látványos, de a blastok számának minimálisra való csökkentésével megteremt a recidívamentes remissziót. Egyet lehet érteni azzal is, hogy a fenntartó terápia megválasztása, időtartama döntheti el a beteg sorsát. Kérdéses viszont, hogy az individuális elbírási helye-e minden esetben. Az egyes centrumok adatai így összehasonlíthatatlannak válnak, és általánosan elfogadható terápiás sémák kialakítása szinte lehetetlen.)

Szollár Judit dr.

Subacute myeloid leukaemia. Cohen, J. R. és mtsai (Dept. of Medicine, Division of Hematology, Stanford University Medical Center, Stanford): Amer. J. Med., 1979, 66, 959.

A subacute leukaemiára jellemző a hypocellularis csontvelő, a kóros granulopoiesis (esetleg erythropoiesis is), a perifériás cytopenia és a keringő myeloblastok. Leggyakrabban a közepes életkorban. Több elnevezéssel szokták illetni, így nevezik: subacute-chronikus myelomonocytás leukaemiának, smoldering leukaemiának, chronikus erythromonocytás leukaemiának, erythraemiás myelosisnak refracter anaemiával és blast túlsúllal. A diagnosis felállításától számított egy éven belül általában a beteg halálához vezet.

Egyes szerzők szerint érdemes és kell kezelni, mások ezt kontraindikálnak tartják és csak supportív kezelést tartanak szükségesnek. A szerzők e kérdést saít 31 betegük adatainak és sorsának utánvizsgálata alapján tárgyalják. Kiemelik, hogy jellemző volt a myeloid sor sejtjeinek promyelocytá stádiumig való kiérési tendenciája, mindegyik sejt sor érintettsége (displasias megakaryocyták, megaloblastoid vtv-

képzés), a változó perifériás fvszám, a fehérvérsejtek részéről monocytoid elváltozások (a fvs-ek 50%-ára kiterjedően). A betegséget férfiakon gyakoribbnak találják, mint nőknél. A tünetek és a diagnosztikus felállítás között 16–19 hónap telt el!

Az anamnesisben myelotoxikus expositióként: terápiás irradációt, chloramphenicol terápiát, gyulladásgátló gyógyszerek használatát, ipari mérgeket találtak.

A haematológiai leletek közül a fvs-szám 800 és 240 000 között, a Hgb-érték 4,6% és 13,4% között, a thrombocyta-szám 4000 és 340 000 között változott. A perifériás vérképben a myeloblastok mellett a monocytosis volt minden esetben jellemző, de rendszeresen észlelték nagy, hypogranularis thrombocyta-kat is. A vvt-ek részéről a basofil punctatio, schistocytosis és spherocytosis fordult elő. A csontvelőben a myeloblastok szigetszerű elhelyezkedése, a PM-ákig történő kiérés és a PM-ák durva (vagy hiányos) granulációjára valamint a dysplasiás, mono- vagy bilobált magvú megakaryocyta-k jelenléte volt jellemző.

Kezelésként — ha egyáltalán valamit — akkor a COAP gyógyszerkombinációt alkalmazták. A kezeltek és a nem kezelték túlélése nem tért el lényegesen egymástól: általában 1–68 hónap volt.

Hangsúlyozzák, hogy a subacut leukaemiát külön klinikai entitásnak lehet tartani. Néha nehéz elkülöníteni az acut myelomonocytosis leukaemiától. Olykor csak a lefolyás dönti el a dilemmát: az acut myelomonocytosis leukaemia kura-bilisebb, jobb prognózisú, hosszabb remissiók érhetők el.

Berkessy Sándor dr.

A VIII. véralvadási factorról klinikai és genetikai szempontból. Bloom, A. L. (Dept. of Haematology, Welsh National School of Medicine and University Hospital of Wales, Cardiff): Schweiz. med. Wschr. 1979, 109, 1357.

A haemophilia olyan nemhez kötött öröklésmentű betegség, amelyre a procoagulans VIII. factor (VIII C) csökkent mennyisége vagy kóros VIII C jelenléte jellemző. A VIII C csökkenése a von Willebrand betegségre (vWd) is jellemző. Heterológ VIII. factor elleni savóval végzett immunológiai kísérletben a VIII. factor — azaz a VIII. factor antigén (FVIIIIRAg) normális vagy akár emelkedett is lehet. Klasszikus haemophiliákban, Willebrand kórban a thrombocyta adhaesivitáshoz és aggregációhoz szükséges VIII. factorral kapcsolatos komponens, a „factor VIII related Willebrand factor” (FVIIIIRWF) hiánya vagy kóros volta bizonyítható. E factor klasszikus haemophiliában normális.

A VIII. factor komplex biokémiájára vonatkozóan ma még csak hypothesisek vannak. Ezek: 1. A VIII. factor egy bizonyos molekula, amely azonban nem mindig mutat procoagulans aktivitást, 2. A VIII. factor két molekulából áll; a) a VIII C factorból, amely alacsony molekulású és mennyisége vagy aktivitása klasszikus haemophiliában csökkent, b) nagy molekulású, antigén természetű molekulából (FVIIIIRAg), amely szükséges a thrombocyta-k aggregációjához. Ezen komponens (mely „Ristocetin cofactor” néven is ismert) vWd-ben csökkent mennyiségű vagy aktivitású. E két molekula non-covalens kötődésű komplexet alkot.

A vWd a FVIIIIRAg/WF csökkent vagy abnormális jelenlétén alapszik. A klasszikus haemophiliában pedig a VIII C csökkent, vagy kóros.

vWd-ben a FVIIIIRAg vérszintje igen változó! Kóros változtatásban csökkent szénhidrát tartalmát állapították meg. A vWd létrejötte tehát lehet: 1. a FVIIIIRAg/WF aminosav sequenciájának kóros volta, 2. a polymerase vagy glycosyl transferase defectusa, 3. a FVIIIIRAg-oligomerek hiányos képzése és relative alacsonyabb molekulású forma kiegyensúlyozatlan termelésének eredménye, ami végül is csökkent aktivitású thrombocyta functiókat eredményez.

Az utóbbi években ismerték fel, hogy a non-vasoactiv vasopressin analog, a DDAVP a VIII. factor szintet emeli, s hatása mind klasszikus haemophiliában, mind vWd-ben érvényesül. E hatásával párhuzamosan stimulálja az endothelialis plasminogén activator release-t, mely tényből arra következtetnek, hogy a FVIIIIRAg és a plasminogén activator egyazon helyen szabadul fel.

Immunológiai vizsgálatok szerint a transfundált FVIIIIRAg vWd-ben sem a thrombocyta-khoz, sem az endothel sejtekhez nem kötődik. A nagymolekulású oligomerek a keringésből gyorsan kiszűrődik. A kereskedelmi forgalomban levő VIII-factor koncentrátumok csökkent aktivitású FVIIIIRAg/WF-t tartalmaznak. Feltételezik, hogy vWd-ben egy még külön „vérzési idő factor”, ill. „capillaris defectus factor” is hiányzik, amit a forgalomban levő koncentrátumokkal nem substituálunk. A legjobb terápiás eredményeket a hagyományos cryoprecipitátumokkal lehet elérni.

A vWd-nek különböző fajtái lehet feltételezni. Ingram szerint autosomalis domináns és recessív öröklődésű típusai vannak, a legáltalánosabb a heterozygota domináns típus, amelyben a haemarthrosok ritkák, a nyálkahártya vérzések a gyakoribbak. Többnyire a FVIIIIRAg lassan vándorló formájának hiánya mutatható ki. A homozygota domináns típus léte és természetrajza még tisztázatlan. A legritkább az autosomalis recessív

típus, amely klinikailag általában tünetmentes, bár a FVIIIIRAg koncentrációnak enyhe csökkenése mutatható ki. Többnyire consanguinalis szülőktől származnak. Gyakoriak náluk a haemarthrosok és a súlyos fokú nyálkahártya vérzések. A VIII C aktivitása alacsony és nem mutatható ki náluk mai módszereinkkel a FVIIIIRAg jelenléte.

A klasszikus haemophilia szempontjából jelentős VIII C jelenlétének kimutatására legkiterjedtebben a coagulációs technikát alkalmazzák. Peake és Bloom eljárása szerint immunradiometriás assayben a coagulációs aktivitású molekularész antigén determinánsait használják fel a kimutatásra magas titerű human inhibitor használatával.

Normális plasmában a procoagulans VIII C pozitív korrelációt mutat a FVIIIIRAg antigén mennyiségével. A procoagulans aktivitással ellentétben a VIII C antigén determinánsai megmaradnak a serumban az alvadás után.

vWd-ben a VIII C antigén-aktivitása korrelál a VIII C aktivitással. Súlyos homozygota betegben a VIII C antigén egy kicsit mindig magasabb. Ez arra utal, hogy inaktív VIII C kering a vérben, valamint arra, hogy az antigén képzése a normális X-chromosoma kontrollja alatt áll. Közepesen súlyos haemophiliában a VIII C antigén alacsonyabb, mint a VIII C aktivitás. A radioaktív technika az abnormális VIII C molekula kimutatására igen alkalmas. Legjelentősebb potenciális felhasználási területül a prénatalis diagnosztika kínálkozik. Az intrauterin nem és haemophilia manifestatio meghatározás igen nagy jövő elé nézhet. A genetikai felhasználás feltételei: 1. A carrier állapot meghatározása a familiáris anamnesis és a VIII C —FVIIIIRAg arány alapján. E célból a coagulációs assayt a VIII C antigén meghatározásával kell felcserélni. 2. Amniocentesis útján meg kell a magzat nemét határozni, 3. Vért kell nyerni a magzattól az intrauterin 18. hét táján (!) foetoscopia során a köldökvénából. A normális foetus plasmájában ilyenkor a VIII C antigénszint 11–43 E/dl, haemophiliás foetusban 0,1–3 —4 E/dl. A szerzők várják, hogy a prénatalis diagnosztika ezen eljárása hamarosan elterjed.

Berkessy Sándor dr.

Allergológia

A méhcsípés allergia vizsgálata bőrpróbával és szérumban antitest kimutatásával. Miychi, S., Lessof, M. H., Kemeny, D. M. (Guy's Hosp. Med. School, London): Int. Archs. Allergy appl. Immun. 1979, 60, 148.

A szerzők 55 olyan egyént vizsgáltak, akik az utóbbi 3 évben méhcsípés után anaphylaxiás reakció lépett fel. RAST vizsgálattal a mézelő méh mérgével szembeni

IgE antitest 54 személy közül 38 szérumban (70%) volt kimutatható. A méhméreggel végzett bőrpróba 34 személy közül 30 esetben (88%) volt pozitív. A nem allergiás kontroll személyeken mindkét vizsgálati módszer negatív eredményt adott. A 30 bőrpróbával pozitív személy közül 26 szérumban az IgE antitest is kimutatható volt. A nagy hígításban is pozitív bőrpróbát adó egyének és a magas IgE titerű személyek fokozottan veszélyeztetettek újabb méhcsípés esetében. Jóllehet próbaként a phospholipase A elleni IgG antitest meghatározás nem megbízható. Az anaphylaxiás shockon átesett, de negatív bőrpróbát és RAST eredményt adók (kevesebb, mint 10%) esetében a veszélyeztetettség tekintetében a szerzők nem tudnak állást foglalni, de immunkezelést nem tartanak szükségesnek. A pozitív bőrpróba negatív RAST eredmény mellett magyarázatára több lehetőséget említenek:

a) az IgE szint a vizsgálat idején nagyon alacsony volt;

b) a keringő IgE nem tükrözi a sejthez kötött IgE szintet;

c) egyes pozitív bőrpróbák nem IgE mechanizmuson alapulnak, hanem pl. lehet IgG homocytotrop antitest felelős a pozitívításért.

Előfordult, hogy a méhméreggel végzett immunkezelés után is fellépett — bár kisebb mértékű — általános reakció. Ezekben az esetekben a kezelt személyek nem kaptak fenntartó injekciókat. Ezért javasolják a veszélyeztetett személyeknek havonta 100 µg-os injekciók adását, kivéve a méhészeket, akik rendszeresen ki vannak téve méhcsípéseknek.

Korossy Sándor dr.

Basophil degranulációs-teszt a méh- és darázscsípés-allergia kóriszmézésében. Mumcuoglu, Y., Wortmann, F. (Allergie-Abt., Univ. Klinik, Basel): Schweiz. med. Wschr. 1979, 109, 1183.

Kérdéses méh- vagy darázscsípés-allergia, azaz hymenoptera-méreg sensibilisatio tisztázására az anamnesis kívül a nem eléggé megbízható bőrpróba és a radioallergosorbent-teszt (RAST) állanak rendelkezésünkre. A szerzők 50, anamnesztikusan biztos, vagy valószínű hymenoptera-csípéssel szembeni allergia vizsgálatára a RAST mellett a Shelley-féle basophil degranulációs-tesztet (BDT) alkalmazták. Vizsgálati eredményeik összehasonlítása azt bizonyítja, hogy a két eljárás gyakorlatilag azonos értékű. Hosszabb idő óta fennálló allergiás betegen a BDT látszólag hosszabb ideig marad pozitív, mint a RAST. A BDT nem költséges és könnyen kivitelezhető módszer, így pótolhatja a RAST-ot.

ifj. Pastinszky István dr.

A Langerhans-sejtek macrophagokkal azonos szerepe az allergiás kontakt ekzema kiváltásában. Hausteiner, U.-F. (Kin. für Hautkrh., Leipzig): Allergie und Immunologie 1979, 25, 116.

A szerző összefoglalja a saját vizsgálati eredményeit és az irodalmi adatok alapján a Langerhans-sejtekről szóló ismereteinket. A Langerhans-sejtek fajlagos granulátum tartalmazó dendrit sejteknek tekinthetők, amelyeknek nincsenek desmosomái, tonofilamentjei, (pre) melanosomái s ezért világos sejtekként fordulnak elő a hámszövetben. Kimutathatók a hám alsó részében, az irhában, nyirokcsomóban és thymusban. Nem tekinthetők kimerült melanocytáknak, de a mesenchymából erednek. Ezt támasztja alá a vándorlásuk az irhából a hámba, azonoságuk a histiocytosis X sejtekkel, felületi receptorok és a szerepük. Valószínűleg szabályozzák a keratinocyták sejtosztódását és differenciálódását. Bizonyított az antigén bemutató és lymphocytá stimuláló szerepük és így az allergiás kontakt ekzémában effektor sejtként működnek közre. Képesek phagocytálni az antigént (haptent), eljuttatni a lymphocytákhoz, antigén kiváltás után proliferálódni s a nyirokerekbe a regionális nyirokcsomókba vándorolni. A felületükön Fc-IgG és C₃ receptorokat hordoznak, továbbá Ia-antigéneket, mint immunválasz géneket. Károsodnak, ill. elpusztulnak immunkomplexek (komplementaktiválás után) és killer T lymphocyták hatására. Mint céltáblasejtek a humorális és sejtes immunmechanizmus szabályozása alatt állnak. Az allergiás gyulladásos reakció megindító a mediátor anyagok (lysosomális eredetűek?), melyek a Langerhans-sejtek pusztulásával szabadulnak fel vagy a lymphokinnek. A Langerhans-sejtek suprabasalis jelenléte magyarázhatja az ödéma és spongiosis korai kezdetét, továbbá a hám alsó rétegeiben való előfordulásukat. Mivel vegyes lymphocytá reakcióban képesek allogen lymphocytákat stimulálni, a bőr transzplantációban is lehet bizonyos szerepük.

Korossy Sándor dr.

Az allergosisok klinikai diagnosztikája. Fuchs, E. (Deutsche Klinik für Diagnostik, Fachbereich Allergologie, Wiesbaden): Praxis und Klinik der Pneumologie, 1979, 33, 268.

Az allergosis olyan kórforma, ami allergén-antitest reakción, az immunsejteknek az antigén által meghatározott állapotváltozásán nyugszik. Az azonnali típusú allergosist az exogén, nem baktériumos allergének elleni „heteroszenibilizálás” okozza, ellentétben azokkal a reakciós formákkal, amelyek iso- vagy autoszenibilizálás követke-

ményei. Az utóbbiakat mint immunbetegségeket, a vér, a vese és az ér elváltozásait, valamint a reumatizmust elkülönítjük a klasszikus allergosisoktól. Az allergiás forma lehet generalizált, szervre lokalizált shock-fragmentum és az allergéntől függő különleges alak. Valószínűleg allergiától függő a generalizált heveny, I. típusú anafilaxiás shock, aminek 3 formája van: az 1—5 percig tartó vasomotoros kollapszus, az 5—30 percig tartó bőr és nyálkahártya elváltozás és a különleges hasi shock. Elhúzódó formája a III. típusú szérumbetegség. A szervre lokalizált shock-fragmentum lehet az allergén inváziója szerint blepharo-conjunctivitis, rhinitis és I., valamint III. típusú asztma-hörgő szindróma, végül alveolitis. Haematogén szórás eredménye az urticaria, a Quincke-ödéma és a gyógyszer okozta kiütés. Néha allergiás eredetű, szervre korlátozott shock-fragmentum az enteritis, a colica mucosa és a kontakt-urticaria. Haematogén szórás eredménye a migrén, a savós székületi gyulladás és a parotitis. Az allergéntől függő különleges formák: a virágpor, a rovarcsípés, a gyógyszer és a foglalkozási allergia. Utóbbit egyes, vagy vegyes porok okozzák.

Az allergosisok kóriszmézésakor figyelembe kell venni a kórelőzményi adatokat, továbbá speciális vizsgálatokat végezni, hogy a betegség koroktanát megállapíthassuk. Valószínűségi kritérium az allergiás betegségek családi anamnézise és az eosinophilia. Biztos kritérium a pozitív bőr vagy nyálkahártya próba, az IgE kimutatása a vérsavóból in vitro a PRIST (paper-radio-immuno-sorbent-test) vagy a RAST (radio-allergo-sorbent-test) módszerrel, végül provokációs eljárással. Saját tapasztalata szerint több mint 40 000 vizsgálat alapján a kórelőzményi adatok és a diagnosztikus próbák 70—80%-ban megegyeztek egymással. A bőr- és a nyálkahártya próbákhoz szükséges antigén-kivonatokat a gyárak állítják elő. Ezek a próbák az azonnali reakció kimutatására szolgálnak intracutan vagy skarifikációs formában. Előbbi 100-szor érzékenyebb utóbbinál. Veszélytelen a bedörzslési próba is, ami a bőrpróbával 80%-ban egyező eredményt ad. Pozitív a bőrpróba, ha a bőrpír 12, a bőrpír pedig 20—25 mm átmérőjű. A PRIST és a RAST próbák eredménye a bőrpróbáéhoz 70%-ban egyezik. Az allergén aktualitását provokációs próbával lehet eldönteni. A szem és az orr provokációs próbáját már régen használják. A hörgő provokációs próba eredményét légzésfunkciós eljárással ellenőrizzük. A hörgő túl nagy reakciója hörgőtágító szer belegeztetésével megszüntethető. A kései IV. típusú kontakt bőrgyulladás kóriszmézésére az epicutan próbát alkalmazzzák.

Pongor Ferenc dr.

Akut kortikoszteroid kezelés immunoglobulinokra kifejtett hatása asthmában. Posey, W. C. és mtsai (Mobile Allergy and Asthma Clinic, 4318 Downtowner Loop North, Suite N, Mobile, Al 36609): J. Allergy Clin. Immunol. 1978, 62, 340.

Állatkísérletekből ismert, hogy a kortikoszteroidok mind a cellularis, mind a humoralis immunitásra gátló hatást fejtenek ki. Ez ideig általánosan elfogadott vélemény volt, hogy terápiás adagban az immunoglobulin szintekre kifejtett hatás jelentéktelen. Atopiás dermatitisben szenvedőknél sem találtak IgE változást. A 21, véletlenszerűen kiválasztott asthmás beteg (átlagos életkoruk 16,8 év) alkalmanként rövid ideig tartó kortikoszteroid kezelést igényelt (közülük 16-nál IgE antitest közvetítette asthmát igazoltak az anamnézis és bőrpróbák alapján). A szteroid adagja 20–250 mg/nap között mozgott, az átlagos kezelési idő 8 nap volt. A kontroll csoport kortikoszteroidot nem kapott, közülük 12-ben mutattak ki emelkedett IgE szintet. A szteroidcsoportban az IgG és IgA koncentráció szignifikánsan csökkent, mely a 2–4., ill. a 6–8. héten érte el a mélypontját. Az IgM koncentrációja nem változott szignifikánsan, az IgE szint 1 hét után gyorsan emelkedett, 6–8 hét után a kiindulási értékre vagy az alá csökkent; a specifikus IgE antitestek titere (RAST) hasonlóképpen változott. A kezelés előtti IgM és IgE érték szignifikánsan magasabb volt a szteroidot kapók csoportjában. Az immunoglobulin változásokért a szteroid kezelés és nem maga az asthmás roham tehető felelőssé; a változás mértéke és időtartama összefüggésben van az alkalmazott dózissal.

Teljesen hasonló eredményt kaptak más szerzők önként jelentkező egészséges felnőtteknél, akik rövid ideig nagy dózisban kaptak kortikoszteroidot.

Állandó kis adag szteroidot szedőkben a rövid ideig adott nagy adagra nem következik be hasonló, következetes változás.

Ismert, hogy a szérumban immunoglobulin koncentráció a katabolizmus és szintézis egyensúlyának eredménye; a kortikoszteroidokról kimutatták, hogy a katabolizmust fokozzák, az IgG szintézist pedig csökkentik. Az IgG, IgA csökkenés klinikai jelentősége nem ismert; nem észlelték a fertőzések megszorodását. Az átmeneti IgE szint emelkedést követő csökkenés nem volt szignifikáns, az észlelt változások itt sincsenek összefüggésben az asthma súlyosságával vagy szezonális ingadozásokkal.

Váratlan lelet volt a szteroidot igénylő asthmásokban a kezdeti emelkedett IgM koncentráció, szemben a szteroidot nem igénylőkkel, ill. nem asthmásokkal.

Eredményeiből tehát azt a következtetést vonják le, hogy még a rövid ideig tartó kortikoszteroid ke-

zelés is elnyújtott hatású IgG, IgA depressziót okoz átmeneti IgE szint emelkedés mellett.

Csikós János dr.

A szájon át való deszenzibilizálás gyermekeken. Stemman, E. A. és mtsai (Kinderklinik der Medizinischen Einrichtungen der Universität Düsseldorf): Praxis und Klinik der Pneumologie, 1979, 33, 302.

A szájon át való deszenzibilizálást a szénaláz kezelésére Curtis alkalmazta először 1900-ban. Eljárása azonban feledésbe ment 1965-ig, amikor Wortmann ezzel a módszerrel hasonlóan jó eredményről számolt be. Az első kérdés az volt, hogy vajon a szájon át adott allergén felszívódik-e. A szerzők 65 fiúval és 35 leánnyal hetenként 3-szor 20–20 csepp olyan folyadékot szedettek, ami 30 000 egység virágport és 500 egység atkaport tartalmazott. Erre nem kívánatos mellékhatásként 21%-ban nátha, 17%-ban köhögés, 13%-ban asztmaroham, 13%-ban végtagfájdalom, 20%-ban bőrelhalványodás, 22%-ban fáradtság, 23%-ban idegesség és 14%-ban fejfájás jelentkezett. Az allergén tehát felszívódott. Az eredményt belégzéses provokációs légzésfunkciós próbával is megerősítették. Mind a szájon át, mind a bőr alatt végzett deszenzibilizáló eljárás egyaránt hatásos volt. Az eredmény nem volt specifikus, mert csökkent hörgőérzékenységet észleltek azok a gyermekeken is, akiket 1–3 évig tünetileg asztma elleni gyógyszerrel kezeltek.

Pongor Ferenc dr.

Exogén allergiás obstruktív légúti betegségek gyermek- és ifjúkorban. Debelic, M. (Fachklinik für Lungen- und Bronchialkunde, Asthma und Allergie Augusta-Viktoria- und Cecilienstift, Abteilung für Kinder und Jugendliche, Bad Lippspringe): Praxis und Klinik der Pneumologie, 1979, 33, 296.

Az obstruktív légúti betegségek az idült és a recidiváló folyamatok között gyermek- és ifjúkorban az első helyen állnak. 4–18 éves korban az idült légúti betegségek egyharmada allergiás eredetű. Az exogén allergéneknek az asztma keletkezésében a gyermekkorban nagyobb szerepe van, mint a felnőttkorban. Az elmúlt másfél év folyamán ápolott 1246 recidiváló és atopiás allergosisos gyermek adatait dolgozták fel. A betegeket 3 csoportba sorolták: 1. *Asthma bronchiale*: a) *Asthma bronchiale allergicum*, vagy exogén, allergiás extrinsic, atopiás, anafilaxiás vagy IgE által közvetített asztma. Ezeket főleg belégzés útján exogén allergének okozzák immunoglobulin-E-antitestek közvetítésével. b) *Intrinsic asztma* vagy nem allergiás, cryptogén, endogén, fertőzéstől függő formák, amelyeket nem exogén allergének

okoznak, túlérzékenységi reakciót nem mutatnak. Gyakran fertőzés utáni szindrómáról van szó. Kóroktanuk bizonytalan. 2. *Recidiváló obstruktív hörghurut*, *asthmoid*, spasztikus, köhögéssel, köpetürítéssel, visszatérő asztmaszerű nehézlégzéssel, a tüdők felett sipolással jár. Ezek epizóduszerűen lépnek fel és heteken át tartanak. 3. *Recidiváló hörghurut*: az elmúlt 2 év folyamán 6 vagy több ízben keletkezik hörghurut meghűléses tünetek, köhögés és köpetürítés kíséretében. Ha ezek a tünetek az elmúlt 2 év folyamán 3 hónapnál folyamatosan hosszabb ideig tartanak, idült recidiváló hörghurutról beszélünk. Az allergia diagnózist a családi és az egyéni kórelőzmény alapján, antigén-bőrpróbbákkal, a RAST (radioallergo-sorbens-teszt) és provokációs próbákkal állapították meg. A vizsgált 1246 betegen sensibilizációs próbával a főtünet rhino-conjunctivitis pollinosa 100%-ban, asthma bronchiale allergicum 100%-ban, recidiváló obstruktív hörghurut és intrinsic asztma 39%-ban, idült recidiváló hörghurut 22%-ban és atopiás bőrgyulladás (endogén ekcéma) 70%-ban volt. Bőrpróbbával a gyermekek 40%-a virágporra, 25%-a házi- és atkaporra, 21%-a állati szőrre, 6%-a penészgombára, 5%-a egyéb inhalációs antigénre és 3%-a élelmiszerre reagált. A bőr és a RAST-próba együttesen 77%-ban volt pozitív. A provokációs próbák és a kórelőzmény alapján azonban csupán 62%-ban bizonyult klinikailag aktívnak. Az allergológiai diagnózist a lehető legkorábban kell elvégezni, hogy annak a birtokában a racionális és profilaktikus kezelést mielőbb el lehessen kezdeni.

Pongor Ferenc dr.

Az allergiás asztma kezelésének újabb kilátásai. Trendelenburg, F. (Abteilung der Pneumologie, Medizinische Universitäts-Klinik und Poliklinik Homburg/Saar): Praxis und Klinik der Pneumologie, 1979, 33, 288.

Az atopiás beteget már a családtervezéskor fel kell világosítani az allergia genetikai összefüggéseiről és a megelőzés lehetőségeiről. Az atopiás terhes nő kerülje a hatásos allergének. Az atopiás gyermekeknek több mint 50%-a élete első 6 hónapjában IgA-hiányos, ami lehetővé teszi az allergének behatolását és az első antigén-antitest mechanizmust. Ezeket a csecsemőket expozíciós profilaxisban kell részesíteni, óvni kell őket a fertőzéstől. A szénaláz gyermekeket iskoláskoruk előtt hyposzenzibilizálni kell, mert az esetek felében ez az állapot asztmába megy át. A serdülés korában a gyermekek 22%-a „növi ki” az asztmát. A fiatalok asztmája hyposzenzibilizálással 70%-ban gyógyítható. A felnőtt atopiás egyéneket is óvni kell a lakásban vagy a munkahelyen az agresszív antigén-

nektől. Minden allergia ellenes kezelés és gondozás alapja az expozíciós profilaxis. A másodlagos prevenció célja: megakadályozni, hogy a monovalens allergia polyvalens legyen és fokozni kell a sensibilizálás intenzitását. Meg kell szüntetni a virág- és házpor be légzését mind a lakásban, mind a munkahelyen. Az immunkezelés az allergének ellen irányul. Eredménye nehezen mérhető le. Az eredménytelenség oka lehet a bizonytalan kórisme, a helytelen indikáció és a nem tiszta antigén. Az immunkezelésben arra kell törekedni, hogy a deszenzibilizálás szorosan a körülhatárolt antigén ellen irányuljon. Ez a cél általában hosszú, legalább 2–3 évig tartó, vizes oldattal történő kezeléssel valósítható meg. Felnőtteken, gyermekeken egyaránt mintegy 70%-ban eredményes a szájon át való kezelés is. Több figyelmet kell szentelni az inhalációs kezelésnek. Az immunkezelés folyamán figyelemmel kell lenni a specifikus blokkoló IgG antitestekre, amelyek a vérsavóban az antigénen kompetitíven az IgE-hez vannak kötve. Ezzel szemben helyileg a szekréciós IgG is blokkoló hatású lehet. Különösen blokkoló hatású a specifikus szekréciós IgA. Eredményes immunkezelés kapcsán kezdetben az IgE antitest mennyisége emelkedik, később pedig csökken. Ez valószínűleg a specifikus T-sejtek szaporodásával magyarázható. Később a kezdetben fokozott lymphocyt funkció is csökken. Az antigén-antitest reakciót befolyásolják az immun-suppresszív szerek, a corticosteroidok, a phenobarbital, az adrenerg szerek, a methylxantinok, az acetylsalicylsav. A mediátor szintézist, az aktiválódást és a felszabadulást gátolják a chromonok, az adrenerg szerek, a corticosteroidok, az ACTH, a methylxantin, az anticholinerg szerek, a histamin-kompetitív szerek, a prostaglandin E és a phenobarbital. Gyógyszeresen befolyásolják a mediátor-hatást a fiziológias antagonisták: a béta-adrenerg szerek, a corticosteroidok, a methylxantin és a prostaglandin E. Kompetitív antagonisták: az SRS-A antagonisták, az anticholinerg-, a histamin-kompetitív és az alfa-adrenerg blokkoló szerek. Előnyben részesítendő a béta-2-adrenerg gyógyszerek, amelyek hatásosak az antitestképzésre, a mediátor szintézisre és felszabadulásra egyaránt. Profilaktikusan is alkalmazhatók. Mellékhatásuk csekély, gazdaságosak, így folyamatos alapkezelésként ajánlhatók. Corticosteroidokat csak végső esetben, fokozatosan, lehetőleg csak inhalációban, esetleg ACTH-val adjuk. Ne feledkezzünk meg a fertőzés kezeléséről, az izgató ártalmak távoltartásáról, és a dohányzás mellőzéséről sem. Adjuváns kezelésként szóba jöhet a fizikoterápia, a sympathicus resectio, az akupunktúra és a pszichoterápia is. Status asthmaticusban intenzív kezelés céljából azonnal kórházba

kell utalni a beteget, ha a maximális kilégzési áramlás 30%-nál, hörögőgátló szerekre a légútszűkület reverzibilitása 20%-nál kisebb és a status asthmaticus 24 óránál tovább tart.

Pongor Ferenc dr.

Anyagcserebetegségek

A lipoid és aminosav metabolizmus normalizálása hordozható inzulin infúziós pumpával kezelt cukorbetegekben. Tamborlane, W. V., és mtsai (Departments of Pediatrics and Medicine, Yale University School of Medicine, New Haven, CT 06510): Lancet, 1979, I, 1158.

A szerzők korábbi vizsgálataikban kimutatták, hogy előre programozott subcutan inzulin infúziós pumpával fiatalkori cukorbeteg vécukor szintjét néhány napig normalizálni lehet. Jelen vizsgálataikban a szénhidrát anyagcsere mellett a lipoid metabolizmus és elágazó láncú aminosavak szintjét vizsgálták kéthetes periódusban.

8 betegük egyiken sem észlelték retinopathiát, neuropathiát, vagy nephropathiát. Az étkezések közötti periódusban 12,5–15,0 mU/kg/óra mennyiségben, étkezések előtt fél órával pedig a beteg által megnyomott gomb hatására nagyobb inzulinadagot adagolt a fecskendő (30–35% reggeli előtt, 25% ebéd előtt, 25% vacsora előtt, és 15–20% a késő esti étkezés előtt), úgy, hogy a napi összinzulin-mennyiség azonos legyen a kezelés előtt. A vécukorértékek egy héten belül normalizálódtak és hasonló értékeket kaptak a koleszterin-, a triglicerid- és a szabad zsírsavszintben is. A valin, a leucin és az izoleucin szintek, melyek a kezelés megkezdése előtt a normális értékeket 50–60%-kal haladták meg, szintén normalizálódtak. Mivel ezek az értékek viszonylag gyorsan normalizálódtak, másrészt mivel a betegek diétája ezen kezelést megelőzően a kezelés alattvali azonos volt, valószínűtlennek teszi, hogy étkezési faktorok szerepeljenek a lipoid értékek normalizálásában. Valószínű, hogy a cukorbetegben gyorsabban kialakuló atherosclerosis kifejlődésében az emelkedett koleszterin és triglycerid szinteknek szerepe van. Ismeretes továbbá, hogy fehérjefogyasztása után nagymértékben emelkedő aminosav szintek az izomzatnak csökkent aminosav felvételét jelzik. A szerzők által alkalmazott módszerrel feltehetően normalizálódik a zsírananyagcsere és az izomzat aminosav-átáramlása is.

Annak eldöntésére, hogy a cukorbetegségnek evvel a módszerrel történő kezelése megelőzi-e a komplikációk kialakulását, vagy akárcsak hátráltatja-e azt, sokkal hosszabb vizsgálati periódusokra van szükség; feltehetően a módszer további tökéletesítésével ilyen vizsgálatokra is sor fog kerülni.

Káldor Antal dr.

Tartós subcutan inzulin infúzió: a vécukor és az intermedier metabolitok jobb beállítása cukorbetegekben. Pickup, J. C. és mtsai (Guy's Hospital Medical School, London): Lancet, 1979, I, 1255.

A cukorbetegség kezelésének elsőrendű célja a normális vagy azt megközelítő vécukorszint fenntartása. Az utóbbi időben számos próbálkozás történt ennek elérésére: a tapasztalat alapján ugyanis a szokásos subcutan inzulin adagolással ez nem érhető el. A szerzők azt vizsgálták, hogy az állandó subcutan infúzióval normális vagy a normálist megközelítő vécukorértékek érhetőek-e el, és meghatározták a betegek, tejsav, piroszölősav, 3 hidroxivajsav és alanin értékeit is. Ezeket az eredményeket összehasonlították depot-inzulinl kapó cukorbeteg eredményeivel, illetőleg nem cukorbeteg hasonló paramétereivel. „Actrapid” monokomponens inzulinl használtak, melyet saját készítésű hordozható elemes fecskendőpumpával infundáltak 24 órán át. Az infúzióban beadott inzulinmennyiséget az eredmények alapján növelték, illetőleg csökkentették.

Az infúzióval kezelt betegek vizsgálati eredményei lényegében nem különböztek a nem cukorbetegben talált értékektől, tehát a szénhidrát-anyagcserében a vizsgált paraméterek alapján gyakorlatilag normális anyagcserét sikerült elérni.

Sokan feltételezik és logikusnak is látszik, hogy a diabetes komplikációinak kialakulásában a diabeteses anyagcserezavar szerepe jelentős, bár erre egyértelmű bizonyíték nincs. Lehetséges például, hogy a retinán megfigyelhető érújdonképződésért laktát a felelős, de arra is vannak adatok, hogy a mikrovaskuláris elváltozások kialakulásának lehetősége kisebb, ha a vécukorérték bizonyos érték alatt van.

A szerzők eredményei ellentmondanak mások mestereségek pancreassal vagy depot-inzulinl elért tapasztalatainak.

Ezeknek a vizsgálatoknak a gyakorlati jelentősége pillanatnyilag nem sok, de a szerzők által használt, vagy ehhez hasonló módszer egyszer választ adhat arra a döntő fontosságú kérdésre, hogy a cukorbeteg jó beállítása kedvező hatással van-e a komplikációk kialakulására.

Káldor Antal dr.

A residuális insulin szerepe insulin dependens diabetesesek ketoacidosisának kivédésében. Madsdab, S. és mtsai (Hviore Hosp., Emilie-kildevej 1, DK-2930, Klampenborg, Denmark): Brit. Med. J., 1979, 2, 1257.

A ketontestek felszaporodása jellemző az insulin dependens diabetesesek ketoacidosisában, de az is ismert, hogy a betegek ketoacido-

sis iránti fogékonysága is rendkívül változó. Kulcsszerepet az insulin játszik, s a plasma C-peptid-tartalmának mérésével bizonyítható volt, hogy a ketoacidosis ellen az endogen insulin secretio a betegség fennállásának első évében jóval nagyobb védelmet nyújt, mint 10 évvel később, amikor már csak mintegy 15%-ra becsülhető a residuális insulin secretio.

A dán és angol szerzők klinikai anyagon vizsgálták a residuális insulin secretiót oly módon, hogy kiválasztották életkor, testsúly, diabetes-tartam szempontjából csaknem megegyező, az insulin napi adagjában pedig egymástól nem túlzottan különböző diabeteseseket. Közülük C-peptid mérés (1 mg glucagon előtt és i. v. adása után 6 perccel meghatározva) eldöntötték, hogy 8 betegnek még van endogen insulin secretiója, 7 betegnek már nincs. Ezután a betegeket azonos módon és ideig infúziós Actrapid kezelésben részesítették, majd 12 órára megvonták az insulinkezelést.

A 0,05 nmol/l feletti C-peptidérték utalt béta-sejt funkcióra. A 12 órás periódus elején még nem volt jelentős különbség sem a C-peptid, sem a vércukorértékekben és a ketontestek alakulásában sem. A vizsgálati periódus folyamán azonban ez a párhuzamosság megszűnt, mert a residuális béta-sejt funkció nélküli betegeken a vércukorszint, a ketontestek értéke, valamint a szabad zsírsavak értéke is jóval magasabbra emelkedett, mint a másik csoportban, amelyekben a C-peptid is szoros összefüggésű és emelkedő tendenciát mutatott a vércukor koncentrációjával, de csak a vércukorszinttel volt ilyen jellegű összefüggés, a ketontestek változásával nem.

A vizsgálatok tehát azt bizonyították, hogy a residuális bétasejt funkció tényleg jelentős szerepet játszik a ketoacidosis pathophysiologiájában.

Iványi János dr.

A biguanid terápia elhagyásának hatása felnőttkori diabetesesek szénhidrát-anyagcseréjére. Siitonen, O. és mtsai (Dept. of Med., Univ. of Kuopio, 70210, Kuopio 21, Finland): Lancet, 1980, I, 217.

A biguanid terápiát az utóbbi években számos elmarasztaló bírálat illette, részben tejsavacidosis előidéző hatása, részben a cardiovascularis mortalitást növelő szerepe miatt. Ezért többek között Finnországban is javasolták törlését a terápiából 1977-ben.

A kuopioi és környékén levő diabetesközpontok azt a feladatot kapták, nézzék meg folyamatosan 12 héten át, hogyan változik a vércukor-, a lipid- szint, a testsúly és a vérnyomás a biguanid-készítmények szedésének elhagyása után.

118 beteg adatait ellenőrizték (26

férfi és 92 nő), átlagos életkoruk 67,1 év, diabetesük átlagos időtartama 5,3 év volt. Kizárólag biguanid-készítményt 26 beteg szedett, 92 sulfanylureákkal együtt. A betegek többsége phenformint használt. A vizsgálat megkezdése előtti 3 hónapban diabetes szempontjából változtatást a terápián nem végeztek, a terápia abbahagyása után sűrűn és gondosan ellenőrizték a betegeket, s természetesen gyógyszerrel való ellátást vagy insulinbeiktatást történt azokon, akiknek anyagcseréje lényegesen romlott. Erre 14 beteg kényszerült.

Az éhgyomori vércukorszint a gyógyszeresedés abbahagyása után az első 2 hétben a phenforminszedők között 9,2 mmol/l értékről 11,3 mmol/l-re növekedett, a további hetekben lényegesen nem változott, a metformin szedők között csaknem ugyanilyen emelkedést találtak. A 24 órás cukorúrités 10,9 g-ról 34,2 g-ra emelkedett ugyanebben az időszakban, a metformin szedők között valamivel többre, a további hetekben inkább csökkentést észlelték. A sulfanylureával kombinált biguanid-kezelés során a sulfanylurea-készítményeket (többnyire glibenclamidot) meghagyták.

A vércukor-szint változása nem függött sem a nemtől, sem a betegek életkorától, diabetesük időtartamától, sem testsúlyuktól, de attól sem, hogy a biguanid-készítményeket önmagukban vagy sulfanylurea-szerekkel együtt szedték-e. Az sem jelentett eltérést a vércukorszint változásában, hogy milyen volt a kiindulási vércukorszint, ha alacsonyabb volt, ha magasabb volt, az emelkedés egyaránt 2,1–3,1 mmol/l volt. A serum cholesterolin és lipid-szintje nem változott számottevően a vizsgált időszakban, a terápia abbahagyása utáni vérnyomáscsökkenést a vizsgálok igen óvatosan értékelik, s nem foglalkoznak egyértelműen állást az UGDP-tanulmány biguanidokat elmarasztaló szerepe mellett. Vizsgálataikból azt a következtetést vonják le, hogy a biguanidok képesek a vércukorszint csökkentésére, s arra alkalmas esetekben használatuk nem feltétlenül ellenjavallt.

Iványi János dr.

Az autonóm-visceralis neuropathia diabetes mellitusban. Panzram, G., Aisch, W. (Med. Poliklinik der Med. Akademie Erfurt): Dt. Gesundheitswesen, 1979, 34, 1881.

Bár a címben felvetett idegrendszeri szövődményről már több mint 50 éve van tudomásunk, ismereteink az utóbbi években bővültek jelentősen. Ennek alapján a szerzők a cukorbeteg autonóm-visceralis neuropathiajának fontosabb klinikai megnyilvánulási formáit a következőkben foglalják össze: 1. A gastrointestinalis traktusban az oesophagus dystonia, gastroparesis, enteropathia. 2. A cardio-

vascularis rendszerben az orthostatikus hypotonia, nyugalmi tachycardia, a szívfrekvencia merevsége, cardialis denerválódás. 3. Az urogenitalis rendszerben a cystopathia diabetica, impotentia, retrograd ejaculatio.

1. Az oesophagus dystoniára radiologiailag a csökkent persistalitica, dilatatio, esetenként gastroesophageális reflux jellemző. A motilitás csökkenését a vagus laesioja okozza és ugyanerre vezethető vissza a gastroparesis is, amely a gyomorürülés zavarával, többnyire nyitott pylorus mellett teltségérzéssel, étvágytalansággal és reggeli hányással jár. Az enteropathia már kifejezett tüneteket okoz, váltakozva hasmenést székrekedéssel. Ennek ellenére a testsúlycsökkenés és erősebb hasi panaszok hiányoznak. A vaguslaesio az epehólyag atóniájával és csökkent kontrakciójával is járhat és itt a vagus beidegződés csökkenését abban is látják, hogy az insulin-hypoglykaemia glucagon-válasza elmarad.

2. A nyugalmi tachycardia és a szívfrekvencia variációs lehetőségeinek csökkenése (bradycardia elmaradása) szintén a megzavart vagus funkcióra vezethető vissza, másszóval a parasymphathikus beidegzés kiesése következtében létrejött sympathikus túlsúlyra. A szívfrekvencia merevsége a légzési arrhythmia elmaradásában is megnyilvánulhat, a vagus és sympathikus beidegzés egyidejű kiesése pedig teljes cardialis denerváltsággal járhat, amely a transzplantált szív állapotának felel meg. Legsúlyosabb formájában heveny légzés és szívbénulást, illetve leállást is megfigyeltek, az életfontos, kompenzáló reflexmechanizmusok kiesése következtében, sőt a diabeteses neuropathia cardiovascularis megnyilvánulása a cukorbeteg szívinfarktuszának prognózisát is rontja. Az orthostatikus hypotonia a vasoconstrictorok sympathikus beidegződésének kiesésén alapszik és főleg idősebbekben az agyi és koszorúerek ischaemiás veszélyével jár.

3. A cystopathia diabeticanak igen gazdag irodalma van. A teltségérzés csökkenését dilatatio, majd atonia követi, az ehhez társuló sphincter-zavarok pedig a vizeletürítés meggyengülésével és retentióval járnak. A zavarok azonban kezdetben gyakran tünetmentesek, de az egyre ritkább és nagy mennyiségű vizeletürítésekre fel kell figyelni. Idősebbekben e szövődmény a prostata hypertrophia zavarával kombinálódhat, a diabeteses cystopathia pedig a hólyag és vese fertőzésének veszélyével jár. A cukorbeteg neurogen impotentiája már régóta ismert és szintén a parasymphathikus beidegzés zavarára vezethető vissza. Megtartott potentia coeundi mellett pedig az autonóm innervatio zavarára retrograd ejaculatio miatt okozhat sterilitást.

Angeli István dr.

Cukorbeteg anya ikerterhessége eltérő eredménnyel. Burke, B. J., és mtsai (Department of Medicine, Bristol Royal Infirmary, and Department of Obstetrics and Gynaecology, University of Bristol): *Lancet*, 1979, 1, 1372.

Egy cukorbeteg anya ikrei külső megjelenésük és vér-biokémiai értékeik alapján egyaránt elütöttek egymástól. A 38. héten megindított szülésből az A magzat 2,62 kg súlyú lett, külsőre egészséges. Vércukorszintje 30 perccel születése után 2,5 mmol/l volt és orális táplálással 2,5–5 mmol/l értékek között volt tartható. A B magzat 3,6 kg súlyú született, diabeteses anya újszülöttjének jellegzetes megjelenésével. Harminc perc múltán vércukorszintje 0,5 mmol/l alá esett és iv. infúzióban 20 órán át 10%-os glükóz adásával tudták csak 2,5 és 5 mmol/l között tartani. Az együtt 750 g súlyú placenták dichorialisak voltak, azonos fénymikroszkópos szerkezettel.

Mindkét köldökzsinór-vérben 3,2 mmol/l glükóz-szintet mértek. Ugyanitt a C-peptid-koncentráció vizsont eltért: 0,136 és 0,468 mmol/ml volt az A és B ikerben, a C-peptid/glükóz hányados pedig 0,043 és 0,142 volt — ez utóbbi jelentősen emelkedett. Az ABO vércsoport alapján az ikrek heterozigóták voltak. Az anya 24 éves volt, 121 kg testsúlyú, 2 és 1/2 éve cukorbeteg. A terhesség 14. hetétől monokomponens inzulinra állították, de csak a 34. héttől tudtak jó glükóz-értékeket elérni. Az ikrek eltérő küllemére és biokémiai értékeire két magyarázat lehetséges. Elvetik az eltérő vérellátás által kifejtett védelem lehetőségét az anyai hiperglikémia ellen. Valószínűbbnek látszik az egyenlő expozíció és genetikailag létrejött fokozott ellenállóképesség az A magzatban. A genetikai magyarázatot támogatja az ikrek heterozigóta volta. Így magyarázatot kaphatunk arra, miért nem lesz makroszomiás és postnatalisan hipoglikémiás néha a rosszul beállított vércukorszintű cukorbeteg anya újszülöttje.

Az eset példa arra, hogy a vércukor-beállítás nem lehet egyedüli tényező, amely a magzat védelmét jelenti.

(Ref.: A között eset inkább másodlagos és kivételes védelmi lehetőséget mutat meg. A cukorbeteg terhesek monokomponens inzulinra történő korai, gyakran ellenőrzött beállítását tekinthetjük ma korszerű eljárásnak.)

Balogh Ádám dr.

Egy egyszerű módszer a vércukor meghatározásra ambulánsan kezelt cukorbetegéknél. M. Sorger és mtsai (Medizinische Universitäts-Poliklinik Bonn): *Dtsch. med. Wschr.* 1979, 10, 699.

A nagyobb mérvű vércukoringadozások elkerülése mindig is köve-

telménye volt a cukoranyagcsere jó egyensúlyának. Éppen a labilis típusú cukorbeteg beállítására történik gyakrabban fekvőintézetekben. Az otthoni és munkakörülményekhez való átállás azután a cukorbeteg anyagcserejének kisiklását okozhatja. A különböző teszt-szalagok használatával vizeletét és vércukrát a beteg saját maga eddig is ellenőrizhette. Ezen módszerek azonban részbeni szubjektivitásuk folytán sok hibalehetőséget jelentenek. A szerzők most egy olyan eljárást ismertetnek, amikor a beteg ambulancián történt kioktatás után megszokott környezetében ujjbegyből kapillárisba maga veszi le a vérmintát. A haemolyzált és megfelelő oldattal stabilizált vérminta vizsgálatát azután a laboratóriumban végzik, akár több nap múlva. A cukor meghatározását enzimatisz módszerrel végzik. Általában egy vércukor profil napi öt vérmintából készült, de egyedi esetekben még ennél több ellenőrzést is végeztek. Eredményeik klinikai aspektusát három insulin-dependens betegük módszerükkel történt "átállításának" eredményességében szemléltetik: Az ábrán az összes 25 vizsgált beteg napi profil eredményei vannak összefoglalva. Látható, hogy a kezdetben mért extrém hyper-, ill. hipoglykaemiás állapotok a terápia megváltoztatásával lényegesen csökkenthetők voltak.

[Ref.: Az ambuláns ellátás feladata, hogy minél kevesebb cukorbeteg kerüljön kisiklott anyagcsereivel Biostator (mesterséges béta-sejt) kezelésre, mely ma korlátozott kapacitása mellett a comás betegek kezelésének "ideálja". A szerzők módszere hatásos eszköznek látszik e törekvésben.]

Soós Pál Zoltán dr.

Kerékpár ergometriás terhelés hosszan tartó juvenilis diabetes mellitusban. Storstein, L., Jerwell, J. (Med. Dept. B. Univ. Clinic, Rikshospitalet, Oslo): *Acta Med. Scand.* 1979, 105, 227.

A coronaria betegség gyakori előfordulására diabetes mellitusban (d. m.) Levin hívta fel a figyelmet 1922-ben. A közelmúltban az érdeklődés előterébe kerültek a kóros cardialis reflexek és az autonóm neuropathia is. D. m.-ban a vagus rendszer gyakrabban érintett, mint a sympathicus idegrendszer. Az előbbi cardialis vonatkózosainak vizsgálata Valsalva kísérletben az EKG R-R távolságának mérésével lehetséges.

A szerzők fokozatos, submaximális terheléssel tanulmányozták juvenilis d. m.-ban szenvedők cardialis funkcióit. A vizsgálatok célja a coronaria betegségek korai felismerése volt. A vizsgálatok 22 d. m.-os és 21 hasonló életkorú kontroll személyen történtek. A d. m. kezdete átlagosan az 5,9. életévre esett, a betegségstartam 15,4 év, in-

sulin szükséglet 64,6 E volt. Öt betegen észleltek peripheriás neuropathiát, 6 szenvedett neuropathiában.

A terhelés kerékpár-ergométerrel történt, a nők kezdeti terhelése 300 kpm/perc a férfiaké 600 kpm/perc volt, melyet 300 kpm/perc értékkel mindaddig fokozatosan növeltek, míg a pulzus 170–180/perc értékre emelkedett. A teszt alatt EKG monitorozást végeztek, előtte és utána 2 percenként és utána EKG felvételt készítettek. A görbe értékelése a Minnesota kód módosításával történt. Kiemelték az ST depressio S típusát. (lassan ascendáló forma, melyben a T-hullám az izoelektromos vonal előtt kezdődik). Amennyiben ezt az elterést több elvezetésben látták, s a terhelés fokozásakor nem szűnt meg — kórosnak tekintették.

A d. m.-ban szenvedők pulzus-száma nyugalomban, terhelés alatt és azt követően is magasabb volt, mint a kontrolloké. D. m.-ban a fekvő és ülő testhelyzet közötti pulzusszám különbség szignifikánsan kisebb volt, mint az egészségeseken.

A kontrollok munkateljesítménye nagyobb volt, mint a d. m. betegeké, ill. több terhelésre következett be a kritikus pulzus szaporulat.

A vizsgálat során 5 betegen és 1 kontrollon vált kórossá az EKG, ami 23, ill. 5%-os gyakoriságnak felel meg. A kóros EKG görbét 300–1200 kpm/perc terhelés, valamint 125–180/perc pulzus mellett észlelték. A cukorbetegnek csökkent terhelési toleranciájának oka nem ismert. A vagus neuropathia csak részben magyarázza, hogy miért jelentkeznek már kisebb terhelés mellett a kritikus pulzus frequentia.

A kóros terheléses EKG prognosztikus értékét más szerzők vizsgálatai és megerősítik. Eriksson párhuzamosságot észlelt az ST-T elváltozások és a coronarographiás leletek között tünetmentes egészséges személyeken. Persson kerékpár ergometriás vizsgálatait d. m.-os betegeken 9 év múltán megismételte. 12, időközben myocardiális infarctuson átesett beteg közül 9-ben a terheléses EKG már kezdetben is pozitív volt. Más szerzők is a 20 év feletti cukorbetegnek 22,3%-ában észleltek kóros EKG-t, míg egészségesekben csak 8–12%-ban. Terheléses EKG-val a coronaria szívbetegségek a korai, tünetmentes szakban kideríthetők, kezelhetők.

Holländer Erzsébet dr.

A diabetes mellitus aetiológiája. Szerkesztőségi közlemény: *New Eng. J. Med.* 1979, 300, 1211.

Régóta ismeretes, hogy az insulinhiányos diabetes mellitus (IDDM) a pancreas szigetsejtjeinek gyulladása miatt kialakuló béta-sejt destructio következménye. A destructio kialakulásának oka már régóta intenzív kutatómunka tárgyát

képezi, de valamelyes haladást csak az utóbbi 5 évben sikerült elérni. Eddig három, egymással szoros összefüggésben levő mechanizmusra derült fény: genetikai ok, vírus-aetiológia és autoimmunitás. A genetikai okot nem nagyon lehet kétségbevonni, bár az ikerkutatás során megfigyelték, hogy 40 év alatt kifejlődő diabetesben a homozigóta ikereknek csak 50%-ában alakul ki az ikerpár másik tagjában is diabetes, míg 40 év felett 90%-ban fejlődik ki az ikerpár mindkét tagjában diabetes, ami környezeti tényezők szerepét is felveti az IDDM manifestálódásában.

Klinikai és epidemiológiai megfigyelések arra utalnak, hogy különböző vírusok aetiológiai, ill. provokatív szerepet játszhatnak. Megfigyelték a manifestálódó diabetesesek halmozódását Coxsackie B-4 vírus, mumps, cytomegalia vírus, mononucleosis infectiosa és varicella vírus által történt fertőzést követően. A diabetesesek megjelenése a vírusinfekciókhoz hasonló szezonálisitást követ.

A laboratóriumi technikák fejlődése lehetővé tette a keringésben levő szigetsejt-elleni antitestek detectálását frissen felfedezett IDDM-ben, ill. egyéb autoimmun megbetegedésekben is, egyúttal kimutatták a cellularis és humorális immunitás változásait is. Bizonyos HLA gyakoriságot is megfigyeltek fiatal korban kialakuló IDDM esetében. Ezek a HLA típusok szorosan összefüggnek a humorális és celluláris immunválasz integritásával. Yoon és munkatársai beszámoltak arról, hogy frissen kialakult IDDM esetében a Coxsackie B-4 típusú vírus egyik variánsát izolálták. Az aetiológiai ágensekre vonatkozó Koch-féle posztulátumok mindenben megfeleltek, hiszen a vírust a gyulladásos pancreas-szövetből izolálták, kísérleti állatokban és sejtsorokban passzálható volt, a vizs-zanyert vírussal beoltott kísérleti állatokban szigetsejt pusztulás lépett fel, és az így megbetegedett állatokból a vírust ismét kimutatták. A között esetben a genetikai ill. autoimmun tényező szerepét pontosan nem lehetett megállapítani a vírus-aetiológia mellett. Ez a vizsgálat felveti annak lehetőségét, hogy egyes diabetesesek kialakulását vaccinatióval meg lehet előzni. A HLA kutatás lehetővé teszi azoknak az egyéneknek a kiszűrését, akik genetikai okokból ki vannak téve a diabetes veszélyének, és a provokáló factorokat esetleg el lehet kerülni. A szigetsejtellenes antitestek detectálása esetén pedig a korán megkezdett antiinflammatorikus és immunosuppresszív kezelés megakadályozhatja a szigetsejtek teljes elpusztulását.

Ternák Gábor dr.

Életkor és testsúly befolyása a normális orális glucose-tolerantiára. Schimmler, W. és mtsai. (Inst. f. die Prophylaxe der Kreislaufkrank-

heiten, Univ. München): Med Klin. 1979, 74, 1189.

Számos közlemény foglalkozott már az életkor és a glucose-tolerantia zavarainak vonatkozásaival, amelyek csaknem mind igazolták, hogy a cukorintolerancia középértékei az életkorral és a testsúllyal arányosan növekedőleg rosszabbodnak. A szerzők 332 (231 férfi és 101 nő) egészséges anyagcseréjű egyénen 50 g orális glucose-terheléssel vizsgálták külön az életkor, külön a testsúly hatását a normális glucose-tolerantiára. Vizsgálataikból azt állapították meg, hogy mind a férfiakon, mind a nőkön a normális glucose-tolerancia keretében **nagyobb jelentőségű a kortényező.** A testsúly növekedésével a cukorértékek egyre inkább a normális felső értékéhez közelednek. Ez talán már a bekövetkezendő későbbi arterialis ártalmak előjele.

Ifj. Pastinszky István dr.

LDL-cholesterin és HDL-cholesterin — rizikófaktor és védőfaktor? Wolfram, G., Schlierf, G. (Inst. für Ernährungswissenschaft der Tech. Univ. München und Med. Universitätsklinik Heidelberg): Internist, 1979, 20, 613.

A serumlipidek és ezen belül speciálisan a cholesterin arteriosclerotikus hatásáról má már minc-senek tudományos kételyeink, még ha ezek szerepét a megelőzésben és kezelésben vitatják is. Bebizonyosodott, hogy a familiaris hypercholesterinaemia férfiakban 3—5-szörösére növeli a szívinfarctus kockázatát, de az újabb vizsgálatok szerint az emberi arteriosclerosis elvileg reversibilis is lehet.

A lipidek a vérben vizes milőben lipoproteinek formájában keringenek és transzportálódnak. A chylomikronokból a táplálék hosszú láncú zsírsavai triglycerid alakjában kerülnek a véráramba. A VLDL-t a májban adja le, majd az itt képződött triglycerideket a vér a perifériás szervekhez és így az izomzathoz szállítja. Ugyanakkor a vérben a chylomikronok és triglyceridek a lipoprotein-lipáz és cholesterin-acyl-transferáz hatására összetételükben is megváltoznak és az LDL formájában leépült cholesterin a sejtmembránok építőköveként a perifériás sejtekbe kerül. A cholesterin szintézist egyébként a feed-back-gátlás regulálja. A cholesterin érfal-felhalmozódásában a lipoproteinek transzportja, lerakódása, anyagcseréje és elszállítódása játszik szerepet. Jelenlegi tudásunk alapján a HDL előanyagát a máj adja le a vérnek a triglyceridben gazdag lipoproteinek (VLDL, chylomikron) fehérjekomponensét kicserélve. Mivel pedig a HDL transzportálja vissza a cholesterint a májba, a cholesterin-lebontódás és epesavak formájában történő eltávolítás legfontosabb tényezőjének tartjuk. Magát a

HDL-t ezért HDL-cholesterinként jelzik, és ebből az is kiderül, hogy az össz-cholesterin szintje a komplex folyamatnak csak tökéletlen paramétere.

Az epidemiológiai vizsgálatok negatív összefüggést mutattak a coronariabetegségek és HDL-cholesterin között, amennyiben kiderült, hogy a szívkoszorúér-betegeknek jelentősen alacsonyabb a HDL-cholesterin szintje. Ugyanezt a szívinfarctusokban és perifériás vérkeringési zavarokban is igazolni tudták. Familiaris hypercholesterinaemia szenvedő családokban magas LDL- és alacsony HDL-cholesterin-szintet találtak a coronariabetegségek halmozódásával.

A plazma HDL-cholesterin-szintjét betegségek, táplálkozás, gyógyszerek, hormonok és egyéb tényezők befolyásolhatják. A HDL-cholesterin-szint csökken: férfiakban a nőkkel összehasonlítva, II., IV., V. típusú hyperlipoproteinaemiákban, coronaria betegségekben, szívinfarctuson átesettek tünetmentes rokonságában, cerebrovascularis inzultusokban, perifériás vérkeringési zavarokban, uraemiában és idült haemodialysisben, vesetransplantációban, dohányzásban, fogamzásgátlók, progestagen komponensek szedésekor, érszűkítőméd-nyes diabetes mellitusban, elhízásban, Tangier-kórban. A HDL-cholesterin-szint megnő: postpubertásos nőkben a férfiakkal összehasonlítva, nők ciklusának luteális fázisában, oestrogen kezelésben, testi aktivitásban, alkoholfogyasztásban, familiaris hyper-alfa-lipoproteinaemiában, meghatározott etnikai csoportokban, hydantoin hatására, magas C-vitamin-szintű férfiakban és bizonyos meghatározott pesticid hatására. A HDL-szint növekedése, a familiaris hyper-alfa-lipoproteinaemia és az LDL-szint csökkenése, a hypo-béta-lipoproteinaemia az atherogen hatások kivédésével és magas életkorral jár, fordítva pedig a cardiovascularis veszély fokozódik.

Ezen újabb tapasztalatokból újabb klinikai következtetések is adódnak. Nevezetesen az össz-cholesterin-szinten belül a HDL-cholesterin meghatározása is fontos lehet. Annak megerősítéséhez azonban, hogy a HDL-cholesterin növelése a coronariasclerosisis megelőzhetővé teszi, még további bizonyítékok szükségesek. Az elhízás eredményes kezelése az esetek többségében a VLDL- és LDL-cholesterin csökkenéséhez és a HDL-cholesterin emelkedéséhez vezet. Az alkohol pedig annak ellenére, hogy a HDL-cholesterint növeli, mégis kedvezőtlen a VLDL-, illetve triglycerid-szint egyidejű emelése miatt. (Ref.: sőt az alkoholos májártalom az alfa-HDL-cholesterin emelésével okoz II. típusú sekunder hyperlipoproteinaemiát.). HDL-cholesterin koncentrációt növelő hatása miatt kedvező lehet a fizikai aktivitás, a nikotinsav, sőt

egyes esetekben még clofibrat is. Eddigi, sokszor még hiányos ismereteink alapján is a HDL-cholesterint a megelőzésben pozitív hatásúnak értékelhetjük.

Angeli István dr.

Az arcus lipoides corneae prognosztikai jelentősége. Sonderegger, F. (Städt. Krankenhaus, D—Lotz-wil): Praxis 1979, 68, 938.

A szerzők 105 (65 férfi; 40 nő) zsíryanycserére még nem vizsgált betegükön véletlen leletként fedezték fel arcus lipoides corneae-t. A vérsavó cholesterolin- és triglycerid-szintjét 12 órás éheztetés után ha-

tározták meg. 74 arcus senilisben szenvedő betegükön normális értéket találtak. 31 esetükben hyperlipoproteinaemia állott fent (13 beteg II-a típusú, 2 beteg II-b típusú, 7 beteg pedig IV-típusú). Az arcus senilis kóroktanában feltételezéseik szerint a hyperlipidaemia, az emelkedett LDL (low density lipoprotein), a helyi vasodilatatio, valamint a permeabilitás fokozódása játszik szerepet. Az arcus lipoides corneae az emelkedett korrall járó gyakori jelenség. Az emelkedett béta-lipoproteinszint korábban idéz elő arcus-képződést, mint az élettani öregedési folyamat. Éppen ezért indokolt a 45 éven aluliak vérlipidszintjének vizsgálata is. 50

éven aluli személyeken az arcus már biztosan figyelmeztet cardiovascularis kockázatra. Külön vita tárgyat képezi az arcus pathogenetikai összefüggéseinek lehetősége egyéb betegségekkel (Werner-syndroma; cornea plana congenita; Dupuytren-contractura; osteogenesis imperfecta; alkohol-abusus; Schnyder-féle cornea-dystrophia). A megkülönböztető kóriszmében az arcus lipoides egyéb ritkábban fellépő marginalis szaruhártyafolyamatoktól elkülöníthető. A 45 év körüli korcsoportú betegeken az első szemüvegrendeléskor gyakran lelhető fel az arcus jelenléte és kóroktana feltétlenül kutatandó.

ifj. Pastinszky István dr.

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-négyszetméterenként és hetenként 1,5 mg. Fenntartó kezelés esetén testfelszín-négyszetméterenként 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, parasthesia, 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 bevitele, illetve a vizeletürítés biztosítása szükséges. A véképet 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 tértési díja: 110,— Ft.



Hány mg-os az Adebit tabletta?

T. Szerkesztőség! Pados Gyula dr.: „Butil-biguanid kezelés kedvezőtlen hatása az alfa-lipoprotein-cholesterin szintre” c. közleményében (Orv. Hetil. 1980, 121, 2517.) primér hyperlipoproteinaemiás betegek Adebit-kezeléséről azt írja, hogy „... a gyógyszert (butil-biguanid; Adebit 3×15 mg) végig szedték...”, majd az összefoglalásban: „Adebit, 45 mg/die”.

Az Adebit tabletta 50 mg-os hatóanyagtartalmú. Nem tévesek-e a cikkben közzétett adatok? Ha mégsem, mi indokolja a megjelölt dózisokat?

(Az említett cikk éppen egy olyan számban található, amelynek borítólappja belső oldalán az Adebit reklámja is közli a gyógyszer összetételét!)
iff. Petrányi Gyula dr.

T. Szerkesztőség! Elnézést kérek a kettős elírásért. Annál is inkább sajnálatos, hiszen a dolgozat témáját tárgyaló előadásunkban (1) a helyes adatot (150 mg/die) közöltük. Köszönöm a helyreigazítást.

IRODALOM: 1. Pados Gy. és mtsai: Diétás és gyógyszeres kezelések hatása a HDL-cholesterin szintre primér hyperlipoproteinaemiában. Előadás. Lipid szimpozion. Moszkva, 1980. X. 28.

Pados Gyula dr.

A levamisol és a szövődmenyes influenza.

T. Szerkesztőség! Az influenzajárvány elérte hazánkat. Ismeretes róla, hogy különösen az idős emberek életét veszélyezteti.

Egykori munkahelyemet a Weil Emil Kórházban, 1976 márciusában, az akkori influenzajárvány idején, szövődmenyes influenzás betegek kezelésére jelölték ki. Az összes fölvet 52 pneumoniával szövődött influenzás beteget azonos bázis terápiában részesítettük (2×250 mg Tetrán iv., + sz. sz. Strophantin

inj.). Ezenkívül, válogatás nélkül, minden második betegnek egy héten át naponta 3×1 Decaris tabletta (immunstimuláló levamisolt) is adtunk (1). „Kettős vak” módszerrel értékeltük ki a Decaris terápiás hatását. Minden meghalt betegnél történt sectio.

A Decaris kezelésben is részesült 26 beteg közül 2 halt meg (1 cor pulm. dec.-ban 1 cardialis decomp.-ban). A Decaris kezelésben nem részesült 26 beteg közül 7 halt meg (4 cor pulm.-ban, 3 infarct. myocardiiben). Ez a különbség a halálozások számában annál is inkább figyelemre méltó, mert a Decaris kezelésben nem részesültek (és az elhaltak is) néhány évvel fiatalabbak voltak mint a Decaris-szal kezelték (a felvett betegek átlagos életkora 66,6, ill. 70,2 év; az elhaltak életkora 79, ill. 86 év).

Magunk ugyan kóros mellékhatást (az irodalomban szörványosan emlegetett toxicodermát, szubjektív gyomorpanaszokat, hosszas kezelés mellett átmeneti, immunsuppressív kezelésre jól reagáló granulocytopeniát, agranulocytosist a Decaris kezeléstől nem tapasztaltunk, de fel kell hívnom a figyelmet arra, hogy egy közlés szerint, más betegségben szenvedő 3046 hosszas levamisol kúrában részesített beteg közül 3 autoimmun betegségben szenvedő és egyidejűleg steroidokkal is kezelt — személy agranulocytosisban meghalt (2). Ezért elengedhetetlennek kell tartani a betegek állandó ellenőrzését, vérképük (főleg fvs-számuk) rendszeres vizsgálatát (3, 4).

Közlésünk óta — nasopharyngitisben megbetegedetteknek szerzett tapasztalataim szerint — kielégítő, legalábbis heveny meghülésben (cold fever), 1–2 napos Decaris kezelés is.

Kíváncsún tartom, nagyobb kórházi beteganyagban, ugyancsak placebo „kettős vak” módszerrel eredményeink ellenőrzését, ill. Decaris alkalmazását. Különös figyelmet érdemel idős, cardio-vascularisan veszélyeztetett betegek levamisol

kezelése, mert számukra a heveny vagy akárcsak félheveny légúti infekciók önmagukban is súlyos coronaria (és egyéb verőér) „trigger factor” jelentenek (5).

IRODALOM: 1. Hermann B., Földi P.: Pneumologia Hung. 1977, 30, 370. — 2. Clara, R., Germanes J.: Lancet/I. 1977, 47, — 3. Rosenthal M., Trabert U., Müller W.: Lancet/I. 1976, 1248. — 5. Hermann B.: Magy. Belorv. Arch. 1976, 29, 330.

Hermann Béla dr.

A szerkesztőség megjegyzése:

Jobb meggyőződésünk ellenére eleget teszünk a szerző kérésének, amikor terápiás tapasztalatait közre bocsátjuk. Ugyanakkor hangsúlyoznunk kell — bár erre a valamelyest is kritikus olvasónak talán szüksége nincs —, hogy a levamisol kezelés levélben elemzett hatékonyságának kimutatásához nem hogy a $2 \times 26 = 52$ beteg — hanem annak 20 szorosa $20 \times 52 = 1040$ sem volna elegendő. A számos feltétlenül számba veendő tényező (kor, nem, az influenza előtti szomatikus státus, előrement betegségek, a pneumonia súlyossága, az idős korhoz tartozó alapbetegségek stb. stb., no meg az ápolás minősége stb.) figyelembevételével két homogén csoport kialakítása elengedhetetlen feltétel. Ha ennek nem teszünk eleget, akkor a konkrét esetben (influenza) semmiféle következtetés sem engedhető meg. A „konkrét esetben” — írjuk, mert vannak megbetegedések, amelyek kezelésének történetében 2–3 beteg tett megfigyelés elegendő és bizonyító erejű volt. Amikor annak idején az első néhány meningitis basilarisban — miliaris tbc-ben szenvedő beteget streptomycinnel meggyógyították, akkor a kórisme helyességét feltételezve, ennek abszolút bizonyító ereje volt; de többé-kevésbé azonos helyzet volt, amikor az első endocarditis lentiában szenvedő betegeket infekciójukból penicillinnel meggyógyították. Igen ám, de ezekben a példákban szinte végtelen tagú kontroll csoport — amelynek minden betege az antibiotikus korszak előtt meghalt! — állt szemben a néhány gyógyult beteggel.

ELŐÁLLÍTÓ:
BIOGAL GYÓGYSZERGYÁR · DEBRECEN
ZYMA AG · SVÁJC · LICENCIA ALAPJÁN

MEGJEGYZÉS:

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

CSOMAGOLÁS:

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



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.





KÖNYVISMERTETÉS

G. O. H. Naumann: Pathologie des Auges. Springer, Berlin 1980. 994 oldal. Ára: 680,— DM. f. Doerr—Seifert—Uehlinger Spezielle pathologische Anatomie 12. kötete.

A könyvet egyes folyóiratok úgy hirdetik, hogy az itt első munkatársként megjelölt szerző, Apple, társszerzőként szerepel. További öt közreműködő is szerepel. A két előszóban kellően hangsúlyozzák a tényt, hogy a szemészeti pathologia művelése pathologusoknak milyen nehézséget jelent. Ennek megfelelően sok klinikai adatot közölnek. A fejezetek a következők: 1. Embryologia, anatómia és vizsgáló módszerek. 2. A szemészeti-pathológiai anyag összetétele. 3. Fejlődési zavarok és az egész szem anomáliái. 4. Intraokuláris gyulladások. 5. Trauma, műtétek és sebgyógyulás. 6. Kötőhártya. 7. Szaruhártya és inthártya. 8. Uvea. 9. Lencse. 10. Üvegtest. 11. A retina speciális pathológiája. 12. A retina általános pathológiája és localisatio: morphologiai elemek a szemfenéki képen. 13. A látóideg. 14. Glaukoma és hypotonia syndromák (az abnormális intraokuláris nyomás pathológiája). 15. Szemhéj, könnyuszervek, orbita. 16. A szem és általános betegségek. 17. A szemelváltozások morphológiája gyógyszeres therapia esetén. Ezekből a fejezetcímekből is látható, hogy az anyag felosztása kis- és szokatlan, amit a szerzők maguk is éreznek, kísértetnek nevezik. Az eredeti ábrák a hamburgi szemklinikai nyagából származnak, ezek között sok a klinikai anyag, így szemfenéki felvételek is.

Az első fejezetben részletesen leírt technika a szemek feldolgozására jó szolgálatot tesz olyanoknak, akik szemészeti anyagot akarnak feldolgozni. Igen jó szövettani ábrák és rajzok illusztrálják az anatómiai viszonyokat. A második fejezetben részletesen tárgyalja az okokat, amelyek a szem eltávolításához vezetnek. Első helyen áll a trauma, túlnyomó többségben áthatoló sérülések. Második helyen állnak a daganatok. 1000 enucleált eset közül 281 volt daganat, és ebből 238 melanoblastoma. A harmadik csoportot „operatív” szembetegségeknek nevezi, de lényegében ezek glaukomás esetek, amelyeket későn ismertek fel, későn kerültek műtetre, vagy komplikációk léptek fel, továbbá másodlagos glaukomák.

A fejlődési zavarok a tan- és kézikönyvekből ismert csoportokat tartalmazza és összefoglalja azokat a syndromákat, amelyek szemészeti elváltozásokkal járnak.

A 4. fejezet az intraokuláris gyulladások címmel szokatlan összeállítás. Ezt hol azzal indokolja, hogy a pathologus nem érti a szem-

mészeti terminológiát, hol azzal, hogy a szemésznek kíván megfelelő alapot nyújtani. Részben anatómia, részben aetiologia alapján tárgyalja a gyulladásokat. A rubeosis iridist és retinitis proliferans is itt írja le. A sérülések fejezetében érthetően sok a szövettani kép. A következményeket is itt tárgyalja: hámbenövés, atrophia, phthisis bbi., siderosis, chalcosis stb. A továbbiakban tárgyalja extraokuláris traumák szemészeti következményeit. Műtéti komplikációk közül a cataracta, glaucoma, ablatio retinae és kancsalsági műtétek komplikációira tér ki. A továbbiakban a maródásokkal és részletesebben a sugárártalmakkal foglalkozik.

Az 5—14. fejezetben nagyjából az eddigi pathológiáknak megfelelően tárgyalja a szem egyes részeinek szövettanát, bár az arányok szokatlanok és ismétlések is előfordulnak. Nagyon sok jó rajz található, de nagyon kevés az elektromikroszkópos illusztráció. Legjobbak a daganatokról szóló részek, leggyengébb a könnyuszervekről szóló fejezet. A fejezetek hosszát úgy tűnik az szabta meg, hogy mennyi szövettani anyag állt rendelkezésükre. Az irodalomban, illetőleg az idézetekben hibák vannak. Inkább az angol-szász, kevésbé az európai irodalmat veszik figyelembe. Magyar szerzők idegen nyelven megjelent munkái kellő számban szerepelnek.

A könyv nagyon érdekes és akik szemészeti pathológiával foglalkoznak, azoknak melegen ajánljuk.

Radnót Magda dr.

W. Schulte, R. Tölle: Psychiatrie. Springer-Verlag, Berlin, 1979. 392 oldal. Ára: 42,— DM.

A könyv kifejezetten a gyakorlat számára íródott, hangsúlyozottan klinikai-terápiás szemlélettel. Szakít a pszichiátriai tankönyvek azon hagyományával, hogy a klinikai pszichiátriát csak terjedelmes általános pszichopatológiai fejezetek után, „részletes rész”-ként kezdi tárgyalni, ami különösen orvos-tanhallgatók, szakorvosjelöltek számára igen fásztó és a felkészülést megnehezíti. Schulte és Tölle ehelyett bevezetesként röviden definiálja a mai pszichiátria 19 speciális ágazatát és a klinikai vizsgálatok, a kutatás módszertanát; mindezzel illusztrálni igyekszik alapvető törekvését: a multidimenzionális szemléletet. Ez áthatja a könyv egészét: a szerzők az egyes betegségformák tárgyalásakor is újra és újra hangsúlyozzák, mai ismereteink alapján egyetlen pszichiátriai betegség keletkezése és lefolyása sem magyarázható meg egyetlen okkal vagy akár a valóságnak csupán

egyetlen aspektusához (genetikai, biokémiai, intraperszonális vagy szociális) tartozó okok láncolatával sem, ehelyett szükségesnek tartják minden megbetegedés esetében valamennyi számbavehető tényező szerepét vizsgálni és mérlegelni. E törekvés jegyében tárgyalják a neurozisos esetében a másol gyakran elhanyagolt genetikai és organikus faktorokat is, de ugyanúgy az endogén pszichózisok szociális kontextusának is jelentős helyet szentelnek. A könyv olvasásakor ugyanakkor elmarad a különböző szempontok között létrehozott szerves szintézis élménye: az egyes álláspontok ismertetése között űr marad, egy-egy megközelítésmód bemutatása olykor kicsit formális, kötelességszerűnek hat, és ezt a helyenként frázisként csengő „multidimenzionális” jelző sem képes ellensúlyozni.

A szerzők a bevezetésben az ICD („magyarul” BNO, Betegségek Nemzetközi Osztályozása) nosológiai rendszerének alapulvételét ígérik. ezt azonban nem tartják meg. A neurozisosokat — elsőként tárgyalva — túlnyomórészt analitikusan közelítik meg, feltételezve az alapfogalmak ismeretét: az egyes formák között ma túlhaladottnak vagy kétesen elhatárolhatónak tartott „betegségszindrómák” is szerepelnek, mint a „szívneurozisz”, „járadékneurozisz” stb. A pszichopátiák bevezetésekor megkérdőjelezzik a neurozisosok felé történő éles elhatárolás jogosságát, használják a karakterneurozisz fogalmát csaknem szinonimaként, ám ezután az egyes formák Kurt Schneider szerinti merev-hagyományos ismertetése következik, üresen formális „terápiák” megjelölésével. Nem tartalmaz igazán korszerű elemet az alkoholfüggőséggel egységben tárgyalt „toxikomániák” ismertetése sem, ahol a „süchtige Fehlhaltung” pszichodinamikus kategóriájára építik a magyarázatokat, másodlagosan egészítve ki biológiai és szociális tényezők szerepével.

Az endogén pszichózisok tárgyalásában a német iskolák hagyományait követik: a szkizofréniák ismertetése a szokásos elveken alapul, de emellett bőven jut hely az újabb szociológiai és családi elméleteknek is, és megemlítik az utóbbi évek legfontosabb biokémiai eredményeit. A multidimenzionális szemlélet demonstrálására a terápiát nem a szomatikus kezelésekkel, hanem a pszicho- és szocioterápiákkal kezdik, ezen belül sokat foglalkoznak az analitikus kezelések lehetőségével is. Egészében a szkizofréniák pathogenezésében ismereteink hiányos voltát hangsúlyozzák: ezzel szemben sokkal határozottabban foglalnak állást a ciklotímia (affektív pszichózisok) kérdésében, ahol kijelentik, ez genetikusan megalapozott, biológiailag megközelíthető betegség (itt a pszichoterápia már utolsó helyre szorult). Végül az „organikus pszichoszindrómák” ismertetése már egészen tradicionális,

neurológiai alapterbetegségek szerint osztályozott annak ellenére, hogy a bevezetésében elhangzik Bleuler 70 éves megállapítása a szomatikus körök és a pszichés képek aspecifikálásáról. Ez a könyv leggyengébb fejezete.

Hasznos viszont, hogy a könyv végén külön fejezetet szentelnek a pszichoterápiák módszertanának, a szociálpszichiátria fő területei és a farmakopszichiátria alapelvei ismertetésének, de külön helyet kap a gerontopszichiátria néhány kérdése is. Valamennyi fejezet végén a szóban forgó betegségekkel kapcsolatos jogi állásfoglalásokat és tudnivalókat is bemutatják a szerzők az NSZK jelenlegi törvénykezése alapján.

Összefoglalóan a könyv úgy jellemezhető, mint kísérlet a tradicionálisan kraepelin-bleuleri orientációjú német pszichiátria „felfrissítésére” korszerű biológiai és szociológiai adatokkal. Bár nagyon sok rész kérdésben modern tényanyagot adnak át, a szerzők nem tudnak elszakadni az alapépitmény korlátaitól, inkább erőfeszítéseket tesznek az új ismeretek összekovácsolására a régi nozológiai felfogással, de ez a kísérlet csak részben sikerül (pl. az „involúciós” körkép önállóságának évtizedes tételét feladják). Klinikai-gyakorlatias megközelítésmódjuk a munka erőssége; ha ezt kevésbé korlátozta volna az elődök szellemi hagyatékához való formális ragaszkodás, akkor a könyv valóban hasznos és korszerű képviselője lehetne a jó értelemben vett multidimenzionális pszichiátriái szemléletnek.

Bánki M. Csaba dr.

Gerhild Schumann: Histopathologie. Einführung in Diagnose und Differentialdiagnose. (Kórszövet-tan. Bevezetés a diagnosztikába és differenciáldiagnosztikába.) Georg Thieme Verlag Stuttgart. New York, 1980. 374 oldal. 29,80 DM.

A kisalakú (19×12 cm) munka 342 fekete-fehér mikroszkópos felvételt és 8 színes táblát (összesen 24 színes mikrofotogramot) tartalmaz és az ismert kiadó „Flexible Taschenbücher” sorozatában látott napvilágot. Alapvető célja annak az úrnak áthidalása, amely a leíró jellegű tankönyv és a főleg ábrákat tartalmazó atlasz között fennáll.

A szép kiállítású, általában jó minőségű ábrákat tartalmazó könyvecske *szervrendszerek* szerint tárgyalja a leggyakoribb és legfontosabb fénymikroszkópos elváltozásokat. Ott, ahol a cytológiai vizsgálat is szerepet kap a kórisztémzésben, ilyen ábrákkal is szolgál.

A 10 fejezet közül a keringési szervek elváltozásainak bemutatása 37, a vérképző rendszeré 33, a légzőszerveké 39, az emésztőszerveké 65, a húgyszerveké 33, az ivarszerveké (férfi, női, emlő) 60, a belső elválasztású mirigyeké 14, a bőr 21, a támasztószöveteké (kötő-, zsír-, izom-, porc-, csontszövet, ízületek, inak, inhuvelyek) 32, a központi és perifériás idegrendszeré 22 oldalon történik.

Valamennyi fejezet *egységes szerkesztési elv* alapján készült. Az ép histológiai kép rövid, leíró összefoglalását követi a *patológiás* eltérések tömör szöveges és képi ábrázolása. Ezeket belül az anyagcsere-zavarok, az elhalás, keringési elváltozások, gyulladások, daganatok a sorrend.

Úgyes szerkesztéssel csaknem mindenütt sikerült elérni, hogy a *szöveg a bal, az ábraanyag a jobb oldalra* kerüljön. Így az olvasó csak ritkán kényszerül előre, vagy visszalapozni ahhoz, hogy a szöveghez tartozó képet megkeresse.

A munka figyelembe veszi a kórbontásban és kórszövet-tanban bekövetkezett fejlődést és tükrözi újabb, modern ismereteinket is; így pl. a non-Hodgkin lymphomák (a Lennert-f. beosztást követi) és a vesebetegségek (Zollinger klasszifikációját használja) tárgyalásánál.

Amint a zsebkönyv alcíméből is kitűnik, a szerző ezt a munkát *bevezetésnek szánja a kórszövet-tani diagnosztikába és differenciáldiagnosztikába*. Ami pedig a szöveg jövőreklődők körét illeti, ez egyrészt a kórbontani szigorlatra készülő *orvostanhallgatókból*, másrészt a *gyakorló orvosokból* kerülhet ki, akiknek morfológiai bázist kíván nyújtani a kórszövet-tani diagnózisok jobb megértéséhez, mint erről a szerző a mű előszavában is megemlékezik.

Kendrey Gábor dr.

M. Hinselmann, A. Anliker und R. Meudt: Ultrasonallagnostik in der Medizin. (Orvosi ultrahang diagnosztika.) Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York, 1980. 324 old. Ára: 79,— DM.

1976 óta a Svájci Ultrahang Társaság, más német nyelvű ultrahang társaságokkal (NSZK, Ausztria) együtt több ízben közös tudományos napokat szervezett. Az utolsó 1979-ben került megrendezésre Davosban. Az ott elhangzott előadásokat tartalmazza ez a könyv kevés ábrával, irodalmi utalásokkal. Ennek megfelelően nem tartalmaz alapismereteket. Elsősorban azokhoz szól, akik az ultrahang diagnosztikában jártasak és tájékozódni kívánnak az újabb eredményekről,

egyéni véleményekről, s a fejlődés új útjairól.

Az előadások felölelik az ultrahang diagnosztika számos klinikai és műszaki-technikai vonatkozását; a főreferátum az ultrahang biológiai hatásának kísérletes vizsgálataival foglalkozik. A legtöbb előadás a belgyógyászati ultrahang diagnosztika körébe tartozik. A máj, az epeutak, a hasnyálmirigy, az aorta, a vese, mellékvese, ill. általában a tumordiagnosztika mellett néhány előadás az ultrahanggal nehezebben megközelíthető gyomor-béltraktus egyes vizsgálati lehetőségeit érinti (pl. gyomorfalvastagság mérése tumoros folyamatokban, ultrahangvizsgálat Cohn betegségben). Több előadás ismerteti az egyre jobban terjedő ultrahang vezérléssel végzett finomtűbiopszia eredményeit.

Egyetlen előadás foglalkozik a hasi szervek transzmissziós szonográfiájával, amely jelenleg még a technikai alapfeltételek kidolgozásának stádiumában van, azonban továbbfejlesztett formájában a későbbiekben kiszélesítheti az ultrahang diagnosztika alkalmazási területét.

A szülészet-nőgyógyászat körében említésre méltóak a magzati fejlődési rendellenességekről és a praenatalisan kórimézett magzati lágyrésztumorokról szóló beszámolók.

Számos előadó foglalkozik a különböző típusú Doppler vizsgálatok technikai továbbfejlesztésével, s egyben alkalmazási területének kiterjesztésével. Igen érdekes a G. Kossoff és munkatársai által kifejlesztett módszer, mely a véráramlás mérését impulzus Doppler eljárás és a B-scan technika kombinációjával végzi; ezen a módon sikerült a magzati köldökvénában intrauterin a véráramlást regisztrálniuk. A magzati köldökvéna áramlási viszonyai és a magzati fejlődés közötti korrelációt mutattak ki.

Egyes összefoglalók a pediatria és oftalmológia újabb eredményeiről szólnak. Néhány munka az ultrahang és a számítógépes rétegvizsgálat összehasonlító elemzését nyújtja, hangsúlyozva mindegyik módszer sajátos indikációs területét, de egyben egymást kiegészítő jellegét is. Alapvetően említik, hogy mindazon területeken, ahol a két eljárás teljesítőképessége azonos, az ultrahangvizsgálatot kell előtérbe helyezni (nincs sugárterhelés, olcsóbb).

Az ultrahanggal végzett biometria technikai alapjai mellett a képszülékfejlesztés és a szöveti differenciálás újabb lehetőségei, a dokumentáció és szervezés egyes kérdései kaptak még helyet az előadások sorában.

Szebeni Ágnes dr.

Rezencióra érkezett külföldi szakkönyvek

(Ismertetésük folyamatban)

Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart

Beérk.	Könyv szerk. szerz.	Könyv címe, megjelent:	Ára: DM
X. 28.	Jonas, U. Heidler, H. Thüroff, J.	Urodynamik	1980 48,—
X. 28.	Herder-Dorneich, P.	Gesundheitsökonomik	1980 44,—
X. 28.	Fechner, U. P.	Intraokularlinsen Heft 82	1980 59,—
X. 28.	Potthoff, P.	Der Tod im medizinischen Denken	1980 35,—
X. 28.	The American College of Obstetricians and Gynecolog sts	Gynäkologie und Geburtshilfe Bd 10	1980 65,—
XII. 17.	Krösl, W.	Die Unfallrente	1980 35,—
XII. 17.	Schulz, L. C.	Zwei-Phasenkonzept der Rheumatoiden Entzündung	1980 78,—
XII. 17.	Köhler, E.	Ein- und zweidimensionale Echokardiographie	1980 16,80
XII. 17.	Heine, J.	Die Lumbalskoliose Bücherei des Orthopäden Bd 26	1980 55,—
XII. 17.	Krienke, E. G. Mühlendahl, K. E.	Bücherei des Pädiaters Heft 82 Vergiftungen im Kindesalter	59,—

Georg Thieme Verlag, Stuttgart

Beérk.	Könyv szerz. szerk:	Könyv címe, megjelent:	Ára: DM
X. 30.	Bauer, M és mtsai.	Psychiatrie	1980 26,80
X. 30.	Schou, M.	Lithium-Behandlung der manischdepressiven Krankheit	1980 11,80
X. 30.	Becker, H. D. Peiper, H. J. Siewert, J. R.	Rezidiv-Eingriffe an den Gallenwegen	1980 59,—
XI. 12.	Clark, C.C.	Die Krankenschwester als Gruppenleiterin	1980 16,80
XII. 17.	Michaelis, J.	Medizinische Statistik und Informationsverarbeitung	1980 19,80
XII. 17.	Radü, E. W. Kendall, E. Moseley, F.	Computertomographie des Kopfes	1980 24,80
XII. 17.	Klinge, R. Klinge, S.	Praxis der EKG-Auswertung	1980 29,80
XII. 17.	Wieck, H. H.	Neurotraumatologie	1980 120,—
XII. 28.	Kayser, H. és mtsai.	Gruppenarbeit in der Psychiatrie 2. kiadás	1981 33,—
XII. 28.	Hübener, K. H.	Computertomographie des Körperstammes	1981 29,80

Gustav Fischer Verlag, Stuttgart New York

Beérk.	Szerző, szerkesztő	Könyv címe, megjelent:	Ára: DM
VIII. 5.	szerk: Eicher, W.	Sexualmedizin in der Praxis	1980 178,—

Springer Verlag, Berlin Heidelberg New York

Szerk. beérk:	Szerk. szerző:	Könyv címe, megjelent:	Ára: DM
X. 13.	(szerk.) Oksche, A.	Handbuch der mikroskopischen Anatomie des Menschen IV/10 <i>Neuroglia</i>	1980 560,—
X. 13.	Heberer, G. Köle, W. Tscherne, H.	Chirurgie	1980 68,—
X. 13.	(szerk.) Wolff, G. Keller, R. Suter, P. M.	<i>ARDS</i> <i>Akutes Atemnotsyndrom des Erwachsenen</i> Adult Respiratory Distress Syndrome	1980 49,50
X. 13.	(szerk.) Egdahl, R. H.	<i>Comprehensive Manuals of Surgical Specialites</i> Manual of Lower Gastrointestinal Surgery	1980 169,—
X. 13.	(szerk.) Brückner, J. B.	Anaesthesiologie und Intensivmedizin Bd. 125 Kreislaufchock	1980 168,—
XII. 5.	(szerk.) Frühmorgen, P. Classen, M.	Endoscopy and Biopsy in Gastroenterology	1980 28,—
XII. 5.	(szerk.) Egdahl, R. H. Walsh, D. C. Goldbeck, W. B.	Mental Wellness Programs for Employees	1980 24,—

Rövid határidővel, olcsón, szakszerűen vállaljuk

a ROVAROK és RÁGCSÁLÓK irtását

Szerződés esetén árendemény!

„AGROSZER” Önálló Közös Vállalkozás. (Rovarirtó részleg)

Budapest XIV., Lumumba u. 209.

Telefon: 630-985.

A TMB Elméleti Orvosi Szakbizottsága 1981. február 9-én, 14 órára tűzte ki az MTA Kistermében **Tóth József dr.:** „A dimetil-benz(A) antracénnein indukált emlőmirigydysplásiák és daganatok morfológiájának és patológiájának” című kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját.

Az értekezés opponensei: **Juhász Jenő dr.,** az orvostudományok kandidátusa, **Szepesházi Károly dr.,** az orvostudományok kandidátusa.

A TMB Elméleti Orvosi Szakbizottsága 1981. február 10-én, du. 14 órára tűzte ki az MTA Nagytermében **Székely Miklós dr.:** „Az endotoxin-láz pathomechanizmusa felnőt看 és újszülött laboratóriumi állatokban” című kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját.

Az értekezés opponensei: **Boda Domokos dr.,** az orvostudományok doktora, **Mestyán Gyula dr.,** az orvostudományok doktora.

A TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága 1981. február 11-én, 14 órára tűzte ki, az MTA Nagytermében **Falkai György dr.:** „Prostaglandin bioszintézis és metabolizmus a terhes human uterusban” című kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját.

Az értekezés opponensei: **Dávid Ágoston dr.:** az orvostudományok kandidátusa, **Zsolnai Béla dr.,** az orvostudományok kandidátusa.

A TMB Elméleti Orvosi Szakbizottsága 1981. február 13-án, du. 14 órára tűzte ki, az MTA Kistermében **Szőcs Éva dr.:** „Intrarenális haemodinamikai változások experimentális akut veseelégtelenségben” című kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját.

Az értekezés opponensei: **Szabó György dr.,** az orvostudományok doktora, **Nagy Zoltán dr.,** az orvostudományok kandidátusa.

A Magyar Rheumatológusok Egyesülete 1981. február 13-án, 14 órakor, az Országos Reuma- és Fizioterápiás Intézet klubtermében (II., Frankel Leó u. 25.) „A levamisol klinikai alkalmazása” címmel tudományos ülést rendez.

Pár Alajos: A levamisol mint immunmoduláns a klinikumban.

Kapisinszky Natália: A levamisol mellékhatásai.

Pozsonyi Teréz, Jakab Lajos, Cseh Károly: Terápiás megfigyelések Decarissal autoimmun betegségekben.

Hodinka László: Levamisol hatása a rheumatoid arthritis aktivitására.

Berényi Ernő: Hodgkin-kóros betegek levamisol kezelésének eredményei.

Husz Sándor, Hunyadi János, Dobozs Attila, Simon Miklós: Levamisol kezelés a belgyógyászatban.

Hammer Helga: A herpes simplex corneae levamisol kezelése.

Zahumenszky Zille, Hodinka László, Gömör Béla, Géher Pál, Tegledy László, Merétey Katalin, Bozsóky Sándor: Krónikus izületi brucellózis levamisol kezelése.

Perjési Zsuzsanna, Fejes Irén, Aranyosi Margit: Eredményeink Reiter-kóros betegekkel levamisol kezelése kapcsán.

Hozzászólás — Vita

A Főv. János Kórház-Rendelőintézet Tudományos Bizottsága 1981. február 19-én, csütörtökön, du. 14 órakor, a kórház tantermében (XII., Diósárok u. 1.) tudományos ülést tart.

1. **Lipcsy Attila:** A depressziós betegség ún. larvált formájáról.

2. **Fekete Istvánné dr., Nagy Endre dr., Lipcsy Attila dr.:** A lithiumtherápia jelentősége és használata az affectív psychosisokban.

3. **Lipcsy Attila dr., Peres Aladár dr.:** A parkinsonizmus kezelésének elvi problémái.

4. **Peres Aladár dr., Lipcsy Attila dr.:** Tapasztalataink Bromo-

criptinnel (Parlodol) a parkinsonizmus kezelésében.

5. **Lipcsy Attila dr., Peres Aladár dr.:** Adequat kezelés-e a hypnózis impotenciánál?

6. **Révész Tamás dr., Peres Aladár dr., Lipcsy Attila dr.:** Kisagylágyulások jelentősége az akut betegellátásban.

A Vas megyei Markusovszky Kórház-Rendelőintézet Tudományos Bizottsága 1981. február 19-én, 14.30 órakor Szombathelyen, a Kórház nagyelőadótermében (Hámán Kató u. 28.) „A nephrologiai munka Vas megyében” címmel tudományos ülést rendez.

1. **Prof. Hankiss János, Kovács Árpád dr., Náfrádi Lilla dr., Kulcsár Imre dr., Weigl Miklós dr.:** Vesebeteg szűrés megszervezése megyénkben.

2. **Kulcsár Imre dr., Náfrádi Lilla dr., prof. Hankiss János:** Vesebeteg gondozási munka megszervezése megyénkben.

3. **Varga József dr., Náfrádi Lilla dr., prof. Hankiss János:** Peritoneális dialysissal szerzett kétéves tapasztalataink.

4. **Náfrádi Lilla dr., Kulcsár Imre dr., Varga József dr., prof. Hankiss János:** Vesebiopsia (első tapasztalatok).

A Magyar Nőorvos Társaság Gyermeknőgyógyász Szekciójája 1981. április 24-én Budapesten, a II. Női Klinika előadótermében **Szekció Napot** rendez.

I. téma: Nemi szervi gyulladások.
II. téma: Fórum a gyermeknőgyógyászati munka jogi, etikai kérdéseiről.

Az I. témához 7 perces csatlakozó előadásokat elfogadjunk. Cím: **Borsos Antal dr.** szervezőtitkár, Debrecen, Pf.: 37, Női Klinika 4017.

A II. témával kapcsolatos kérdéseket **Kovács Lajos dr.** főorvos címére (Budapest, Királyhágó u. 1. 1525) kérjük küldeni.

Határidő: 1981. február 22.

Az Orv. Hetil. 1980, 121, 2915. oldalán megjelent „Alloantigen System of Human Leucocytes and Platelets” (Az emberi leukocyták és thrombocyták alloantigén módszerei) c. könyvismertetésben a könyv szerzőjének neve helyesen: **Dr. L. Fülöp-Aszódi** (Dr. Fülöpné Aszódi Lili dr.)

ELŐADÁSOK—ÜLÉSEK

Dátum	Helye	Időpont	Rendező	Tárgy
1981. febr. 9. hétfő	Pécsi OTE Közp. Épület	du. 16,00 óra	Pécsi Orvostudományi Egyetem Tudományos Szakcsoportja	1. Erik Hauptmann, Dora Juricic (Zágráb): Haemoglobinopathiák, klinikai és biokémiai szempontok (angol nyelven). 2. István Lajos (Szombathely): A Malignus Lymphoma Munkacsoport 1970–80 évi működése
1981. febr. 11. szerda	Balassagyarmat, Kórház nagyterme	du. 14,00 óra	Balassagyarmat Városi Kórház Tudományos Bizottsága	Prof. Sas Géza: A DIC Diagnosticaja és terapiája
1981. febr. 16. hétfő	Pécsi OTE Közp. Épület	du. 16,00 óra	Pécsi Orvostudományi Egyetem Tudományos Szakcsoportja	1. Mózsik Gyula: Felnőttkori intestinalis fehérjevesztő enteropathia esete (esetismertetés). 2. Götz Frigyes, Jilling Ádám, Frang Dezső, Köves Sándor, Polyák László: A nőgyógyászati uretersérülések urológiai ellátása. S. Józsa Márta: Venoruton hatásának vizsgálata diabeteses szembetegeken. 4. Ralovich Béla: A magyarországi listeriosis esetek tanulságai
1981. febr. 17. kedd	Orsz. Közegészségügyi Intézet előadóterme, IX., Nagyváradi tér 2.	du. 14,00 óra	Orsz. Közegészségügyi Intézet	Merétei Klára, Terenteva G. V.: Gyermekek hőállapotának vizsgálata bősodókban és óvodákban

VITAMIN E

KAPSZULA 100 MG, OLAJOS INJEKCIÓ 30 MG.

ÖSSZETÉTEL: 1 kapszula 100 mg tocopherolum aceticum, 1 amp. (1 ml) 30 mg tocopherolum aceticum hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK: Felnőttek: Sterilitás, habitus abortus, abortus imminens, terhesség és lactatio alatt a fokozott E-vitamin szükséglet kiegészítésére, oligo- és amenorrhoea, menopausa-syndroma, Endarteritis obliterans, localis keringési és trophiás zavarokon alapuló végtag-megbetegedések. Gyerekek: Újszülöttkori scleroderma, atrophia, dystrophia, coeliakia, sprue, malabsorptio, epe-út-elzáródás, csökkent capillaris resistenciával járó kórállapotok, égésbetegség, dystrophia muscu-

ADAGOLÁS: Felnőttek: Általában hetente 1–2 alkalommal napi 1–3 kapszula vagy hetenként 2–3 amp. im. Menopausa-syndroma kezelésére naponta 2–3 kapszula, 2–3 hétig, ha a panaszok csökkennek, másodnaponta 1 kapszula további 5–6 héten át. Habitualis abortus, abortus imminens esetén adagja allyloestrol tartalmú készítményekkel (pl. Turinallal) kombinálható. Súlyosabb esetekben napi 150–180 mg im.

Gyerekek: Általában 3–12 hónapos korig napi 0,3–1,0 ml im. 1–14 évesig hetente 2–3 alkalommal 1 kapszula vagy 0,5–1,5 ml im. naponta. Ezek az adagok kb. a feltételezett napi szükségletnek felelnek meg (substitutív adagok). Farmakológiai hatás elérésére (pl. égésbetegségekben), dystrophia musculorum progressivában, ezeknek az adagoknak sokszoros (5–10-szeres) adandó. Újszülöttkori sclerodermában 0,3–0,5 ml im., 2–5 napon át.

Hazai vizsgálatok alapján indokoltnak látszik a mesterségesen táplált csecsemőket (2–12 hó között) a hiányállapot (alacsony vérszint) elkerülése végett E-vitamin substitúcióban részesíteni.

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

CSOMAGOLÁS: 10 db kapszula
5 × 1 ml ampulla

térítési díj: 6,60 Ft.
térítési díj: 3,30 Ft.

Kőbányai Gyógyszerárugyár Budapest

Kiadja az Ifjúsági Lapkiadó Vállalat, 1374 Budapest VI., Révay u. 16. Megjelenik 17 000 példányban

A kiadásért felel Dr. Petrus György igazgató

Telefon: 116-660

Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető bármely postahivatalnál,

a Posta hírlapüzletében és a Posta Központi Hírlap Irodánál

(Budapest V., József nádor tér 1., Postacím: 1900 Budapest)

közvetlenül vagy átutalási postautalványon, valamint átutalással a PKHI MNB 215-96162 pénzforgalmi jelzőszámára.

Szerkesztőség: 1363 Budapest V., Münnich Ferenc u. 32. I. Telefon: 325-109, ha nem felel: 327-530/135

Előfizetési díj egy évre 600,— Ft, negyedévre 150,— Ft, egyes szám ára 12,— Ft



81.0287 Tipografika Athenaeum Nyomda, Budapest — Íves magasnyomás — Felelős vezető: Soproni Béla vezérigazgató

ISSN 0030—6002

INDEX: 25 674

libexin[®]

TABLETTA

Antitussivum

ÖSSZETÉTEL

Tablettánként 100 mg 3-(β,β -Diphenylaethyl)-5-(β -piperidinoethyl)-1,2,4-oxadiazol, hydrochlor. hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK

Bronchiális eredetű köhögés csillapítására: akut és krónikus bronchitisek, grippe, bronchopneumonia, tumor vagy idegentest a bronchusokban, asthma bronchiale, emphysema, dekompenzáltak éjszakai köhögése, bronchoscopiás vagy bronchographiás beavatkozások előkészítésére.

Pleurális eredetű köhögés csillapítására: pleuritis sicca és exsudativa, pleuropneumonia, tüdőinfarktus, spontán pneumothorax, pleurális beavatkozások (művi pneumothorax, pleura-punctio, pleurán végzett műtétek).

ELLENJAVALLATOK

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

ADAGOLÁS

Átlagos adagja felnőtteknek naponta 3–4-szer 1 tablettá, makacs esetben 2 tablettá.

Gyermekek szokásos adagja az életkornak és testsúlynak megfelelően arányosan kevesebb, általában naponta 3–4-szer $\frac{1}{4}$ – $\frac{1}{2}$ tablettá.

Bronchológiai előkészítéshez testsúlykg-onként 0,9–3,8 mg-os adagban atropinnal kombinálva, 1 órával a beavatkozás előtt.

A Libexin alkalmazásának semmiféle kellemetlen mellékhatása nincs, megszokást nem okoz.

MEGJEGYZÉS

A tablettát szétrágás nélkül, egészben nyeljük le, mivel szétrágása a száj nyálkahártyáján muló zsibbadást, érzéketlenséget válthat ki.

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

CSOMAGOLÁS

20 db à 0,1 g tablettá

Térítés: 2,- Ft



**CHINOIN
BUDAPEST**



E
GY
TE
GY
TE
GY
TE
GY
T

HALIDOR[®]

INJEKCIÓ, TABLETTA spasmolyticum, vasodilatator myotonolyticum

ÖSSZETETEL: 50 mg bencyclanum hydrogenofumaricum (2 ml) ampullánként; 100 mg bencyclanum hydrogenofumaricum tablettánként.

JAVALLATOK: Különböző eredetű (apoplexiás postapoplexiás, szklerotikus stb.) agyi keringészavarok pszichés, ill. neurológiai tüneteinek csökkentése: szédülés, fejfájás, fülzúgás, alvászavar csökkentése, koncentrációképesség javítása. Angiospatikus agyi kórképek. **Vaszkuláris eredetű szembetegségek:** obliteratív artériás megbetegedések (arteriosclerosis obliterans, angiopathia diabetica stb.). Perifériás ér-spasmussal járó kórképek (artériagörcs mélyvénás trombózis után, postoperatív és posttraumás keringési zavarok, polyalgias mozgásszervi bántalmak).

Kardiológiában: coronária-rezisztencia, perifériás ellenállás csökkenése; normo- és bradycardiás esetekben is. (Akut és krónikus ischaemiás szívbetegségek, angina pectoris, az infarktus krónikus szakasza. Sick-sinus-szindróma. Első, másod- és harmadfokú A-V-blokk, vagotóniás szívpanaszok).

Visceralis görcsoldás: gastrointestinalis ér-spasmus, gastritis, enteritis, colitis, tenesmus, postoperatív meteorismusok, cholecystopathia, cholelithiasis, postcholecystectomy panaszok.

Urológiában: hólyag-tenesmus, eszközös vizsgálatok; adjuvánsként nephrolithiasis esetén. **Más gyógyszerekkel kombinálva:** ulcus duodeni et ventriculi, valamint asthma bronchiale, bronchitis asthmatica.

ELLENJAVALLATOK: Veseelégtelenség, a májműködés, a légzés és a keringés zavarai (akut pitvari és kamrai tachycardia, tachyarrhythmia absoluta).

ADAGOLÁS: Inj. felnőtteknek: csak akut esetben 1, esetleg 2 amp. iv., ia., vagy 1 amp. im. fiziológias nátriumklorid-oldattal hígítva és lassan befecskendezve.

Tabl. Egyszeri adag 1–2 tabl. naponta; legfeljebb 4 tabl. Kúraszerűen naponta 3 tabl. 3–4 héten át, majd 2 × 1 tabl. naponta.

MELLÉKHATÁSOK: Szédülés, tachycardia, gyengeségérzés, kézremegés. Esetleges túlada-golás, vese- vagy májfunkció-romlás, ill. egyéni túlérzékenység esetén hallucinogén hatást és epileptiform görcsöt válthat ki, főleg idősebb betegekben.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁS

Óvatosan adható

- anesztetikumokkal és szedatívumokkal (hatásuk fokozódik);
- szimpatomimetikumokkal (pitvari és kamrai tachyarrhythmia);
- hypokalaemiát okozó gyógyszerekkel (kardiodepresszió veszélye).

FIGYELMEZTETÉS: Parenterálisan alkalmazva a kezelés helyét lehetőleg váltogatni kell, mert endotel-károsodást, thrombophlebitist okozhat.

Parenterálisan nem adható keringési és légzészavarokban, kollapsushajlam esetén, valamint manifest vizeletretencióval járó prostata-hypertrophiában.

Tartós adagoláskor kb. 2 hónaponként vérképkontroll elvégzése ajánlatos.

Hypokalaemiát okozó gyógyszerekkel (diureticumok, antihypertenzív kombinációk stb.), digitálissal, kardiodepresszív szerekkel (béta-receptor-blokkolók, kinidin) a Halidor napi adagját csökkenteni kell (150–200 mg-nál nagyobb adag nem javasolt).

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

CSOMAGOLÁS: 10 × 2 amp. 2,70 Ft; 20 tabl. 2,20 Ft.

EgýT GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST

E
GY
TE
GY
TE
GY
TE
GY
T



AZ EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS
FOLYÓIRATA

ORVOSI HETILAP

122. ÉVFOLYAM 7. SZÁM 373—432 OLDAL

BUDAPEST, 1981. FEBRUÁR 15.

ELŐFIZETÉSI ÁRA 1 ÉVRE 600,— FT

EGYES PÉLDÁNY ÁRA 12,— FT

GRAMURIN®

tabletta

CHEMOTHERAPEUTICUM



CHINOIN
BUDAPEST



Antibakteriális hatással rendelkező, széles hatásképességű húgyúti chemotherapeuticum. Hatékonyak bizonyul a Gram-negatív kórokozók (pl. *Proteusok*, *E. coli* stb.) túlnyomó többsége, valamint a *Staphylococcus aureus* okozta fertőzések leküzdésében, amelyekben egyéb antibiotikumok alkalmazása nem jár megfelelő eredménnyel.

ÖSSZETÉTEL: tabl.-ként 250 mg acidum oxolinicum hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLAT: cystitis, pyelonephritis, pyelitis, pyelocystitis, bakteriuria, esetleg prostatitis. Műszeres vizsgálatok (katéterezés, cystoscopia stb.) okozta fertőzések, ill. ezek megelőzése.

ELLENJAVALLAT: terhességben és szoptatás alatt, valamint 3 hónapos koron aluli csecsemőknek nem adható.

ADAGOLÁS: átlagos adagja felnőtteknek és 12 évesnél idősebb gyermekeknek naponta 3×2 tabl. (1500 mg), közvetlenül étkezés után.

Gyermekekben: 3 hónapos kortól – 2 éves kor alatt megfontolt esetekben – adható. Átlagos adagja gyermekeknek napi 25 mg/testsúlykilogramm, az alábbi táblázat alapján:

Életkor	Testsúly	Naponta adott gyógyszer mennyiség mg	tabletta
3 hónapostól 1 éves korig	5,5–10 kg	125–250	1/2–1
1–3 év	10–14 kg	250–350	1–1 1/4
4–5 év	15–18 kg	375–450	1 1/2–1 3/4
6 év	20–22 kg	500–550	2–2 1/4
7–12 év	22–36 kg	550–750	2 1/4–3

A feltüntetett gyógyszer mennyiséget napi 3–4 részben kell beadni.

A kúraszerű adagolás időtartama gyermekeknek 7–10 nap (kivételesen, elhúzódó fenntartó kezelés esetén még két hétig, csökkentett (15–20 mg/kg) adagban), felnőtteknek 2–4 hét.

MELLÉKHATÁSOK: **gastrointestinalis panaszok:** hasi fájdalmak, hányinger, hányás, cholestasis, hasmenés; **allergiás reakciók:** pruritus, urticaria, angioneurotikus ödéma, eosinophilia; **központi idegrendszeri tünetek:** aluszékony-ság, nyugtalanság, álmatlanság, gyengeség, szédülés, látászavarok. Toxikus psychosis (konvulziók) praedisponáló betegségek (epilepszia, arterioszklerózis) esetén; **vérképző szervek károsodása:** thrombocytopenia, leukopenia, haemolytikus anaemia; továbbá photosensibilis.

A mellékhatások többnyire csak átmenetiek, a kezelés megszakítása csak ritkán válik szükségessé.

GYÓGYSZERKÖLCSONHATÁSOK: az oxolinsav enziminhí-bítor, ezért más – a májon át eliminálódó – gyógyszerrel történő együttes adásakor számolni kell az utóbbi lassúbb kiürülésével és az ebből eredő intoxikáció lehetőségével, így az egyidejűleg adott gyógyszerek dóziscsökkentése, ill. a betegek fokozottabb ellenőrzése célszerű. Furosemid-fokkal adható. A Gramurin aktivitását húgyúti fertőzésekben (növeli koncentrációját a vizeletben).

FIGYELMEZTETÉS: epilepsziás betegeknek a központi idegrendszerre kifejtett izgató hatása miatt, valamint máj- és veseelégtelenségben szenvedőknek, a funkciós vizsgálatok elvégzése mellett, csökkentett adagban, fokozott óvatossággal adható. Csecsemőkori alkalmazása fokozott ellenőrzést igényel.

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

CSOMAGOLÁS: 42 tabletta

24,30 Ft

ORVOSI HETILAP

AZ EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:

MARKUSOVSKY LAJOS
1857-ben

*

Szerkesztő bizottság:

ALFÖLDY ZOLTÁN DR.
BRAUN PÁL DR.
DARABOS PÁL DR.
ECKHARDT SÁNDOR DR.
FÜZI ISTVÁN DR.
HIRSCHLER IMRE DR.
LENART GYÖRGY DR.
OZSVÁTH KÁROLY DR.
PETRÁNYI GYULA DR.
PETRI GÁBOR DR.
RÁK KÁLMÁN DR.
SZÁNTÓ GYÖRGY DR.

*

Felelős szerkesztő:
TRENCSÉNI TIBOR DR.

*

Munkatársak:

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

*

122. ÉVFOLYAM

*

7. SZÁM

*

1981. FEBRUÁR 15.

TARTALOMJEGYZÉK

Földes Ferenc dr.:

Az anaesthesiológia szerepe
a betegellátásban, orvosképzésben
és az orvostudomány fejlődésében 375

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Csató Endre dr., Losonczy Jánosné dr.,
Friss Ágnes és Neuhauser Judit:
Első magyarországi Bombay-csoportú
vér ismertetése 381

ÚJABB VIZSGÁLÓ ELJÁRÁSOK

Szenes Tibor dr. és Fráter Loránd dr.:
Új módszer a nyelőcső kettős
kontrasztos vizsgálatára 383

STATISZTIKAI TANULMÁNYOK

Kullmann Lajos dr. és Novák Mária dr.:
Az amputáltak kötelező bejelentésének
tizéves tapasztalatai 387

A SZERVEZÉS KÉRDÉSEI

Janecskó Mária dr.:
Ambuláns anaesthesiológiai vizsgálat 391

DIAGNOSZTIKAI ELJÁRÁSOK

Kákosy Tibor dr. és Boczán János dr.:
Helyi vibrációnak kitett
dolgozók vizsgálata thermogrammetriával
és Doppler-áramlásmérővel 395

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Letoha Viktória dr., Karácsony Gizella dr.
és Tóth Sándor dr.:
A benignus szimmetrikus lipomatosisról 399

KAZUISZTIKA

Solymos Árpád dr., Csömör Sándor dr.,
Borbik István dr. és Csapó Zsolt dr.:
Szülés közben súlyos hasúri vérzést
okozó kiterjedt kismencedei
endometriosis 403

Beszámolók, jegyzőkönyvek 406

Folyóiratreferátumok 409

Levelek a szerkesztőhöz 425

Könyvismertetés 429

Megjelent 408

Hírek 431

Pályázati hirdetmények 423

Előadások, ülések 432

RIGEVIDON® tabletta

ÖSSZETÉTEL

1 tabletta 0,15 mg d-norgestrelumot és 0,03 mg aethinyl-oestradiolumot tartalmaz.

HATÁS

A RIGEVIDON kétkomponensű, orálisan alkalmazható antikonciptens, amely az ovuláció gátlásával hat. Optimálisan alacsony hatóanyagtartalma miatt ritkán okoz mellékhatást, a szervezetet nem károsítja, a későbbi – már kívánt – terhességet nem befolyásolja.

JAVALLAT

Orális fogamzásgátlás.

ELLENJAVALLATOK

Hepatitis utáni állapotok, súlyos idiopatiás terhességi icterus és súlyos terhességi pruritus az anamnézisben, Dubin-Johnson- és Rotor-szindróma, májműködési zavarok, cholecystitis, trombóziskészség, súlyos organikus szívbetegség, krónikus colitis, az endokrin mirigyek betegségei, malignus tumorok, elsősorban emlőkarcinoma, továbbá laktáció és intolerancia.

ADAGOLÁS

A RIGEVIDON tabletta szedését a menstruáció 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 menstruációszerű megvonásos vérzés jelentkezik. Függetlenül ennek bekövetkezésétől 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 tabletta bevételre a szokásos időben elmarad, a legrövidebb időn belül pótolni kell. Nem tekinthető folyamatosnak az ovulációgátlás, ha a kúra folyamán 2 tabletta bevétel között 36 óránál hosszabb idő telik el. A fogamzásgátló hatás kialakulásához bizonyos időre van szükség, biztos antikonciptens hatás csak a szedés második ciklusában van.

AZ ALKALMAZÁS KÜLÖNLEGES SZEMPONTJAI

Tekintettel a RIGEVIDON tabletta igen alacsony hormontartalmára, hasmenés és hányás esetén – az akadályozott felszívódás miatt – a fogamzásgátló hatás átmenetileg szünetelhet. Ezért a RIGEVIDON rendelésekor mindazon interkurrens betegségek figyelembe veendőek, amelyek hányással, hasmenéssel járnak. Egyszeri heveny tünet esetén aznap 2 tabletta adandó. Elhúzódó tartós diarrhoea vagy hányás a szedés felfüggesztését, és más konzervatív védekező módszer alkalmazását teszi szükségessé. A kezelés során esetleg jelentkező enyhe, pecsételő vérzés nem indol-

kolja a kúra megszakítását. Erősebb áttörésszerű vérzés esetén a tabletta szedését abba kell hagyni, és nőgyógyászati vizsgálatot kell végezni. A vizsgálat eredményétől függően a vérzés 1. napjától számított 5. napon újabb 21 napos kúrát kell elkezdni. Az áttörésszerű és pecsételő vérzés jelentkezése a RIGEVIDON kúrák előrehaladtával csökken, majd rendszerint meg is szűnik.

A differenciált tablettarendelés szempontjait figyelembe véve, a RIGEVIDON a kiegyensúlyozott, ill. enyhén ösztrogén fenotípusú nők részére a legalkalmasabb.

Funkcionális vérzészavarok, középidős fájdalom, dysmenorrhoea esetén a RIGEVIDON tabletta terápiás értékű.

ÁTTÉRÉS ELŐZŐLEG SZEDETT, NAGYOBB HORMONTARTALMÚ TABLETTÁRÓL

Nagyobb hormontartalmú tablettáról áttérés esetén, vagy egyhónapos tablettaszedési szünet tartandó, vagy a RIGEVIDON szedését a vérzés első napján kell megkezdni az első ciklusban. A továbbiakban a megszokott 21 nap szedés, 7 nap szünet, 21 nap szedés alkalmazási mód tartandó.

A RIGEVIDONRA történő áttérés az esetek döntő többségében semminemű zavarral nem jár. Az áttörésszerű vérzések néha átmenetileg gyakoribbá válhatnak, de a későbbi szedés során spontán rendeződnek.

GYÓGYSZERKÜLCSÖNHATÁSOK

Tekintettel a RIGEVIDON alacsony hormontartalmára, hatásfokát, enzimindukció révén, néhány egyidejűleg szedett gyógyszer csökkentheti (áttörésszerű vérzés) vagy felfüggesztheti. Ilyen interakciót okozó fontosabb gyógyszerek a rifampicin, a fenobarbital származékok, a fenitoin, a széles spektrumú antibiotikumok és a szulfonamidok.

MELLÉKHATÁSOK

A kúra kezdetén esetleg jelentkező gastrointestinalis tünetek, mellfeszülés, testsúlynövekedés a folyamatos kezelés során rendszerint csökkennek vagy megszűnnek. Varicosisban, epilepsziában, hipertóniában, depresszióval járó pszichiátriai kórképekben, diabetes mellitusban a készítmény alkalmazása körültekintést igényel.

MEGJEGYZÉS ✱

„Rendelhetőségét a – módosított – 23/1973 (Eü. K. 17) Eü. M. számú utasításban, valamint az Egészségügyi Minisztérium 89560/1978 (Eü. K. 1980. 1) számú közleményében foglaltak szabályozzák.

Csak vényre adható ki. Egyszeri alkalommal 3 hónapra elegendő gyógyszer mennyiség rendelhető.”

CSOMAGOLÁS

3×21 tabletta

térítés díja 2,- Ft

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.

Az anaesthesiológia szerepe a betegellátásban, orvosképzésben és az orvostudomány fejlődésében

Földes Ferenc dr.

A múltban nagy különbségek voltak az anaesthesiológia fejlődésének ütemében és színvonalában a világ különböző részein. Angliában az érzéstelenítés kezdettől fogva külön klinikai szakág volt, melyet csak orvosok gyakorolhattak. Az Egyesült Államokban csak lassan követték az angol példát és még a 20. század első harmadában is az altatásoknak csak egy kis részét végezték a szakorvosok. A világ többi részében a helyzet még ennél is rosszabb volt.

Jómagam orvosi tanulmányaimat a 20-as évek végén és a 30-as évek elején Magyarországon végeztem, és 1934-től 1941-ig mint belgyógyász működtem Budapesten. Ebben az időszakban Közép-Európában, beleértve Magyarországot is, az általános érzéstelenítés abból állt, hogy az elaltatandó beteg orrát és száját egy gézzel fedett drótkosárral letakarták, és arra étert vagy chloroformot csöpögtettek. Az elpárolgó érzéstelenítőszer aztán kis részben a beteg, nagy részben az altató lélegezte be.

Az érzéstelenítés nem szívesen vállalt szerepét rendszerint olyasvalakire ruházták, aki a legkevésbé volt alkalmas arra, hogy a műtét folyamán a sebész munkáját elősegítse. Az altatást a legfiatalabb gyakornokokra, orvostanhallgatókra vagy mütösökre bízta. Tekintve, hogy az első kettőnek semmi, vagy legjobb esetben is igen kevés gyakorlata volt az altatásban, azok a betegek jártak a legjobban, akiket egy öreg mütössegéd altatott.

Ahogy visszaemlékszem, abban az időben az altatás mélységének csak két mérőfokát ismerték: az egyik az volt, hogy a beteg vére és arca kékes-feketévé változott. Amikor ezt észlelték, a sebész utasította az altatót, hogy időlegesen távolítsa el az altatókosarat a beteg arcáról, és adjon alkalmat neki, hogy magához térjen. A másik fokozat tünete pedig az volt, hogy a beteg, igyekezvén kifejezni elégedetlenségét az események folyásával, minden lehetőt elkövetett, hogy lekerüljön a mütőasztalról. Ez esetben az altatót utasították, hogy „csöpögtesse az étert gyorsabban”. Én azt hiszem, hogy az a még ma is ismert mondás, hogy az altatóorvos „az a félig alvó ember, aki egy másik félig éber embert

igyekszik a mütőasztalon tartani”; ebből az időből származik.

Ilyen körülmények között nem nehéz megérteni, hogy a sebészek a mütéteik legnagyobb részét helyi, vagy vezetéssel érzéstelenítésben igyekeztek elvégezni.

A helyzet nagyjából változatlan maradt Európában a II. világháború befejeztéig. Ez a magyarázata annak, hogy a sebészet sok fontos ága, például a tüdő-, szív- vagy agysebészet, valamint a nagyerek sebészete és szervátültetések nem fejlődtek ki addig, ameddig a megfelelő, élettanilag és gyógyszer-tanilag megalapozott érzéstelenítési módszerek nem terjedtek el.

Kétségtelen, hogy az általános érzéstelenítés bevezetése az orvosi gyakorlatba egyik legnagyobb lépés volt az orvostudomány és a betegellátás fejlődésében. Ez az egyedülálló fejlemény jelképezte a gyógyítás középkorának a végét és renaissance-ának kezdetét, és egyik legfontosabb tényező volt a modern sebészet és más mütétes klinikai ágazatok kialakulásában.

Dacára az érzéstelenítés és az anaesthesiológusok szerepének az emberi szenvedés csökkentésében és az életkor meghosszabbításában, nemcsak a laikus közvélemény, hanem igen gyakran szakmabeli kartársaink sem értékelték kellően az anaesthesiológusok tevékenységének fontosságát a modern medicinában. A reflektorfény nemcsak a mütőben, hanem a nagy nyilvánosság előtt is a sebészre irányul, míg az érzéstelenítő orvos fontos és sokszor életmentő, de ritkán elismert munkásságát a háttérben fejt ki. Véleményem szerint az anaesthesia jelentőségének nem kellő értékelése egyik legfőbb oka annak, hogy világszerte nagy hiány van a megfelelően képzett anaesthesiológus szakorvosokban. Orvostanhallgatóknak és „cselédkönyves” fiatal orvosoknak, tanulmányaik folyamán gyakran semmi alkalmuk sincs az anaesthesiológia alapelveivel és jelentőségével megismerkedni. Az ő szemükben az anaesthesiológus az a csendes, szerény ember az operálóasztal fejénél, akinek látszólag semmi szerepe sincs a mütét drámai fejleményeiben. Hamar hozzászoknak ahhoz, hogy a sima lefolyású érzéstelenítés magától értetődő valami, és hogy az anaesthesiológust csak akkor veszik a mütőben figyelembe, ha a mütét folyamán szövődmények lépnek fel és áldozati bárányra van szükség. Ilyen körülmények között nem csodálható, hogy a fiatal orvosok inkább olyan szakterületet választanak, ahol úgy remélik, hogy több elismerés és talán nagyobb anyagi jutalom vár rájuk.

Előadásomnak két célja van: egyik az, hogy röviden ismertessem az anaesthesiológia szerepét az általános betegellátásban, orvosképzésben és az orvostudomány továbbfejlesztésében, másodsorban rá szeretnék mutatni az anaesthesiológia Magyarországon való további fejlődésének néhány elengedhetetlen feltételére.

A Szegedi Orvostudományi Egyetemen 1979. november 14-én „honoris causa” doktorrá avatás kapcsán tartott előadás.

Az anaesthesiológus szerepe
az általános betegellátásban

a sebészeti betegek műtét előtti és utáni kezelésében, a „recovery room” és az általános „Intenzív Osztály” vezetésében, a reszuscitációban, a szülészeti érzéstelenítésben, a respirátor kezelésben, az inhalációs terápia ellenőrzésében, tetanusos betegek kezelésében és anaesthesiológiai módszerek diagnosztikai és terápiás alkalmazásában.

A sebészeti betegek orvosi ellátása

Igen fontos, hogy az anaesthesiológus közreműködjen e betegek műtét előkészítésében. Elengedhetetlen, hogy kiértékelje a beteg életmódjának, az aktuális sebészeti betegségtől független kóros elváltozások fennállásának, és a beteg által használt különféle gyógyszereknek a befolyását az érzéstelenítésre használt szerek és módszerek célszerű kiválasztása érdekében. Különösen fontos, hogy az anamnezisben részletes felvilágosítást szerezzen a betegen és hozzátartozóin végzett korábbi narkózisokról, illetve azok lefolyásáról. Amennyire lehetséges, minden korrigálható eltérést (például a folyadék- és elektrolit-anyagszere vagy a hormonális rendszer zavarait, a szív- és keringési elégtelenséget) a műtét előtt korrigálni kell. Az anaesthesiában használt gyógyszereket és módszereket úgy kell megválasztani, hogy azok a már fennálló patofiziológiai elváltozásokat ne befolyásolják károsan. A fontossági sorrend az anaesthesia megválasztásában elsősorban a beteg biztonsága, másodsorban a sebész munkájának megkönnyítése, és harmadsorban a beteg műtét utáni kényelme, komfortérzése kell hogy legyen. Amikor ez lehetséges, az altatáshoz használt szereket úgy kell megválasztani, hogy azok egymás nem kívánatos mellékhatásait ellensúlyozzák.

Az altatás folyamán mindent el kell követni annak érdekében, hogy a különböző élettani funkciókban a lehető legkevesebb változás álljon elő. Az is igen fontos, hogy minden patofiziológiai elváltozás korrigálása, melyet a műtét sürgőssége miatt nem lehetett befejezni, a műtét alatt továbbfolytatódjon.

A pulzus, vérnyomás, légzés, elektrolit- és sav-bázis egyensúly, térfogat és testhőmérséklet állandó ellenőrzése előfeltétele annak, hogy a beteg homeostatikus mechanizmusait maximálisan lehessen támogatni.

Az utóbbi időben több tanulmány jelent meg a műtét atmoszférájában mindig kimutatható altatógázok és -gözök káros hatásáról a férfi és női reprodukciós szervekre, valamint esetleges rákkeltő és teratogén hatásáról is. Az Egyesült Államokban és több nyugati államban az érzéstelenítő gépeket újabban egy speciális rendszerrel, az úgynevezett „scavenger system”-mel látták el, amely a kielégített altatószereknek az atmoszférába kerülését megakadályozza. E rendszerek ellenőrzése is az anaesthesiológus feladatkörébe tartozik.

A közvetlen műtét utáni időszakban a sebészeti betegeket egy erre a célra berendezett külön kórteremben, az úgynevezett „recovery room”-ban kell összpontosítani. A betegeket anaesthesiológus és erre a célra különleges kiképzésben részesült nővérek felügyelete alatt ott kell tartani mindaddig,

amíg öntudatukat és védekező reflexeiket vissza nem nyerik. Az anaesthesiológusnak, a sebésszel együtt, kötelessége a beteg műtét utáni állapotát figyelemmel kísérni addig, amíg a műtéttel és altatással közvetlenül kapcsolatos bármilyen szövődmény, vagy annak lehetősége fennáll.

Az anaesthesiológus szerepe az intenzív betegellátásban.

A legtöbb intézményben az általános „Intenzív Osztály” vezetése az anaesthesiológus hatáskörébe tartozik. Az ilyen osztályok szervezésekor ez önként adódott, tekintettel arra, hogy az anaesthesiológusnak különleges képzettsége van keringési és légzési reszuscitációban és nagy jártassága van mindenféle folyadék- és elektrolitzavar korrigálásában, s logikus, hogy az anaesthesiológus különösen alkalmas erre a szerepre. Az intenzív osztály vezetésének elvállalása azonban avval a kötelezettséggel jár, hogy gondoskodni kell az e célra különlegesen kiképzett orvosi személyzet állandó jelenlétéről. Az anaesthesiológust a magára vállalt külön munkáért és felelősséget, amelyet az intenzív betegellátás felügyelete jelent, kárpótolhatja az, hogy a szakorvosjelöltek kiképzési lehetőségei ezáltal nagymértékben fokozódtak.

Sok intézetben az általános intenzív osztályon kívül speciális intenzív osztályok is vannak. Az ilyen osztályok, például gyermekgyógyászati, idegsebészet, kardiológiai intenzív osztályok, a megfelelő specialitás égése alatt működnek. Az ilyen osztályokon az anaesthesiológus csak mint konzultáns működik. Annak érdekében, hogy az anaesthesiológus, szükség esetén azonnal elérhető legyen és hogy költséges diagnosztikai és terápiás segédeszközöket (például röntgen- és laboratóriumi felszerelés) közösen használhassanak, célszerű a különböző intenzív terápiás osztályokat egymás közelében elhelyezni.

Érdemes egy elvi kérdést tisztázni. Az anaesthesiológiának, mely önmagában is egységes klinikai disciplina volt és jelenleg is az, nem volt szüksége arra, hogy annektálja az intenzív betegellátást, hanem fordítva: az intenzív betegellátás létrehozásához volt szükség anaesthesiológus orvosokra.

Ma bármilyen intenzív osztály működése elképzelhetetlen anaesthesiológus orvos közreműködése nélkül. Hangsúlyozni szeretném azonban, hogy ugyanilyen fontos, hogy a sebész vagy belgyógyász, akinek betege az intenzív osztályra került, azt továbbra is állandóan figyelemmel kísérje. Az intenzív osztályra helyezés semmi esetre sem mentesíti a sebészt vagy belgyógyászt a beteg sorsáért viselt felelősségtől. Az intenzív betegellátás tehát — és ezt szeretném hangsúlyozni — kompetens és egyenrangú szakemberek szoros és folyamatos, őszinte együttműködését követeli meg.

Az anaesthesiológus szerepe a reszuscitációban

Az anaesthesiológus vezetője, vagy fontos tagja a „cardio-respiratorikus” reszuscitációs csoportnak. Az ilyen csoportokat úgy kell megszervezni,

hogy szükség esetén a vészjel megadása után 60 másodpercen belül minden szükséges segédeszközzel együtt a beteg oldalán lehessenek.

Az anaesthesiológus szorosan együttműködik belgyógyász kartársaival, a központi idegrendszer bénítóival mérgezett betegek kezelésében is.

A szülészeti és nőgyógyászati fájdalomcsillapítás

Az anaesthesiológus kötelessége a vajúdási fájdalom csillapítása és a fájdalomtalan szülés biztosítása. Ezenkívül az anaesthesiológus közreműködik a szüléssel a toxemiás állapotok és az eklampsia kezelésében és szükség esetén a gyermekgyógyással az újszülöttek reszuscitációjában is.

Inhalációs terápia

Az inhalációs terápiás és respirációs profilú osztály megszervezése és felügyelete is legtöbb intézetben az anaesthesiológus hatáskörébe tartozik. Minden beteget, akit átmenetileg, intermittálóan vagy tartósan mesterségesen kell lélegeztetni, az anaesthesiológusnak naponta többször kell ellenőriznie. Ezek a vizitek lehetőleg közvetlenül az ápolónőváltás utáni időben történjenek. A viziteken részt kell hogy vegyen az inhalációs terápiás asszisztens is. A vizitek célja a betegek gázanyagcsere-szükségleteinek kiértékelése, a mesterséges légzés paramétereinek megfelelő beállítása.

Az anaesthesiológia diagnosztikai és terápiás alkalmazása

A rendelkezésre álló idő nem teszi lehetővé ennek a fontos, és rohamosan növekvő szakterületnek taglalását. Röviden meg szeretném említeni azonban az anaesthesiológus szerepét az úgynevezett „Pain Clinic”-ek keretében. Az ilyen szakrendelések célja a különböző kóreredetű, rendszerint krónikus fájdalom szindrómák kezelése számos gyógyító módszer felhasználásával. Rendszerint több szakterület, így az anaesthesiológia, ideggyógyászat, idegsebészet, elmegyógyászat, röntgentherápia, pszichológia képviselői működnek közre szükség szerint a beteg kezelésében. A különböző gyógyszereken kívül a fájdalomvezető pályák kémiai vagy sebészi megszakítása, röntgentherápia, gátló pályák elektromos ingerlése és pszichológiai módszerek nyernek alkalmazást a krónikus fájdalmi állapotok kezelésében.

Az anaesthesiológus szerepe az orvoscépzésben

Az anaesthesiológus a szakorvoscépzésen kívül, ha erre alkalma van — elsősorban az egyetemeken — fontos szerepet játszhat az orvostanhallgatók és más szakorvosok kiképzésében is. Aktívan kell keresnünk az alkalmat az orvoscépzésben való részvételre. Talán semmi sem alkalmasabb az anaesthesiológia tekintélyének felépítésére, mint az olyan anaesthesiológus szerteágazó oktató tevékenysége, aki elismert és népszerű tanítója az orvosi alaptudományoknak, vagy az egyéb szakterületek anaesthesiai vonatkozásainak is. Klinikai kép-

zettsége és tevékenysége folytán az anaesthesiológus feladata lehet az általános élettan bizonyos ágainak, például a légzési, keringési vagy ideg—izom élettannak oktatása. Az anaesthesiológus ugyancsak alkalmas a helyi és általános érzéstelenítő szerek, ideg—izom ellazítók, ganglion blokkolók, fájdalomcsillapítók és nyugtatószerek gyógyszer-tanának oktatására. Az anaesthesiológus elsődlegesen fontos feladata a légzési és keringési reszuscitáció, az akut mérgezések, és általában a sürgős betegellátás oktatása is.

Az anaesthesiológus mint kutató

Az anaesthesiológusok kutatói lehetőségeinek kimerítő felsorolása majdnem lehetetlen feladat lenne. Csak néhány jellegzetes példát említve: az alkalmazott fizikai kutatás több ágazatában, így például a számítógépek klinikai alkalmazásában és különböző ellenőrző műszerek kifejlesztésében az élvonalban jártak. Élettani kutató munkásságuk kiterjedt a légzés központi és reflex regulációjának, a központi és perifériás keringésnek, a neuromuskuláris és ganglionos transmissiónak a tanulmányozására. Ugyancsak sokban hozzájárultak a perinatalis élettan kifejlesztéséhez és a biokémia terén számos enzimrendszer tanulmányozásához, megismeréséhez. Gyógyszer-tani kutató munkásságuk kiterjedt az általános és helyi érzéstelenítő szerek, izomellazítók és ellenszerek, nyugtatók és rokon vegyületek és sok más gyógyszer tanulmányozására. Nagy szerepet játszottak a farmakogenetika tudományágának megállapításában is.

A felsorolt kutatási ágak közül jó néhányban az anaesthesiológusok mind elméleti, mind gyakorlati szempontból fontos felfedezéseket tettek.

Az anaesthesiológia további fejlődésének feltételei

Ezek után szeretnék, az itthoni anaesthesiológia további fejlődését szem előtt tartva, néhány, a szervezéssel kapcsolatos gondolatot felvetni.

Független anaesthesiológiai intézetek alapítása elengedhetetlen feltétele annak, hogy az anaesthesiológia eleget tudjon tenni a vázolt sok irányú klinikai, oktatási és tudományos kötelezettségeiknek. Azt a korszerűtlen elgondolást, hogy az anaesthesiológia csupán a sebészetnek egy kisegítő ágazata, el kell távolítani azoknak a képzeletvilágából, akik a betegellátás és az orvostudomány fejlődéséért felelősek. Remélem, sikerül rámutatnom, hogy az anaesthesiológiának a sebészeti betegellátáson kívül fontos kapcsolatai vannak majdnem minden más klinikai diszciplínával is. A jól képzett anaesthesiológusnak képesnek kell lennie arra, hogy egyformán jól tudja teljesíteni különböző feladatait, tudjon együttműködni az általános sebésszel és más műtétes ágazatok képviselőivel, a szülész-nőgyógyással, röntgenszakorvossal, ideggyógyással, belgyógyással és gyermekgyógyással is. Hogy minden kötelezettségének eleget tudjon tenni, kiképzése folyamán megfelelő időt kell töltenie minden olyan osztályon, ahol anaesthesiológiai módszereket rendszeresen alkalmaznak. Döntő súllyal részt kell vennie az „Intenzív Osztály” és a „Pain Clinic” műkö-

désében is. E követelményeknek megfelelő, min-
dent átfogó oktatási tanterv, mely kiterjed az asz-
szisztensképzésre, a medikusoktatásra, a szakorvos-
képzésre egyaránt, csak egy központosított anaes-
thesiológiai intézet, egyetemi tanszék keretén belül
valósítható meg. A központosított intézet vezetőjé-
nek meg kell hogy legyen a joga arra, hogy a ki-
képzésben levő szakorvosokat szükség szerint az
egyik osztályról a másikra irányítsa. Elengedhetet-
len az is, hogy a központosított anaesthesiológiai
osztálynak az oktatáshoz szükséges helyiségek és
eszközök álljanak rendelkezésére. Ugyancsak szük-
séges az is, hogy mindenütt, ahol szakorvosjelölte-
ket oktatnak, a klinikai oktatásban jártas anaesthe-
siológusok legyenek beosztva. Ezeknek az anaesthe-
siológusoknak szervezetileg a központi intézethez
kell tartozniuk. Ezen előfeltételek hiányában nem
általános és jól képzett szakorvosokat, hanem szűk
látókörű, szakorvosnak nem nevezhető anaesthesio-
lógusokat lehet csak képezni.

Az önálló intézetnek más előnyei is vannak.
Hogy csak néhányat említek: a központosítás lehe-
tővé teszi a nagy képzettségű szakorvosok képessé-
geinek legmegfelelőbb kihasználását, beleértve a
vezető orvos helyettesítését is betegség, tanulmány-
út vagy szabadság esetén. Rendszeresen tartott in-
tézeti megbeszéléseken egységes módszereket le-
het kidolgozni a különböző anaesthesiológiai fel-
adatok megoldására. Az ilyen ülések alkalmas fó-
rumot nyújtanak az osztály állandó tagjainak to-
vábbképzésére is.

Hangsúlyozni szeretném, hogy egy ilyen inté-
zet felállításához elengedhetetlenül szükséges, hogy
megfelelő helyiségek álljanak a vezetőknek, az ad-
minisztrációnak, valamint az osztály idősebb tagjai-
nak rendelkezésére. Szükség van továbbá könyv-
tárra, amelyben a legszükségesebb szakkönyvek és
folyóiratok megtalálhatók. A könyvtár az ülésterem
céljait is szolgálhatja.

A kutatómunkához szükséges helyiség és fel-
szerelés elengedhetetlen kelléke egy korszerű ana-
esthesiai osztálynak. Egyetlen tudomány sem to-
poghat egy helyben. Csak két lehetőség van: vagy
továbbfejlik, vagy a tétlenség miatt elsovrad.
Kutatás nélkül pedig nincs fejlődés.

Mindezek ellenére, ha a limitáló körülmények
miatt kezdetben választani kell a különböző felada-
tok közt, a fontossági sorrend minden anaesthesio-
lógiai intézmény működésében: első a betegellátás,
második az oktatás és harmadik a kutatómunka
kell hogy legyen. Értékes klinikai kutatómunkát
lehet végezni aránylag kevés külön felszereléssel,
és egy kis türelemmel sebész kollégáink részéről.

Végül szeretnék néhány szót szólni az anaes-
thesiológiai kutatómunka jövőjéről is. Noha az
anaesthesiológia elsősorban alkalmazott klinikai
gyógyszertan, az elmúlt évtizedek anaesthesiológiai
kutatómunkájának főleg élettani orientációja volt.
A jövőben részletesebben kell majd foglalkozni az
érzéstelenítő szerek kémiai és molekuláris farma-
kológiájával cellularis és szubcellularis szinten. A
modern kutatómunka komplikált volta a különbö-
ző tudományágak közreműködését sok esetben nél-
külözhetetlenné teszi. Állandó eszmecsere egyrészt
a biológiai tudományágak képviselői, másrészt az
anaesthesiológusok között elengedhetetlen. Nem-
csak az fontos, hogy az anaesthesiológus ideje egy
részét a laboratóriumban töltsse, hanem az is lénye-
ges, hogy a fiziológusok kövessék az anaesthesioló-
gust a műtőbe és a kórterembe. Az olyan anaesthe-
siológus, aki részese az új tudományos fejlemé-
nyeknek és az olyan elméleti kutató, aki ismeri a
betegellátás aktuális kérdéseit, eredményesen mű-
ködhet együtt a klinikai problémák megoldásában.
Ha a tudósok, akik 1943 előtt majd egy évszázadon
át sikeresen használták curarét a laboratóriumban,
látták volna, hogy a sebész hogy küszködik az ella-
zulatlan hasüregben, vagy ha az anaesthesiológu-
sok megfigyelték volna a kormányozható, reverzi-
bilis izomellazulást a laboratóriumban, bizonyára
elkerülhető lett volna a hosszú várakozási időszak
a curare laboratóriumi és klinikai alkalmazása
között.

Remélem, hogy az anaesthesiológia szükségle-
teinek és lehetőségeinek ezen vázlatos ismertetése
talán elő fogja segíteni a magyar anaesthesiológia
további fejlődését. Hála egy csoportnyi elkötelezett
magyar anaesthesiológusnak és néhány megértő
sebész kollégának, akik őket támogatták, dacára a
sokszor nehéz körülményeknek és anyagi nehézsé-
geknek, a magyar anaesthesiológia 1948 óta óriásit
fejlődött. Ennek ellenére még sok a megoldatlan
feladat, amely az egyetemek és az egészségügyi ha-
tóságok megértő támogatása nélkül nem oldható
meg.

Véleményem szerint, dacára az utolsó évtize-
dek rohamos fejlődésének, az anaesthesiológia még
mindig keresztútnál áll. Világszerte mindent el kell
követnünk, hogy a földrajzi és gazdasági helyzetől
függetlenül az általános betegellátás a legkisebb
kórházakban is egyneműen magas színvonalra ke-
rüljön. Ez pedig nem képzelhető el az anaesthesio-
lógia fejlesztése és fejlődése nélkül.

Mondanivalóm befejeztével meg szeretném kö-
szönni azt, hogy alkalmat adtak nekem arra, hogy
a szívemhez oly közel fekvő magyar anaesthesioló-
gia jövőjével kapcsolatos elképzeléseimet kifejthes-
sem.

*Földes professzor az anaesthesiológiának világviszonylatban is egyik leg-
tekintélyesebb művelője. Mondanivalója nemcsak általában érdemel különös
figyelmet, hanem azért is, hogy folyamatosan fenntartotta kapcsolatait a
magyar farmakológiai tudománnyal és anaesthesiológiával és ezáltal közelről
ismeri ennek a tudományágnak hazai helyzetét. Épp ezért javaslatait nem-
csak egy sikeres életpálya gazdag tapasztalata sugallja, hanem a magyar
anaesthesiológia iránti érzelmi elkötelezettség is.*

A hazai körülményekből kiindulva gondolatait az alábbiak szerint szeretném továbbfűzni:

1. Az anaesthesiológia munkaterülete gyorsan terebélyesedik és egyre inkább túlterjed a hagyományos operatív szakok területén (pl. pszichiatria, röntgendiagnosztika, endoszkópia).

2. A szakterület széles körű, complex jellegű orvosi ismereteket feltételez ami — személyes megítélésem szerint — szükségessé teszi a szakképesítési időben előírt belgyógyászati vagy sebészeti alapképzés szigorú megkövetelését.

3. Az intenzív osztály vezetőjének feladata az osztály adminisztratív irányítása, a kezelés koordinálása. A vezető — aki az eddig kialakult gyakorlat alapján legtöbbször anaesthesiológus — nem nélkülözheti az intenzív osztályon fekvő betegek kezelésében a beteget hozzáutaló másik szakorvos (belgyógyász, sebész, nőgyógyász, neurológus stb.) folyamatos közreműködését, de nem is válhatik ez utóbbiak kívánságainak egyszerű végrehajtójává. Az intenzív ellátás lényege az egyenrangú partnerek konzultatív együttműködése.

4. A regionalis érzéstelenítés elhanyagolása a sebészképzés újkeletű egészségtelen vonása, mely mielőbbi orvoslást kíván.

5. Az intenzív betegellátás továbbfejlesztésének egyik égető feladata az aseptikus betegek és a mind gyakoribb septikusok szigorú elkülönítése.

6. A létszámnormák felülvizsgálatában két körülmény érdemel figyelmet:

a) a feladatok mennyiségi növekedése,

b) az altatással, illetve az intenzív osztályi munkával foglalkoztatott orvosok számának elkülönített figyelembevétele (két helyen nem lehetnek egyszerre jelen).

7. A növekvő fontosságú szakterület tudományos rangjának és személyi utánpótlásának biztosítására sürgős feladat az egyetemi anaesthesiológiai tanszékek felállítása és a nagyobb kórházakban önálló anaesthesiológiai osztályok létrehozása. A jelenleginél sokkal több képzett anaesthesiológusra van máris szükség és lesz még inkább a továbbiakban.

Petri Gábor dr.

LIDOCAIN SPRAY 10%

local-anaestheticum

A lidocain permet a nyálkahártyán kb. 30–60 másodpercen belüli és kb. 15 percig tartó felületi érzésteleniséget okoz. Adagolása biztonságos: egyszeri expozícióval 4,8 mg lidocaint tartalmazó permet kerül a felületre.

1 palackban (65 g) kb. 800 dosishoz megfelelő mennyiségű hatóanyag van.

JAVALLAT

A nyálkahártya vagy a károsodott bőrfelszín érzéstelenítése.

Fogászat, szájsebészet: A beszúrási pont érzéstelenítése local-anaesthesia előtt, felületes tályogok megnyitása, mozgó tejfogak, ill. csontszilánkok, nyálkahártyán alkalmazott sebvarratok eltávolítása; koronák, hidak felillesztése előtt. Gingivitis, stomatitis, parodontopathiák kezelésében; depuratio előtt; lenyomat készítésekor (csak akkor, ha a lenyomati anyag elasztikus) és röntgenfelvételek előtt a hányinger és a garatreflex kiküszöbölése végett. Aspiratio veszélye miatt gipszlenyomattal ellenjavallt.

Fül-orr-gégészeti: Orrvérzések kezelésekor az elektrokautes coagulatio elvégzése, orrsövényműtétek és orrpolip eltávolítása, valamint tonsillectomia előtt a garatreflex kikapcsolása és az injekciós tű helyének érzéstelenítése céljából.

Peritonsillaris tályog megnyitása, továbbá arcüreg-punctio előtt csak kiegészítő érzéstelenítés céljából. Arcüregöblítés előtti érzéstelenítés.

Endoscopos és műszeres vizsgálat: Különböző szondák orron és szájon át való vezetése előtt (duodenalis szondázás és fractionált próbareg-geli előtt is), valamint rectoscopiában, intratrachealis narcosisban, tracheotomia végzése után, ill. ka-nülcse esetében.

Szülészet, nőgyógyászat: Szülészetben a gát érzéstelenítése, episiotomia végzése és ellátása során. Varrat eltávolítása céljából. Hüvelyben, ill. portio uterin végzett kisműtétes beavatkozások érzéstelenítése. Alkalmazható továbbá incisio, hymen-ruptura, fonalgennyedés ellátása során is.

Bőrgyógyászat: A bőrfelszínen elhelyezkedő verrucák eltávolításakor, pruritus, valamint férfi és női külső

nemi szerveken végzett kisebb beavatkozásokban.

Ideggyógyászat: Ejaculatio praecox localis kezelése.

ADAGOLÁS

A felület nagyságának és az indikációs területnek megfelelően széles határok között adagolható.

Átlagosan 1–3 expositio elegendő, csupán a szülészetben alkalmaznak 15–20 vagy ennél is több spray-adagot.

A felületre alkalmazható maximális dosis: 40 expositio.

Adagolás gyermekeknek: 2 éves kor alatt a spray szájüregi használata ellenjavallt. 2 éves kortól az adagok fogászatban és szájsebészetben, orr-fül-gégészeti, bőrgyógyászatban 1, esetleg 2 expositio.

Mivel a garatreflexet hosszabb időre kikapcsolja, az aspiratio veszélye

miatt vigyázni kell, hogy a beteg ne nyelje le a spray-t. A garatban való használata ezért elővigyázatosságot igényel.

MELLÉKHATÁS

A befúvás pillanatában enyhe csipő érzés tapasztalható, ez azonban az anaesthesia beálltával néhány másodperc múlva elmúlik.

FIGYELMEZTETÉS

Ugyelni kell arra, hogy a permet szembe ne kerüljön. Exponáláskor a palack lehetőleg függőleges helyzetben legyen. Az üres palackot nem szabad tűzbe dobni!

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

1 palack (65 g)

térítési díja 11,20 Ft

Egyt

GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST

Jósa András Kórház-Rendelőintézet, Nyíregyháza
Országos Haematológiai és Vértanszfúziós Intézet,
Budapest
(igazgató: Hollán Zsuzsa dr.)

Első magyarországi Bombay-csoportú vér ismertetése

(Előzetes közlemény)

Csató Endre dr., Losonczy Jánosné dr.,
Friss Ágnes és Neuhauser Judit

Bhende és munkatársai írták le a Bombay-típust először 1952-ben (1). Jellemzői: sejtjei nem reagálnak sem anti-A-val, sem anti-B-vel, sem anti-H-val, savója viszont reagál minden AB0 csoportú vérrel. Watkins és Morgan 1955-ben adták máig érvényes magyarázatát ennek az igen ritka jelenségnek: „Az 'indiai' típusú vérek teljesen mentesek a H-tulajdonságtól, ezért homozigóták lehetnek a H ritka alléljére, a h-ra.” (2). *Levine és munkatársai* bizonyították, hogy a Bombay-típusú egyének normális AB0 génje(i) van(nak), mely(ek)et utódainak átadhat (3).

Esetleírás

H. J.-né 1979 augusztusában struma nodosa kórismével, előjegyzés alapján strumaműtét elvégzése céljából került kórházunkba. Egy élő, egészséges gyermeke van, korábban transzfúziót nem kapott. A nyíregyházi Megyei Kórház Vérel-látó Osztályán rutin vércsoport-meghatározás során vérmintáját 0 csoportúnak találták, savója azonban agglutinálta mind a 0 Rh-pozitív, mind a 0 Rh-negatív donor-véreket, sőt a 0 csoportú köldökcsínór-véreket is. Ezért felmerült a gyanú, hogy a beteg Bombay-típusú lehet, így a vizsgálatokat ebbe az irányba terjesztettük ki.

Az ellenőrző vizsgálatok az OHVI Vércsoport-szerológiai Laboratóriumában történtek.

Vizsgálati anyag és módszerek

Vizsgáltuk a beteg (H. J.-né) apja, nőtestvére és gyermeke natív vérmintáit a következő rendszerek antigénjeire: AB0, Rh, MNS, Lewis. A vörös vérszövet H-anyagtartalmát két anti-H specifikus növényi kivonattal (lektinnel) néztük, Lotus tetragonolobusszal és

Ulex europaeusszal. H. J.-né vérmintáját ezeken kívül Kell-, Duffy- és Kidd-rendszerre is tipizáltuk.

Eredmények és megbeszélés

Az 1. táblázat mutatja be a családtagok vörös vérszövetjének H-anyag-tartalmára vonatkozó vizsgálatokat.

1. táblázat. Vizsgálatok anti-H-val

Lektin	Apa	Test-vér	H. J.-né	Gyer-mek	0 donor
Lotus tetragonolobus	±	++	—	+	++++
Ulex europaeus	+++	+++	—	++	++++

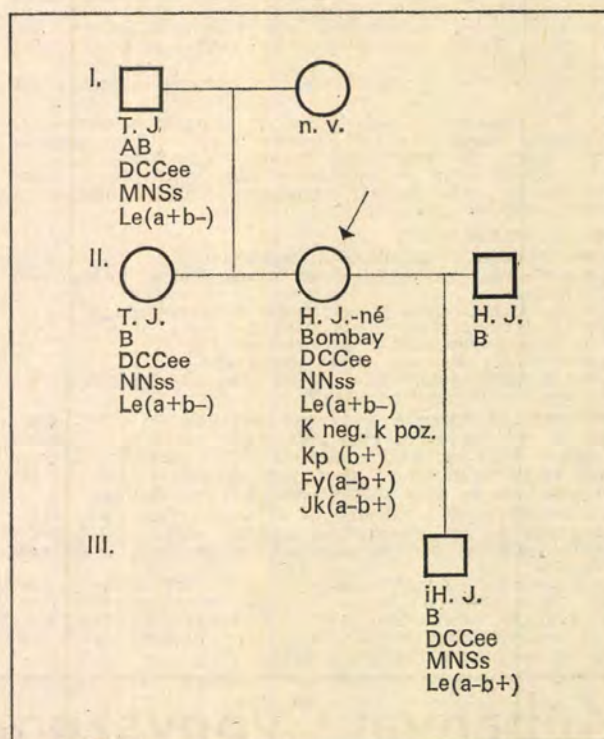
2. táblázat. Titer-értékek

Teszt-sejt	Titer
A ₁	1:128
B ₂	1:512
B	1: 64
O	1: 64
0 kzs*	1: 16

* 0 csoportú köldökcsínór-vér

H. J.-né vörös vérszövetjei H-anyagot nem tartalmaznak, közvetlen rokonainak vörös vérszövetjei kevesebb H-anyagot tartalmaznak, mint egy normális donoréi.

A beteg savója minden csoportú tesztszövetet agglutinált +4 °C-n, +22 °C-n, és +37 °C-on, fiziológias konyhasós, papainos és albuminos közegben, valamint indirekt anti-humán-globulin (Coombs) technikával is. Sajátságos kontrollja minden esetben negatív volt.



A 2. táblázat H. J.-né savójának a különböző tesztsejtekkel adott titerét mutatja be.

A 0 sejteket agglutináló anti-H serum hatását a beteg nyála nem gátolta.

A család vércsoport-vizsgálatainak eredményét ábrán mutatjuk be.

A beteg vércsoportja Bombay-típusú. Anyja vércsoportja nem ismert, apja AB. Mivel férje is, gyereke is B csoportú, róla csak az állapítható meg, hogy nem 0, hanem B vagy A lehet.

Davey és munkatársai ⁵¹Cr vizsgálatai szerint egy Bombay-típusú recipiensben a 0 csoportú vér felezési ideje 6 perc. Ez is nyilvánvalóvá teszi,

hogy betegünk esetében, ha transzfúzióra szorul, vagy csak autotranszfúzióról lehet szó, vagy az International Panel of Rare Donors-hoz kell fordulnunk.

Összefoglalás: A szerzők közlik az első Magyarországon talált Bombay-típusú vér vizsgálatait.

IRODALOM: 1. Bhende, Y. M. és mtsai: Lancet, 1952, 1, 903. — 2. Watkins, V. M., Morgan, W. T. J.: Vox Sang. 1955, 5, 1. — 3. Levine, J. és mtsai: Blood, 1955, 10, 1100—1108. — 4. Davey, R. J., Tourault, M. A., Holland, P. V.: Transfusion 1978, 18, 738—742.

HALOPERIDOL

tabletta, injekció, cseppek

ÖSSZETÉTEL:

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

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

JAVALLATOK: Minden olyan kórkép, amely motoros és pszichés agitációval jár, mania, oligophrenia, paranoid, hallucinatos állapotok és epileptiformis psychosisek, delírium tremens, Huntington chorea, csillapíthatatlan hányás.

ELLENJAVALLATOK: Izomtónus fokozódásával járó extrapyramidalis megbetegedések és az anamnézisben megismert ilyen jellegű mozgászavarok. Depressiók és depressív hangulattal járó elmebetegségek tünetcsoportok.

ADAGOLÁS: Az injekció alkalmazása általában akkor javallt, amikor az orális adagolás valamilyen okból lehetetlen (pl. nagyfokú agitáció). Adagja ilyenkor intramuscularisan 1 ampulla (5 mg). Felnőttek átlagos orális 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 ($\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$) tablettát vagy 5—10 csepp; 6—15 éves korig 1—2 mg (10—20 csepp).

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

MELLEKHATÁSOK: Huzamosabb ideig tartó kezelés után a betegek nagy részénél akinesia, tremor, izomhypertonia vagy egyéb parkinsonszerű tünetek léphetnek fel. Ezek a tünetek az adag csökkentésére vagy a kezelés átmeneti abbahagyása után spontán megszűnnek, illetve antiparkinsonos szerekkel kupírozhatók.

KÜLSŐNHATÁSOK:

A Haloperidolt ne alkalmazzuk együtt:

- anticholinerg készítményekkel (növekedhet az intraocularis nyomás),
- központi idegrendszeri bénítókkal (hatásfokozódás),
- MAO inhibitorokkal (hatásfokozódás),
- antihipertenzívumokkal (hatásfokozódás),
- triciklikus, depressió 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 javallata szerint betegség esetén a beteg gyógyszerelésére területileg és szakmailag illetékes. Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.



CSOMAGOLÁS:

5 ampulla (1 ml)

50 tablettát

1 üveg (10 ml)

térítési díj: 2,20 Ft

térítési díj: 2,10 Ft

térítési díj: 2,60 Ft

Szegedi Orvostudományi Egyetem
Radiológiai Klinika
(igazgató: Kelemen János dr.)

Új módszer a nyelőcső kettős kontrasztos vizsgálatára

Szenes Tibor dr. és Fráter Loránd dr.

A nyelőcső rutin vizsgálatát szokás szerint előbb híg, majd sűrű báriumpép nyeletéssel végezzük és az átvilágítást több irányú célzott felvétel készítésével egészítjük ki. Ezzel a módszerrel azonban csak az éppen beállított vetületek körvonalai vizsgálhatók, a kontrasztanyag a kis elváltozásokat elfedi. A súlyosabb szűkületeken csupán kevés pép jut keresztül, ezért a beteg szakasz hosszát és alsó határát gyakran eléggé bizonytalanul ítéldhetjük meg. A nyelőcső belsejébe domborodó képletek csak „en profil” ábrázolódnak, s a tágulékonyságról sem tudunk mindig megbízható tájékoztatást adni az endoszkópia előtt. A rutin nyelőcsővizsgálat megtörténte tehát több szempontból is csalóka biztonságérzetet nyújt a radiológusnak és klinikusnak egyaránt.

Előzmények

A tágulékonyság vizsgálatára Chizzola 1930-ban a gyomrot széndioxiddal töltötte fel, majd báriumot itatott és utána a már lejuttatott gáz regurgitációját igyekezett kiváltani (2). Palugyay (11) kevés híg báriumpépre levegőt nyeletett és számos esetben sikerült is így elfogadható kettős kontrasztos képet kapnia, de Schatzki már 1933-ban úgy tapasztalta, hogy ez inkább csak akkor sikerül, ha a nyelőcső atóniás (13). Néhányan ezért a gáz helyett folyadékkal kísérleteztek, így Zaino (15) a báriumpép után ásványi olajat, Brombart pedig vizet nyeletett (1), ám egyik módszer sem bizonyult eléggé sikeresnek. Dinkin azt tanácsolta, hogy a kontrasztanyaghoz adjanak 3%-os hidrogenperoxid oldatot, mely vérző felülettel érintkezve báriumos habot fejleszt és az kitölti, kitágítja a nyelőcsövet (5). Ötletének tudtunkkal nem akadtak követői. Fournier ballonokkal próbálkozott (7).

A ténylegesen használható módszerek újabb keletűek. Több próbálkozás lényege, hogy a gázt

nem kívülről juttatják be, hanem a beteggel gázképző anyagot nyeletnek, hogy a negatív kontrasztot adó anyag magában a nyelőcsőben képződjék. Freidenfelt 1956-ban írta le, hogy ő a közismert pezsgőport (szódabikarbóna és borkősav por 1:1 arányú keverékét) híg báriumpéppel öblíteti le (6), módszerét kisebb módosításokkal mások is átvették (12). Skucas és Schrank a pezsgőpor alkotóelemeit külön-külön oldatban itatják meg, majd egy harmadik csészéből híg, de nagy árnyékintenzitású kontrasztanyagot (Barospense^R-t) nyeletnek (14). Mindkét eljárás hátránya, hogy a képződő gáz túl gyorsan és a falakat többnyire csak szakaszonként szétválasztva halad végig a nyelőcsőben, emiatt ritkán sikerül kellő számú célzott felvételt készíteni, ráadásul — főleg a 3 csészes módszer — meglehetősen ügyességet kíván a betegtől. Ha Seidlitz-pórt (a franciák sels d'Eno-nak hívják) használják, gyakran már a szájüregben túl sok gáz fejlődik, a nyelőcsőben pedig nagy a buborékképződés veszélye. Ez utóbbi csökkentésére a komponensek oldatához Simethicone^R-t lehet adni. A széndioxid egyébként fokozza a nyál- és nyáktermelést és bőföggésre ingerel, ezért a gáz gyakran a legkevesebb kíváncsi pillanatban szökik meg. Ha emiatt a gázfejlesztő anyag nyeletését többször is meg kell ismételni, a báriumpép már nem tapad meg eléggé, a betegek pedig a gyomor feszüléséről és flatulenciáról panaszkodnak (4, 6).

A gáz bevitelére vékony szonda is használható. Erre már az 1930-as években is gondoltak (11), de csak jóval később alkalmazták rendszeresen ezt a megoldást (4). A nyelőcsőből fel- vagy lefelé elszökő levegő a szondán keresztül állandóan pótolható, folyamatos befúvással kielégítő túlnyomást lehet fenntartani. Bár egy ulcerosus vagy infiltrált falszakasz rupturájának vagy perforációjának lehetősége elvileg fennáll, ezek tényleges bekövetkeztét nem észlelték (4).

A hypotóniás duodenographia pharmacoradiographiás eljárását először kísérletesen Dickson és mtsai (3), majd klinikai anyagon Ghahremani és mtsai (8) alkalmazták a nyelőcsőre. Egy anticholinerg hatású szer (Pro-Santhine) iv. vagy im. adását követő tónuscsökkenést, illetve az ebből adódó spontán levegőtölődést használták ki. A legsebbe felvételeket kétségtelenül ilyen módon sikerült készíteni azzal a kiegészítéssel, hogy olykor szondán keresztül is kell még levegőt adagolni. Itai és mtsai 40 mg Buscopan^R-t adnak és már 10 000-nél több hypotóniás kettős kontrasztos nyelőcső vizsgálatról számoltak be. Eljárásuk a finom, felszínes elváltozások kimutatására is alkalmas (9). Kedvezőtlen viszont, hogy a vizsgálat gyógyszer- és időigényes, a szondát pedig a betegek köztudottan nem szívesen tűrik (táblázat).

Módszer

Az ismertetett eljárások gyakorlati alkalmazása során tapasztalt hátrányok és nehézségek kiküszöbölésének szándékával dolgoztuk ki új módszerünket.

Abból az elképzelésből kiindulva, hogy az oesophagus kettős kontrasztos vizsgálatához nem légnemű, hanem olyan képlékeny, *falat jellegű* negatív kontrasztanyagot célszerű használni, amely inkább megfe-

A nyelőcső kettős kontrasztos vizsgálatára szolgáló módszerek

CHIZZOLA	1930	levegő regurgitatio
DINKIN	1930	hidrogénperoxid
PALUGYAY	1933	levegőnyelés
FOURNIER	1951	intraoesophagealis ballon
ZAINO	1952	olajjítás
FREIDENFELT	1956	gázképző por
GHAHREMANI és mtsai	1972	tónuscsökkentés
BROMBART	1973	vízítás
SKUCAS és SCHRANK	1975	gázképző oldatok
ITALI és mtsai	1977	tónuscsökkentés + szonda

(A szondán keresztül történő levegőbefúvást már 1930-ban ismerték, de ennek gondolata nem kötődik különösebben senkinek a nevéhez.)

lel a természetes nyelési mechanizmusnak, szinte önként adódott a levegővel közel azonos sugárelnyelésű *hab* alkalmazásának gondolata. Erre a célra nagyon jól bevált a hazai kereskedelmi forgalomban, háztartási célra, por alakban kapható tejszínhabpótló készítményekből felvert hab. Egy tasak tartalmából hideg vízzel 3–4 beteg vizsgálatára elegendő és hűtőszekrényben 24 óráig eltartható tejszínhabot lehet készíteni. Pozitív kontrasztanyagként bármilyen, kettős kontrasztos vizsgálat céljára egyébként is alkalmas, jó minőségű, finom szemcsézettségű báriumkészítmény megfelelő. Mi Esophotrast[®]-ot vagy Prontobario Esophago[®]-t használtunk.

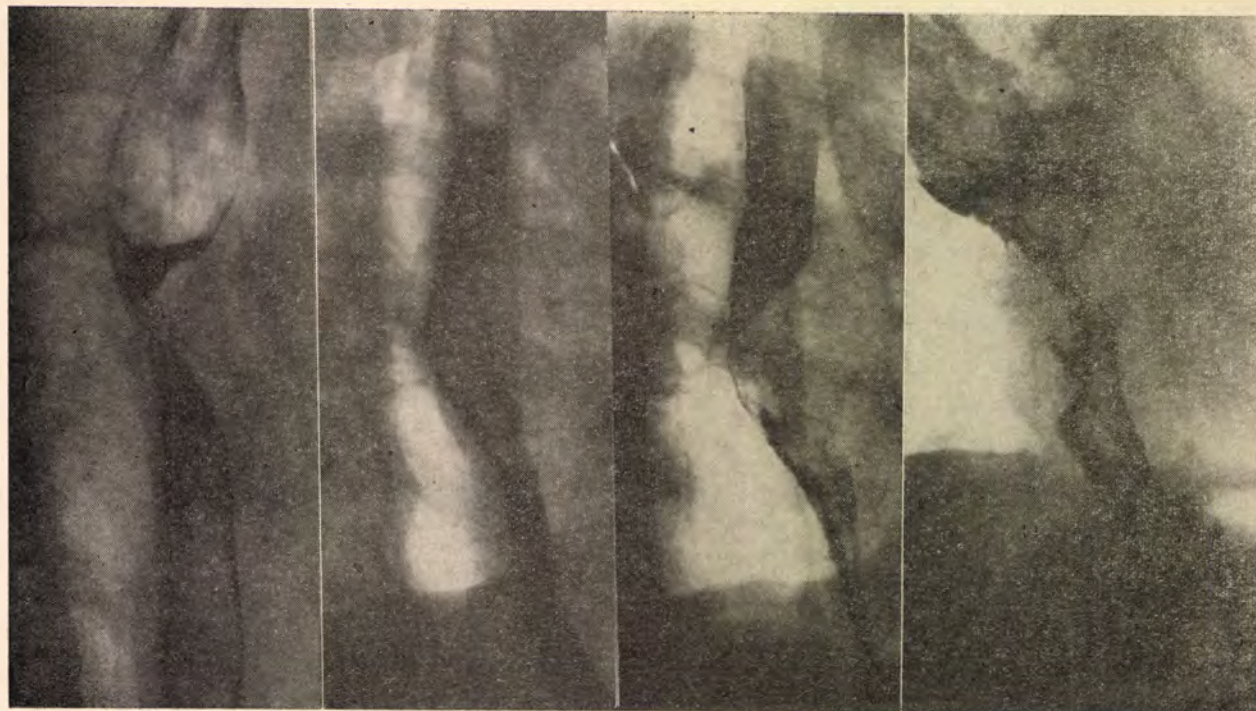
Különböző próbálkozások után a nyelőcső hab-kontrasztos vizsgálatának következő menete alakult ki: a beteggel először kevés híg pépet itatunk, hogy meggyőződjünk a nyelőcső átjárhatóságáról és tájéko-

zódjunk az elváltozás helyéről, az esetleges szűkület súlyosságáról. Ha olyan fokú szűkület nem áll fenn, amit a sűrű pép hosszabb időre elzárhatna, a betegnek evőkanálnyi tejfől sűrűségű, a nyelőcső nyálkahártyáján jól megtapadó báriumpépet adunk. A falat lefelé haladása során a teljes telődésről a rutin vizsgálatnak megfelelő célzott felvételek készíthetők. Később a nyálkahártyán megtapadó kevés pép relief-felvételek exponálását teszi lehetővé. Ezek után egy, legfeljebb két evőkanálnyi felvert tejszínhabot adunk, amit a betegek kellemes íze miatt szívesen fogadnak. A hab még komoly szűkületen is könnyen jut keresztül és lenyelése kevesebb együttműködést kíván a betegtől, mint az effervescens poré vagy oldatoké. A tejszínhab a nyelőcsőben falatként halad lefelé, hatásosan tágitja ki az esophagust még egy esetleges szűkület alatt is és mintegy 15–30 másodpercenyi időt ad az előre kiválasztott ferdékben 2–3 célzott felvétel készítésére. Ha a hab továbbhaladása túl gyors, annak lassítása céljából pl. varix-rajzolat erőteljesebbé tétele érdekében, a nyelési fekvő helyzetben végezhetjük.

Megbeszélés

A nyelőcső kettős kontrasztos vizsgálatával foglalkozó irodalomban még a legújabb közlés sem említ habnyeléses eljárást (10).

Itt ismertetett módszerünk teljesítőképességét hosszas leírásnál talán meggyőzőbben tanúsítja néhány felvétel (1–5. ábra). Röviden: mivel „átlát-szónak” ábrázolja az oesophagust, az elváltozásokat egyszerre szemlélteti „en face” és „en profil”, ezért a térbeliségről, az elváltozások jellegéről és kiterjedéséről a rutin vizsgálatnál jobb tájékoztatást ad. Mivel pedig a hab a fallal szemben bizonyos ellen-nyomást fejt ki, annak rugalmasságáról, tágulé-



1 ábra

2. ábra a)

b)

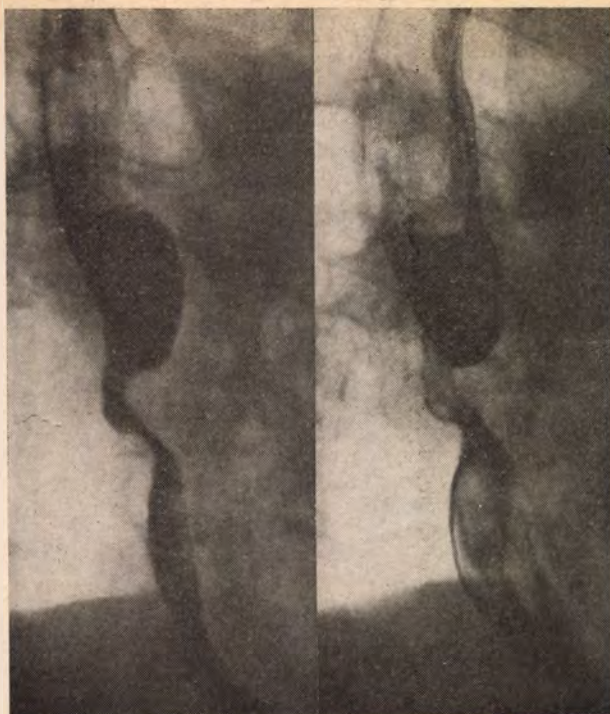
3. ábra

1. ábra: Az alacsony viszkozitású hab viszonylag komoly – esetünkben korrozív – szűkületen is könnyen átjut és az alatta levő rész kitágításával megmutatja, hol van az ép és kóros rész határa

2. ábra: Bal oldalon a rutinvizsgálat célzott felvétele, mellyel összevetve a jobb oldali hab-kontrasztos kép részletesen mutatja a környezetével össze-

kapaszkodó oesophagus-tumor felszíni struktúráját csakúgy, mint alatta az ép nyálkahártya redőit.

3. ábra: A nyelőcső hátsó falán ülő, részletdúsan kirajzolódó hatalmas tumor okozta szűkület alatt, jócskán a rekesz fölé követhető gyomornyálkahártya-redők mellékletként hiatus herniát mutatnak



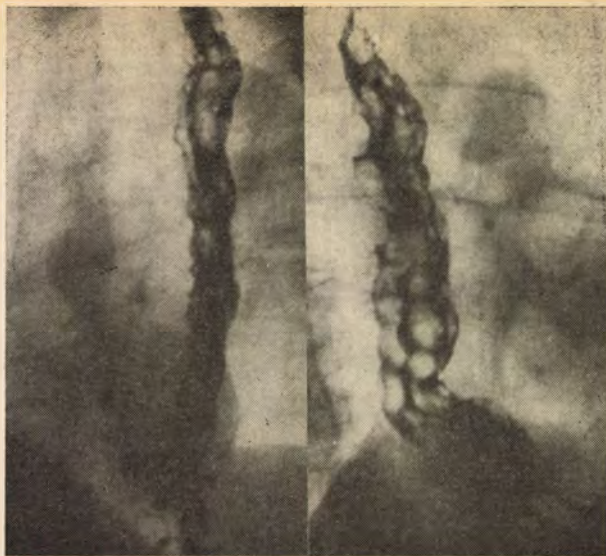
4. ábra a) b)

4. ábra: A báriumpép a szűkületen nehezen halad keresztül, a peptikus strictura alsó határa bizonytalan. A nyelőcső alsó harmada épnek látszik (balról). A hab-kontrasztos felvétel kiderítette, hogy a szűkület alatt valójában nem nyelőcső, hanem a hegesedés által felhúzott gyomor van a mellkasban (jobbról)

konyságáról és a szabad keresztmetszet tényleges nagyságáról viszonylag könnyen képet alkothattunk. Az ismertetett eljárás alkalmas a nyelőcső megbetegedéseinek jobb ábrázolására, kiterjedésüknek biztosabb megítélésére és így az endoszkópiás vagy műtéti indikáció (és műtéti terv) pontosabbá tételére. Segít a kezelés (pl. telekobalt besugárzás) eredményességének elbírálásában is.

A hab-kontrasztos nyelőcső vizsgálatot 41 beteg, válogatott anyagon végeztük el, mindig második vizsgálatként, arra érdemesnek látszó esetben. Nem csináltunk ilyen vizsgálatot teljes nyeléseképtelenségben, vagy ha a súlyos szűkület miatt a nyelőcsőben sok váladék gyűlt meg és olyankor, ha oesophagobronchialis sipolyra volt gyanúnk. A vizsgálat csak éhomra végezhető, mert étkezés után a fokozott nedvelválasztás miatt a báriumpép nem tud kellőképpen megtapadni. Ha egyidejűleg gyomorvizsgálat is szükséges, előbb azt kell elvégezni, hogy a lenyelt hab ne zavarjon.

Tapasztalatunk szerint módszerünknek az az előnye a korábbi kettős kontrasztos technikákhoz képest, hogy a habnak természetes nyelési aktsal történő oesophagusba juttatása a betegből a legkevesebb közreműködést igényli, nem jár a gázkel-
tő anyagok vagy a szondanyelés kellemetlenségeivel, időigénye pedig minimális. A hab viszonylag lassan halad át a nyelőcsővön, huzamosabb időt át hosszú szakaszon tölti ki azt, több időt enged a különböző irányú célzott felvételek készítésére. Gyógyszer adására nincs szükség, ami — ismer-



5. ábra a) b)

5. ábra: Szokásos relief-képen is látszik, hogy kiterjedt oesophagus varicositasról van szó (bal oldali kép). Hab-kontrasztos felvételen (jobb oldali kép) fekvő helyzetben végzett vizsgálattal az elváltozás mértéke még jobban megítélhető. A puha hab nem akadályozza meg, a báriumpép pedig nem tudja elfedni a varix-csomók fokozottabb bedomborodását

ve a Buscopan beszerzési nehézségeit és árát — nem elhanyagolható szempont.

Módszerünket — annak tudatában, hogy a hypotoniás vizsgálatot bizonyos esetekben nem pótolja — a szokásos rutin vizsgálat kiegészítéséül és annak keretében könnyen, gyorsan és eredményesen alkalmazható kettős kontrasztos eljárásként ajánljuk a nyelőcső részletesebb kivizsgálásához.

Összefoglalás: A szerzők az eddig ismert kettős kontrasztos nyelőcső-vizsgáló eljárások hátrányainak kiküszöbölése érdekében új módszert dolgoztak ki, melyben negatív kontrasztanyagként az általánosan használt levegő vagy széndioxid helyett habot alkalmaznak. A levegővel közel azonos sugárelnyelésű tejszínhab és jól tapadó báriumpép segítségével jó minőségű kettős kontrasztos felvételek állíthatók elő. Jól vizsgálhatók a szűkületek alatti szakaszok is és elegendő idő jut célzott felvételek készítésére különböző ferdekben.

IRODALOM: 1. Brombart, M.: Roentgenology of the Esophagus — in: Margulis, A. R., H. J. Burhenne: Alimentary Tract Roentgenology, 2nd Ed. p. 347, St. Louis, 1973, Moshby. — 2. Chizzola, G.: Radiol. Med. 1930, 17, 403 (cit.: Freidenfelt.) — 3. Dickson, R. C. és mtsai: Gastroenterology 1962, 42, 750. — 4. Dinkel, L.: Radiologie 1966, 6, 345. — 5. Dinkin, L.: Fortschr. Röntgenstr. 1930, 41, 446. — 6. Freidenfelt, H.: Acta Radiol. 1956, 46, 499. — 7. Fournier, A. M.: J. Radiol. Électrol. 1951, 32, 952. — 8. Ghahremani, G. G., L. L. Heck, J. R. Williams: Radiology 1972, 103, 289. — 9. Itai, Y. és mtsai: Amer. J. Roentgenol. 1977, 128, 563. — 10. Koehler, R. E., P. J. Weyman, H. F. Oakley: Gastroint. Rad. 1980, 5, 81. — 11. Palugay, J.: Fortschr. Röntgenstr. 1933, 47, 579. — 12. Robillard, J.: J. Radiol. Électrol. 1964, 45, 579. — 13. Schatzki, R.: Acta Radiol. Suppl. 18, 1933. — 14. Skucas, J., W. W. Schrank: Radiology 1975, 115, 482. — 15. Zaino, C.: Amer. J. Roentgenol. 1952, 67, 942.

ELŐÁLLÍTÓ:
BIOGAL GYÓGYSZERGYÁR · DEBRECEN
ZYMA AG · SVÁJC · LICENCIA ALAPJÁN

MEGJEGYZÉS:

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

CSOMAGOLÁS:

30 g-os tubus

térítési díja: 8,50 Ft



Fenistil® gél

G 100

- Antiallergica topica
- Külsőleges használatra

ÖSSZETÉTEL:

1 tubus (30 g): 30 mg dimetindenium 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.



Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet
(főigazgató-főorvos: Borsay János dr.)

Az amputáltak kötelező bejelentésének tízéves tapasztalatai

Kullmann Lajos dr. és Novák Mária dr.

Az Egészségügyi Minisztérium 3.036/1968 sz. engedélye alapján az Országos Sebészeti Intézet, majd később az Országos Ortopédiai Intézet amputációs bejelentőlapot bocsátott ki a protetizálendő végtagamputáltak bejelentésére. A bejelentést az Egészségügyi Minisztérium 87042/71. számmal kötelezővé tette. A lapon a műtét- vagy a postoperatív idő során meghaltakat nem kell bejelenteni. Az Országos Ortopédiai Intézet a tíz év során összegyűjtött anyagot intézetünknek adta át feldolgozásra.

A bejelentőlap az elmúlt tíz év alatt többféle változatban jelent meg. Két altípusán a követelményrendszer nem azonos, emiatt az egységes értékelés nehéz; egy kisebb sorozat pedig semmiféle kitöltési utasítást, útmutatást nem tartalmaz. A különböző bejelentőlapok párhuzamosan voltak forgalomban, aszerint, hogy a korábbi lap melyik intézetben, mikor fogott el.

Az első bejelentőlapról nem derül ki, hogy végtagamputáltak bejelentésére szolgál. Gyógyászati segédeszközzel ellátandó csonkolásokat említ, ezért több helyről a mellamputációkat is bejelentették. Ez a lap az amputációt indokló diagnózist kéri, tehát az amputációs okokról pontosabb, részletesebb felvilágosítást ad (például az értegek csoportján belül). A másik lap betegségszoptokat tüntet fel, ezen aláhúzással kell a válaszokat megadni, csak az „egyéb” okokat kell diagnózis szerint részletezni.

Az első lap az amputációs magasság megadását a kitöltő orvosra bízta. Ez úgy tűnik, hibás, mert ilyen megjelöléseket láthatunk: „femur lábszár kp. harmadában”, vagy a „lábszár térd fölött”, „alkar könyök fölött”, vagy „térd magasságában amputált jobb láb” (az utóbbi országos intézetből). Saját intézetünk egyik betegének diagnózisa „ulcus cruris” az amputációs magasság „láb”. Ezért az újabb laptípus hátoldalán kitöltési utasítás olvasható az amputációs magasság megfogalmazására. Sajnos,

1. táblázat. A megyék lakosságának, sebészeti profilú osztályai (sebészet, traumatológia, orthopaedia) ágyainak és négy év amputációs bejelentéseinek száma

Megye	ezer lakos	ágyak száma	bejelentett amputációk			
			1969	1972	1975	1978
Baranya	432	578	17	28	28	48
Bács-Kiskun	572	408	12	10	28	13
Békés	433	384	17	16	25	38
Borsod-Abaúj-Zemplén	796	597	2	4	23	6
Csongrád	461	641	21	22	8	8
Fejér	419	367	20	6	15	41
Győr-Sopron	430	444	12	15	19	30
Hajdú-Bihar	548	641	10	7	13	—
Heves	346	393	25	30	33	23
Komárom	319	365	11	6	5	1
Nógrád	236	274	10	8	11	—
Pest	970	474	5	3	8	4
Somogy	362	423	12	5	12	24
Szabolcs-Szatmár	574	540	3	2	1	—
Szolnok	446	359	13	5	26	3
Tolna	259	273	16	15	19	5
Vas	282	318	9	2	12	—
Veszprém	430	565	13	3	3	1
Zala	265	276	17	11	20	17
Budapest	2090	2071	84	131	159	68

(A lakosság száma 1978. jan. 1-i KSH, az ágyak száma 1977. dec. 1-i Eü. M. adatok alapján van feltüntetve.)

ez a kéz- és a lábujjamputációkat is felsorolja, amelyeket nyilvánvalóan nem kell művégtaggal pótolni, de néhány helyről ezeket is bejelentik.

Van olyan sebészeti osztály, amelyik alsóvégtag-amputáltak közül csak a lábszár-amputációt jelentette be. Úgy látszik, a combamputáltakat nem tartja alkalmasnak művégtag-ellátásra. Érdekes külön megvizsgálni a bejelentési valószínűséget, a bejelentési morált. Kórházi osztályok szerinti bontásban megvizsgáltuk négy év (1969, 1972, 1975 és 1978) bejelentéseit. Egyes, profiljuknál fogva fontos intézmények, osztályok bejelentési gyakoriságát minden esztendőben figyeltük. Az 1. táblázat a megyék szerinti összesítést tartalmazza. Egyes megyék bizonyos években elérik a 10 000 főre jutó 1 protetizálendő amputáltat, de például 1978-ban Baranyában ezt a számot meg is haladták, noha ebben az évben a megye három sebészeti osztállyal bíró kórháza (Mohács, Komló, Siklós, összesen 162 ágy) egyetlen bejelentést sem tett. A bejelentések zöme (41) a Pécsi OTE II. Sebészeti Klinikájáról érkezett. Ezt az arányt (10 000 főre jutó 1 amputáltat) Budapest is megközelítette 1975-ben; annak ellenére, hogy számtalan nagy, száznál több ágygal bíró osztály bejelentést nem tett, az összes bejelentés több mint fele pedig intézetünkbe érkezett. Sajnos tőlünk is csak az összes amputációk felét jelentették be 1975-ben! Vannak sebészeti osztályok, sőt, több száz ágyas országos intézetek is, amelyek a tíz év alatt egyetlen amputációt sem jelentettek be, más, ugyancsak jelentős intézetek csupán egy-két évben, akkor is csak némelyik osztályukról. Egyes osztályokon a személyi változások hatottak kedvezően vagy kedvezőtlenül a bejelentések alakulására. Némelyik évben akadtak megyék, ahonnan nem volt bejelentés (1978-ban például Hajdú-Bi-

2. táblázat. A bejelentett amputáltak megoszlása az alapbetegség és az életkor szerint

Alapbetegség		Életkor (%)							Összesen esetszám	%
		0—14	15—30	31—40	41—50	51—60	61—70	71—		
Érbetegség	—	1,1	3,8	9,4	16,8	37,0	31,9	3073	76,0	
Baleset	4,1	34,4	21,2	20,7	10,9	5,6	3,1	734	18,2	
Daganat	5,1	16,1	7,3	19,0	14,5	21,9	16,1	137	3,4	
Idült fertőzés	1,4	7,1	14,1	18,3	16,9	26,7	15,5	71	1,8	
Fejlődési rendellenesség								15	0,4	
Egyéb								9	0,2	
Összesen	esetszám	40	322	294	485	634	1230	1034	4039	100,0
	%	1,0	8,0	7,3	12,0	15,7	30,5	25,5	100,0	

har, Nógrád, Szabolcs-Szatmár és Vas). Nem érkezett bejelentés a MÁV, a BM és a HM egészségügyi szolgálataitól sem. Ugyanakkor a MÁV például közismerten veszélyes munkahely-amputációk szempontjából (adataink szerint az összes traumás amputáció 20,2 százalékára vonatbaleset miatt került sor). A MÁV-nak érsebészeti osztálya is van, összesen 386 sebészeti, traumatológiai, illetve ortopédiai ágygal, vagyis az átlagos népességű megye ágyszámával gazdálkodik. (A BM és HM ágyszámáról, osztályairól nincs adatunk).

Szerény számítás szerint valószínű, hogy Magyarország tízmillió lakosára évente körülbelül 2000 protézissel ellátandó csonkolt jut. A fenti nem teljesen részletezett gondolatmenet alapján úgy tűnik, hogy a bejelentések az összes esetek körülbelül 20 százalékát teszik ki. (Adatainkban a meghalt, vagy protetizálhatónak nem ítélt amputáltak nem szerepelnek!)

Eredmények

Vizsgáljuk meg ezután a bejelentéseket és a belőlük, a kedvezőtlen százalékos arányuk miatt csak fenntartással levonható következtetéseket.

Tíz év alatt összesen 4060 bejelentés érkezett. Közülük 21 értékelhetetlen, mert vagy emlőamputációt tartalmaz, vagy hiányos, illetve egészen pontatlan a kitöltés. Az értékelte 4039 betegnek összesen 4297 végtagját amputálták. A két végtagjukat amputáltak száma 240, a három végtagjukat am-

putáltaké 6, a négy végtagjukat amputáltaké 2, valószínű, hogy ez utóbbiak esetük súlyosságánál fogva nagyobb arányban kerültek bejelentésre, mint az egy végtagjukat elveszített idős érbetegek. A dupla amputált idős érbetegeket viszont sokan, helyesen nem tartották művégtaggal elláthatónak (3. táblázat).

Az amputáltak alapbetegség szerinti százalékos megoszlása a különböző években nem ingadozik lényegesen, így ezeket az értékeket nagyjából elfogadhatjuk. Természetesen az ér- vagy daganatos betegségek miatt amputáltak halandósága és protetizálhatatlansága lényegesen meghaladja a többi amputációt indokló betegségét. Valamelyest módosíthatja a valós adatokat, hogy a traumatológiai osztályok bejelentési aránya meghaladja a sebészeti osztályokét (2. táblázat).

Az átlagéletkor emelkedésének eredménye, hogy a bejelentett esetek több mint háromnegyed részét perifériás verőér-elzáródás miatt amputáltak. Ez az arány továbbra is emelkedni fog. Ugyanakkor az összes bejelentett amputált több mint fele (56 százalék) 60 éven felüli. Tehát nem túlzás, hogy az amputáltak problémája jelentős részében geriátriai (2. táblázat).

Az amputáltak másik nagy tömegét (18,2 százalék) a balesetes eredetű amputáltak alkotják. Itt egy csúcs észlelhető a fiatal 15—30 éves korosztályban, 30—50 éves korig valamelyes, ötven év után pedig rohamos csökkenés következik. A 15—50 év közötti balesetes amputáltak az amputáció után várhatóan hosszú ideig életben maradnak, sikeres rehabilitáció után akár dolgozhatnak is. A férfi—nő arány 83—17 százalék, traumás amputáltak esetében 88,8—11,2 százalék.

A diagnózisnál és az életkor szerinti megoszlásnál érdekesebb az amputáció magassága szerinti arány. A felsővégtag-csonkolásokat jelenleg nem elemizzük, hiszen összesen 183 művégtag-ellátást igénylő csonk szerepel az anyagban, évenkénti megoszlásuk elég nagy szórást mutat. (3. táblázat). Mégis figyelemre méltó, hogy a felső végtagon is több a súlyosabb rehabilitációs problémát jelentő magasabb amputáció.

Az alsóvégtag-csonkoltak közül nem vizsgáljuk a lábamputáltakat. Ők ortopéd cipővel elláthatók, művégtagot nem igényelnek.

Feltűnő a combon amputáltak nagy száma, a protetizálendő alsóvégtag-amputáltak 78,5 százaléka. A térdizületet csak 20,6 százalék esetében si-

3. táblázat. A bejelentett amputáltak megoszlása az amputáció helye szerint

Váll	15	Csípő	8	0,2%
Kar	84	Comb	3004	78,5%
Könyök	3	Térd	27	0,7%
Alkar	67	Lábszár	770	20,2%
Csukló	14	Boka	17	0,4%
Összes	183	Összes	3824	100,0%
Kéz	91	Láb	197	
Összes 274	6,4% +	Összes 4021	93,6% = 4297	100,0%

Két végtag amputált	240
Három végtag amputált	6
Négy végtag amputált	2

került megtartani, ami nagyon kedvezőtlen. Főként, ha azt is figyelembe vesszük, hogy a lábszáron amputáltak aránya az érszűkületesek között még ennél is lényegesen rosszabb.

Az alsóvégtag-amputáltak amputációs szintje tekintetében összehasonlítottuk a különböző évek eredményeit abból a szempontból, hogy hány százalékukban tartották meg a térdizületet, a comb-amputáltak közül milyen arányban sikerült az alsó harmadban, vagy a térd kiízesítésével operálni, és hogy a lábszár-amputációkon belül hogyan alakult a jó magasságban végzett csonkolások és a biztosan hosszú lábszárcsonkok aránya. Változás (még hozzá kedvező változás) csak ez utóbbi esetben mutatható ki (4. táblázat, 1. ábra).

4. táblázat. **A bejelentett alsóvégtag-amputációk magasság szerinti megoszlása kiemelt szempontok alapján, évenkénti bontásban**

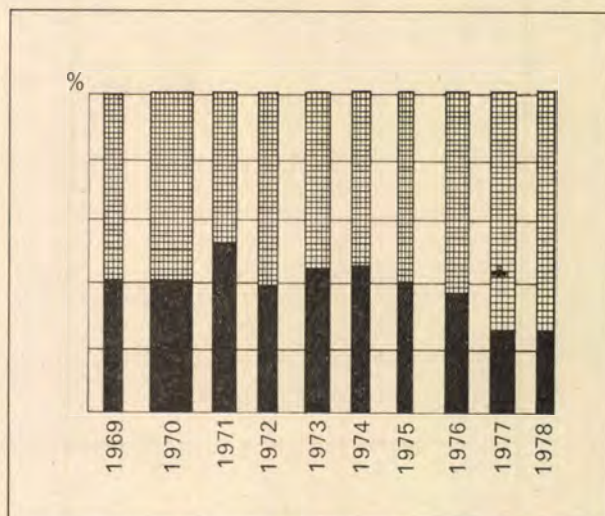
Év	Térd alatti amputáció az összes AV amputáció közül (%)	Térdizületi és comb alsóharmad amputáció a térd feletti amputációk közül (%)	Biztosan túl hosszú lábszárcsonk az összes lábszárcsonk közül (%)
1969	20,2	23	40,7
1970	21,7	20	40,6
1971	19,7	25	52
1972	17,9	22	38,7
1973	22,5	27	44
1974	20	21	45
1975	17,7	22	39,7
1976	23,2	25	36,5
1977	25,9	29	26
1978	19,6	19	25,9
átlagosan	20,6	22,4	39,1

Megbeszélés

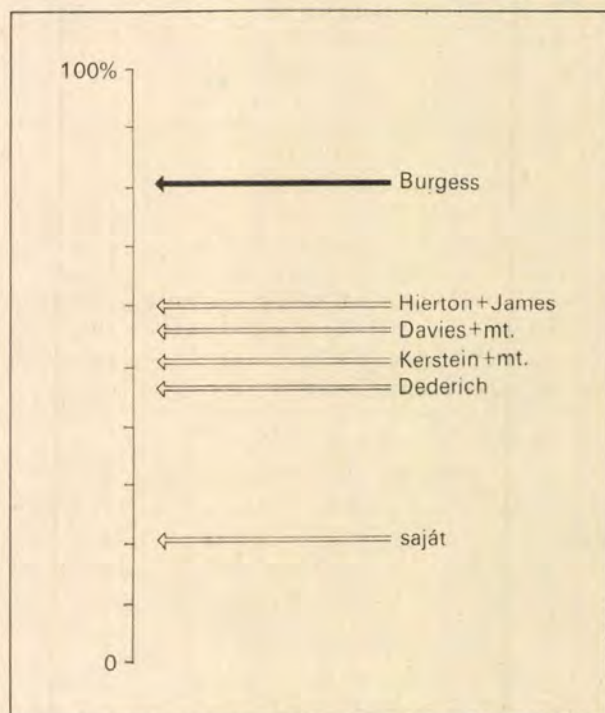
A bejelentések valószínű százalékát irodalmi adatok is alátámasztják. Sajnos megbízható, országos felmérésről készült adat nincs. A dániai amputációs regiszter talán hamarosan ilyen lesz. *Hier-ton* és *James* Uppsala megyében pontosan feldolgozták az alsóvégtag-amputációkat, 100 000 lakosra 17,1 protetizálendő alsóvégtag-amputáció jutott. *Thomas* és *Haddan* szerint az USA-ban évente 40 000 a protetizálendő amputáltak száma (a közlés idején 160 millió lakosra).

A diagnózis, az életkor és a nem szerinti megoszlások, hazánkban, érthetően, nem mutatnak értékelhető eltérést a nemzetközi adatoktól (2, 5, 6). Szomorú viszont, hogy a térdizületet a vizsgált betegek alig több mint 20 százalékában sikerült megtartani. A korábbi hazai közlések a külföldiek-nél sokkal rosszabb arányokról számolnak be (4, 7). Összehasonlításképpen *Burgess* amputációs centrumában 82 százalékban amputált lábszáron és ezek csupán 9,4 százalékát kellett reoperálni. Amerikai, nem amputációs centrumból, vegyes betegekről gyűjtött adatok szerint 56 százalékban amputáltak térd alatt (2). Más adat érbetegek között több mint 50 százalék lábszáramputáltról számol be (6). Az egyik svéd megyében 60 százalék térd alatti am-

putáltak aránya, pedig itt sem amputációs centrumról van szó (5). (2. ábra). Ugyanitt a lábszáramputáltak 66 százalékát sikerült művégtaggal ellátni, a combamputáltaknak pedig mindössze 23 százalékát. Természetesen sokkal jobb eredmények érhetők el a megfelelő rehabilitációs intézetekben. Saját intézetünkben az érbeteg combamputáltak 77 százalékát, a lábszáramputáltak 95 százalékát sikerült művégtaggal ellátni. Egy részük a művégtagon kívül kerekesszéket is kapott.



1. ábra: A helyes magasságban (kockás oszlopok) és helytelen magasságban (fekete oszlopok) végzett lábszár-amputációk aránya évek szerinti bontásban. Az oszlopok szélessége a bejelentett eset-számmal arányos



2. ábra: A térdizület megtartásával végzett alsóvégtag-amputációk aránya különböző felmérések alapján. (A fekete nyíl amputációs centrum eredményét mutatja, a fehér nyilak területi összetartozás alapján, általános sebészeti osztályok eredményeit szemléltetik.)

További problémát jelent a lábszárcsonkoltakon szükséges reamputációk, csonkcorrekciók nagy száma. (Lam szerint hazai anyagban több mint 50 százalék.) Ennek egyik gyakori oka a túl hosszú lábszárcsonk. A hosszú csonkok előbb vagy utóbb biztosan problematikusá teszik a protézis-ellátást. Látható, hogy anyagunkban a javuló tendencia ellenére is nagy százalékban történik hosszú lábszárcsonk-képzés. (4. táblázat). A lábszárcsonkok még számtalan más ok miatt is kényes művégtag-készítési feladatot jelentenek (túl rövid csonk, bőr alatt kiálló csontvég, nem megfelelő csonkizomzat, heges, többször plasztikai műtétekre került bőrfelület stb.).

A combamputáltak közül a térdízület körüli amputációk száma, állandó jelleggel, 20 százalék körül alakult. (Térdízületi exarticulatio, Callander szerinti combamputáció, stb.). Művégtag-ellátásuk Magyarországon tömegméretekben az alacsony építési magasságú, illetve policentrikus térdszerkezetek hiánya miatt korrekt módon nem oldható meg. Ez nem arra utal, hogy a jó teherviselő, a művégtag könnyebb mozgatóját lehetővé tevő hosszú combcsonkok készítéséről kell lemondanunk, hanem az adekuat művégtag-ellátást kell bevezetni. Külföldön a térdízületi exarticulatio számának rohamos emelkedése is megfigyelhető.

Következtetések

Megállapítható, hogy a felmérés a bejelentési kötelezettség hiányos teljesítése miatt eredeti célját nem érte el, nem derült ki a művégtagot igénylők száma (nem ismerjük, hogy az amputáltak milyen arányban nem kapnak művégtagot, aminek híján orvosi rehabilitációjuk sem teljes). Ismeretlen az amputáltak életkor, nem, amputáció helye stb. szerinti pontos megoszlása is. Ennek ellenére néhány feladatot tisztán láthatunk.

Az amputáltak legnagyobb tömegét az idős, perifériás verőér-elzáródásban szenvedők alkotják. Várható élettartamuk néhány év, ha dupla amputáltakká válnak, művégtaggal történő ellátásuk reménytelen. Addig azonban (annak ellenére, hogy még döntő többségük esetleg feleslegesen combamputációt szenved) elláthatók művégtaggal. A Gyógyászati Segédeszközök Gyára által kifejlesztett ún. „geriátriai protézis” (L—324) viszonylag gyorsan, ideiglenes művégtag-készítés nélkül, a csonkolást követő hetekben, hónapokban elkészíthető. Jobban kellene élni vele.

Az amputációkat végző osztályoknak meg kellene ismerniük a lábszár-amputáció helyes technikáját és javallatát, hogy sokkal gyakrabban lehessen ebben a magasságban operálni. Jelenleg nagyon sok a túl hosszú lábszárcsonk. Ezek előbb vagy utóbb biztosan problematikusá teszik a művégtag viselését. A belgyógyászok szemléletének megváltoztatására is szükség van, hogy az amputációk is megfelelő időben indikálják, a betegeket előkészítsék. Ez várhatóan tovább növelné a lábszáron amputálhatók számát. Lábszár-amputáció után a protetizálás sokkal jobb eredménnyel kecsegtet, mint combcsonkolás után. Az alakuló megyei rehabilitációs osztályokon kellene megteremteni az

ideiglenes protézisellátás feltételeit — van ahol ez már megvalósult — és a csonk megfelelő formálódása után a Gyógyászati Segédeszközök Gyára, vagy annak valamelyik vidéki fiókja végezheti a végleges művégtag-készítést.

Relatív sok alsó harmadi combamputációt és térd-exarticulációt végeznek az országban. Ezek művégtaggal történő ellátása tömegméretekben nem megoldott. Az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet a hosszú combcsonkok kísérletes ellátásával szerzett tapasztalatait tovább adta, aminek megvalósítása szükséges a Gyógyászati Segédeszközök Gyárában (8).

Az alsó végtaghoz hasonlóan a felső végtagon is törekedni kell a végtag distalisabb szegmensében történő csonkolásra.

A többszörös amputáltak esetében még fontosabb a distalis csonkolásra és korszerű művégtaggal való ellátásra való törekvés. E rokkant csoport rehabilitációja intézeti körülmények között lényegesen gyorsabb, mint a szakrendelőkben, ezáltal a rehabilitáció várható eredménye is jobb. A nagyszámú többszörös végtagamputált is indokolja a rehabilitációs osztályok hálózatának fejlesztését.

Az amputációs bejelentési rendszer módosítását javasoljuk, hogy az amputációs bejelentőlapot a megyei rehabilitációs főorvosok részére az illetékes osztályok küldjék meg, előre jelezve ezzel az amputált várható rehabilitációs igényét, segítve a rehabilitációs osztály tervszerű működését.

A megyei főorvosoktól az év végén kérjük majd az összegyűjtött lapokat, hogy ezáltal javíthassuk országos tervezési feladatainkat. A lapot új, kódolható formában szándékozunk kibocsátani.

Összefoglalás: A szerzők feldolgozzák az amputáltak kötelező bejelentésének tízéves anyagát. A bejelentések hiányosak. A bejelentett betegek morbiditási adatai megegyeznek más fejlett ipari országok hasonló betegcsoportjainak jellemzőivel. A szerzők az alsóvégtag-amputációkkal foglalkoznak részletesebben; e csoporton belül kedvezőtlenül alakul a jobb rehabilitációs prognózisú lábszár-amputációk aránya. Javaslatokat tesznek az amputációkkal kapcsolatos orvosi, rehabilitációs és dokumentációs tevékenység javítására.

IRODALOM: 1. Burgess, E. M.: Inter-Clinic Information Bulletin 1969, 8, 4. — 2. Davies, E. J., Friz, B. R., Clippinger, F. W.: Artificial Limb 1970, 14, 19. — 3. Dederich, R.: Amputationen der unteren Extremitäten. Thieme, Stuttgart, 1970. — 4. Dubecz S.: A végtag-csonkolás és protetika időszzerű kérdései. Orvos és technika kiskönyvtár. 3. Medicina, Budapest, 1967. — 5. Hierton, T., James, U.: Acta orthopaedica Scandinavica 1973, 44, 573. — 6. Kerstein, M. D. és mtsai: Arch. Phys. Med. Rehabil. 1974, 55, 454. — 7. Lam, L. H.: The Amputee's Re-Establishment into Employment. Kandidátusi értekezés, Budapest, 1975. — 8. László G., Radnai L.: Orthopädie Technik 1980, 31, 5. — 9. Thomas, A., Haddon, Ch. C.: Amputations and Prostheses. Lippincott, Philadelphia, 1945.

Központi Állami Kórház és Rendelőintézet
Anaesthesiológiai és Intenzív Therapiás Osztály
(főorvos: Pálos László dr.)

Ambuláns anaesthesiológiai vizsgálat

Janecskó Mária dr.

Az utóbbi években mindinkább nő a speciális — angiológiai, cardiológiai, gastroenterológiai — szakrendelések száma. Ennek fő oka a pontosabb diagnózis és terapia, valamint az esetleges műtėti indikáció körültekintőbb felállításának igénye. Ezen szakrendelések munkája is azt támasztja alá, hogy bizonyos vizsgálatok elvégezhetők ambulanter, azaz még a beteg osztályos felvétele előtt. Ugyanakkor az a beteg, aki a sebész, belgyógyász vagy angiológus diagnózisának felállítása után felvételt nyer — mondjuk a sebészeti osztályra, az anaesthesiológussal legjobb esetben is csak a műtétet megelőző napon délelőtt, de leginkább a délutáni órákban találkozunk először. Ekkor merülnek fel gyakran olyan, az anaesthesiológus részéről felvetett problémák, melyek miatt újabb vizsgálatok válnak szükségessé és a tervezett műtétet el kell halasztani. Ez az ápolási időt meghosszabbítja, nem is beszélve a beteg pszichés állapotáról: ő valójában nem is érti, miért nem történik meg másnap a tervezett műtét.

E problémákat hivatott kiküszöbölni az anaesthesiológiai szakrendelés, melynek egyik célja annak megállapítása, vajon a beteg az adott időpontban optimális állapotban van-e a műtétre. A legfőbb szempont a műtėti kockázat minimálisra való csökkentése. Ezt szolgálhatja annak a lehetősége, hogy az anaesthesiológus időben megvizsgálja és az illetékes klinikussal együtt a műtétre való alkalmasság szempontjából megítéli, illetve szükség esetén előkészíti a beteget. Manapság elfogadott, hogy nem beszélünk külön sebészeti és anaesthesiológiai teherbíró képességről, hanem a kettőt egy kategóriában, műtėti teherbíró képességként bíráljuk el. A vizsgálatok döntő többsége, sőt az előkészítés is nagyrészt ambulanter megtörténhet, ezáltal az ápolási idő lerövidíthető.

Minden műtétre váró betegnek jelentkeznie kellene az anaesthesiológiai szakrendelésen. A műtéteknek ugyanis mintegy 90%-a előre tervezett, sokszor hetek telnek el a diagnózis felállítása és a

műtét időpontja között, ez idő alatt a beteg állapotában lényeges változások is bekövetkezhetnek (8). Az előjegyzés és a műtét tervezett ideje között — optimálisan kb. egy héttel a műtét előtt — volna mód az ambuláns anaesthesiológiai vizsgálatra, melyet természetesen csak megfelelő tapasztalattal rendelkező anaesthesiológus végezhet az illetékes klinikussal együttműködésben. Az anaesthesiológiai szakrendelés vezetésére legalkalmasabb a belgyógyászati és anaesthesiológiai szakképesítéssel egyaránt rendelkező orvos. A szakrendelés folyamatos működése biztosítaná, hogy a betegek műtét előtti helyzete javuljon, a műtėti rizikó lényegesen csökkenjen, hogy a műtėti időpontokat valóban tartani lehessen, s nem utolsósorban, hogy a kórházi ágyakat a lehető legjobban használhassuk ki (5, 7, 9).

Az anaesthesiológiai szakrendelés megszervezése

Az anaesthesiológiai szakrendelő személyi és tárgyi feltételei nem sokban térnek el az egyéb szakrendelőkéitől. Úgy vélem ezért, hazánkban megvalósítható, az anaesthesiológiai osztályok ismert nehézségei ellenére is. Külföldi közlemények az utóbbi időben gyakrabban foglalkoznak a műtėti teherbíró képesség megítélésének gondjaival, valamint az ambuláns anaesthesiológiai vizsgálat lehetőségével (8, 11, 15). Hazánkban is hangzott el e témával foglalkozó előadás (12).

Magam Ulmban (NSZK) tanulmányozhattam a négy év óta sikeresen működő Anaesthesiológiai Ambulancia munkáját, ahol a műtėti osztályokra kerülő betegek anaesthesiológiai vizsgálata, ill. az előkészítés egyes fázisai (pl. respirációs terapia, inhalálás stb.) történnek. Ugyanitt foglalkoznak a krónikus fájdalmak csillapításával is (7).

Az anaesthesiológiai szakrendelés egy vagy két vizsgálóhelyiségben történik és várakozásra alkalmas folyosó tartozik hozzá. Berendezéséhez az íróasztalon, széken, írógépen kívül a vizsgálathoz szükséges eszközök — vérnyomásmérő, EKG, monitorral és defibrillátorral —, a vérvételhez szükséges kémcsovek, fecskendők, tűk, spiograph, kerékpár-ergometer, röntgen-filmnéző, lehetőség szerint vér-gáz meghatározásra alkalmas készülék, valamint a kezeléshez szükséges gyógyszerek és respirátor tartozik (7, 8, 11).

Az anaesthesiológiai szakrendelés működése:

A betegek az anaesthesiológiai szakrendelésre kerülhetnek más szakrendelőből vagy a kórházi osztályokról, ha az ott fekvő betegnél műtétet terveznek. Ha a beteg valamilyen oknál fogva korábban nem volt a szakrendelésen, a felvételt követően mindenképpen kerüljön oda. Ha valamelyik osztályon fekvő beteg a szakrendelésen megjelenni nem tud, akkor az anaesthesiológus az osztályon vizsgálja meg őt — természetesen még időben — a műtėti teherbíró képesség szempontjából.

A rendelőt — az adott feltételektől függően — az anaesthesiológiai osztály orvosai is végezhetik.

Az anaesthesiológiai szakrendelésen a betegek fizikális vizsgálatán kívül az alábbi kiegészítő vizsgál-

latok elvégzése látszik célszerűnek, ha a laboratóriumi, nyugalmi EKG, légzésfunkció, vér-gáz analysis és szükség szerint kerékpár-ergometeres terheléses vizsgálat (1, 2, 3, 7, 10). Bár célunk a műtét teherbíró képesség minél pontosabb megítélése, köztudott, hogy kórházainkban csak részben adóttak a feltételek ilyen részletes vizsgálatokhoz (mint pl. a spiroergometria). Úgy gondolom, hogy mindenütt az adott lehetőségekkel számolva kell elkezdni az anaesthesiológiai szakrendelés szervezését.

Kórházunkban már korábban is próbálkoztunk az időben történő anaesthesiológiai vizsgálatok bevezetésével, majd 1980. II. 1-én kezdtük meg a sebészeti betegek rendszeres, műtét előtti — részben ambuláns, de legkésőbb a befekvés napján történő — anaesthesiológiai vizsgálatát. A szükséges és már említett vizsgálatokat az osztályunkon e célra berendezett helyiségben végeztük el.

Tapasztalataink

1980. II. 1—IV. 30-ig a sebészeti osztályon összesen 228 műtét beteg feküdt, 125 nő és 103 férfi. Ezen betegeknél végeztük el — részben már ambuláns, részben még csak a befekvés után — az anaesthesiológiai vizsgálatot a műtét teherbíró képesség felmérése céljából.

Előkészítést igényelt 102 beteg, azaz 44,7%-a: cardialis állapota miatt 39 beteg, pulmonalis problémák miatt 19 beteg előzetes vizsgálata és esetleges előkészítése vált szükségessé. Tíz esetben diabetes, 23 betegnél pedig hypertonia beállítást vagy gyógyszercserét kellett végeznünk az esetleges interakciók kivédése céljából, s ez módosította a tervezett időpontot. 5 beteg hyperthyreosisát kellett műtét előtt egyensúlyba hozni. Ezeknek a betegeknek előkészítése természetesen belgyógyász konziliárius bevonásával történt. További 6 esetben urológiai, nőgyógyászati, illetve pszichiátriai javaslatra történő kiegészítő vizsgálatok hosszabbították meg az ápolási időt.

A nálunk talált 44,7%-a az ulmi Anaesthesiológiai Ambulancia statisztikai adatainál is magasabb, ahol a betegek 29%-ánál volt szükség műtét előkészítésre (7). A különbség főként abból adódik, hogy mi minden olyan beteget ide számítottunk, akinél a műtétet kiegészítő vizsgálatok vagy előkészítés vagy mindkét okból halasztani kellett. Vizsgálatunk átnézve az elmúlt két év kórlapjait, azt láttuk, hogy a kiegészítő vizsgálatok, illetve előkészítést igénylő betegek aránya a jelenlegivel nagyjából megegyezik. Osztályunk helyzetéből adóan lehetőségünk volt arra, hogy az ötven év feletti nőknél és a negyven év feletti férfiaknál spiroergometriás terheléses vizsgálatot végezhesünk. Vannak, akik ezt férfiaknál ötven év felett javasolják (8), nőkre vonatkozóan egységes álláspont még nem született. Ischaemiás szívbetegséget — a terheléses vizsgálatot — a negyven év feletti férfiak 20%-ában (16 beteg), az ötven év feletti nők 5,7%-ában (4 beteg) tudtunk igazolni. Ezen betegek döntő többsége is műtétre került — decompensatio esetén cardialis előkészítés után —, s megfelelő narkózis-vezetéssel sikeresen jutott túl azon. Az előkészítés ideje alatt a betegek nagy része természetesen a sebészeti osztályon feküdt. A

betegek 28,4%-a (29 beteg) három napon belül előkészíthető volt. E csoportba főként azok tartoztak, akiknél csak a narkózis szempontjából szükséges gyógyszer-átállítást végeztük el. 23,5% (24 beteg) 3—5 napig tartó, 23,4% (29 beteg) pedig 6 napon túli előkészítést igényelt. Ezeknél a betegeknél vált szükségessé cardialis előkészítés, inhalációs, respirációs terapia, valamint hyperthyreosis beállítás. A fennmaradó 19,6%-ba (20 beteg) tartoztak azon betegek, akiknél most nem végeztük el a műtétet és hazamentek, illetve akiket az intenzív osztályunk készítünk elő, valamint azok, akiket további vizsgálatok miatt más osztályra helyeztek át.

Beteganyagunkat átnéztük abból a szempontból, hogy hány esetben lehetett volna az anaesthesiológiai vizsgálat alapján javasolt előkészítést ambulánsan megoldani, s úgy találtuk, hogy az előkészítést igénylő betegek 64,7%-ában, azaz 66 betegnél.

Megbeszélés

Az anaesthesiológiai szakrendelés létjogosultságát és szükségességét támasztja alá, hogy munkája által a betegek műtét előtti állapota javítható, a műtét kockázat csökkenthető, a műtét terv tartható, az ápolási napok száma csökken (4, 9). Az anaesthesiológiai szakrendelés ezenkívül nagymértékben hozzájárul a beteg—anaesthesiológus kapcsolatának javításához is (7, 11).

Az eddig szinte ismeretlen, és ezért szokatlanul hangzó anaesthesiológiai szakrendelést egyesek talán idegenkedve fogadják, mások talán attól félnek, hogy az anaesthesiológusok egyéb szakrendelés munkájába avatkoznak. Erről persze szó sincs. Az anaesthesiológiai szakrendelésnek éppúgy, mint bármely másnak is, megvan a speciális feladatköre, és ez a műtét teherbíró képesség megítélése (célzott vizsgálatok bevonásával), az előkészítés egyes fázisainak (pl. respirációs terapia, training) vállalása (3, 5, 6, 10, 13, 14).

Eddigi szerény tapasztalatunk azt igazolja, hogy az időben elvégzett anaesthesiológiai vizsgálat alapján ambulánsan megtörtént előkészítés lényegesen csökkenti az ápolási napok számát.

IRODALOM: 1. Ahnefeld, F. W. és mtsai: Der Risikopatient in der Anästhesie 1. Herz — Kreislauf — System. Bd. XI., Springer, Berlin — Heidelberg — New York, 1976. — 2. Ahnefeld, F. W. és mtsai: Der Risikopatient in der Anästhesie 2. Respiratorische Störungen. Bd. XII., Springer, Berlin — Heidelberg — New York, 1976. — 3. Anderson, W. H. és mtsai: JAMA, 1964, 156, 759. — 4. Arkins, R. és mtsai: JAMA, 1964, 190, 485. — 5. Brecht, Th.: Prakt. Anästh. 1978, 13, 364. — 6. Deutsch, S., Dalen, J. E.: Anesthesiology, 1969, 30, 648. — 7. Dick, W. és mtsai: Anaesthesist, 1978, 27, 450. — 8. Horatz, K., Schöntag, G.: Prakt. Anästh. 1979, 14, 283. — 9. Hutschenreuter, K.: Anaesth. Inform. 1976, 6, 621. — 10. Kaltenbach, M.: Internist, 1975, 16, 1952. — 11. Kirsch, J.: Anaesthesist, 1963, 12, 84. — 12. List, W. F.: A praeparatív klinika: új feladat az anaesthesiológus számára. A Magyar Anaesth. és Int. Terápiás Társaság Vándorgyűlése, Zalaegerszeg, 1979. p. 18. — 13. Meyer, J.: Anaesthesist, 1970, 19, 365. — 14. Siepmann, H. P.: Prakt. Anästh. 1977, 12, 209. — 15. Siegmund-Schultze, G.: Anaesth. Inform. 1975, 5, 174.

PERITOL[®]

tabletta, szirup

(antihistaminicum, orexigenicum)



Hisztamin- és szerotonin-antagonista. Étvágyjavító és súlygyarapító hatású készítmény.

PERITOL®

tabletta, szirup

antihistaminicum, orexigenicum

ÖSSZETÉTEL

4 mg cypheptadinum hydrochloricum tablettánként;
40 mg cypheptadinum hydrochloricum (100 ml) szirupban.

JAVALLATOK

Akut és krónikus urticaria, sérumbetegség, szénanátha, rhinitis vasomotorica, rhinitis allergica, gyógyszer-exanthema, pruritus, ekcéma, ekematoid dermatitis, kontakt dermatitis, neurodermatitis, angioneurotikus ödéma, rovarcsípés, carcinoid szindróma. Vaszkuláris típusú fejfájás (migrén, hisztamin-cephalalgia). Különböző eredetű étvágytalanság (anorexia nervosa, idiopathiás anorexia) és leromlott állapot (posztinfekciós állapot, rekonvaleszcencia, krónikus betegség, kimerültség, hyperthyreosis).

ELLENJAVALLATOK

Glaucoma, ödémakészség és vizeletretenció.

ADAGOLÁS

Szokásos kezdő adagja felnőtteknek naponta 3X1 tabletta vagy 3X1 gyermekkanál szirup. Ez az adag (12 mg) szükség szerint csökkenthető, ill. növelhető. Utóbbi esetben a napi adag nem haladhatja meg a 32 mg-ot. Krónikus urticaria kezelésére általában napi 3X $\frac{1}{2}$ tabletta, vagy 3X1 kávéskanál szirup (6 mg) elegendő.

Akut migrénes roham esetén 1 tabletta vagy 1 gyermekkanál szirup. Amennyiben a fejfájás nem szűnik meg, $\frac{1}{2}$ óra elteltével ismét adható 1 tabletta vagy 1 gyermekkanál szirup. A beteg 4-6 órán belül 8 mg-nál többet nem kaphat. A hatás fenntartására naponta 3X1 tabletta vagy 3X1 gyermekkanál szirup rendszerint elegendő.

Étvágytalanságban 3X1 tabletta vagy 3X1 gyermekkanál szirup naponta.

Csecsemőknek $\frac{1}{2}$ éves korig nem adható!

Gyermekeknek $\frac{1}{2}$ —2 éves kor között adása kivételesen megkísérélhető 0,4 mg/tskg/die adagban (pl. 10 kg-os gyermeknek napi 4 mg; ezt a mennyiséget 2 kávéskanálnyi szirup tartalmazza).

3—4 hétnél tovább nem adható. 2—6 éves korig a kezdő adag általában napi 3X $\frac{1}{2}$ tabletta vagy 3X1 kávéskanál (6 mg) szirup, s ha az adag növelése szükséges, a pótlást este, lefekvés előtt célszerű adni. A teljes napi adag a 8 mg-ot ne haladja meg.

6—14 éves korig a szokásos napi adag 3X1 tabletta, vagy 3X1 gyermekkanál szirup. A teljes napi adag 16 mg-nál több ne legyen. Étvágytalanságban 2—6 éves

korig 3—4X $\frac{1}{2}$ tabletta, vagy 3X1 gyermekkanál szirup, de legfeljebb 8 mg naponta. A napi adag a 12 mg-ot ne lépje túl.

MELLÉKHATÁS

Álmosság, amely rendszerint átmeneti jellegű, és ritkán teszi szükségessé a kezelés félbeszakítását. Ritkábban szájszárazság, mentális konfúzió, ataxia, vizuális hallucináció, szédülés, nausea, bőrkiütés, nyugtalanság, fejfájás.

FIGYELMEZTETÉS

A kezelés kezdetekor jelentkező szedatív hatás miatt az első adagot ajánlatos az esti étkezés után bevenni. Alkalmazása fokozott elővigyázatosságot igényel, ezért pl. járművezetők, magasban vagy veszélyes gépen dolgozók csak az orvos által, az egyéni érzékenységnak megfelelően előírt adagban szedhetik.

Terhességben nem adható!

Peritol-kúra alatt a szeszes ital fogyasztása tilos!

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁS

A fájdalomcsillapítók és altatók hatását potenciálja; azok csak csökkentett adagban adhatók.

MEGJEGYZÉS

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

CSOMAGOLÁS

20 tabletta 2,— Ft, 1 üveg 100 g 2,20 Ft.

Egyt

GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST

Országos Munka- és Üzemegészségügyi Intézet
(igazgató: Tímár Miklós dr.)
Budapest XIII. ker. Egyesített Gyógyító
Megelőző Intézmények Üzemegészségügyi
Szolgálat (főorvos: Orosz Márta dr.)

Helyi vibrációnak kitett dolgozók vizsgálata thermogrammetriával és Doppler-áramlásmérővel

Kákósy Tibor dr. és Boczán János dr.

A helyileg ható vibráció okozta ártalom a terjedőben levő foglalkozási betegségek közé tartozik. A vibráció forrása, a gépesítés a kézi szerszámok területén is tért hódít. Forgó mechanikájú eszközök és ütőszerszámok ma már a barkácsműhelyekben is gyakoriak. A dinamikus munka helyét egyre több területen veszi át a statikus izommunka. Az érrendszeri betegségek számának növekedésében valószínűleg ezek is szerepet kapnak. Az irodalmi adatok szerint érrendszeri károsodást a 10–1000 Hz-ig terjedő frekvenciájú rezgések okoznak. Bizonyos frekvenciatartományokban lényeges az amplitúdó (80–100 mikron), bár az utóbbi időben egyre inkább a sebességet vagy a gyorsulást adják meg a rezgések erősségének jellemzésére. *Nasu* (1) 1977-ben a különböző frekvenciák érrendszerre gyakorolt hatását már termovízióval mérte. Úgy találta, hogy a legnagyobb érzékkületet okozó hatása a 100 Hz-es frekvenciának volt 0,5 mm amplitúdón.

A *kezek vibráció okozta érelváltozásainak leggyakoribb klinikai megjelenése a Raynaud-phenomen*. Ez kezdetben egy, vagy több ujj hideghatásra fellépő elfehéredésében (syncope) nyilvánul meg, előrehaladottabb állapotban kékülés (cyanosis) is észlelhető. A roham végén — sokszor igen fájdalmas — reaktív hyperaemia jelentkezik (2).

A vibrációs eredetű Raynaud-phenomen leggyorsabb és legbiztosabb diagnosztikus módszerre a lehűtési próba, amely kb. a panaszosok 40–60%-ában ad pozitív eredményt. Lévoizoprenalin alkalmazásával a találati arány további 20%-kal növelhető (2). A módszer hátránya, hogy magas külső hőmérséklet esetén gyakran cserbenhagy. Az exponáltak nagy száma sem teszi lehetővé, hogy

a szűrővizsgálatokat kizárólag a hűvös és hideg időszakokban végezzük.

Fáradhatatlanul kell tehát kutatnunk olyan új diagnosztikai módszerek iránt, amelyek a külső hőmérséklettől függetlenül lehetővé teszik a vibráció okozta perifériás vérkeringési zavarok körismétését. A modern angiológia két kockázattal nem járó módszerével biztató kezdeti tapasztalatokat nyertünk, ezért indokoltnak tartjuk ezek rövid ismertetését.

Vizsgálati anyag és módszer

Vizsgálatainkat 30 helyileg ható vibrációnak kitett dolgozó férfin végeztük.

Foglalkozási megoszlások a következők voltak:

Motorfűrész-kezelő: 7 (Stihl-motorfűrész); károszszerialakatos: 12 (légfűrő); rugókovács: 5 (levegőkulcs); Caisson-vájár: 1 (légkalapács); vájár: 1 (légkalapács); kergező: 1 (kergezőgép); motorszerelő: 2 (levegőkulcs); öntvénytisztító: 1 (légkalapács).

Az átlagos életkor: 36,8 életév (18–60).

Az átlagos expozíciós idő: 12 munkaév volt (1–30 év).

Panaszaik szerint a vizsgáltak három csoportra voltak oszthatók (1. táblázat).

Panaszmentesek:	10 fő
Nem típusos felső végtagi panaszokat (zsibbadás, kezek gyengesége, fázékonyosága) említők:	12 fő
Raynaud-phenomen panaszolók*:	8 fő
	30 fő

A vizsgálatokat összehasonlító módon végeztük, vagyis minden beteget — két különböző napon — mindkét módszerrel megvizsgáltunk.

A thermographiás vizsgálatokat a svéd AGA cég Thermovisio 650 és 750 típusú készülékeivel végeztük. Színes isothermális felvételeket készítettünk 1 °C-os isothermákkal, 20, ill. 10 °C érzékenységgel. Az expositiók mindkét két tenyéri felszínéről, a bőrfelület megtisztítása után történtek. Az infravörös thermographia elvét és biofizikáját *Zsebők* (3) monografiájában ismertette.

A vizsgálóhelyiségben a szobahőmérséklet 20 °C, a relatív páratartalom 35%, a légnyomás 750 Hgmm (1000 millibar) volt.

Az első mérést a szokásos metodikával végzett lehűtési próba követte (a vizsgált egyének 10 percre 10–15 °C-os hőmérsékletű vízben tartották kezüket csuklóig). A lehűtési próba után 10 percig megfigyelés és a második termovíziós felvétel következett.

Az a methodika, amely színes, isothermális módszerrel minőségi összehasonlítást tesz lehetővé egy lehűtött terület felmelegedése után, annak megváltozott hőeloszlásáról, „dinamikus telethermogram” kifejezéssel honosított meg az orvosi thermographia szakirodalmában.

Normálisnak azokat az eseteket tekintettük, ahol a kezek hosszanti hőmérsékleti gradiense (Longitudinalis Thermal Gradiens) az infravörös sugárzásra vonatkoztatva nem haladta meg a 6 °C-ot (18).

A Doppler-áramlásmérővel való vizsgálatokat a Parks Electronics Laboratory (Beaverton, Oregon, USA) 803 típusú készülékével végeztük. A készülék működési elvét és felépítését illetően *Csengődy* és *Jámbor* közleményére (4) utalunk.

Az áramlás észlelésén kívül meghatároztuk az arteria radialis, és ulnaris, valamint — az ujjakra alkalmazható 24 mm széles mandzsetta segítségével — az arteria digitalisokban uralkodó perfúziós nyomást. Az ujjbegypulzust az arteria radialis, illetve ulnaris kompressziója alatt is detektáltuk, ezáltal az arcus

* A Raynaud-phenomen mind a 8 esetben hidegprovokációval igazolható volt.

	Szám	Thermographias lelet		Doppler-lelet		Iv-occlusio
		Kóros Provokáció előtt	után	Kóros Provokáció előtt	után	
Panaszmentes exponáltak	10	—	2	1	3	—
Nem típusos felsővégtagi panaszok	12	4	6	4	5	2
Raynaud phenomen	8	4	8	4	6	1
Összesen	30	8	16	9	14	3

volaris superficialis, ill. profunda átjárhatóságát is vizsgálni tudtuk.

A nyomásértékeket az arteria brachialisokban mért (systemás) vérnyomással vetettük össze.

Kórosnak tekintettük a Doppler-tensiót, amennyiben több mint 20 Hgmm-rel (2,8 kPa) alacsonyabb volt a systemás vérnyomásnál.

Eredmények

Eredményeinket a táblázat mutatja. Táblázatunkban a thermographias leleteket a panaszok



1. ábra: K. S. thermographias lelete hideg-provokáció előtt negatív



2. ábra: A hideg-provokáció után a b. kéz IV. és a j. kéz III-IV. ujjának hőamputációja látható

függvényében mutatjuk be, párhuzamba állítva egyben a hideg provokációval. Látható, hogy a thermogram jó korrelációt mutatott a panaszokkal. Hideg-provokáció előtt az összes „panaszmentes” vizsgálati lelete negatív, az „atípusos felső végtagi panaszoké” már csak $\frac{2}{3}$, a „Raynaud-phenomen”-ban szenvedőké már csak az esetek felében normális. Leolvasható továbbá, hogy a hidegprovokáció lényegesen megnöveli a kóros thermogramok arányát, ugyanakkor a párhuzam a panaszokkal ekkor is megmarad. Csak két panaszmentes egyen thermogramja vált kórossá hideg hatására (kezdődő subklinikus károsodás?), ugyanakkor — ezúton is igazolva a kórismét — valamennyi Raynaud-phenomenben szenvedőé pozitív volt.

Abszolút számokban kissé eltérő, de arányai-ban hasonló eredményeket nyertünk a Doppler-áramlásmérővel is. Látható, hogy iv-occlusio csak a panaszosokon fordult elő (táblázat).

Eredményeinket egy jellemző eset rövid bemutatásával is illusztráljuk.

K. S. 50 éves lakatos, 13 éve levegőkulccsal dolgozik naponta 7 órát. Hideg hatására mindkét kezén a II—IV. ujjak végpercei elfehérednek. Éjszaka mindkét keze zsibbad. Hideg-provokáció: a jobb kéz II—III. és a bal kéz III—V. ujj végperce elkékül. A Doppler-lelet lényeges eltérést nem mutatott. A thermographias lelet (1. ábra) provokáció előtt negatív, hőintervallum 3 °C. A hideg-provokáció után a b. kéz IV. és a j. kéz III—IV. ujjának hőamputációja jelentkezik (2. ábra).

Megbeszélés

A Raynaud-phenomen thermofelvételét van Voss (5) és Bränemark (6) mutatta be 1966-ban. Munkéegészségügyi alkalmazása csak az utóbbi években terjedt el világszerte. Gorski (7) 1978-ban már 814 beteg vizsgálatáról számolt be. Az eredmények azonban korántsem egységesek minden tekintetben.

Diagnosztikai vonatkozásban Acciarri, Carnevale és Grazioli (8) 27 beteg vizsgálata kapcsán 84%-os pozitívítási arányt észlelt, amit hideg-provokáció nem növelt lényegesen. 9 csiszolón nyert tapasztalat alapján jó diagnosztikus eljárásnak ítélik Beursey és mtsai (9) is. Faver (10) szerint — aki az eljárás hibaforrásaira (dohányzás, izgalom, ve-rejrtékezés, callositas, adaptációs idő rövidsége) figyelmeztet — a thermogram nem mutat párhuzamot a klinikai képpel. Az eredmények javítása érdekében funkcionális thermografia végzésének szükségességére gondol. Chudacek (11) pl. a hideg-

provokáció után 45 percig is nyomon követte a reakciót. *Adamski és Koradecka* (12) 30—30 vibrációs eredetű Raynaud-phenomenben szenvedőt, ill. egészséges kontrollt vizsgált és azt találta, hogy normális a reakció, ha hűtés után 10, maximum 15 perc alatt visszaáll a hűtés előtti állapot. A visszatérési idő megnyúlását találta jellegzetesnek Raynaud-phenomen esetében *Gemne és Swensson* (13), valamint *Kayoma, Aoki és Matumoto* (14) is. Meleg inger alkalmazásával *Nasu* (15) elkülöníthetőnek véli az organikus és funkcionális elváltozásokat is. *Weill és mtsai* (16) a terápia hatékonyságát demonstrálta a thermographia segítségével Raynaud-syndromában szenvedőkön. *De Renzis és mtsai* (17) a foglalkozási eredetű érbetegségek korai diagnosztikájában és prognózisának megítélésében is hasznos eszköznek tartják. Az időszakos orvosi vizsgálatok kapcsán elegendőnek tartják thermoscopia végzését, amit az előző fotothermogrammal lehet összehasonlítani. *Acciarri, Carnevale és Delle Selva* (18) munkaalkalmassági vizsgálatok céljára is ajánlja az eljárást. *Oeser* (19) munkafiziológiai kísérleteiben alkalmazta a vibráció angiospasticus hatásának demonstrálására.

Magunk — *Fawerrel* (10) ellentétben — azt találtuk, hogy a hűtés előtt készült thermogramok jó korrelációt mutattak a panaszokkal, ill. a klinikai képpel. A natív thermogram némely esetekben annyira jellegzetes lehet (thermikus amputáció, nagyfokú hypothermia), hogy egymagában megadhatja a kórismét és feleslegessé teszi a hideg-provokációt is.

Acciarri és mtsaival (8) ellentétben azt tapasztaltuk viszont, hogy a hideg-provokáció lényegesen emelni képes a thermographia találati arányát. Ez egyáltalán nem meglepő, ha meggondoljuk, hogy a Raynaud-phenomen lényege éppen a hideg-gel szembeni abnormis érzékenység. A thermographia gyorsan és egyszerűen elvégezhető, a beteget egyáltalán nem terheli diagnosztikus módszer. Ezen tulajdonságai — amint ezt *Gemne és Swensson* (13) is hangsúlyozza, — nagy tömegek gyors szűrésére, tehát időszakos orvosi vizsgálatok céljára teszik leginkább alkalmassá. Ez az alkalmazási terület — legalább részben — kompenzálhatja az eljárás legnagyobb hátrányát, a készülék drágaságát is. Tapasztalataink alapján a magunk részéről a hideg-provokációval kombinált módszer alkalmazását ajánljuk.

Acciarri és mtsaival (18) egyetértésben érdekesnek tartanánk a thermographia alkalmazását, vagy legalább szélesebb körű kipróbálását a felvétel előtti (munkaalkalmassági) orvosi vizsgálatokban is. A módszer ugyanis alkalmasnak látszik egyrészt — oldalási differenciák feltárása révén — bizonyos anatómiai praedisponáló tényezők (fejlődési anomáliák, subklinikus obliterációk, stenosisok) felderítésére, másrészt a felső végtagok érrendszerének hideggel szemben tanúsított reakcióját, tehát az esetleges fokozott spasmuskésziséget képes demonstrálni objektív módon.

Legcélszerűbbnek látszik felvétel készítése a későbbi összehasonlítás céljára. Ez korai kórismét tehet lehetővé, hiszen mindenki önmaga legjobb

kontrollja. Ily módon korán — esetleg még praemorbid stádiumban — felszínre kerülhet a reakcióképesség megváltozása, amely korai kiemelés révén esetleg megelőzheti a vibrációs eredetű Raynaud-phenomen kifejlődését.

Összefoglalóan megállapítható tehát, hogy a thermographia alkalmasnak látszik a klinikai és profilaktikus (felvétel előtti és időszakos) orvosi vizsgálatok céljára.

Raynaud-syndromában szenvedők Dopplervizsgálatával kapcsolatban hazánkban *Kálinak* (20) vannak széles körű és kedvező tapasztalatai, amelyekkel a kórkép pathogenesiséről alkotott elképzeléseinket is lényegesen gazdagította. Nagyobb számú vibrációs betegről szóló beszámolót az általunk hozzáférhető külföldi irodalomban sem találunk. *Laroche* (21) ugyan megemlíti közleményében, mint diagnosztikus lehetőséget, de saját tapasztalatai neki sincsenek.

A Doppler-áramlásmérővel nyert eredmények majdnem olyan jó korrelációt mutatnak a panaszokkal, mint a thermographiás leletek. Alkalmas a módszer organikus obliterációk, sőt — *Káli és Urai* (21) tapasztalatai szerint — vállóvi vasculáris kompressziós syndroma kimutatására is. Hátránya viszont a munka- és időigényesség és — mivel acusticus információk észlelése a módszer döntő mozzanata — feltétele a nyugalmas vizsgálóhelyiség.

Más-más a két módszer teljesítőképessége olyan szempontból is, hogy a Doppler-áramlásmérővel a nagy arteriák vizsgálhatók az arteria digitalisok szintjéig bezárólag, míg a thermographia inkább az arteriolák szintjéről ad felvilágosítást. Ilyen szempontból a két módszer jól kiegészíti egymást.

A közelmúltban thermographiás adatokat Doppler-vizsgálattal összevetve *Mestres és mtsai* (23) Barcelonából érsebészeti anyagot ismertettek, s a diagnosztikában fontos és hasznos eszköznek tekintik mindkét módszert.

Tisztában vagyunk azzal, hogy eseteink száma csekély. Mindkét módszer értékelési szempontjainak kidolgozásához még nagyszámú vizsgálat végzésére és feldolgozására van szükség. Ez a munka folyamatban van, az eredményeket részletesen ismertetni fogjuk.

Közleményünk célja elsősorban az volt, hogy felhívjuk a vibrációs betegekkel foglalkozó kollégák figyelmét erre a két modern vizsgálómódszertre és röviden megismertessük őket ezek módszertani kérdéseivel.

Összefoglalás: A szerzők 30 vibrációs expozícióban dolgozó betegen végeztek vizsgálatot thermovízióval és Doppler-elven alapuló áramlásmérővel. Mindkét vizsgálómódszer jó korrelációt mutatott a klinikai képpel. Kedvező tapasztalataik alapján ajánlják mindkét módszer — hideg-provokációval kombinált — alkalmazását a vibrációs eredetű Raynaud-phenomen diagnosztikájában. A thermographiát egyszerűsége és gyorsasága alapján alkalmasnak vélik a vibrációnak kitett dolgozók felvétel előtti, de időszakos orvosi vizsgálatára is.

IRODALOM: 1. Nasu, Y.: Acta Thermographica. 1977, 2, 53. — 2. OMI Módszertani Útmutatója. Sportpropaganda. Budapest. 1977. — 3. Zsebők Z.: Az orvostudomány aktuális problémái. 1970, 2, 47. — 4. Csengődy J., Jámor Gy.: Orvosképzés. 1973, 48, 441. — 5. van Voss, H.: Colloque international de Thermographie med. Strasbourg. 1966, 26, 79. — 6. Bränemark, P. I.: Colloque international de Thermographie med. Strasbourg. 1966, 26, 69. — 7. Górski, Sz.: II. Eur. Congr. of Thermography. 1978, 225, 154. — 8. Acciarri, L., Carnevale, F., Grazioli, D.: Med. Lev. 1977, 68, 125. — 9. Beurey, J. és mtsai: J. Med. Lyon. 1972, 53, 1035. — 10. Fawer, R.: Arch. Med. Progr. 1976, 37, 739. — 11. Chudacek, Z.: Acta Thermographica. 1977, 2, 163. — 12. Adamski, M., Koradecka, D.: II. Eur. Congr. of Ther-

mography. Barcelona. 1978, 252, 153. — 13. Gemne, G., Swensson, A.: XVII. Int. Congr. on Occup. Health, Brighton, England. 1975, 9, 14. — 14. Koyama, Y., Auki, T., Matumoto, T.: II. Eur. Congr. of Thermography, Barcelona. 1978, 256, 154. — 16. Weill, F. és mtsai: Presse méd. 1969, 77, 629. — 17. De Renzis, C. és mtsai: II. Eur. Congr. of Thermography, Barcelona, 1978, 251, 152. — 18. Acciarri, L., Carnevale, F., Delle Selva, A.: Acta Thermographica. 1978, 3, 65. — 19. Oeser, R.: Z. Hyg. u. Grenzgeb. 1978, 24, 83. — 20. Káli A.: Orv. Hetil. 1976, 117, 3165. — 21. Laroche, G. P.: CMA Journal. 1976, 115, 1217. — 22. Káli A., Urai L.: Orv. Hetil. 1978, 119, 2553. — 23. Mestres, F. és mtsai: II. Eur. Congr. of Thermatography, Barcelona. 1978, 249, 151.

AZ BEMUTATÓTEREM

(Budapest, VI. Népköztársaság útja 36.)

1981. első félévi programja

Február 24–26.	TECHNIKON (Ausztria) Önálló kiállítás
Márc.–Ápr. 3.	Varimex Lengyel Külkereskedelmi Vállalat Önálló orvosi műszer és készülék kiállítása
Április 9–10.	HELLIGE (NSZK) Önálló kiállítás
Április 14–15.	OMKER BÖRZE – Salgótarjánban (Komárom, Pest, Nógrád, Heves megye részvételével)

A kiállítások megtekinthetők:

naponta 9–16 óráig

szombat–vasárnap zárva

Városi Kórház, Kiskunfélegyháza
Belgyógyászati Osztály
(főorvos: Tóth Sándor dr.)
Szegedi Orvostudományi Egyetem
I. Belgyógyászati Klinika
(igazgató: Varró Vince dr.)

A benignus szimmetrikus lipomatosisoról

Letoha Viktória dr., Karácsony Gizella dr.
és Tóth Sándor dr.

A benignus szimmetrikus lipomatosis (továbbiakban BSL) az emberi zsírszövet sajátos klinikai képpel járó, aránylag ritkán előforduló hiperpláziája. Az első eseteket *Madelung* közölte (18), 10 évvel később — 1898-ban — *Launois* és *Bensaude* „adénolipomatose symétrique diffuse a prédominance cervicale” néven leírták a kórkép főbb klinikai jellemvonásait. A szakirodalomban a BSL-t szokásos ezért *Launois*- és *Bensaude*-szindrómának is nevezni (17). A betegséggel kapcsolatos első hazai közlés *Szabó és mtsaitól* származik (25).

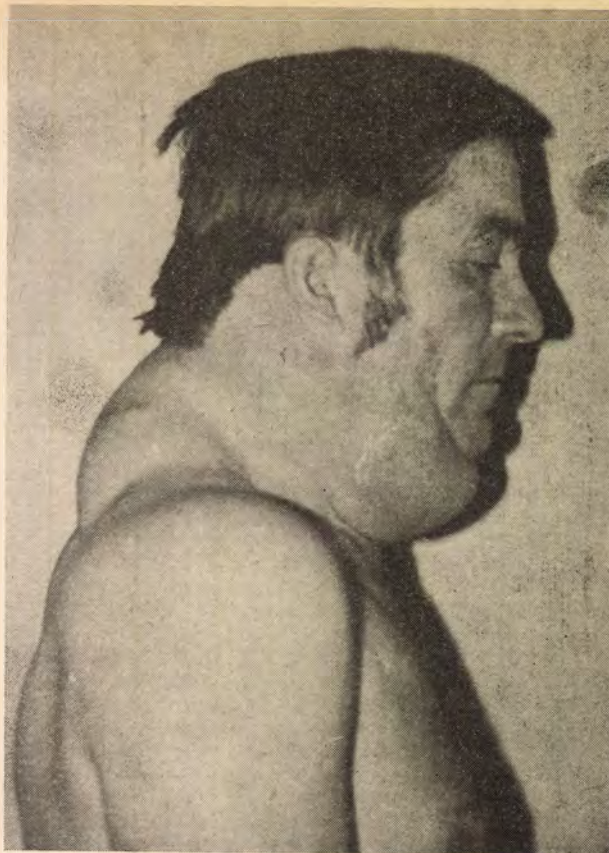
A BSL a 30-tól 60 éves férfiak (igen ritkán nők) megbetegedése. A sajátos helyeken megjelenő lipomák nagyon jellemzők. A nyak két oldalán, a supraclaviculáris és a retroauricularis régió lipomái a jól ismert „*Madelung*-nyakat”, a tarkótáji zsírszövet felszaporodása az ún. „*buffalo hump*”-öt („bölénypúpot”) okozza. A parotiszok táján megjelenő zsírszövet az arcnak hörcsögyszerű kifejezést kölcsönöz. Szimmetrikus lipomák lehetnek még a felkar proximalis részén, az axilláris, az umbilicalis és az inguinális régióban is.

A lipomák fokozatosan alakulhatnak ki, de rohamos kifejlődést is leírtak (1, 7, 22).

A BSL etiológiája és pathomechanizmusa egyértelműen nem tisztázott. Számos feltételezés mellett, a betegek döntő többségében észlelhető hepatomegalia és a kimutatható májfunkciós eltérések miatt az alkohol oki (vagy adjuvans) szerepe *Launois* és *Bensaude* közleménye óta napjainkig mindig felmerült. Az utóbbiak miatt tartjuk közlésre érdemesnek az alábbi, két betegünk esetét.

Esetismertetés

1. Sz. J. 36 éves férfibeteget 1976 augusztusában észleltük először osztályunkon. Elmondása szerint néhány hónapja vette észre, hogy nyakán, a tarkótájon



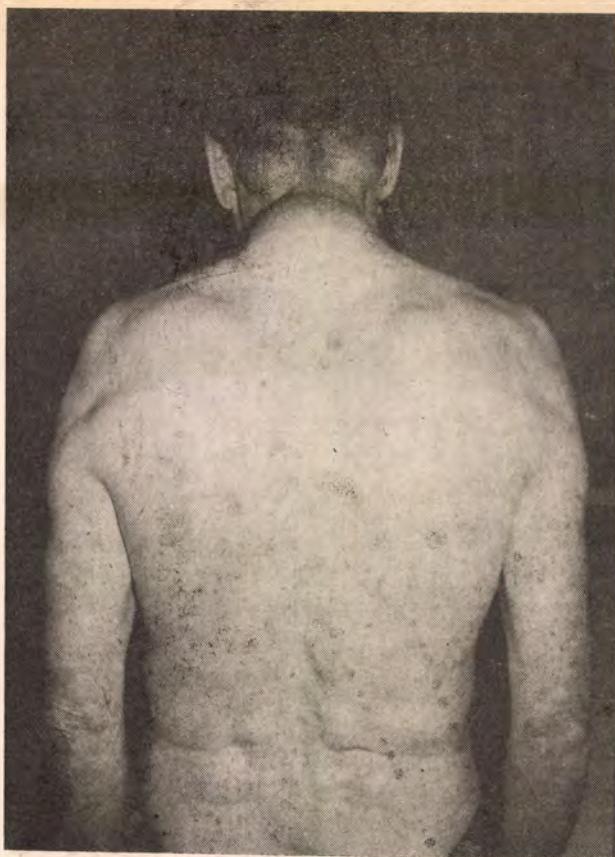
1. ábra: Sz. J. 38 éves betegünk műtét előtt

egy fájdalomtalan „daganat” van, amely fokozatosan növekszik. Egyéb panasza nincs, családi anamnesise negatív. Évek óta szeszfordében dolgozik és rendszeresen, jelentős mennyiségű alkoholt fogyaszt (kb. 120–180 g/die).

Fizikális vizsgálata során ekkor hátul a nyakon a tarkótájon férfiüknél nagyobb, mobilis, puha tapintatú rezisztenciát észleltünk. A máj 1 h. u.-val haladta meg a jobb bordaívét. Sem fizikális, sem laboratóriumi vizsgálattal más, kóros eltérés nem volt igazolható. A tarkótájon elhelyezkedő tumorból biopsia történt, melynek szövettani eredménye: A lebonyozott zsírszövet nagy részét érett zsírsejtek alkotják, kis göcökben kevés fiatal zsírsejt is előfordul. A nem malignus elváltozás a klinikai adatok figyelembevételével lipomatosis *colin*-nak megfelel.

Betegünk 1978-ban jelentkezett ismét osztályunkon azzal, hogy a „daganat” egyre jobban növekszik, a nyak két oldalán is terjed, fejének mozgását korlátozza, munkavégzésben zavarja. Fizikális vizsgálata során már jelentős nagyságú lipomák voltak a nyakon, a tarkótájon, az umbilicalis régióban és a mons pubis magasságában (1. ábra). A máj 3 harántujjal haladta meg a jobb bordaívét. A hasfalán enyhén tágult vénás hálózat volt megfigyelhető.

Laboratóriumi eredményei: Wgr.: 3 mm/6, htk.: 0,42 (42%), hb.: 2,18 mmol/l, hb/4: 8,7 mmol/l (14,1 g%), fvs.: 5,6 G/l, (5600), vércukor: 6,93 mmol/l (126 mg%), per os cukorterhelés: kóros eltérés nélkül, se-húgysav: 255 mmol/l (4,3 mg%), se-összfehérje: 73 g/l (7,3 g%), se-cholesterin: 4,21 mmol/l (162 mg%), se-triglycerid: 2,59 mmol/l (230 mg%), se-lipid elektroforézis: alfa normális, praebeta: emelkedett, béta: normális, chylomikron: negatív, IV-es típusú hyperlipoproteinaemia vethető fel, se-bi.: 27,3 mikromol/l (1,6 mg%), Thymol: 1,5 E, SGOT: 251 U/l (520 WE), gamma GT: 341 U/l. Egy hét eltelte után se-triglycerid: 1,17 mmol/l (104 mg%), se-bi.: 10,2 mikromol/l (0,60 mg%), SGOT: 22 U/l (47 WE), se-jód (PBJ), 17-ketosteroid ürítés: normális. Ezt követően a beteg máj-biopsia



2. ábra: T. I. 59 éves betegünk műtét előtt

történt: A mérsékelt fokú zsíros infiltrációt és jelentős sziderózist mutató májszövetben a periportalis kötőszövet felszaporodása látható, kezdődő septum képződéssel. A kötőszövetet kis kereksejtek enyhe mértékben infiltrálják. A szöveti kép kezdődő cirrrosisnak felel meg.

Az anamnestikus adatok, valamint a lipomák jellegzetes lokalizációja és a laboratóriumi leletek alapján a BSL diagnózisát állapítottuk meg. Mivel jelenleg a terápiát illetően még a sebészeti megoldásoké a vezető szerep, a beteget a SZOTE Szájsebészeti Klinikájára irányítottuk lipomáinak műtéti eltávolítása céljából.

2. T. I. 59 éves férfitbeteg 1980-ban került osztályunkra (2. ábra). Elmondja, hogy 10 évvel korábban „májmegnagyobbodás” miatt vizsgálták. (Leletekkel nem rendelkezik.) Körülbelül 3 éve vette észre a nyakán a jelenleg is észlelhető „daganatot”. Az elváltozás fokozatosan növekedett, az utóbbi hónapokban nyakának mindkét oldalán és a köldöktájékon is kisebb „csomókat” talált. Kissé étvágytalan, teltségérzete van, hasa puffad. Családi anamnesise negatív. Elmondása szerint évtizedek óta napi 1–1,5 liter bort fogyaszt. Fizikális vizsgálat során a tarkótájékon multiplex szimmetrikus lipomák, retroauricularisan mindkét oldalon női ökölnyi, az umbilicalis régióban diónyi, cseresznyéni lipomák láthatók. A máj 4 harántujjal haladja meg a jobb bordaívét. Mérsékeltén tágabb hasfali vénák láthatók. Más lényeges fizikális eltérés nincs.

Laboratóriumi eredményei: Wgr.: 19 mm/ó, htk.: 0,52 (52%), hb.: 2,6 mmol/l (16,8 g%), fvs.: 6,0 G/l (6000), vércukor: 4,9 mmol/l (89 g%), per os cukorterhelés: kóros eltérés nélkül, se-húgsav: 309 mikromol/l (5,2 mg%), se-összfehérje: 83 g/l (8,3 g%), se-cholesterin: 7,8 mmol/l (301 mg%), se-triglycerid: 2,33 mmol/l (207 mg%), se-bi.: 35,9 mikromol/l (2,1 mg%), Thymol: 2,4 E, SGOT: 22 U/l (47 WE), gamma GT: 85 U/l, se-jód: (PBJ) vizelet 17-ketosteroid ürítés: normális. Selipid elektroforezis: praebeta, béta-lipoprotein: emelkedett, chylomikron: negatív. II. B. típusú hyperlipo-

proteianemia. A máj-biopsia szövettani eredménye: A közepes fokú zsíros infiltrációt mutató májszövetben a periportalis kötőszövet enyhe felszaporodása látható, melyet kevés kis kereksejtes beszűrődés is kísér. A leírtak steatosis hepatitis stadium II.-nek felelnek meg. A kivizsgálás után betegünkben BSL-t diagnosztizáltunk és a lipomák műtéti eltávolítása céljából kórházunk Sebészeti Osztályára helyeztük át. Az eltávolított anyag szövettani vizsgálati eredménye az előző betegismertetésnél részletezett zsírszövet-elváltozásokkal mindenben megegyezett.

Megbeszélés

A lipogenezis és a lipolízis folyamatát a táplálkozási viszonyok, ill. hormonális és idegi tényezők szabályozzák. A lipoma specializálódott mezenchyma sejtekből fejlődik ki; zsírtartalma független a gazda szervezet tápláltsági fokától és kivonja magát annak élettani szabályozó mechanizmusai alól. A tokkal nem rendelkező, de körülírt zsírszövet proliferáció autonóm jellegét, minden más daganathoz hasonlóan az is bizonyítja, hogy perzisztálását extrém mérvű lesóványodásnál is megfigyelték (17).

BSL-ben az eltávolított daganatok multilobuláris felépítésűek, sárgásfehér színűek. A lipomának nincs tokja, esetleg „ál”-tok veheti körül. Szövettanilag a lipoma hipertrofizált zsírsejtekből és laza kötőszövetből áll (12, 18, 19, 26). Kialakulásában felvetik örökletes tényezők szerepét és leírták familiáris halmozódását (20, 21). Közöltek neurológiai kórképekkel (6), valamint a lipid metabolizmus (8, 9, 13), a purin (23, 24), ill. a cukorháztartás zavaraiával társult BSL-t (2, 2, 23).

Az a tény, hogy a betegség majdnem kizárólag férfiakon fordul elő, felvetette az endokrin háttér lehetőségét is. Kahn (15), Deparis (3) és Grivau (9) férfitbetegeiken a 17-ketosteroid ürítés csökkenését, az oestrogenek emelkedését és feminizálódást észleltek. Ezeket az eltéréseket azonban betegek különböző mérvű máj-laesióival hozták összefüggésbe.

Igen érdekes Kodish feltételezése (16). Ismeretes, hogy a barna zsírszövet, amely újszülöttkorban a hőszabályozás fontos szerve (4, 5, 11, 14), a szimpatikus idegrendszer érettségével párhuzamosan atrofizál, de kis sejtszigetek formájában felnőtt korban is fennmarad. Mivel a BSL-s betegek lipomáinak lokalizációja hasonló az újszülött barna zsírszövetéhez, a szerző feltételezi, hogy a szimpatikus denerváció következtében a felnőtt korban perzisztáló barna zsírszövet szigetek hiperplaziájáról lehet szó. A szimpatikus denervációt a szerző alkohol indukálta anyagcsere-zavarral hozta kapcsolatba.

Az alkohol szerepét — mint említettük — Lau-nois és Bensaude is felvetették. Deparis irodalomból összegyűjtött 60 esetéből 35 egyértelműen alkoholista volt (3). Häupli 7 saját és a szakirodalomban 1968-tól 1979-ig közölt 20 esete közül 25-nél volt egyértelmű az excesszív alkoholfogyasztás (10). A betegekben észlelhető máj-laesiót e szerzők alkoholos hepatopathiának; a BSL-t az alkoholos hepatopathia egyik ritkább szimptomájának tekintik.

Eseteink családjában BSL nem fordult elő. Orvosi neurológiai eltérés sem volt kimutatható. Szénhidrát és purin anyagcseréjük normális volt. Vizsgálataink az endokrin rendszer lényegesebb zavarát sem tárták fel.

Mindkét betegben felvételük napján emelkedett volt a szérum triglycerid szint, illetve egyes lipoid frakciók. Ezzel párhuzamosan a szérum-bilirubin, az SGOT, a gamma-GT is magasabb értéket mutatott. Az osztályos megfigyelés közben — alkohol absztinencia mellett — a fenti paraméterek normalizálódtak, így biztosra vehető, hogy a hyperlipaemiát az otthoni alkohol abuzus indukálta. Hasonló jelenséget figyelt meg Häuptli betegein (10).

A májelváltozás jellegét, és azt a tényt figyelembe véve, hogy a BSL-nek a leggyakoribb kísérőjelensége az alkoholizmus; Caroli és Bensaude feltevése a BSL etiológiáját illetően igazoltnak tűnhet (1).

Az alkoholizmus széles körű terjedését mégsem követte a BSL eseteinek halmozódása. Joggal feltételezhető tehát, hogy a BSL multifaktoriális eredetű kórkép, ahol több komponens egyidejű jelenléte szükséges ahhoz, hogy a betegség klinikai képe kifejlődjön.

Az alkohol permisszív szerepe a kórkép kialakulásában logikusnak látszik, ezért a lipomák eltávolításán túlmenően, az alkohol absztinencia a terápia (vagy prevenció?) alapja.

Összefoglalás: A szerzők két benignus szimmetrikus lipomatososisban (Launois—Bensaude-szindrómában) szenvedő betegük esetét ismertetik.

Megállapítják, hogy az irodalmi adatok a betegség patogenezisének illetően nem egyértelműek, felmerül az alkohol permisszív szerepe is. Felvetik, hogy a lipomák műtéti eltávolításán túlmenően az alkohol absztinencia a terápia (vagy prevenció?) alapja kell, hogy legyen.

IRODALOM: 1. Caroli, J., Bensaude, A.: Documentaire Méd. 1938, 33, 15. — 2. Colwell, J. A., Cruz, S. R.: Diabetes 1972, 21, 13. — 3. Deparis, M. és mtsai: Rev. int. Hépat. 1968, 18, 799. — 4. Donhoff Sz., Heim T., Szélényi Z.: Wien. klin. Wschr. 1967, 79, 464. — 5. Fanconi, G., Wallgren A.: Lehrbuch der Pädiatrie. Schwabe et Co. Basel. 1972. 292. o. — 6. Fessel, W. J.: Brain 1971, 94, 531. — 7. Germain, P., Deville, J.: Cah. méd. France 1971, 12, 1263. — 8. Grenn, L. M. és mtsai: Am. J. Med., 1971, 48., 239. — 9. Grivaux, M. és mtsai: Sem. Hon. Paris 1969, 45, 1958. — 10. Häuptli, W. és mtsai: Schweiz. med. Wschr. 1979, Suppl. 9. — 11. Heim T., Kellermayer M., Dani M.: Acta Paed. Acad. Sci. Hung. 1968, 9, 109. — 12. Herrmann, W. P., Aulepp, H.: Z. Hautkr. 1977, 52, 354. — 13. Hoeft, R. J., Qazi, H. M.: Plast. and Reconst. Surg. 1976, 58/5, 626. — 14. Hollemberg, C. H., Angel, A., Steiner, G.: Canad. Med. Ass. J. 1970, 13/8, 843. — 15. Kahn, M.: Thése. Paris. 1961. — 16. Kodish, M. E., Alsevar, R. N., Block, M. B.: Metabolism. 1974, 23, 937. — 17. Launois, P. E., Bensaude, R.: Presse méd. 1898, 6, 293. — 18. Madelung, O. W.: Langenbecks, Arch. klin. Chir., 1888, 37, 106. — 19. Mardomingo, V. P., és mtsai: Rev. clin. esp. 1972, 126, 433. — 20. McKusick, V. A.: J. Chronic. Dis. 1962, 15, 417. — 21. Michon, P.: Presse méd. 1936, 44, 663. — 22. Portmann, M., Abadie, C.: Rev. Laryng. (Bordeaux) 1952, 73, 502. — 23. Springer, M. A., Whitehouse, J. C.: Plast. Reconstr. Surg. 1972, 50, 291. — 24. Strange, D. A., Fessel, W. J.: JAMA 1968, 204, 330. — 25. Szabó Gy. és mtsai: Orv. Hetil. 1972, 113, 2652. — 26. Taylor, L. M., Beahrs, O. H., Fontana, R. S.: Mayo Clin. Proc. 1961, 36, 96.

VITAMIN E

KAPSZULA 100 MG, OLAJOS INJEKCIÓ 30 MG.

ÖSSZETÉTEL: 1 kapszula 100 mg tocopherolum aceticum, 1 amp. (1 ml) 30 mg tocopherolum aceticum hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK: Felnőttek: Sterilitás, habitualis abortus, abortus imminens, terhesség és lactatio alatt a fokozott E-vitamin szükséglet kiegészítésére, oligo- és amenorrhoea, menopausa-syndroma. Endarteritis obliterans, localis keringési és trophias zavarokon alapuló végtag-megbetegedések. Gyerekek: Újszülöttkori scleroderma, atrophia, dystrophia, coeliakia, sprue, malabsorptio, epe-út-záródás, csökkent capillaris resistenciával járó kórállapotok, égésbetegség, dystrophia musculorum progressiva.

ADAGOLÁS: Felnőttek: Általában hetente 1–2 alkalommal napi 1–3 kapszula vagy hetenként 2–3 amp. im. Menopausa-syndroma kezelésére naponta 2–3 kapszula, 2–3 hétig, ha a panaszok csökkennek, másodnaponta 1 kapszula további 5–6 héten át. Habitualis abortus, abortus imminens esetén adagja allyloestrol tartalmú készítményekkel (pl. Turinallal) kombinálható. Súlyosabb esetekben napi 150–180 mg im.

Gyerekek: Általában 3–12 hónapos korig napi 0,3–1,0 ml im. 1–14 évesig hetente 2–3 alkalommal 1 kapszula vagy 0,5–1,5 ml im. naponta. Ezek az adagok kb. a feltételezett napi szükségletnek felelnek meg (substitutio adagok). Farmakológiai hatás elérésére (pl. égésbetegségekben), dystrophia musculorum progressivában, ezeknek az adagoknak sokszoros (5–10-szeres) adandó.

Újszülöttkori sclerodermában 0,3–0,5 ml im., 2–5 napon át.

Hazai vizsgálatok alapján indokoltnak látszik a mesterségesen táplált csecsemőket (2–12 hó között) a hiányállapot (alacsony vérszint) elkerülése végett E-vitamin substitúciójában részesíteni.

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

CSOMAGOLÁS: 10 db kapszula

5 × 1 ml ampulla

értékesítési díj: 6,60 Ft.

értékesítési díj: 3,30 Ft.

Kőbányai Gyógyszerárugyár Budapest

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 neheztett vénás visszafolyás miatt.

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

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

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

Nodus haemorrhoidalis kezelésére, főleg gyulladt csomók esetén.

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

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

A arteriális rendszer sikeres rekonstrukciós műtéteit követő ún. revascularisatiós oedema befolyásolására.

Primer és sekunder lymphoedema esetén.

Injekció: Általában akut phlebologiai elváltozások:

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

Nodus hemorrhoidalis kezelésére gyulladt csomók esetén.

ELLENJAVALLATOK: Jelenleg nem ismeretesek.

ADAGOLÁS:

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

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

A kapszulát étkezés közben, rágás nélkül kell lenyelni.

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

Indokolt esetben a napi 600 mg-ot is túl lehet lépni (maximálisan 3×1 –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,
20 ampulla,

térítési díja: 31,80 Ft.
térítési díja: 35,40 Ft.

ELŐÁLLÍTÓ:

BIOGAL Gyógyszergyár, Debrecen



ZYMA AG (Svájc) licencia alapján.

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

Szülés közben súlyos hasúri vérzést okozó kiterjedt kismencedencei endometriosis

Solymos Árpád dr., Csömör Sándor dr.,
Berk István dr. és Csapó Zolt dr.

Az endometriosis, melyet Green (13) a XX. század betegségének nevez, szegényes klinikai tünetek mellett súlyos szövödmények forrása is lehet. A múlt századi úttörő közlések után (Rokitansky 1860, Recklinghausen 1895, Cullen 1897), a század elejétől egyre szaporodik a betegség pathogenesisével, a formák elkülönítésével, kezelésével, valamint a ritkán előforduló, szövödményes esetekkel foglalkozó közlemények száma. Klinikailag főleg azok az esetek jelentősek, amelyekben az endometriosis a belső genitáliák mellett ráterjed a kismencedence vagy a hasüreg egyéb szerveire is (22), komoly differenciál-diagnosztikai és ellátási problémákat okozva. További nehézséget jelent, ha az endometriosis terhelességgel együtt fordul elő.

Esetünket azért tartjuk közlésre érdemesnek, mert az endometriosis főleg a méh körüli kötőszövetre lokalizálódott, hydrouretert, nephrosclerost, hypertoniát okozott, s a szülés megindulása-kor életveszélyes hasúri vérzést eredményezett.

Esetismertetés

V. K.-né 36 éves primigravidát 1979. XII. 6-án 14.45-kor, terhelességének 37. hetében a mentők szállítják klinikánkra shock-állapotban. Anamnézisében néhány éve észlelt, tisztázatlan eredetű hypertonián kívül más említésre méltó adat nem szerepel. A szülés várható ideje 1979. XII. 27. Terhelessége II. trimeszterétől hypertonia (160–180/100 Hgmm), majd ráépült toxemia (mérsékelt proteinuria, enyhe oedema) miatt járóbetegként terhespatológiai és belgyógyászati ellenőrzés alatt állt és gyógyszeres kezelésben (Trasicor, Seduxen, Brinaldix, Tendor, Diaphyllin) részesült.

Felvételi status: anaemiás, sápadt, shock-állapotban lévő grávida. Radialis pulsus: 132/min., filiformis alig tapintható. RR 70/40 Hgmm. 37 hetes terhelesség. A magzat elől fekvő része a medencebemenetre illeszkedő koponya. Álló burok. 60/min. bradycardiás magzati szív működés. Fájdásai felvétele előtt két órával kezdődtek. A has előredomborodó, diffúze mérsékelt

nyomásérzékeny, legkifejezettebben a bal alhasban. Defense nincs. Hüvelyi vizsgálat: megtartott portio, zárt méhszáj, vérzés nincs. Csapókor a húgyhólyagból 100 ml véresen festenyzett vizelet ürül. Fehérje +, genny, cukor: neg.

Tekintettel az anya súlyos shock-állapotára, a magzat fenyegető méhen belüli asphyxiájára, méhrepedés gyanúja miatt azonnal császármetszést végzünk. A hasüregben nagy mennyiségű friss, illetve részben megalvadott vért találunk. A 2600 grammos élő fűmagzat (a köldökzsinór kétszer a nyakon), 1 perces Apgar értéke: 1. Eredményes resuscitatio és néhány óras intenzív ápolás után állapota rendeződik.

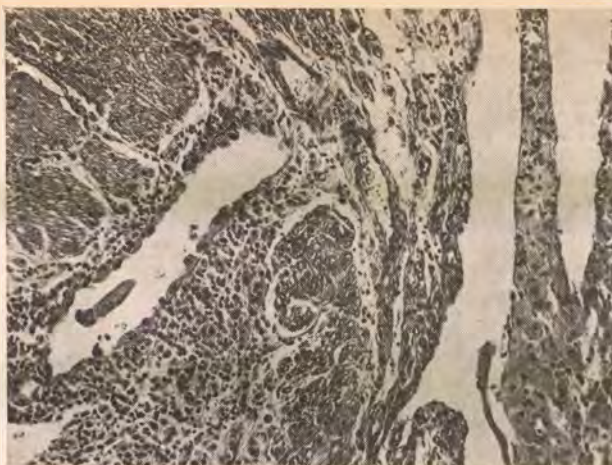
A hasi revízió után kiderül, hogy a kismencedence bal oldalon, részben az uterus mögött fibrint, törmelékes szövetmasszába tapadva női ökölnyi ovarium cysta foglal helyet, amelynek mobilizálásakor, ágyából friss vérzést kapunk. A hasüregben levő szabad vér nyilván erről a helyről származik, mert az uteruson sérülés nincs. A tumorszerű törékeny szövet ráterjed a méhfal bal alsó oldalára, a sacrouterin szalagokra, a parametriumra, magába foglalta a bal oldali arteria uterinát és a bal uretert is. Az uretert függelékeivel együtt eltávolítjuk.

Az ujjnyira tárgult bal ureter fala az arteria uterinával való kereszteződés helyén roncsolódott, fibrin lepedékkel fedett. Műtét alatt chromocystoscopy vizsgálat történik, amelynek során a hólyag nyálkahártyája és az ureter szájadékok épek bizonyulnak. Az intravénásan adott indigocarmin jobb oldalról 4 perc múlva megjelenik. Bal oldalról indigóürülés 10 perc múlva sem látható, ezért ureter-cathetert próbálunk felvezetni. A szájadék felett 1,5 cm-re az ureter-catheter elakad. A hasüreg felől tapintással ellenőrizve a jobb vese rendes nagyságú, a bal oldali hegesen zölddiónyira zsugorodott. Az uretert borító bevérzett törmelékes szövet eltávolítása közben az ureterfal átszakad, és kiderül, hogy az ureter lumenét is vérzékeny szövetmassza tölti ki. Tekintettel a beteg általános állapotára, urológus véleménye alapján az említett ureterszakaszt resécáljuk, a csontot lekötjük, a működésképtelen bal vese eltávolításától eltekintünk. Vérzéscsillapítás és a műtét terület drenálása után a hasat zárjuk. A műtét alatt 1800 ml csoportazonos vér transfúziója után a beteg állapota kielégítő. A beteg a műtét utáni 12. napon egészséges gyermekével együtt távozik.

Morphológiai vizsgálatnál az uterus 830 g súlyú, 19×13×10 cm nagyságú. A mellső falon a cervixen, 1 cm-rel a cervix-corporis határ alatt, 10 cm-es hátrátmetszés van. A méh belfelülete egyenetlen, véralvadékkal, szövetfoszlányokkal fedett. A méhhez összefüggésben levő, kiszélesedett bal oldali parametrium részben, a mesovariumban, valamint a bal ovarium hilusában bevérzett, morzsalékos szövetszaporulat látható. A bal petefészekben 9×7×5 cm nagyságú, 1 mm falvastagságú tömlő képződött, amelynek üregét decomponált, csokoládészerű vér tölti ki.

A jobb adnexum kórosat nem mutat. Külön érkezett az 5 cm hosszú ureterdarab, amelynek fala megvastagodott, üregében törmelékes anyag található.

Szövettani vizsgálat: a méh belfelületén bevérzett, gócos necrosisokat mutató terhelességi decidua látható. A megvastagodott izomrostok közötti kötőszöveti seitek deciduális reakciót mutatnak. A cervixben, a bal oldali parametriumban, a mesovariumban, a bal oldali ovarium hilusában és az ureter falában deciduálisan átalakult, gócosan bevérzett endometrium szigetek találhatók (1. ábra). Egy helyen az ureter falában levő endometrium sziget polypszerűen a lumenbe emelkedik, az ureter szűkületét eredményezve (2. ábra). A bevérzett területeken friss, és kilúgozott vvt-k, illetve haematoidin és haemosiderin rögök észlelhetők. A parametriumban a friss szövetközi vérzést leukocyták felszaporodása kíséri. A bal ovariumban levő tömlő falát hyalinosan elfajult kötőszövet képezi. A belfelületén haemosiderin rögök láthatók. Szövettani diagnózis: Endometriosi interna et externa extensa (cervicis, parametrii, ovarii, mesovarii et ureteris sinistra), inde transformatio deciduális.

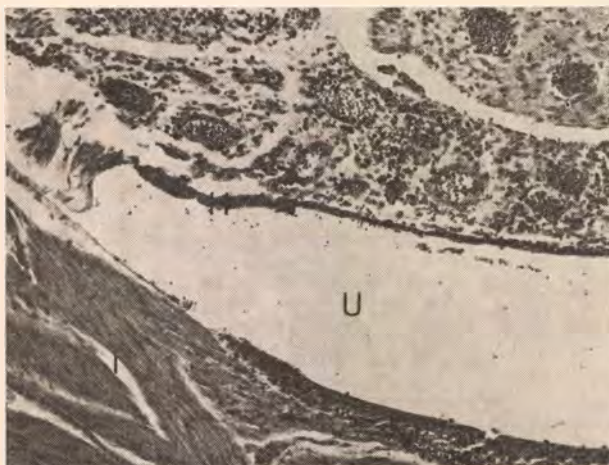


1. ábra: Endometriosis parametria lateralis. A decidualisan átalakult endometriumsziget felületesen a méh izomzatába is benyomul (H. E. 40X)

Megbeszélés

A kiterjedt kismencedei endometriosisból eredő, szülés közben kialakult életveszélyes szövődmenyt elemezve, három kérdéscsoportot tekintünk át.

Endometriosis és terhesség: Goodall (12) 1944-ben megállapította, hogy az aktív endometriosis sohasem társul terhességgel. Luther (cit. Patat) (25) esetei közül csak 14%-ban szerepel az előzményben graviditás. Andrews és Larsen (4) szerint az extensív kismencedei endometriosis és a terhesség együttes előfordulása ritkaság. Klinikánkról 1969-ben Tóth és Kovács (29) számolt be szülési akadályt képező endometriosisos cystáról. Endometriosis mellett kiviselt terhességet ismertetett Franz (cit. Patat) (25). Clement (7), sigma endometriosis terhességgel való szövődését közölte. Hagymányos idézni McArthur és Ulfelder 1965-ös dolgozatát (24): összegyűjtötték az addig publikált, kiterjedt endometriosisal szövődött terhességek adatait. Ezekkel együtt a napjainkig ismertetett esetek száma nem éri el a harmincat. Steinberg (28) megfigyelése szerint a terhesség alatt az endomet-



2. ábra: Endometriosis ureteris. A decidualisan átalakult endometriumsziget az ureter üregébe emelkedik, a lument szűkíti. (U: ureter lumene, H: átmeneti hám, I: izomréteg. H. E. 40X)

riosis regressiót mutat. Tóth és Kovács (29), McArthur és Ulfelder (24) viszont körületekintésre intenek, mert az endometriosis terhesség alatti viselkedése változó. Progressio és regressio egyaránt előfordulhat. A progestatív kezelés kérdéseiben is ellentmondóak a vélemények. Kistner (18, 19) és Lavelle (23) a klinikai tünetek javulását figyelte meg, míg Langmade (21), Weed és Holland (32) a sárgatest hormonkészítmények szöveti oedemát és necrosist okozó hatása miatt a sebészi kezelést helyezik előtérbe.

Az ureter endometriosisa: Kerr (17) tanulmányában ismerteti az ureter endometriosis két különböző formáját. Az első (intrinsic vagy primer) formában maga az ureter a betegség helye. Durfee (cit. Langmade 21) ezt a formát további két alcsoportra osztja: az egyikben az ureter megvastagodott falában fibrotikus szövetrel körülvett endometriosis található, a másikban az endometriosisos szövet polypszerűen benő az ureter lumenébe, azt jelentősen vagy teljesen elzárva. A második fő forma az extrinsic vagy secunder, amely az uretert kívülről comprimalja. Kerr megjegyzi (17), hogy az intrinsic és extrinsic forma élesen nem különíthető el, és az akadémikus véleményeket az táplálja, hogy a kevés ismertetett eset a felfedezés időpontjában a betegség adott fejlődési állapotát tükrözi. Ezt régebbi hazai és külföldi megfigyelések is alátámasztják, amelyek szerint a húgyúti endometriosisos előzetes kismencedei focusból származnak (27), a terjedés útja endovénás és endolymphás (2, 15, 16). Az esetünkben észlelt kiterjedt folyamat mindkét kórképfórmát produkálta.

A húgyvezető endometriosisa ritka. Hauser (cit. Zsigmond (33), 1978-ban 10, Kerr 1966-ban (17) 47, Abdel Shahid és mtsai (7) 1974-ben 86 esetet gyűjtöttek össze. Az elmúlt öt évben csak szórványos közlések találhatók (5, 8, 9, 10, 11, 21, 23, 26, 30, 31). A hazai irodalom egy esetet említ (33). A publikált ureter endometriosisos kórképek száma összesen 100 alatt marad, s egyetlen esetet sem találtunk terhességgel szövődve.

Lavelle írja, hogy az endometriosis okozta obstruktív uropathia kezdetben legtöbbször tünetmentes (23). A felfedezés időpontjában a vese szöveti és funkcionális vesztesége átlagban már 30%-os, de előfordul az érintett vese teljes pusztulása is. Langmade (21) is megerősíti, hogy a kismencedei endometriosis képes teljes ureter-elzáródást okozni szegényes nőgyógyászati tünetek mellett. Kerr (17) az esetek felénél tesz említést a deréktáji vagy alhasi fájdalomról, 13%-ban időszakos haematuriáról. Nőgyógyászati tüneteket (rendetlen vérzés, tapintható kismencedei resistentia) 28%-ban talált. Az általában egyoldali elváltozás (hydrourter, hydronephrosis, pyelonephritis zsgorvese), valamint a magas vérnyomás kapcsolatáról csak Greenhalf és de Vere tesz említést (14). Betegünket a terhesség II. trimeszterétől gondozás alatt tartottuk. Nem működő bal oldali zsgorveséje a terhesség alatt urológiai tüneteket nem okozott, és a hypertóniával való összefüggése csak utólag derült ki.

A szülés alatt kialakuló súlyos hasüri vérzés: Carmichael és mtsai (6) endometriosisból eredő

hasúri vérzésről írnak, de az ismertetett beteg nem volt terhes, Kuncz és mtsai (20) „decidualisan átalakult nagycseplesz”-ből származó vérzést ismertet. Anderson és Edmond (3), Steinberg (28) terhesség alatt észlelt csokoládécysta rupturáról, Clement (7) endometriosisos bél-perforatio következtében kialakult peritonitisről számolnak be, de hasúri vérzés nélkül. A közlemények közös tanulsága, hogy az endometriosis sérülése mechanikus tényezők következménye volt (köhögés, bélgörcsök). Esetünkben a vérzés oka a szülés megindulása, a méh contractiója volt.

Szülés alatt, kismencedei endometriosisból származó hasúri vérzésről eddig nem volt ismeretünk. A tünetek alapján először uterus rupturára gondoltunk, majd a makroszkópos kép neoplasma gyanúját vetette fel. A diagnosist végül a szövettani vizsgálat tisztázta.

Az acut intrauterin foetalis distress oka első sorban az anya vérvesztéses shock-állapota volt, bár a toxemia és a köldökzsinór-hurkolódás szerepét is figyelembe kell venni.

Végezetül érdemes hangsúlyoznunk, hogy az anyai mortalitás további csökkentésében egyre nagyobb teret kap a ritka kórképek kellő időben történő felismerése és megfelelő ellátása, azaz e területen megváltozik az úgynevezett raritás gyakorlati jelentősége.

Összefoglalás: A szerzők szülés kapcsán észlelt kiterjedt kismencedei, ureterelzáródást és következményes nephrosclerosist, hypertóniát okozó endometriosis esetét ismertetik, amely életveszélyes intraabdominalis vérzést okozott. Az irodalomban egyedülálló összetett szülészeti szövődmény kapcsán elemzik az endometriosis és a terhesség, az

ureter-endometriosis és következményei, valamint az endometriosisos folyamatból származó szülés alatti hasúri vérzés problémáit.

IRODALOM: 1. Abdel Shahid, R. B., Beresford, J. M., Curry, R. H.: Obstet. Gynec. 1974, 43, 113. — 2. Agoston J., Rechnitz K.: Magy. Nőorv. L. 1959, 22, 40. — 3. Anderson, M., Edmond, R. M.: J. Obstet. Gynaec. Brit. Cwlth. 1974, 81, 907. — 4. Andrews, W. C., Larsen, G. D.: Amer. J. Obstet. Gynec. 1974, 118, 643. — 5. van Bogaert, L. J. és mtsai: J. Gynec. Obstet. Biol. Reprod. 1976, 5, 15. — 6. Carmichael, J. L. és mtsai: Sth. Med. J. 1972, 65, 301. — 7. Clement, P. B.: Brit. J. Obstet. Gynaec. 1977, 84, 548. — 8. Fransen, G. és mtsai: Acta Urol. Belg. 1975, 43, 41. — 9. Fujita, K.: J. Urol. 1976, 116, 664. — 10. Gírl, J. és mtsai: Cesk. Radiol. 1976, 30, 113. — 11. Gomes-Agudo, M. és mtsai: Acta Urol. Esp. 1978, 2, 91. — 12. Goodall, J. R.: A Study of Endometriosis. Lippincott, Philad. 1944, p. 284. — 13. Green, T. H., Jr. (ed.) Endometriosis. Clin. Obstet. Gynec. 1966, 9, 269. — 14. Greenhalf, J. O., de Vere, R. D.: J. Obstet. Gynaec. Brit. Cwlth. 1973, 80, 754. — 15. Halban, J.: Arch. Gynäk. 1924, 124, 457. — 16. Javert, C. T.: Amer. J. Obstet. Gynec. 1951, 62, 477. — 17. Kerr, W. S., Jr.: Clin. Obstet. Gynec. 1966, 9, 331. — 18. Kistner, R. W.: Amer. J. Obstet. Gynec. 1958, 75, 264. — 19. Kistner, R. W.: Fert. Ster. 1965, 16, 61. — 20. Kuncz D., Tóth J. J., Zentay F.: Magy. Nőorv. L. 1959, 22, 41. — 21. Langmade, C. F.: Amer. J. Obstet. Gynec. 1975, 122, 463. — 22. László J., Gaál M.: Nőgyógyászati Patológia. 2. kiadás, Medicina, Budapest, 1976. p. 440. — 23. Lavelle, K. J., Melman, A. W., Clearu, R. E.: J. Urol. 1976, 116, 665. — 24. McArthur, J. W., Ulfelder, H.: Obstet. Gynec. Surv. 1965, 20, 709. — 25. Patat, P.: Magyar Nőorv. L. 1954, 17, 307. — 26. Revol, M. et al.: J. Urol. Nephrol. 1977, 83, 846. — 27. Stanley, K. E., Jr., Utz, D. C., Dockerty, M. B.: Surg. Gynec. Obstet. 1965, 10, 491. — 28. Steinberg, P.: West J. Surg. Obstet. Gynec. 1962, 70, 244. — 29. Tóth F., Kovács I.: Magy. Nőorv. L. 1969, 32, 464. — 30. Traub, Y. M. et al.: Brit. J. Urol. 1976, 48, 27. — 31. Wau, S. et al.: Brit. J. Urol. 1976, 48, 38. — 32. Weed, J. C., Holland, J. B.: Fert. Ster. 1977, 28, 135. — 33. Zsigmond Z.: Magy. Nőorv. L. 1951, 14, 208.

MEGRENDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett

az **ORVOSI HETILAP**-ot

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



BESZÁMOLÓK, JEGYZŐKÖNYVEK

A FIGO munkaértekezlete az Anya és Újszülött ellátás új megközelítéséről az elsődleges egészségügyi ellátás keretében. (Tokyo, 1979. október 22–24.).

A FIGA munkabizottsága Tokióban 1979. október 22–24-ig ülésezett a IX. Szülészeti és Nőgyógyászati Világkongresszust megelőzően. Az értekezlet az alábbi feladatokat kívánta megoldani:

1. Áttekinteni az anyai és perinatális ellátás közelmúltbeli fejlődését az egészségügyi alapellátás keretében.

2. Megvitatni a megközelítési lehetőségeket, és ajánlásokat kidolgozni a különböző szociális és környezeti körülmények között és különböző színvonalon levő egészségügyi ellátás számára (beleértve az oktatás és ellátás módszereinek kutatását is).

3. Szerkinteni az érdeklődést új anyavédelmi, gondozási módszerek iránt, és ezek alkalmazására ajánlatokat tenni a FIGO kongresszusnak.

A FIGO munkabizottságának ülésén Burma, Kamerun, Kolumbia, India, Indonézia, Japán, Malajzia, Marokkó, Nigéria, Fülöp-szigetek, Portugália, a Koreai Köztársaság, Sri Lanka, St. Vincent, Szudán, Thaiföld és az Egyesült Királyság, valamint az ICM és a WHO titkárság képviselői vettek részt.

A résztvevők egyetértettek abban, hogy a szociális és kulturális tényezők döntőek a reprodukciós egészség és a családszerkezet vonatkozásában általában, de hatásuk a különböző vidékeken eltérően érvényes. Külön figyelmet fordítottak a fejlődő országok gondjaira.

Az anya és gyermek egészségét befolyásoló tárgyalt fő szempontok: a táplálkozás, az infectio és a nem akadályozott fertilitás voltak. Ezek a tényezők nagyrészt a szegényes társadalmi-gazdasági viszonyokkal kapcsolatosak.

További fontos, a család egészségét befolyásoló szempontok: a nő helyzete a közösségben, a fogamzásgátlással összefüggő kulturális tényezők (beleértve a művi vetélést és a sterilizálás alkalmazását), az oktatás, a családi életre vonatkozó és a szexuális nevelés kérdései. Fontos szempont a család egészségügyi ellátásának minősége és hozzáférhetősége, beleértve a családtervezést és ezeknek a szolgáltatásoknak a helyi hagyományos egészségügyi ellátással való kapcsolását.

Jelenleg a világnépességnek kétharmada a modern egészségügyi ellátás vívmányaihoz nem tud közvetlenül hozzájutni. A problé-

ma különösen a fejlődő országok mezőgazdasági és a városokat körülvevő területein időszerű, ahol a gyorsan növekvő népesedés az ellátás hiányosságaihoz és a hagyományos család- és közösség felbomlásához vezetett. A hiányos ellátásban az anyák és gyermekek egészségének problémája részben fokozott veszélyeztetettségük, részben nagy számuk miatt különösen jelentős. Az ezredfordulóra két és fél milliárd gyermekre lehet számítani, és nehéz lesz elérni a WHO-nak a célját, hogy 2000-ben mindegyikük elfogadható egészségügyi ellátást kaphasson.

Legtöbb országban a jól képzett személyezettel és drága felszereléssel rendelkező kórházi gyógyító ellátásnak van elsőbbsége az egészségügyben, míg az alapellátás és a megelőzés elhanyagolt, jöllehet annak fejlesztése eredményesebb, és sokkal olcsóbb lenne. Az anyai és gyermekegészségügy problémáinak okai és azok megoldása is a megelőzésben lehetnének megtalálhatók.

E fordított egészségügyi prioritás okai közül jelentősek:

a) Az anyai- és gyermekegészségügy jelentőségét nem hangsúlyozták eléggé. Inkább a patológiát és a kezelést vizsgálták, a megelőzést pedig nem szorgalmazták, és az egészségügyi politika kialakítóinak nem adtak helyes tanácsot a prioritásra vonatkozóan.

b) Kevés anyagi támogatás jut az alapellátásnak. Ennek oka részben a gyógykezelésre fordított magas költség, melyből a megelőzhető betegségek gyógykezelésére is sokat fordítanak.

c) A szociális, gazdasági és környezeti problémákat az egészségügyitől elválasztva kezelik, így hiányzik az összehangolt tevékenység az illetékes hatóságok között.

d) A jól képzett egészségügyi szakemberek szívesebben dolgoznak a kórházi gyógyító munkában, a szegény és rossz körülményű vidékeken pedig hiányoznak.

e) A meglévő alapellátás sincs jól kihasználva, részben a lakosság tájékozatlansága, részben igénytelensége miatt.

Jelenleg a legfontosabb cél az elsődleges egészségügyi ellátás biztosítása mindenkinek, minél hamarabb. Ez a cél különböző földrajzi területeken és különböző országokban másképpen valósítható meg. Bár a cél ugyanaz, az ellátást a helyi szükségleteknek és lehetőségeknek megfelelően kell megvalósítani.

Az egészségügyi alapellátás szélesítése a család és a közösség bevonásával történjék. Néhány országban sürgős intézkedést kell hozni — különösen a városokat kö-

rülvevő területeken — a családok további felbomlásának megakadályozására. Ahol a közösségi felépítés hiányzik (mint pl. a városi nyomornegyedekben) különösen fontos annak fejlődését támogatni.

Az egészségügyi alapellátásnak rugalmasnak kell lennie, hogy megfeleljen a közösség szükségleteinek és kívánságainak.

Ahol nincs lehetőség szakképzett személyzet alkalmazására, ott a hagyományos „szülészeti segítők”, vagy hasonló végzettséggel rendelkezőket kell alkalmazni. Ezeket a személyeket megfelelő továbbképzésben kell részesíteni. A képzésnek tartalmaznia kell az egészséget veszélyeztető tényezők ismeretét, a higiénia fontosságát, az anyai és csecsemővédelmet, a betegségek megelőzésének lehetőségeit. A helyi feltételek és a családi körülmények ismerete képessé teszi a hagyományos ápolókat arra, hogy figyelemmel kísérjék az anyát és csecsemőjét szülés után is. További oktatás révén hasznosíthatók a családtervezésben, a szoptatás felügyeletében és a hasmenéses betegségek kezelésében. A hagyományos egészségügyi személyzet fontos helyet tölt majd be a hivatalos egészségügyi ellátás és a lakosság között azáltal, hogy információt közvetít, és a közösség számára elérhetővé teszi a rendelkezésre álló szolgáltatást. Az egészségügyi alapellátásba való bevonáskor figyelembe kell venni, hogy e személyek közül sokan intelligensek, de írástudatlanok, ezért számukra megfelelő oktatást kell szervezni.

A segédszemélyzet képzésére célzott tanfolyamokat kell szervezni. Az oktatás egyszerű, megfelelő és olcsó legyen. A hagyományos eljárások közül az ártalmatlanokat továbbra is el lehet fogadni. A közösség és az ellátásra illetékes kórház között szükség van anyai és gyermekvédelmi rendelő létesítésére, jó kommunikációs és szállítási rendszer kidolgozására.

Bár a „hagyományos segítők” alkalmazása számos országban a közeli években igen fontos az elsődleges anyai- és csecsemővédelmi ellátás fejlesztésében, de hosszabb távon mindenképpen szakképzett szülésznőkkel vagy védőnőkkel kell felváltani őket. Ezeket a személyeket abból a környezetből célszerű választani, ahol dolgozni fognak.

Az új intézkedések bevezetéséhez a jelen helyzet értékelése is alapvetően fontos egyrészt a vezetés meggyőzésére, hogy a változtatás fontos, másrészt az egészségügyi dolgozók és a közösség tagjainak buzdítására a további erőfeszítések érdekében. A meglévő állapot felmérése a változások értékeléséhez is szükséges, és esetenként rendszeres kutatómunkát is igényel.

A képzés minden szintjén igen nagy figyelmet kell fordítani az anyai- és gyermekvédelemre az egészségügyi alapellátás keretén belül. A képzésben és felügyelet-

ben a szülésznek és gyermekgyógyásznak van jelentős szerepük. Lényeges ezért, hogy területük anya- és gyermekvédelmi alap- és szakellátásának fejlesztésében más szakemberekkel, a közösség képviselőivel és a közigazgatási szakemberekkel együtt vegyenek részt.

A jelen helyzet elemzése, a segítség megteremtése, majd az eredmény tudományos igényességű kutatása is feladat, mert így lehet a kormányzatok számára indokolni a támogatás szükségességét.

Az anya- és gyermekvédelem anyagi igénye: az országok teljes költségvetésének 8–10%-a szükséges az egészségügyre, ezen belül az alapellátás és más szintek támogatásának helyes aránya 2:1.

Az alapellátásban az anya- és gyermekvédelem jelentőségének felismerése ellenére igen kevés az eredmény. A dokumentum javasolja, hogy minden lehetséges módon fejtsenek ki propagandát ennek érdekében (oktatás, társadalmi szervezetek igénybevétele, tömegtájékoztatás, szakmai agitáció stb.).

A FIGO felelőssége nagy abban is, hogy terjessze ezeket az ajánlásokat tagországaiban a társaságokon keresztül. Támogatni kell továbbá minden pozitív szándékot, együttműködést más szervezetekkel (WHO, IPPF stb.) is ezen a területen.

A Bizottság javaslatai:

1. Elsőrendű fontosságot kell biztosítani mindenütt az anya- és gyermekegészségügyi ellátásnak.

2. Az egészségügyi alapellátásnak az egyéni, közösségi, és önről való segítségnek is kell alapulnia. A helyi lehetőségek kihasználására szoros együttműködés és egyben felügyelet is szükséges a támogató szervek részéről, és a társadalom más egészségügyi szervezetei részéről is.

3. Az adott közösségnek tisztázni kell problémáit, azok megoldásának fontosságát sorrendjét (környezeti tényezők, lakáshelyzet, táplálkozás, közegészségügyi ellátás stb.).

4. A jól képzett személyzet mellé a lehetséges segéd személyzetet be kell vonni és képezni kell.

5. Az oktatásban (általános és egészségügyi) nagyobb szerepet kell kapnia az egészségnevelésnek és a családi életre nevelésnek. Külön erőfeszítések szükségesek a szoptatás előmozdítására.

6. A szülész és gyermekgyógyász szakemberek képzettségét fel kell használni az alapellátás fejlesztésére.

7. A kormányok a költségvetésből nagyobb részt fordítsanak az alapellátás javára.

8. A nemzeti nőgyógyász társaságok legyenek felelősek azért, hogy ezeket a határozatokat és javaslatokat terjesszék, és megvalósításukat segítsék elő. A Bizottság a FIGO tisztségviselőivel együtt figyelemmel követi ezen a téren elért eredményeket.

Megjegyzés:

A Nemzetközi Nőgyógyász Társaság (FIGO) a fenti dokumentumot azzal a kéréssel küldte el minden nemzeti társaságnak, így a Magyar Nőorvos Társaságnak is, hogy azt az illetékes igazgatási és szakmai fórumok tudomására hozza.

Kétségtelen, hogy a részletek elsősorban a fejlődő országokra vonatkoznak, de néhány alapelv általános és mindenütt érvényes. Úgy látjuk, hogy az itt felsorolt elvi szempontok ismeretese a magyar szakvezetés előtt, s azok megvalósítására nagyon sokat tettünk már az elmúlt évtizedben is.

Sas Mihály dr.

Antineoplasztikus chemoterapiás szimpozium (Erfurt, 1980. október 21–23).

Az NDK Klinikai Orvostani, Belgyógyászati, Haematológiai, Vérttranszfúziós és Daganatellenes Társaságai Erfurtban rendezték meg az antineoplasztikus chemoterapiával foglalkozó első szimpoziumukat. A fő témák a következőképpen alakultak:

- A daganatokkal foglalkozó alap kutatások új eredményei
- Új daganatellenes gyógyszerek
- Az emlőrák chemoterapiája
- A non Hodgkin lymphomák chemoterapiája

- A Hodgkin kór chemo- és radiotherapiája

- A malignus heredaganatok chemoterapiája

- Az egyes szervek daganatainak chemoterapiája

- A cytostatikus kezelés közbeni nosocomialis fertőzések.

A szimpozium fő célja a daganatokkal foglalkozó kutatók és gyakorlati szakemberek összehozása, a jelenlegi eredmények ismertetése és szakmánként átfogó daganatellenes chemoterapiás stratégia kidolgozása volt. A tanácskozást az Erfurti Orvosi Akadémia Belgyógyászati klinikájának igazgatója — az onko-haematológiai munkásságáról nálunk is jól ismert Anger professzor és munkacsoportja készítette elő és vezette. A végig nagyon látogatott szimpoziumon az NDK szinte minden ismertebb haematológusa és onkológiával foglalkozó munkacsoportja részt vett. A referátumokból és az előadásokból kitűnt, hogy a chemoterapia az elmúlt 2 évtizedben a daganatellenes küzdelem 3. oszlopa lett, amely széles körű interdiszplináris együttműködést kíván. A szimpozium nyílt légkörére jellemző volt, hogy a ma használt mintegy 40 chemoterapiás szer mindegyikének hatása és mellékhatása tárgyalásra került és hogy közel azonos időt fordítottak a chemoterapiával befolyásolható (pl. Hodgkin kór, heredaganatok), — mint a nem befolyásolható daganatok (pl. bronchus és ovarium carcinoma) tárgyalására. Szenzációt jelentő új szerről nem esett szó, egyedül a CML blastos krízisében

alkalmazott új vinca származékot, a Vindesin-t lehetne említeni, de annál több beszámoló hangzott el ismert chemoterapiás szerek új módon, új kombinációban, ill. új stratégiai elvek szerint történő alkalmazásáról (pl. a nagyadagú: 240 mg/m² MTX infúzióval szájtüregi laphámrákban elért kitűnő eredményekről).

Az ismert onkológiai alapelvek (időtényező, folyamat kiterjedtségének meghatározása stb.) mellett új és nagyon munkaigényes követelmények és azok egyre növekvő klinikai jelentősége is napirendre került — így pl. receptor-meghatározás emlőrákban és a daganat chemoterapiás érzékenységének praetherapiás vizsgálata, vagyis az onkobioreakciónak megfelelő individuális chemoterapia. Az új módszerek között kell említeni a nálunk kialakult gyakorlathoz képest sokkal tovább tartó iv. infúziós és a lokális perfúziót szolgáló intraarteriális chemoterapiát. Meglepett, hogy az NDK-ben hány munkacsoport végez daganatellenes alapkutatást és milyen jelentős számú klinikai munkacsoport tartott több éves multicentrikus prospektív tanulmányról beszámolót. Összehangolt elméleti és gyakorlati kutatások bizonyították, hogy mekkora fontossága van a daganatellenes szerek beható ismeretének, és annak, hogy a választandó chemoterapiánál tekintettel legyünk a daganat lokalizációjából adódó sajátosságokra, a daganat cytológiájára, milióspecifikus és individuális tényezőkre.

A polychemoterapiás irányzat

— amely az egyes cytostatikumok közti különbségekből kiindulva törekszik a daganatellenes hatás növelésére — általánosan elfogadottá vált és jelenleg a rohamos fejlődés időszakában van. Az elért eredmények számos területen meggyőzőek és egyértelműek (pl. Hodgkin kór, magas malignitású non Hodgkin lymphomák, emlő carcinoma). Az is bizonyos, hogy egyes szervek daganataiban (pl. bronchus, operálható ovarium carcinoma) a polychemoterapia is hatástalan. Több adat utalt arra is, hogy a rohamos fejlődés, a gyógyszerárak által ösztönzött újabb és újabb közlemények bizonyosfajta inflációt eredményeztek és nem éppen könnyű a valóban fontos tudományos megállapításokat tartalmazó beszámolókat a tudományosság látszatát magukon viselő áltudományos írásktól megkülönböztetni. Növeli a nehézségeket, hogy a polychemoterapia eredményeinek elemzésekor gyakran kell az ún. történelmi összehasonlítás módszeréhez és a klinikai empiriához is folyamodni. Bizonyosnak vehető, hogy a polychemoterapia (legalábbis annak mai formái) több területen nem hozta meg a várt eredményeket és hogy néhány daganatféléseknél, ahol klinikailag hatásosnak bizonyult, adások vagyunk a tudományos magyarázattal. Vannak viszont olyan területek (ilyen pl. a postoperatív

chemoterapia) — ahol az elméleti megalapozottság ellenére a klinikai eredmények maradnak el a várakozástól. A chemoterapiát végzők mindennapos feladatának tűnik, hogy a felgyorsult fejlődés időszakában nagy kritikával fogadják az egyre nagyobb számban megjelenő beszámolókat, maradjanak következetesek a prospektív tanulmányokban lefektetett programok kivételében és ne hagyják, hogy a polychemoterapia valamiféle — tudományosan megalapozottnak látszó — polypragmaziába torkollik.

Elgondolkodtat, mekkora anyagi, szellemi és személyi ráfordítást igényel e korszerű chemoterapiának az a formája, amelynek eredményei, várt és nem várt kihatásai megbízhatóan „visszamérhetőek”. Ennek ismeretében érthető, hogy az NDK-ban nemzeti daganatellenes programot dolgoznak ki, nagy figyelmet fordítva ennek szervezeti és személyi részleteire.

Meggyőző és tetszetős volt a chemoterapia kivételében megnyilvánult *interdisciplinaris jelleg* és *együttműködési készség*, amelynek fontosságát nem lehet eléggé hangsúlyozni. Sok szó esett az egyes tudományágak — így a bio- és pathochemia, a farmakológia és toxicológia,

a morfológia és a sejtkinetika, az immunológia, a klinikai farmakológia, a genetika és a biostatistika kooperációjának lehetőségéről is. Ugyanakkor nem feledkeztek meg a multicentrikus tanulmányokat végző onkológiai-haematológiai központok szervezési feladatairól sem (járóbeteg-ellátás, fekvőbeteg-háttér, belgyógyászok és körzeti orvosok kiképzése és együttműködése).

Külön előadások foglalkoztak a *chemoterapia mellékhatásaival*, az immunsuppresszív és immundeficiens állapotban létrejövő fertőzések felderítésével, megelőzésével és kezelésével. A magas malignitású non Hodgkin lymphománál és a gyermekkori Hodgkin lymphomában ez — és ennek révén a *supportiv therapia* központi kérdése vált. Ebből adódik a chemoterapiában részesültek új elvek szerinti *mikrobiológiai felügyelete* is.

A szimpozium tematikai gazdagsága révén számos időszaki kérdésről kaptunk igényes áttekintést, így pl. az *Interferon* hatásáról és experimentális jelentőségéről, az újabb daganatellenes szerekről, a chemoterapiában részesültek észlelt ún. 2. *malignomáiról*, a chemoterapia individualizálásáról, a *cytostatikumok okozta pneumop-*

thiákról és azok megelőzéséről vagy az antileukaemiás hatású szereket potenciáló pszichofarmakokról.

Az antineoplastikus chemoterapiával foglalkozó szimpozium életre hívása időszaki, nagy elméleti és gyakorlati jelentőségű kezdeményezésnek kell tartani. Túl azon, hogy egy rohamosan fejlődő tudományágról, annak helyzetéről, legújabb eredményeiről és mai lehetőségeiről nyújtott kitűnő áttekintést, újra a saját itthoni feladatainkra irányította figyelmünket. Előadásokban és beszélgetésekben gyákorta szóba kerültek a magyar onkológia és haematológia eredményei, a külföldön jól ismert és sokat használt antineoplastikus gyógyszereink. Többen megkérdezték, hogy hatásos hazai szerek birtokában miért nem kíséreljük meg egyik vagy másik cytostatikumunkat az ismert polychemoterapiás protokollokba „beépíteni”? Az is egyértelmű tanulság, hogy további előrehaladást csak akkor remélhetünk, ha anyagi, szellemi és személyi lehetőségeink integrálása révén korszerű felszerelt, a mai követelményeknek megfelelő onko-haematológiai központok alakulnak ki.

István Lajos dr.

MEGJELENT

DEMOGRÁFIA 1980. 2-3. szám

- Mikolás Miklós dr.: Gesztációs folyamatokra vonatkozó matematikai statisztikai vizsgálatok (Magyarország, 1931-1978).
- Gordona Todorovic: A termékenységi helyzete a Vajdaságban.
- Vámos Károly: Vesszőleletett szív- és érrendszeri rendellenességek Magyarországon 1970-1974 között.
- B. Lukács Ágnes: Az anyakönyvek minősége és az anyakönyvezés hiányosságai az 1821-1830-as években.
- Koncz Katalin: A háztartásbeli nők munkába vonásának lehetőségei és esélyei a kiskunhalasi járásban.
- Valkovics Emil: A disztrofi és a perturbáció nélküli népességstruktúra fogalma és kiszámítási módja kidolgozásának szükségességéről.

EGÉSZSÉGTUDOMÁNY 1980. 3. szám

- Csanády Mihály: A felszín alatti vizek nitráttartalmának növekedése hazánkban.
- Podré Zsófia, Varsányiné Tóth Irén: Szeged közüzemi ivóvízellátásának higiénés és kémiai vonatkozásai.
- Bojtor Iván, Gidáli Júlia, Fehér Imre, Folkmann Zsuzsa, Tóth Árpád: „Normál” és tartósan radiotív ivóvizet fogyasztó lakosok egyes hatmatológiai értékeinek összehasonlítása.
- Kertész Magdolna, Cziczó Tibor: Az egészségügy részvétele a levegőszennyezettség (immiszió) mérési módszereinek szabványosításában.
- Várkonyi Tibor: Települések levegőjének higiénés minősítése.
- Szeness László, Szeness Ágnes, Szabó Lászlóné: Shigella sonnei biotipizálásával szerzett tapasztalatok Győr-Sopron megyében.
- Füzi Miklós, Csukás Zsuzsanna: Haemophilus influenzae, Haemophilus parainfluenzae és Hemophilus parahaemolyticus rifampicin érzékenysége.

- Lantos Judit, Fekete Judit, Király Klára, Kiss Ilona, Zimányi Mária: Járványt okozó multirezisztens S. panama törzsek R plazmid vizsgálatai.
- János László, Bán Éva: Csecsemőkorban járványból kitenyészett Staphylococcus aureus törzsek antibiotikum rezisztenciája. II. A járványt okozó törzs makrolid-linkozamid keresztrezisztenciájának változása 1977-1979 között.
- Pechó Zoltán, Milasson Márta: Az Incozan-W gyakorlati dezinficiáló hatásának vizsgálata.
- Merkurjeva R. V., Bonasevskaja T. I., Kraszovszkij G. N., Lamentova T. G., Brik M. V., Konsztantynova I. N.: A fémek biológiai hatásának morfológiai-biokémiai vizsgálata. Az ólom-, cink-, ezüst- és alumíniumsók általános toxikus hatása.
- Adamos Zoltán, Lehotzky Kornélia: A propaklor citoxikus hatásának vizsgálata peritoneális macrophagokon in vitro.
- Bartha Tibor, Szita József: A legionárius betegség és diagnosztikai lehetőségei.

KISÉRLETES ORVOSTUDOMÁNY 1980. 5. szám

- Gyires Klára: A homoprimidazolok gyulladásgátló és fájdalomcsillapító hatása.
- Láng István, Nékám Kristóf, Török Katalin, Gergely Péter: In vitro és in vivo Isoprinosein kezelési hatása az emberi lymphocytá populációkra és az antitest dependens celluláris cytotoxicitásra.
- Tost Hilda, Kövér György: Indometacin hatása az akut izolált (denervált) és az in situ (innervált) vese működésére.
- Menyhárt János, Gróf József: Urémiás szérumok és szérumpreparátumok gél-sűrítéssel és ioncsere kromatográfiával frakcionált összetevőinek összehasonlító elemzése.
- Sárvay Gyula, Poberai Mária, Karcus Sárota, Tóth Lajos, Palánki Gellért: Különböző farmakonok hatására bekövetkező hisztokémiai változások a motoros végtagokban.

- Kiss Ákos, Grósz György, Juhász-Nagy Sándor, Szinay Gyula, Wágner Mária, Pogácsa Gábor: Az arteria femoralis ágrendszer adreneg agonistákkal előidézett konduktancia-változása allo-xandiabeteses kutyákon.
- Bartalos László, Jobst Kázmér: Tamm-Horsfall glükoprotein izolálása és kvantitatív meghatározása.
- Lőcsei Zoltán, Dely Mátyás, Práger Péter: Extracelluláris ionok elvonásának hatása béka musculus rectus abdominis redox rendszerekkel befolyásolt acetilkolin kontrakkturájára.
- Garam Tamás, Bakács Tibor, Györfy Gyula, Sármay Gabriella, Petrányi Győző: Immunglobulinok szerepe a természetes sejt közvetített citotoxicitás (NCMC) regulációjában.
- Gergely Péter, Rhenso Gonzáles Cabello, Láng István, Kalmár László: Concanavalin A-val indukált szupresszor sejt aktivitás vizsgálata autológ és allogén rendszerben.
- Döbrönte Zoltán, Faredin Imre, Papp Ilona, Sági István, Tóth István, Varró Vince: A gyomornyálkahártya vizsgálata kutyákban neutrálizációs clearance módszerrel.
- Bayer Erzsébet, Fischer János: Izoenzimek gyors elválasztása hűtött agaróz akrilamid gélben.
- Pintér József, Lénárt György, Rischák Géza: Izületi osteochondromatosis szabad testek komplex krisztallográfiái vizsgálata.
- Anderlik Pirokka, Szeri Ilona, Bános Zsuzsanna, Wessely Mária, Radnai Béla: Bordetella pertussis vakcina hatása újszülöttkorban thymusirított eger nyirokszerveire.
- Ungváry György, Horváth Edit, Varga Bertalan, Tátrai Erzsébet, Folly Gábor: A para-xilol embriotoxikus hatásának pathomechanizmusáról.
- Wittmann Tibor, Várkonyi Tibor, Varró Vince: Fruktóztánszfer-vizsgálatok kutyá izolált bélkacsbán.
- Várkonyi Tibor, Wittmann Tibor, Varró Vince: Pancreas glucagon és insulin hatásának vizsgálata kutyá izolált bélkacs áramlására.
- Hudet Antal, Márk György, Kovács Arisztid, Monos Emil: Simalom aktiválás hatása sertes carotis artériák mechanikai tulajdonságaira.



Sebészet

Az operabilitás kritériumai sebészeti szemszögből. Kern, E. (Chirurg. Univ.-klinik, D-8700 Würzburg): Chirurg, 1980, 51, 129.

A szerző az operabilitást két értelmezésben tárgyalja: mint a beteg azon pathophysiologiai állapotát, mely megengedi, hogy egy bizonyos műtét beavatkozást és annak következményeit túlélje és ezáltal betegsége meggyógyuljon vagy javuljon (műtetre való alkalmasság, általános operabilitás), és mint betegségének műtéttechnikai szempontból való helyi megoldhatóságát (helyi operabilitás).

A műtétért az operáló orvos a felelős, a műtetre való alkalmasságot az alap- és kísérő betegségekre, ill. a betegség stádiumaira vonatkozó összes leletek és adatok egybevetésével kell eldöntse és erről a beteget felvilágosítsa.

Az ellenjavallat és a műtetre való alkalmatlanság csak akkor fedik egymást, ha mindkettő a beteg állapotából következik. A műtetre való alkalmasság megítélése függ a műtét sürgősségétől: vitális javallat a műtetre való alkalmasságot csak arra szűkíti le, hogy a műtétet előbb, vagy utóbb végezzük-e? (pl. reoperatio).

Az életkor önmagában alárendelt jelentőségű, a műtét kockázatát a korrallal együtt járó sokféle megbetegedés, az altatásra és műtetre bekövetkező kiszámíthatatlan pszichés reakciók okozzák.

A műtetre való alkalmasság vagy alkalmatlanság mindig egy adott beavatkozás szempontjából, adott időpontban mérlegelendő. Általános inoperabilitás a mozgásszervek és az emlő sebészetében gyakorlatilag nem fordul elő. Végleges műteti alkalmatlanságról előrehaladott malignus tumorok, érelváltozások, igen nagy sérvek, előrehaladott cerebroscerosis esetében beszélhetünk.

Helyi inoperabilitás érműtétek, daganatok műtétei közben tapasztalható. Megítélése függ a sebész gyakorlatától, vérmérsékletétől. Nem végleges állapot: később, jobb feltételek között, vagy besugárzás, kirekesztés után az elváltozás még operálhatóvá válhat.

Távoli metastasisok nem jelentenek mindig helyi inoperabilitást: néha a primer tumor eltávolítása gyógyulást hoz, máskor higiéniai okokból, vagy radio-, ill. chemoterapia bevezetésére távolítjuk el a primer daganatot.

A helyi inoperabilitás abszolút határa nem állapítható meg, mindig az adott körülményektől függ. A helyi operabilitás önmagában

nem jelent gyógyíthatóságot: a heroikus műtétek magas kockázattal járnak.

A szerző ezután áttekinti néhány sebészeti részterület speciális szempontjait.

A gyermeksebészetben a szervi működések kialakulóban levő jellege, a légzés (hypoxia), só-, folyadékháztartás és sav-bázis egyensúly zavara befolyásolja döntően a műtetre való alkalmasságot.

A mellkassebészetben kielégítő légzésfunkció és vérgáz-status a feltétele a műteti alkalmasságnak. Obstruktív ventilációs zavar javítható. Bronchus-carcinoma esetén helyi inoperabilitást jelent spontán phrenicus vagy recurrens bénulás, metastasis miatti nyelőcső dislocatio.

A thoraco-abdominalis műtétekre hasonló szempontok érvényesek, de ezek még nagyobb megterhelést jelentenek.

Az érsebészetben a coronariás, cerebrális vagy renális elégtelenség, egyidejű carcinoma, az operálandó végtag bénulása műtetre való alkalmatlanságot jelent. Akut artériás embolia műtete abszolút indikált, s bár nem életmentő műtét, megóvhat — vitálisan szükséges — amputációtól.

A helyi érsebészeti operabilitás az elváltozás helyétől és kiterjedésétől, szabad oda- és elfolyási pályától, elegendő érátmértől függ.

Incze Ferenc dr.

Az operabilitás kritériumai belgyógyászati szemszögből. Hornbostel, H. (II. Med. Abt., Allg. Krankenhaus Harburg, Eissendorf Pferdeweg 52, D-2100 Hamburg 90): Chirurg, 1980, 51, 140.

Az operabilitás eldöntése régebben a kezelő belgyógyász feladata volt, ma — jogi megfontolásból — a döntést inkább a betegre hárítják.*

A mai beteganyagot az előrehaladott életkor, alkoholizmus és túltápláltság jellemzi.

Az operabilitás elbírálása a jó anamnesis-felvétellel kezdődik, amit átgondolt vizsgálati taktika kövessen, lehetőleg nem invazív módszerekkel (pl. ultrahang).

A szerző csak röviden villant fel néhány kórképet vagy állapotot, ami a műtétet kockázatos vagy meggondolandóvá teszi: ismétlődő

* Szerk megjegyzés: Etikailag kifogásolható. Az orvos nem vonhatja ki magát a döntésben való részvétel alól, az alól, hogy a döntésben a beteg segítségére legyen.

cerebrális ischaemiás roham, időskori arrhythmia absoluta mögött megbúvó hyperthyreosis, alkoholizmus (posztoperatív delirium), elhízás (thromboembolia). Az „akut has” egyre gyakrabban mesenterialis érelzáródást takar.

Előzőleg lezajlott infarctus és diabetes viszont véleménye szerinti ma már kevésbé fokozza a műteti kockázatot.

Mellékhatásai miatt óv a rutin-szerű prophylactikus digitalizálástól. Különösen nagy műtét kockázat esetén felhívja a figyelmet az alternatív endoscopos megoldásokra (polypectomia, papillotomia és köeltávolítás).

Incze Ferenc dr.

Az operabilitás kritériumai anaesthesiológiai szemszögből.

Eyrich, K. (Inst. Anaesth., Klinikum Steglitz der Freien Univ. Berlin, Hindenburgdamm 30, D-1000 Berlin 45): Chirurg, 1980, 51, 134.

A műteti javallatot is, elsődlegesen az operátor állítja fel. A beteg teherbíróképességét az anaesthesiológus ítéli meg. A tulajdonképpeni problémák többnyire az anaesthesia után jelentkeznek.

Az anaesthesiológiai kockázat az utóbbi 20 évben nem változott, a halálozás 0,02% és 1,82% között mozog. A halálos szövődmények 1/3-a a műtőben, 14%-a az ébredő szobában, 0,5%-a szállítás közben, fele pedig postoperative lép fel. A szövődmények oka lehet a beteg állapota, az anaesthesia időtartama, gyógyszerérzékenység, az altatás technika része, az anaesthesiológus személye.

A szerző hangsúlyozza, hogy az anaesthesiológus helyzete nehéz, a beteget csak a tervezett műtét előtti este látja először — és mivel sürgős műtéteket a beteg előzetes ismerete nélkül is többnyire eredményesen altat — a műteti osztályok erre hivatkozva elhanyagolják a betegek kivizsgálását, vagy a leletek közlését.

A szövődmények mindegyik beteg kockázati csoportban egyforma gyakoriak, a kockázatmentes beteg — kockázatos anaesthesiológus és kockázatos beteg — kockázatmentes anaesthesiológus párosítás miatt.

A szerző sorra veszi a kockázatsökkentés szempontjából figyelembe veendő betegségeket (cardiovascularis és bronchopulmonalis betegségek, hypovolaemia, anyagcsere-zavarok, elhízás). Véleménye szerint **abszolút altatási ellenjavallat**: acut myocarditis, angina pectoris, tüdőoedema, tachyarrhythmia, decompensatio, friss infarctus, globális pulmonalis elégtelenség. **Relatív ellenjavallat**: aorta-stenosis, pulmonalis hypertonia, hypertensio, alveolaris hypoventilatio, 1000 ml alatti VC, 10 g% alatti Hgb, hypovolaemia, 3,2 mval alatti serum kálium, hepatitis, veseelégtelenség, elhízás.

A kockázat csökkentésére a következőket javasolja: 1. Gondos anamnesis (szív és tüdő teljesítménye, gyógyszerérzékenység, allergia, korábbi anaesthesiák, anyagszerezavarok, szervi betegségek). 2. Fizikális vizsgálat (vérnyomás, légzésfunkció). Decompensatio, rhythmuszavar esetén belgyógyászati consilium. 3. Labor, rtg-vizsgálatok (Hgb, elektrolitok, SGPT, vércukor, serum-fehérje, kreatinin, serum-bilirubin, Quick-idő, mellkas rtg, EKG, adott esetben vérért). 4. A gyógyszerelés ismerete (digitalis, β -blokkolók, vérnyomáscsökkentők, corticoidok, diureticumok, hashajtók).

Az utóbbi években kiderült, hogy további kockázatsökkentés nem az anaesthesiológiai eljárások javításától, hanem a jobb kivizsgálástól és előkészítéstől várható: a szív és tüdő állapotának javítása, hypovolæmia, fehérjehiány, anaemia, elektrolit-, és sav-bázisegyensúly, alvadási zavarok rendezése.

Akut esetben mindezt nincs idő, az anaesthesia, intenzív terapia és a műtét párhuzamosan fut, a kölcsönös bizalom és együttműködés jegyében. Az akut (és ambuláns) beavatkozások magasabb kockázatát tapasztalt anaesthesiologus sem tudja mindig kompenzálni.

Az operabilitás megállapításakor a műtét szükségességét és a betegség prognózisát kell a kockázat kritériumaival szembeállítani. Sok — először — nem altatható — beteg megfelelő korrekciós kezelés után altathatóvá válik, ehhez nem szabad sajnálni az időt.

A szerző elve, hogy anaesthesia végleges elutasítása igen ritkán történjék.

Incze Ferenc dr.

Műteti előkészítés anaesthesiológiai szemszögből. Lutz, H., Klose, R. (Inst. Anästh. und Rean., Klinikum Mannheim der Univ. Heidelberg, Theodor-Kutzer-Ufer, D-6800 Mannheim 1.): Med. Welt, 1979, 30, 639.

A Német Belgyógyászok Hivatásszervezete 1978 februárban körlevelet adott ki a „Praeoperatív diagnosztikáról és terapiáról”. A szerzők ehhez a körlevélhez kapcsolódva tárgyalják a kérdést.

A műtét előtti kivizsgálásnak nemcsak a műtét javallatát kell alátámasztania, hanem annak kockázatát is fel kell fednie: a narkózis-szövődmények legfontosabb oka az elégtelen kivizsgálás és előkészítés.

Az altatás az egész szervezetet érinti, a sebészeti beavatkozásokkal szemben nincs „kis” és „nagy” altatás, ezért meg kell követelni a legfontosabb szervrendszerek teljesítményének előzetes vizsgálatát. Ez a gerincvelő közeli érzéstelenítésre is vonatkozik.

A minden műtét előtt végzendő alapvető tennivalók nem függhetnek sem a beteg életkorától, sem

műtét fajtájától és időtartamától, csak a rendelkezésre álló időtől, a műtét sürgősségétől.

A szerzők a műtéteket 4 sürgősségi fokozatba osztják, melyek különböző terjedelmű diagnosztikus és therapiás programot engednek meg:

1. Azonnali beavatkozások (vérzés, ischaemia, akut intracranialis nyomásfokozódás). Az előkészítésre rendelkezésre áll: néhány perc.

2. Sürgős, nem tervezett beavatkozások (ileus, törés, áthatoló sérülés). Előkészítési idő: néhány óra.

3. Mérsékelt sürgős, tervezett műtétek (tumorok, excisiók, diagnosztikus beavatkozások). Előkészítési idő: néhány nap.

4. Nem sürgős, tervezett műtétek (kozmetikai műtét, epekő, sérv szövődmény nélkül). Az előkészítésre hetek-hónapok állnak rendelkezésre.

A szerzők — a belgyógyászati körlevéllel összhangban — altatás előtt a következő vizsgálatok elvégzését javasolják: anaesthesiológiai körlelőzvény, fizikai teljesítményképesség felmérése (kérdőívvel), fizikális vizsgálat, EKG, mellkas rtg-felvétel, laboratóriumi vizsgálatok: Hgb, vvs, vércukor, se.-összfehérje vagy — albumin, K⁺, Na⁺, SGPT, γ -GT, kreatinin, Quick-idő, vércsoport, vizelet.

Sajnos az anaesthesiologus általában csak előző nap találkozhat a beteggel. Az ilyenkor kívánt kiegészítő vizsgálatok elodázzák a műtétet, ezért kívánatos az anaesthesiologus korai bevonása.

Még néhány szempont: a leletek ne legyenek 2 hétnél régebbiek. Az EKG és a rtg-film eredetiben legyen megtekinthető. Szívelégtelenség nélküli beteg a prophylaktikus digitalizálás elvetendő. Az antihypertenzív és β -blokkoló kezelést a műtét előtti napig fenn kell tartani, viszont az alkohol és cigaretta abbahagyása csökkenti a szövődményeket. Az anaesthesiologus tudjon a folyamatban levő gyógyszerelésről (relaxansokkal való interakció lehetősége).

A szerzők a vizsgálati adatok értékelésére praepoperatív kockázati táblázatot állítottak össze. 18 féle szempontot vesznek figyelembe és pontoznak (műtét tervezettsége, első műtét, vagy reoperatio, beteg kora, súlya, éhgyomorral való léte, vérnyomás, szív-teljesítményképesség, EKG, veseműködés, májműködés, cukoranyagcsere, elektrolitok, láz, Hgb, műtét várható tartama, helye, égési index nagysága) 3–6 súlyossági fokozatban. (82 rovatból kell „kipipálni” az érvényes 18-at). A beteg a nyert pontszámok alapján 5 kockázati csoport valamelyikébe sorolható.

Ez a táblázat a körzeti orvosnak is segítséget jelentene a közösen elfogadható praepoperatív kivizsgáláshoz, mely már ambulanter elvégezve a kórházi költségek csökkentését eredményezi.

Incze Ferenc dr.

A Meckel-diverticulum. M. Clemens, J. O. és mtsai (Münsteri Egyetem Sebészeti klinikája és poliklinikája): Dtsch. med. Wschr. 1980, 105, 764.

A szerzők előláróban felhívják a figyelmet a Meckel-diverticulum szövődményeire. 38 Meckel-diverticulumos betegen 20 esetben fordult elő szövődmény (gyulladás, vérzés, perforatio). Feltűnő, hogy a szövődmény kialakulása különösen gyermekeken 10 éves korig gyakori. A magas letalitás miatt (20%) a szerzők szükségesnek vélik minden alhási műtétnél a diverticulum tájának felkeresését és annak eltávolítását.

A tünetmentes Meckel-diverticulum általában csak boncoláskor, illetve egyes műtéteknél mellékleletként kerül észlelésre. Komplikációkat 15–40%-ban okoz, de a diagnózis rendszerint csak műtét során kerül felállításra. Vérzés, mechanikus ileus, perforatio következményes peritonitissal, vagy szabad hasüregi vérzés jelentik a Meckel-diverticulum szövődményeit és vezetnek a beteg sebészhez. Csecsemőkön előfordul még invaginatio ileus, illetve köldöksipoly is. Az akutan hasi katasztrófa képét mutató Meckel-diverticulum szövődményeinek letalitása igen magas, 15–20%.

A szerzők tapasztalatai 1957 és 1977 közötti észlelésről szólnak, melyek során 38 esetben észlelték Meckel-diverticulumot, és ebből 18 esetben mellékleletként. Esetekben 28 férfi és 10 nő fordult elő, a férfiak átlagos kora 17,3 év, a nők 16,8 év volt. A 18 mellékleletként észlelt esetben eltávolították a Meckel-diverticulumot. Betüremítéseket nem végeztek, 3 különlegesen nagy gurdélyt ileumresectionnal távolítottak el. Histológiai feldolgozás során a gyulladásmentesen eltávolított diverticulumokban 5 esetben találtak gyomornyálkahártyát, melyek közül egyben gyulladásos szövettani jeleket észlelték anélkül, hogy ennek klinikai jelei lettek volna. 12 esetben bélnyálkahártya bélelte a diverticulumot, egy esetben pedig pancreas szövetet mutattak ki.

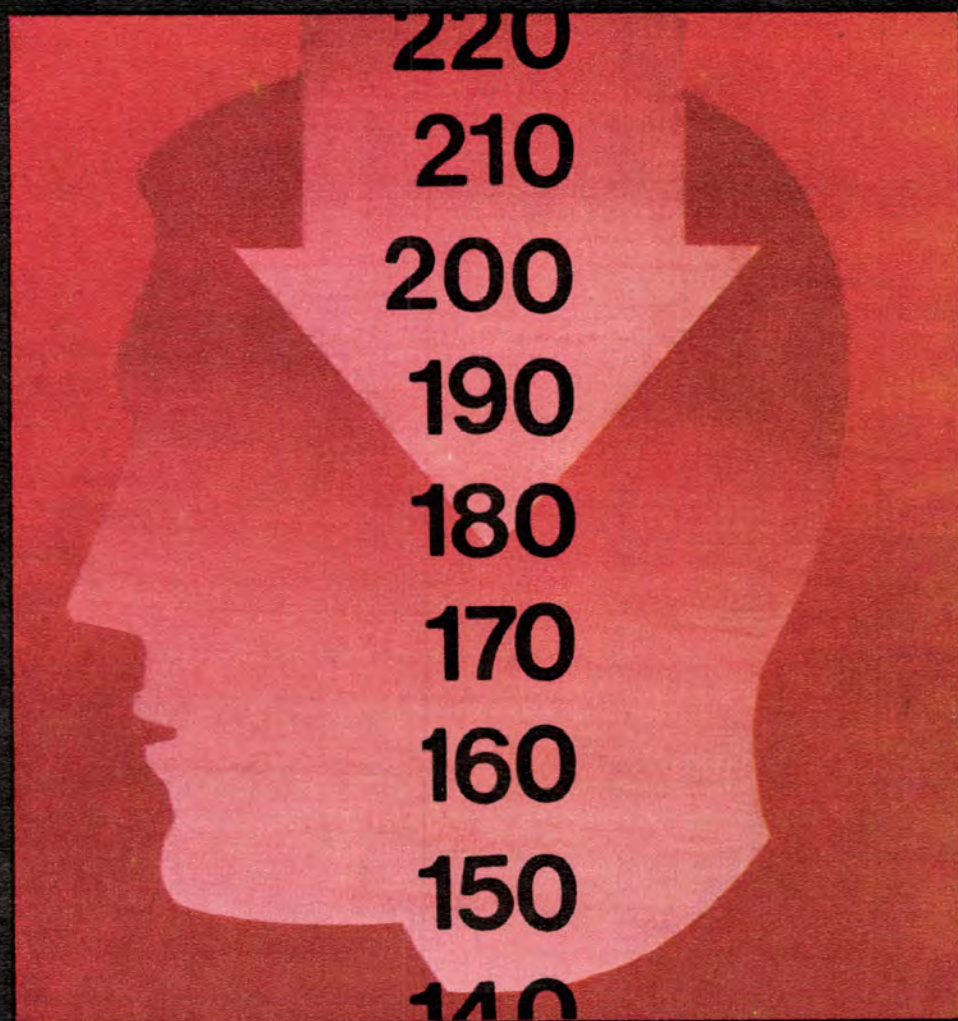
A szövődményes esetekben 5 betegen észlelték intestinalis vérzést és 15 esetben gangraenás gyulladást, melyek közül 3 perforatiohoz vezetett. 5 betegnél találtak megtöréses ileust, amelyet a Meckel-diverticulum melletti bélszakaszon észlelték. A gyulladásmentes Meckel-diverticulum eltávolítása után szövődmény nem volt. A szövődmények miatt operáltak közül 4 beteget vesztek el, ennek oka a már műtét előtt kialakult peritonitis volt.

Tapasztalataik megbeszélésében a Meckel-diverticulum szövődményeit gyulladásos, obstructív és peptikus formákra osztják. Az elvégzett histológiai vizsgálatok a gyomornyálkahártya elváltozás jelentőségére hívják fel a figyelmet,

SANEGYT[®]

tabletta 10 mg, 25 mg,
injekció

antihypertensivum



A guanethidinhez (Sanotensinhez) hasonló, de annál jobban felszívódó adrenerg neuronblokkoló.

Egyaránt alkalmas a hipertónia-betegség valamennyi stádiumának kezelésére, de a súlyosabb stádiumokban érdemesebb alkalmazni, mert hatása ekkor kifejezettebb.

Az akut hipertóniás krízis megszüntetésére is alkalmazható intravénás injekcióban.



SANEGYT®

tabletta 10 és 25 mg, injekció

(antihypertensivum)

ÖSSZETÉTEL

10 mg guanazodiniumnak megfelelő guanazodinium sulfuricum (1 ml-es) ampullánként, 10 mg, ill. 25 mg guanazodiniumnak megfelelő guanazodinium sulfuricum tablettánként.

JAVALLATOK

Középsúlyos és súlyos hipertónia, továbbá enyhe hipertónia, ha az más antihipertenzivumokra nem reagál.

ELLENJAVALLATOK

Phaeochromocytoma. Óvatosság ajánlatos kardiovaszkuláris megbetegedés (különösen cerebrális és végtagerek szklerotikus elváltozása) esetén és csökkent glomerulus-filtrációval járó állapotokban. Terhességben, különösen az első három hónapban adagolása nem ajánlatos.

ADAGOLÁS

Egyéni megítélést igényel. Lehetőleg fekvőbeteg-gyógyintézetben kell beállítani. Az első napokban a napi adag 10–20 mg, esetleg 2 részletben. Az adagot a hatás eléréséig fokozatosan és óvatosan növeljük. A vérnyomás csökkenése általában a kezelés 5–6. napján, esetleg előbb jelentkezik; stabilizálódása az esetek többségében 10–15 napot igényel. Az általában kielégítőnek bizonyuló dózis napi 30–40 mg, legfeljebb azonban napi 50–75 mg. Más vérnyomáscsökkentő szerekkel (szaluretikumokkal, béta-blokkolókkal stb.) kombinálva adagját a vérnyomás alakulásának megfelelően csökkenteni kell. Digitaloidokkal együtt adható. Az iv. injekciót lassan kell befecskendezni (1–2 perc alatt), az ampullák tartalmát fiziológiás sóoldattal kell hígítani.

Angina pectoris jelentkezése esetén az injekció befecskendezését azonnal fel kell függeszteni.

A vérnyomás csökkentése iv. adagolás esetén semiorthostatikus helyzetben gyorsabb és kifejezettebb. Az injekció, ha szükséges, 2 óra múlva megismételhető, illetve a kezelés tablettával folytatható.

MELLÉKHATÁSOK

Különösen a reggeli felkeléskor okoz álló testhelyzetben jelentős vérnyomáscsökkenést, mely ájuláshoz is vezethet. Enyhébb esetekben ezt az orthostatikus tenziócsökkenést terápiásan is ki kell használni (a beteget nem szabad ágyban tartani).

Az orthostatikus tenzióesés mértéke a kezelés folyamán csökken. Iv. alkalmazása esetén átmeneti, percekig tartó vérnyomás-emelkedés, meleg és ún. gyógyszeríz érzése előfordulhat.

GYÓGYSZERKÖLCÖNHATÁS

Tilos együtt adni

— MAO-inhibitorokkal (hipertóniás krízis létrejöttének veszélye).

Óvatosan adható

- szimpatomimetikumokkal, triciklikus antidepresszánsokkal, major trankvillánsokkal, orális antikoncipiensekkel (hipotenzív hatás csökkenése);
- digitaloidokkal (bradycardia);
- levodopával (hipotenzív hatás fokozódása);
- orális antidiabetikumokkal és inzulinval (hipoglikémia veszélye);
- gáz- és iv. narkotikummal (hipotenzív hatás fokozódása).

FIGYELMEZTETÉS

Súlyosabb orthostatikus hipotóniában Trendelenburg helyzet vagy noradrenalin-infúzió alkalmazása javasolt.

A Sanegyt alkalmazásának ideje alatt biztosítani kell a vérnyomás rendszeres ellenőrzését.

Orális antidiabetikumokkal és inzulinval együtt adva a Sanegyt-kezelés előtt és után a vércukorszintet ellenőrizni kell és ennek megfelelően kell módosítani az antidiabetikum adagját.

Műtét esetén (narkózis) figyelembe kell venni, hogy a beteg Sanegyt kezelés alatt áll. Koronária-, agyi szklerózis, előrehaladott veseelégtelenség esetén a vérnyomáscsökkentés nem ajánlatos. Hatása a kezelés abbahagyása után 2–3 hétig fennmaradhat.

Hatásának tartama alatt tilos járművet vezetni, magasban vagy veszélyes gépen dolgozni, továbbá szeszes italt fogyasztani!

MEGJEGYZÉS

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

CSOMAGOLÁS

10X1 ml amp. 2,80 Ft, 40X10 mg tabl. 2,90 Ft, 20X25 mg tabl. 3,50 Ft.

Egyt

GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST

miután 38 esetből 15-ben találták meg. A szövődmenyes esetek felében volt észlelhető. Fájdalom mindegyik szövődmenyes esetben észlelhető. Két esetben fordult elő intraluminalis vérzés. Ezek eredetét igen nehéz megállapítani. A szerzők ajánlják az a. mes. sup. selectiv angiographiás vizsgálatát, mely akkor lehet eredményes, ha a vérzés 0,5 és 6 ml/min közötti intenzitású. Jaros és mtsai ajánlják a ^{99m}Tc scintigraphiát, amely az ectopiás szövet kimutatására szolgál.

A perforatio gyakoriságban a harmadik. Peptikus ulceratio okozza, ritkán idegentest. Az általuk megfigyelt három esetből kétszer fordult elő gyomornyálka a diverticulumban.

Eredményeik alapján, amelyek az irodalommal megegyeznek, kívánatosnak tartják minden alhasi műtét során a felkeresett Meckel-diverticulum eltávolítását, amit a magas letalitás feltétlenül indokol.

(Ref.: A mellékletként talált szövődmenyes Meckel-diverticulum feltétlen eltávolítása csak akkor fogadható el, ha nem életmentő műtétről vagy egyéb nem súlyos szövődmenyről van szó. Ilyenkor talán helyesebb a gurdély jelenlétét a műtėti jegyzőkönyvben rögzíteni és eltávolítását későbbre halasztani. A szerzők nem hangsúlyozzák eléggé a Meckel-diverticulum legnagyobb gyakorlati jelentőségét, vagyis azt, hogy annak klinikai tünetei a féregnyúlvány gyulladásával azonosak. Ezért a szakma régi szabálya az, hogy heveny féregnyúlvány gyulladás tünetei miatt végzett műtét során Meckel-diverticulumot kell keresni akkor, ha a műtėti lelet a klinikai tüneteket egyértelműen nem magyarázza. Másrészt Meckel-diverticulitis lehetőségére kell gondolni akkor is, ha a betegnek elvégzett appendectomia után ismét appendicitisre utaló tünetei vannak. Meckel-diverticulumra utalhat a kórelőzményben szereplő gyermekkori köldökcsipoly is.)

Bánky László dr.

Anaesthesiológia

Az anaesthesia alkalmazása. Intenzív betegellátás. Telfer, A. B. M. (Division of Anaesthesia, Royal Infirmary, Glasgow G4 0SF): Brit. med. Jour. 1980, 280, 1593.

Az intenzív betegellátó egységek megalakulása óta az anaesthesiológusok jelentős szerepet vállaltak azok szervezésében és fejlesztésében. Az intenzív osztály betegeinek legtöbbje respiratorikus, cardialis vagy renalis támogatásra szorul. Az anaesthesiológusok különösen alkalmasak erre a munkára, a mechanikus lélegeztetésben, a betegek műszeres ellenőrzésében, az alkalmazott pharmacológiában és a fo-

lyadék-therapiában való jártasságuk folytán.

Ma az Egyesült Királyság legtöbb intenzív egységének anaesthesiológus az adminisztratív vezetője, de a klinikai felelősség jelentős részét is viseli. Az adminisztratív vezető-készség előfeltétele a jó diplomáciai érzék.

A szerző az általános érdeklődésű olvasó tájékoztatására felvillant néhány kórállapotot, amelynek ellátása — a coronaria őrző és a vese-betegek dialyzáló egységeinek kivételével — az intenzív osztályokra tartozik. Ezek: postoperatív állapot, trauma, ezen belül zárt mellkasi trauma, polytrauma, égési és vegyi sérülés, gyógyszer-túladagolás és mérgezés, chronikus obstruktív légúti betegség, polyneuritis és légzésbénulás, tetanus, görcsös állapot, véletlen hypothermia, „majdnem fulladás”, septikus shock.

A betegekben a légzési, cardiovascularis, anyagcsere, vese, fertőzéses és táplálkozási problémák láncolata kapcsolódik egymáshoz, nem beszélve a beteggel és hozzátartozókkal való kommunikációs nehézségekről.

Az intenzív osztályok ma már jól megalapozott és széles körben elismert osztályai a kórházaknak. A súlyos betegek mortalitását az életmentő felszerelés, szakmai tudás, folyamatos betegszelzés koncentrációjának révén tudták csökkenteni. A betegek kezelését nem gátolja a szakmák közötti elhatárolódás, sőt szükség esetén a kórház minden szakemberét és erőforrását sorompóba állítják a legsúlyosabb betegek érdekében.

Incze Ferenc dr.

β -endorphin fájdalomcsillapító hatása emberben. Oyama, T. és mtsai (Dept. Anaesth. Hirosaki University, Japán; Salk Institute, Laboratories for Neuroendocrinology, La Jolla, California 92037): Lancet, 1980, I, 122.

Az előzetes közlemény intrathecalisan a lumbalis második-harmadik csigolyaközbe bejuttatott 3 mg szintetikus β -endorphin mély és tartós fájdalomcsillapító hatásáról számol be, tumoros fájdalmak esetén 14 betegnél.

A β -endorphin a központi idegrendszerben normálisan előforduló peptid, melynek valószínűleg szerepe van a fájdalom perceptiójában. Aminosav sequentiája a human β -lipotropin molekula utolsó 30 aminosav sequentiájának felel meg. Sikerült szintetikus formát állítani. A β -endorphin, mint más polypeptid, normálisan nem megy át az agy-vér barrieren, ezért közvetlenül a liquorba kell juttatni ahhoz, hogy analgetikus hatását kifejtsen.

A szerzők a 3 mg szintetikus β -endorphint, 3 ml cukor vagy izotóniás sóoldatban hígítva megfelelő mennyiségű liquor lebecsátása után

adták be spinalisan. Öt órával korábban egyéb fájdalomcsillapítók adását beszüntették. A peptid beadása után a fájdalomcsillapító hatás általában 1—5 percen belül létrejött és 22,5—73,5 óráig tartott.

A fájdalomcsillapító hatás gyors beállta valószínűleg azzal magyarázható, hogy a peptid először gerincvelői szinten hat (ahol a substantia gelatinosában opiát receptorok vannak) és csak később a liquoron átdiffundálva éri el az agyat. Átmenetileg zavartság, aluszékonyság, vagy euphoria előfordult. Az eredményes fájdalomcsillapítást nem kísérte légzésdepressio, hypotensio vagy katononia. EEG eltérés nem volt.

Marosi Diana dr.

β -endorphin és a szülés. Fletcher, J. E. és mtsai (Dept. of Anaesthesia, Bristol Maternity Hospital, Bristol BS2 8 EG): Lancet, 1980, I, 310.

Az előzetes közlemény szerzői radioimmunoassay technikával megnézték a saját β -endorphin plasmaszintjét, a szülés különböző stádiumaiban az anyai vénás vérben, ill. az újszülött köldökzsinór vérében.

Más szerzők eredményeivel megegyezően azt találták, hogy a β -endorphin szint az anyai vérben a szülés előrehaladtával nő. Szignifikánsan magasabb, mint a szülés előtt volt. Az újszülött köldökzsinór vérében is magasabb szintet találtak, de az elmaradt az anyai vérhez képest.

Állatkísérletekre hivatkoznak, melyek szerint ha endorphint kívülről visznek be fájdalomcsillapítás céljából, sokkal magasabb plazmaszintet kell elérni ahhoz, hogy az analgetikus hatás létrejöjjön.

Felvetik a szülészeti fájdalomcsillapításban a β -endorphin használatát, mely anélkül szüntethetné az anyai fájdalmat, hogy a fájások effektusát rontaná vagy az újszülött légzését deprimálna.

Marosi Diana dr.

Az anaesthesiológus képzés oxfordi modellje. J. Edmonds — Seal, J. V. Mitchell: Anaesthesia, 1979, 34, 776.

Az Angol Királyi Sebészársaság Anaesthesiológus Szakcsoportja (FARCS) 1969-ben javaslatot tett az anaesthesiológusok képzésére a jövőben. Ezen javaslatok alapján az Oxfordi Egyetem Anaesthesiológiai Osztálya (Nuffield Department of Anaesthetics) a Területi Oktatási Megbízottal (REA) együtt képzési tervet dolgozott ki. Az Oxfordi Egyetem területéhez tartozó valamennyi kórházban az anaesthesiológusok elméleti és gyakorlati oktatása 1972 óta e terv szerint történik.

A képzési időt két részre osztották. Az első három év a General

Professional Training (GPT). Az első év végén esedékes az alapvizsga (primary). A harmadik év a Fellowship Diploma vizsgával zárul.

A második három év a Higher Specialist Training (HST). Ezt elvégezve a résztvevőt alkalmasnak nyilvánítják consultant állás megpályázására az Egyesült Királyságban.

Gyakorlati képzés a GPT keretében: az első három hónapban a jelöltek állandó felügyelet mellett egyszerű anaesthesiológiai módszereket, resuscitációt és az eszméletlen beteg kezelését tanulják. A következő három hónapban az intenzív osztályon ügyelnek, majd újabb 6 hónap múlva kezdenek anaesthesiológiai alapgyógykezelést adni. 15–18 hónapos gyakorlat után kerülnek először szülészeti osztályra, hogy az ott alkalmazott anaesthesiológiai eljárásokat is elsajátíthassák. A Fellowship vizsga évében másodikgyógykezelést kapnak és több időt töltenek az intenzív osztályon.

A REA és a megbízott consultantok ügyelnek arra, hogy a három év alatt a szakcsoport által előírt valamennyi lényeges klinikai anaesthesiológiai módszert megismerje a jelölt. Biztosítják, hogy legalább a képzési idő 1/3-ában a jelölt együtt dolgozhasson egy consultant-tel, ill. figyelhesse annak munkáját, módszereit.

Elméleti képzés a GPT ideje alatt: — az első három hónapban hetente kétszer előadás az általános anaesthesia, regionalis anaesthesia, intenzív terapia témaköréből; utána hetente előadások az intenzív osztályon. Hetenként osztályértékelés, morbiditási konferencia, folyóirat-referáló. Ezen felül lehetőség van az oktatólaboratórium és az audiovizuális laboratórium látogatására. A területen dolgozó valamennyi jelölt rendszeresen részt vesz az egynapos továbbképzéseken is. A Fellowship vizsga előtt újabb előadássorozat, belgyógyászati vizitek és a röntgenkonferenciák rendszeres látogatása következik. Lehetőség nyílik a Londonban rendezett Fellowship vizsga-előkészítő tanfolyamon való részvételre is. Az előkészületi időben több írásbeli és szóbeli vizsgát tehetnek a jelöltek gyakorlásképpen.

A képzéshez tartozik még a látogatás a British Oxygen Company orvosi gázgyárában, az anaesthesiológiai berendezéseket gyártó üzemből, gyógyszer- és kötszergyárban és részvétel az állatorvosi anaesthesiológiai gyakorlaton is.

Minden jelölt mellé tutort jelölnek ki, aki felelős az illető képzéséért, ill. figyelemmel kíséri a jelölt fejlődését. Véleményük alapján a jelöltek kinevezését hathónaponként felülvizsgálják. A Fellowship vizsgával rendelkezőknek feltétlenül kívánatos tapasztalataik

bővítése céljából más munkahelyen folytatni a képzést.

A HST során a jelöltek általában háromhónapos váltásban dolgoznak egy-egy anaesthesiológiai subspecialitásban. Ajánlatos 1 év eltöltése egy külföldi nagy anaesthesiológiai központban.

A sikeresen vizsgázók száma az alapvizsgán (primary) az országos átlag kétszerese, a Fellowship vizsgán is lényegesen jobb az országos átlagnál.

Összefoglalva megállapítható, hogy a több kórház összefogva könnyebben tudja biztosítani a széles körű, a szakma minden specialitására kiterjedő elméleti és gyakorlati képzést.

(Ref.: A tapasztalt anaesthesiológusok csekély száma miatt hazánkban is gondot okoz a szakorvosjelöltek megfelelő felügyelet és irányítás melletti képzése. Rendkívül figyelemre méltó az Oxfordi Egyetem oktatási módszere, hiszen egyszerre oldja meg a tervszerű, irányított szakorvosképzést és egy-egy terület intézményeinek megfelelő anaesthesiológus-ellátottságát is.)

Károvi János dr.

Halotán biotranszformáció anaesthesiológusokban. Duvaldestin, Ph. és mtsai (Department d'Anesthesiologie, Hôpital Bichat, 170 Bd Ney, 75877 Paris Cedex 18. France): *Anesthesiology* 1979, 51, 41.

A halotán biotranszformációjának egyik legfontosabb metabolitja a szervesen bromid. A szerzők halotánnal dolgozó anaesthesiológusok serum és vizelet bromid szintjét mérték. A vizsgálatok első részében résztvevő 115 anaesthesiológust három csoportba sorolták: 1. azok, akik a megelőző két hónapban egyáltalán nem találkoztak halotánnal, 2. azok, akik hetenként 5 óránál rövidebb ideig dolgoztak halotánnal, 3. azok, akik hetenként több mint 10 órán át alkalmaztak halotánt. (Nem értékelték annak a két anaesthesiológusnak az adatait, akik a beteg által kilégzett gázt elimináló rendszerrel felszerelt műtőben dolgoztak, és egy olyan anaesthesiológusét, aki más bromid tartalmú anyaggal is dolgozott.)

Az anaesthesiológusoktól levett vérminták serum bromid koncentrációját röntgenfluoreszcens spektrometriával határozták meg. (E módszer igen érzékeny, 10 mikromol/liter koncentráció különbséget is el tud különíteni $\pm 50\%$ pontossággal.) A $Ka_{1,2}$ bromid kótesek analízisét lithiumflorid kristállyal és szcintillációs computerrel végezték. (Ez az utóbbi módszer inkább a teljes brómtartalmat mutatja ki, mint a bromid-iont. A szerzők korábbi vizsgálataikkal azonban megállapították, hogy a serum bróm tartalmának több mint 95% -a bromid-ion formájában van jelen a

vérből 12–24 órával az utolsó halotán expozíció után.)

A vizsgálatok azt mutatták, hogy mindhárom csoport tagjainak serum bromid koncentrációi szignifikánsan különböztek egymástól. Orvosok és asszisztensek, férfiak és nők értékei között nem találtak érdemleges eltérést. A legmagasabb serum bromid értéket (500 mikromol/liter) egy évke óta nagy gázáramlás mellett halotánnal altató orvosnál esetében észlelték, akinek munkahelyén nem volt kilégzett gázt elimináló rendszer. A halotánt alkalmazók között a legalacsonyabb értékeket — 51 és 58 mikromol/liter — azokban az anaesthesiológusokban mérték, akik kilégzett gázt elimináló rendszerrel dolgoztak. (Tízszerezés különbség!!! — Ref.)

A vizsgálatok második részében a szervesen bromid-ion törtenő bromid-ion képződés kinetikáját tanulmányozták öt olyan anaesthesiológusban, aki a megelőző két hónapban nem találkozott halotánnal. Mindnyájan 4–8 liter/perc gázáramlással, visszalégzés nélküli rendszerrel, kilégzett gázt elimináló berendezés nélkül alkalmaztak halotánt két, egymást követő ötnapos munkahétben, majd a vizsgálati időszak további két hetében nem dolgoztak halotánnal. A halotán expozíciót az anaesthesiológusok légzőzónájából vett levegőminták gázromatográfiás vizsgálatával mérték és ppm óra értékben adták meg. Mérték a serum és a vizelet bromid szintjét a halotán expozíció előtti időtől a negyedik hét végéig, és kiszámították a biotranszformált halotán molekulák számát. (A vizelettel ürített mennyiség a teljes bromid kiválasztásnak több mint 95% -át adja, és a halotánból 1:1 arányban keletkezik bromid-ion.) Végül meghatározták a serum bromid felezési idejét.

Az anaesthesiológusok átlagos halotán expozíciója $72,4 \pm 10,2$ ppm óra volt. A serum bromid szintek átlaga a halotán alkalmazás előtt 40 ± 4 , az első hét végén 134 ± 33 , a második hét végén 220 ± 36 mikromol/liter volt. (A mért legmagasabb koncentráció az első hét végén 150, a második hét végén 330 mikromol/liter volt.) A serum bromid felezési ideje $14,0 \pm 1,7$ nap volt. A vizelettel kiválasztott bromid-ion mennyiség átlagosan 50 mikromol/nap volt a halotán alkalmazás előtt, az alkalmazás folyamán egyre fokozódott, és jelentősen emelkedett volt és még tíz nappal az utolsó expozíció után is.

A hosszú felezési időt és az elhúzódó kiválasztást talán az okozza, hogy a halotán erősen zsírolékos (olaj/gáz megoszlási hányadosa: 230). A szerzők felvetik, hogy a halotánt rendszeresen alkalmazó anaesthesiológusok vajon nem metabolizálják-e gyorsabban a halotánt, mint azok, akik hosszabb ideig nem dolgoztak halotánnal megelőzőleg (halotán biotranszformáció enzimindukciója?). Ezt azonban sem saját, sem irodalmi adatokkal

nem tudták bizonyítani. Végezetül a szerzők megállapítják, hogy nem valószínű, hogy az anaesthesiológusok chronikus bromid intoxikációt szenvedjenek, mivel annak korai jelei 5–10 millimol/liter serum bromid koncentrációnál fordulnak elő, kifejezett tünetek pedig csak 20 millimol/liter szint felett észlelhetők. A szerzők vizsgálataiban viszont 500 mikromol/liter volt a legmagasabb bromid szint, ami legfeljebb tizedrésze az említett kritikus értéknek még kilégtetett gázt elimináló rendszer nélkül is; hatásos elimináló rendszerrel pedig gyakorlatilag nincs kockázata a bromismus kialakulásának az anaesthesiológusok szempontjából.

[Ref.: A halotán elhúzó meta-bolismusra saját vizsgálati adataink — *Orv. Hetil.* 1978, 119, 957. — is egybehangzanak a szerzők megállapításaival. Azonban, bár klasszikus chronikus bromid intoxikáció nem áll fenn, mégis a kumulálódó bromid hatásának tarthatók azok az elhúzó kedély- és intellektuális funkcióváltozások, acneiform bőreruptiók, amelyeket tartós halotán expozíciók után figyeltek meg.

A halotán elhúzó biotranszformációjának a tartós expozíciója talaján kialakuló káros késői hatásainak jelentősége messze meghaladja a közleményben tárgyalt vonatkozásokat. A párolgó anaesthetikumok és a dinitrogén-oxid igen jelentős koncentrációban találhatók a műtők légtérében, és az ott dolgozók (de közülük is legnagyobb mértékben az anaesthesiológusok) szervezetéből még napok múlva is kimutathatók már egyszeri expozíció után is. A külföldi irodalomban kiterjedten tárgyalt, ezen szerek alkalmazásával szoros statisztikai összefüggést mutató morbiditási és mortalitási észleléseket (elsősorban gestációs és genetikai zavarok, vérképzőrendszeri és lymphoreticularis malignus betegségek, vese- és májkárosodások) döbbenetes hazai adatokkal támasztja alá. Barna, Adorján, Hargitay és Lencz dr. országos felmérése (*Orv. Hetil.* 1978, 119, 2433. és 2679.). A problémát súlyosbítja az anaesthesiológusok feszített munkaritmusa és túlterheltsége, amiről az említett felmérés szintén reális és megoldást sürgető képet ad (Adorján és mtsai: *Orv. Hetil.* 1978, 119, 2141.)

Az anaesthesiológusok egészségének védelmére a Magyar Anaesthesiológiai és Reanimációs Társaság már 1975-ben ajánlást tett közzé (*Anaesth. és Intenzív Ther.* 1975, 5, 241.); a műtő levegőszennyezettségének csökkentését célzó elimináló (abszorbeáló és elvezető) rendszerek kaphatók, hazai megoldások is ismeretesek (Uray és mtsai: *Anaesth. és Intenzív Ther.* 1976, 6, 1., Irházi és mtsai: *Honvéddorvos* 1976, 28, 143. és Barna: *Honvéddorvos* 1977, 29, 155.).

Mivel a halotán egyik legáltalánosabban használt anaestheticu-

munk, és alkalmazása nem mindenütt korlátozható, a kilégtetett gázt elimináló rendszerek beszerzése, ill. megvalósítása minden műtőben és altatókészüléken halaszthatatlanul sürgető feladat.]

Praefort László dr.

Fájdalomcsillapítás intrathecalisan alkalmazott morphinnal. Wang, J. K. és mtsai (Dept. of Anesthesiology and Neurology: Mayo Clinic, Minnesota): *Anesthesiology*, 1979, 50, 149.

Az előzetes közlemény intrathecalisan a lumbalis második, harmadik csigolyaközbe bejuttatott kis mennyiségű (0,5–1 mg) morphin eredményes és tartós fájdalomcsillapító hatásáról számol be chronikus fájdalomak esetén.

Korábbi állatkísérletek bizonyították, hogy az agyban, ill. a substantia gelatinosa területén felfedezett opiát receptorok közelébe juttatott kis mennyiségű exogen, vagy endogen opiát tartós analgesiát biztosít.

A kísérletben előzetes felvilágosítás után 8 kismedencei tumorban szenvedő beteg vett részt (7 nő 1 férfi, 51–71 évesek), akiknek túrhetetlen fájdalomait a szokásos módon alkalmazott kábítószer már nem — vagy csak a központi idegrendszer súlyos depresszió árában — biztosította. (10–20 mg morphint igényeltek 2–4 óránként.) A kezelés megkezdése előtt 2 órával a fájdalomcsillapítók adását beszüntették. A betegek fájdalomuk intenzitását 0–10-ig pontozták.

Az intrathecalisan adott 0,5 mg morphin fájdalomcsillapító hatásának maximumát 15–45 percen belül érte el, a hatás átlag 20 óráig tartott. A dosis 1 mg-ra való emelése a hatást nem nyújtotta meg megfelelően. (Placebóval összehasonlítva két olyan beteget találtak, akiknek isotonias konyhasóoldat beadása is fájdalomcsillapító hatásúnak bizonyult. Ez megfelel annak a korábbi megfigyelésnek, hogy a tumoros fájdalomak 40%-a placebóra is csökken.)

A szerzők eljárásuk előnyének tartják, hogy a fájdalomcsillapító hatás eléréséhez kis mennyiségű kábítószer elégséges. A hatás a központi idegrendszer depressziója nélkül jön létre.

Felvetik az eljárás kiterjesztésének lehetőségét szülészeti, ill. postoperatív fájdalmak csillapítására is.

Marosi Diana dr.

Műtét utáni fájdalomban a naloxon dosistól függően analgesiát, ill. hyperalgesiát hoz létre. Levine, J. D. és mtsai (Dept. of Neurology, Physiology and Oral Medicine, Univ. California. 94143): *Nature*, 1979, 278, 740.

A fájdalomcsillapító hatású endogen opiátok (endorphinok) felfe-

dezése vetette fel a gondolatát annak, hogy a tiszta opiát antagónista naloxon a fájdalom érzetet megváltoztatja akkor is, ha exogen opiátot nem kap a beteg.

Azonos szájszészeti beavatkozások után jelentkező fájdalomban próbálták ki placebóval összehasonlítva a naloxon különböző dosisait. (Impactált örlőfogát távolítottak el N₂O-val kombinált local-anaesthesiában 77 betegnél: 35 férfi 42 nő, 19–32 évesek.) A betegek fájdalmukat 0–10-ig pontozták. Azt találták, hogy a naloxon kis dosisa (0,4 és 2 mg) analgesiát okoz, míg a nagyobb dosis (7 és 10 mg) hyperalgesiát.

A hyperalgesias hatás érthető a tiszta antagónista használata esetén, magyarázatra a kis dosissal létrehozott analgesias hatás szorult. Felvetik, hogy a naloxon kis dosisaiban vagy endorphin kiáramlást okoz, vagy úgy emeli meg a rendelkezésre álló endorphin mennyiségét, hogy leszorítja azokról az opiát receptorokról, melyek nem a fájdalomérzettel kapcsolatosak.

Megállapítják, hogy a fájdalomcsillapító hatás felfüggesztéséhez nagyobb dosisú antagónista kell, mint az opiátok egyéb hatásainak felfüggesztéséhez. Ez jól megfelel annak az irodalomból ismert adatnak, hogy a morphinnak relatíve kisebb az affinitása az opiát receptorhoz, mint az endorphiné — valamint annak a klinikai megfigyelésnek, hogy a neuroleptanalgesia után kis mennyiségben (1–2 µg/kg) adott naloxon úgy függeszti fel az opiát légzésbénítő hatását, hogy közben annak fájdalomcsillapító hatása megmarad.

Marosi Diana dr.

Pancuronium előkezelés és succinylcholin okozta myalgia. J. B. Brodsky, J. G. Brock-Utne, S. I. Samuels (Stanford University School of Medicine, Stanford): *Anesthesiology*, 1979, 51, 259.

A succinylcholin adást követő izomfájdalom 0,2–89%-os gyakorisággal fordul elő. Először Churchill-Davidson vetette fel, hogy gallamin előkezelés csökkentené a fasciculatiok gyakoriságát, és a postoperatív myalgiák előfordulását. Az ismert, hogy a gallamin és d-tubocurarin csökkent, ha nem is szünteti meg a succinylcholin utáni izomfájdalom gyakoriságát. Gibb állítása szerint, amit nem dokumentált, a pancuronium kevésbé hatásos.

A szerzők 40 betegen vizsgálták a pancuronium izomfájdalom és fasciculatio csökkentő hatását. Succinylcholin adását 4 perccel megelőzően minden vizsgált beteg 1 mg pancuroniumot kapott, ami kivédte ugyan a fasciculatiót, de a postoperatív izomfájdalom előfordulásának csökkenése nem volt szignifikáns.

Bodor András dr.

Intenzív betegellátás

Sebészek és Intenzív Betegellátó Osztályok. Skillman, J. J. (Szerkesztőségi közlemény): Arch. Surg. 1979, 114, 881.

A szerző szerint a súlyos betegek ellátásának minden fázisában való jártasság ritkán található meg egyetlen személyben, akinek valamelyik speciális szakmából van szakképesítése.

Történelmileg az anaesthesiológia volt az a szakág, amely a resuscitációban és respirációs terápiában való jártasság miatt részt vett belgyógyászati, respiratorikus és sebészeti IBO-k szervezésében és vezetésében.

Miért legyen a sebészeknek vezető szerepük ezekben az egységekben? Az IBO-n fekvő perioperatív betegek szoros sebészeti megfigyelést és olyan ítélőképességet igényelnek, ami csak sokévi gyakorlattal szerzhető meg. Az IBO-t vezető érett sebész „közös nyelven” tud konzultálni a gyakorló sebészekkel.

Mit adhat az IBO vezetése a sebészeknek? A pathophysiológiai folyamatok tudományos vizsgálata korlátlan lehetőségeket tartogat. Az anaesthesiológussal, belgyógyással és az elhivatott középkezderekkel való szoros együttműködés hallatlanul növeli a tudásanyagot.

A sebészek mégis kevés érdeklődést mutatnak e fontos terület iránt. Friss felmérés szerint 54 intenzív szakorvosképző programnak csak 3 esetben sebész a vezetője, 24 esetben anaesthesiológus, 19-ben pedig belgyógyász. A Kritikus Betegellátó Orvostan Társaságának (Society of Critical Care Medicine) tagjai között csak 14% a sebész.

A szerző szerint a sebészek távollmaradásának oka egyrészt a műtéti eredményhez fogható látványos sikerélmények hiánya — jóllehet a gyógyszeres, respirátor, sav-bázis és folyadékterápia nem kevésbé fontos. Másrészt a sebész fél attól, hogy sebészeti hírneve feledésbe merül orvostársai előtt. Ez csak a sebészeti betegek kezelésében való folyamatos személyes részvétellel osztható el.

A Kritikus Betegellátó Orvostan Társasága kidolgozta az IBO-k szervezésének és az orvosok kiképzésének programját. A speciális kompetencia bizonyítására vizsga előírását javasolja, ami az osztályvezetésre való alkalmasságot is magában foglalja.

Ha feltételezzük, hogy egy IBO vezetéséhez mindazon szakágak tudásanyagának összege szükséges, amelyek részt vesznek a kritikus betegek ellátásában, akkor nyilvánvaló, hogy egyetlen ember mindezt képtelen uralni.

Jelenleg az USA mintegy 1500 db, 250 ágyasnál nagyobb általános kórházában 3000 IBO vezetőre és helyettesre van szükség. A vizsga követelménye nem segíti elő elhivatott orvosoknak e területre való

áramlását. Inkább az oktatási és nevelési szempontokra kellene figyelmet fordítani, hogy bármely alapszakmájú orvos megszerezhesse azt a készséget, ami IBO vezetéséhez kell. Már a medikusok érdeklődését fel kellene keltetni 1 hónapos intenzív gyakorlattal, sőt a sebész szakorvosjelöltek is IBO-n kellene töltsék gyakorlati idejük egy részét, hogy a szakmai tudásanyagot túl megismerkedjenek az ezen a területen is adódó apró sikerélményekkel.

(Ref.: Hazánkban jelenleg az intenzív osztály vezetői állások túlnyomó részét sebészből lett anaesthesiológusok töltik be. Az ő oktató-nevelő munkájuk biztosítja az utánpótlás klinikusi szemléletét. Az IBO vezetőjének kiválasztásában egyébként az az álláspont alakult ki, hogy olyan valaki legyen, aki ezen témakörben osztályvezetésre alkalmas felkészültséget szerzett.)

Incze Ferenc dr.

Katamnesztikus vizsgálatok a kezelés alatti lelki tapasztalatokról egy műtéti-traumatológiai intenzív betegellátó osztályon. Jelen, S., Langen, W., Tempel, G. (Inst. f. Anästh. d. Tech. Univ. München, Klin. rechts d. Isar): Prakt. Anästh., 1979, 14, 210.

A szerzők „műtéti-traumatológiai” (= sebészeti) intenzív betegellátó osztályán (IBO) 1975 márciusa és 1977 februárja között 408 beteget kezeltek. A 251 túlélőből 177-et különböző okokból nem vontak be a vizsgálatba; a 72 kiválasztott beteg közül végül is 30 választást értékelték. A jelentkezettek 6–24 hónappal korábban hagyták el az osztályt, és 5 napnál tovább kezelték őket.

A 30 beteg közül 21-et lélegeztettek tartósan (átlag 10 napig). Az első órákról alig maradt emlékéjük, a személyzet gyorsan tájékoztatta őket helyzetükről, állapotukról. Csak 2, a közvetlen postoperatív szakban az IBO-ra került beteg számolt be a kezdeti nyugtalanság emlékéiről. A betegek számára a későbbiekben megnyugtató (!) volt a gépek és egyéb berendezések látványa, az állandó orvosi és nővéri felügyelet. Általában nem emlékeztek részleteiben a tartósan mesterséges gépi lélegeztetés időszakára, még az a beteg sem számolt be kellemetlen élményről, akit 25 napi ápolási időtartam alatt 13 napig kellett lélegeztetni és egyszer újjáéleszteni. Egy beteg jelezte, hogy a műtőből az IBO-ra szállítása alatt, ballonnal végzett lélegeztetése során légzomját érzett, s ez kellemetlen emléke maradt.

Az intenzív ápolás alatti „központi probléma” megjelölésű kérdésre eltérő válaszokat adtak. Sokan a kifejezett betegségtudatot említették, melynek fő motívuma

a másik ember segítségétől való abszolút függés tudata volt. Nagy részük a jövővel foglalkozott, de nem fogták fel az életveszély realitását, egyikük sem számolt az esetleges halállal. Csak kevesen emlékeztek rá, hogy egyáltalán volt-e fájdalmuk. Ezt a szerzők az erős analgetikus és sedatív kezelésnek tulajdonítják.

A betegek nagy része fő panaszaként a kínzó szomjúságot jelölte meg, további kellemetlen emlékeként az időbeni tájékozódás elvesztését, a csupasz falak látványát, ablak (és kitekintés lehetőségének) hiányát, a mesterséges világítást (éjszaka is!) és a korai ébredést sorolták. A berendezések keltette és a műszakváltással járó zajokat megnyugvással hallgatták. A betegek több mint negyede által panaszolt szomjúságérzést a speciális kezelési megbeszélések magyarázták. Hewitt is észlelte szívsebészeti betegek 40%-ában. További gondjuk volt a sérülés késői következményeinek mérve és leküzdése.

A pozitív élményre vonatkozó kérdésre a betegek a jó orvosi és ápolói ellátást emelték ki, valamennyien az elismerés és hála hangján szóltak. Mindnyájuknak a biztonság és a „megmentettség” érzését kölcsönözte az állandó felügyelet tudata.

Alapmegállapításuk, hogy az intenzív osztályon kezelt beteg életszemlélete alapvetően különbözik az egészségesekétől, e betegek tudatának középpontjában a folyamatos emberi segítség szükségése áll, a berendezések és egyéb kezelési tényezők csak másodlagos jelentőségűek.

Habis György dr.

Az intenzív betegellátás psychosomatikája. Kellner, K. (II. Med. Klinik d. Tech. Univ. München im Klin. rechts d. Isar): Prakt. Anästh., 1979, 14, 203.

A címben jelölt problémakört az intenzív betegellátó csoport (személyzet) psychés megterhelésével is jellemzik. Ily módon a psychiáter („psychosomatikus”) feladatköre nemcsak a súlyos állapotú betegek psychosyndromájának diagnosztikájára és kezelésére szorítkozik, hanem az ellátó személyzet psychológiai kapcsolatainak tanulmányozására is kiterjed. Míg ugyanis az általános intenzív medicina győzelmi útját járja mindenütt osztatlan elismerést és csodálatot kelte, addig a psychosomatika meglehetősen kevésbé tudott e területen a fejlődéssel lépést tartani — számos helyen csupán alibi-funkciót látva el. A súlyos betegekben észlelhető psychosyndromát 1966-ban McKegney írta le (*Intensive Care Unit Syndrome*).

A súlyos betegek psychosyndromájának vizsgálata nem jelent leküzdhetetlen feladatot az okok és a háttér ismeretében. Jól ismert a

Schroeder (1971) által leírt 3 fő ok: a félelem, a kimerültség, valamint a tájékozódási képesség és a közlés akadályozottsága. Ezt megerősítette az angol anaesthesiológus, Robinson leírása saját osztályán történt intenzív kezeltetéséről [Ref.: OH (1976, 117, 2081.)]. Az intenzív betegek kapcsolatteremtési nehézségei az intubációból, tracheostomából, aphasiás nehézségekből adódnak, de pszichés terhelésüket fokozza a bizonytalanság-érzés vagy katasztrófahangulat, melyeket a környezet ismeretlensége erősen fokoz. Heidegger az élményfeldolgozás zavarát írja le, egészen a teljes függőségérzésig, a megfélemlített, segítség nélküli gyermeki érzésig. Ezért kíván a súlyos betegek psychotherapiája erőteljes támaszbiztosító (anaklitikus) kezelést. Ennek alapfeltétele a beteg és (az állandó) psychotherapeuta szoros (napi többszöri „foglalkozást” feltételező) kapcsolata.

Az anaklitikus psychotherapia különleges formája az ún. sürgősségi psychotherapia (Freyerberger), melyet a kezdeti beilleszkedési zavaroktól a halálfélelemig terjedő aktuális betegségi fázisokban végeznek (az „önfeladás”, a teljes reménytelenség állapota, halálfélelem).

A fentiek többé-kevésbé sikeres alkalmazása határozza meg az IBO „üzemi klímáját”, mely nemcsak az ápoltak, hanem az ellátó személyzet közérzetét (és utóbbiak teljesítőképességét is) messzemenően befolyásolja. A „belső feszültségek” (Rohde, 1962) az inter-individuális kapcsolatok zavarait okozhatják orvosok közti és orvos-nővér közti kapcsolatokban. Ennek vizsgálata ún. Bálint-csoportokban, ill. önvizsgálati csoportokban.

A jó munkahelyi légkör szempontjából lényegesebb a számban állandó személyzet, mint a szakmai fölény: a napi rutin, továbbképző tanfolyam, ill. a jó szakmai minőség segíthet, de *quantitatív személyi kompenzációt nem biztosítanak* (létszámhiány sorozatos osztályos sürgősségi beavatkozások, túlórázás, kezeléseik elmaradása, torlódása).

Ily módon felvetődik a kérdés, *hol vannak az intenzív osztályon dolgozó psychotherapeuta tevékenységének határai*: a betegek, a dolgozók csoportjaival való foglalkozástól egészen a *személyzet kiválasztásáig*. A szerző véleménye szerint a személyzet és a psychotherapeuta szoros együttműködése nemcsak a betegek pszichés állapotának javulását eredményezi.

Hasonló igényt támaszt az *intenzív betegellátó osztály fiatalabb dolgozóinak* állandó konfrontációja a halállal, hiszen élettapasztalatuk, emberi érettségük nem egyforma. Menthetetlen betegekkel a pszichés vezetése szintén nagy feladatot ró a „normál” személyzetre. A halállal küzdő, a haldokló beteget „kísérő” orvos emberi kap-

csolatának egyenértékűnek kell lennie az intenzív terápiás ismeretekkel és a gépi felszerelési adottságokkal! *Habis György dr.*

Az intenzív betegellátás beépülése az anaesthesiológiába. Tempel, G., Hegemann, M. (Inst. f. Anästh. d. Techn. Univ. München): Prakt. Anästh. 1979, 14, 197.

A Német Anaesthesiológiai és Újraélesztési Társaságot 1953-ban alapították, s e tanulmány a Társaság 25 éves fennállását üdvözlő, felsorolva a fejlődés során felvetődött problémákat és az elért eredményeket. A változások egyik kifejezője, hogy 1977-ben a Társaság nevét *Német Anaesthesiológiai és Intenzív (beteg)ellátási Társaságra* módosították.

Utóbbi egyben jelzi az intenzív betegellátás folyamatos fejlesztésének reális igényét is, így fokozatosan az anaesthesiológusok egyik fontos munkaterületévé vált.

Az oropharyngealis, majd az endotrachealis tubusok elterjedése (a 30-as években), később a lélegeztetőgépek megalkotása (Frenkner és Crafoord, 1938) jelentették a modern anaesthesiológia első lépéseit — az élettani és kóreltani ismeretek óriási mérvű szélesedésével. A *gépi berendezések fejlődése vetette fel centralizált ellátó egységek megteremtésének gondolatát*: idegsebészeti intenzív részleg létesült a Johns Hopkins Kórházban 1923-ban, Kirschner sebészeti intenzív részlege Tübingenben (1930), és az első égettel intenzív egység Bostonban (1942).

Az ezt követő időszakban az elért sikerek mellett folyamatosan jelentkeztek a *problémák is, melyeknek zöme ma is szorongat*: a személyzet nagy megterhelése (és szükséges nagy száma), a berendezések bonyolultsága, költséges volta, invazív diagnosztika és terapia, pszichés nehézségek stb.

Az életveszélyben levő betegek folyamatos lélegeztetésének feltételeit a poliomyelitis-epidemiák hatására teremtették meg, de számos diszciplína adott segítséget a komplex intenzív terapia kialakulásához: a nyomás, majd térfogatvezérelt, a túlnyomásos lélegeztetés, a művesekezelés, a defibrillatio technikai feltételeinek biztosításával, továbbá az újraélesztés új módszereinek, a teljes parenteralis táplálás alapjainak kidolgozásával.

A mai gyakorlatban intenzív betegellátó osztályokon nyernek elhelyezést a károsodott vitalis funkciójú, a súlyos poszttraumás állapotban levő betegek, nagy hasműtétek után fellépő komplikációkkal, tömeges vérzés után, koponya —agy sérültek, égettek, légzési elégtelenség, instabil cardiovascularis állapot, vese- vagy májelégtelenség, a haemostasis vagy anyagcserezavarának kezelése vé-

gett. Ebből következően az *anaesthesiológus működése az intenzív betegellátó osztályon lényegében műtői tevékenységének folytatása*: a felvétel és elbocsátás időpontjának meghatározása, az „alapellátás” biztosítása, a kezelési terv felállítás, a személyzet munkájának koordinálása és irányítása képezik feladatait. Hangsúlyozandó, hogy az *anaesthesiológus a társszakmák segítségét az együttes kezelésben nem nélkülözheti*. Ez az együttműködés folyamatos, ill. rendszeres, kölcsönös információs kapcsolatot követel. Ilyen szempontból az anaesthesiológusnak kulcsszerepe van a specialitásokra és subspecialitásokra bomló medicinában.

Az intenzív betegellátás több évtizedes fejlődése során az *anaesthesiológus mind értékeesebb segítőjévé vált egyre specializáltabb „manuális” kollégájának* — s így a betegnek is. Az anaesthesiológia *utánpótlási gondokkal* küzd, de munkájának sokrétűsége bizonyára vonzóbbá teszi majd e diszciplínát a pályakezdők számára, akik az intenzív betegellátásban nem csak „mérnök-medicinát” foglalkoztatni.

Habis György dr.

Radiológia

Az epehólyagrák ultrasonographiás és computer tomographiás vizsgálata. Hsu-Chong, Y. (Department of Radiology, Mount Sinai Hospital, New York): 1979, 133, 167.

Az epehólyag carcinomát ritkán ismerik fel műtét előtt, tekintettel a diagnózis nehézségére. A klinikai tünetek gyakran nem jellemzőek, a hagyományos röntgenmódszerek nem sok információt adnak. A közlemény szerzője, két év alatt 14 epehólyagrakos beteget vizsgált gray-scale ultrahanggal, ennek alapján ismerteti a körkép echographiás jellegzetességeit. A tumor kitöltheti az epehólyag lumenét, homogén echókat adva, egyes esetekben a necrosis jeleként a szolid masszán belül cystosus terület is megfigyelhető. Kisebb daganat az epehólyagfalból kiemelkedő szolid echo-mintájú képletként jelentkezik. Külön típusnak tekinti a szerző, ha a daganat megvastagítja az epehólyag falát és a környező májszövetbe terjed. Az echographia egyidejűleg felfedhet a hólyagon belüli köveket, májkapuban vagy intrahepatikusan elhelyezkedő metastasisokat. A vizsgálatokat részben gray-scale compound scannerrel, részben gray-scale real-time scannerrel végezte. A 14-ből 7 betegten computer tomographia is történt (2,5 perces lefutású scannerrel), mely hasonló jeleket mutatott, mint az echographia. A szerző jobban értékelhetőnek tartja az echo-képeket. Rövid áttekintést olvashatunk

a differenciáldiagnózis kérdéseiről és gondjairól (cholecystitis chronica, empyema vesicae felleae, benignus epehólyag daganatok). A kedvező tapasztalatok alapján mindkét módszer ajánlható epehólyag carcinoma gyanúja esetén, ahol lehetőség van mind echographiát, mind a computer tomographiát érdemes elvégezni, tekintettel arra, hogy eltérő fizikai tulajdonságokat mérünk a két eljárással.

Ref.: Az epehólyagrak korai diagnóza a computer tomographia és a gray-scale echographia birtokában sem látszik megoldottnak. gray-scale ultrahanggal sikeresen diagnosztizált esetünkről, mely sajnos szintén nem volt korai eset, a Magyar Belorvosi Archivumban számolunk be.) Harkányi Zoltán dr.

Leszállásban elmaradt herék ultrahanggal történő kimutatása. Madrazo, B. L. és mtsai (Department of Radiology, Henry Ford Hospital, Detroit): Radiology, 1979, 133, 181.

A fiú gyermekek leggyakoribb gonád fejlődési rendellenessége a cryptorchismus. A herék leszállása elakadhat a hasüregen belül, de gyakrabban (az esetek 70%-ában) az inguinalis csatornában található a here. A gray-scale echográfia egyszerű, nem invazív eljárás a leszállásban elakadt here kimutatására, ahogy erről amerikai szerzők beszámolnak, 12 esetük kapcsán. 9 gyermeknél a here az inguinalis csatornában akadt el (csak két esetben volt tapintható), ebből 8 gyermeknél az echográfiával pontosan sikerült ábrázolni a heréket, ahogy ezt a később elvégzett műtét is igazolta. Három esetben a herék a hasüregen belül helyezkedtek el, ezeknél a gyermekeknél az echográfia sikertelen volt. Az elkülönítésben megnagyobbodott nyirokcsomókkal kell számolni. Téves pozitív leletet nem adnak, a téves negatív lelet annak a következménye volt, hogy a sérven belüli bélkacs elfedte a herét, így nem volt ábrázolható. Egyes intézetekben a here lokalizációjára cryptorchismus esetén a herniográfiát, ill. a here venográfiát használják; a cikk szerzőinek véleménye szerint a gray-scale echográfia helyettesítheti ezeket a kockázatosabb és terheesebb módszereket.

Harkányi Zoltán dr.

Az ultrahang diagnosztikai transducerek baktérium flórája. Gooding, G. A. W. és mtsai (Radiological Service, Veterans Administration Hospital, San Francisco) Radiology, 1979, 133, 245.

Az ultrahang diagnosztikai készülékek száma világszerte gyorsan nő, ezért bár részletkérdésnek tűnik, mégis figyelmet érdemel: milyen valószínűséggel vihető át a transducerekkel bakteriális fertő-

zés? A betegek bőrén mozgatott vizsgálófejről a szerzők 50 alkalommal végeztek leoltást egyhetes vizsgálati periódus alatt. A transducereket 70%-os isopropil-alkohollal tisztították a vizsgálatok között. A leoltások 82%-ában találtak különböző mikroorganizmusokat, ezek közül a potenciálisan patogén *Staphylococcus aureus* érdemel említést. Az alkoholos lemosás előtt és után végzett tenyésztések eredményei azt mutatták, hogy a dezinficiálásnak e módja nem túl hatásos: 39 esetből 23-ban a lemosás után is észleltek baktériumokat. A következő javaslatokat tesszük: fertőzött bőrt beteg vizsgálata után a transducert gázzal kell sterilizálni; nyílt hasi seb esetén steril transducert használjunk, és a sebet lehetőleg izoláljuk. A kapott eredmények ellenére a szerzőknek az a véleménye, hogy a transduceren levő baktériumok klinikai jelentősége kicsi, nem kell tartani fertőzés átvitelétől.

Harkányi Zoltán dr.

Pajzsmirigy göbök nagy feloldású, real-time ultrahang scannerrel történő vizsgálata. Scheble, W. és mtsai (Div. of Diagnostic Ultrasound, University Hospital, San Diego): Radiology, 1979, 133, 413.

A pajzsmirigy ultrahangvizsgálata viszonylag új módszer, és első sorban a „hideg” göbök elkülönítésére használják, mivel a cystikus és szolid képletek nagy pontossággal felismerhetők. Amerikai szerzők új technikával végezték 98 beteg, tapintható pajzsmirigy göbének echográfiáját. A nagy feloldású, gray-scale készülék vizsgálófeje 10 MHz-en dolgozik és egy vizsákba merül. A beteg bőrére helyezett vizsákban mozog a transducer, és folyamatosan látható egy 3×4 cm nagyságú terület. Az egész vizsgálat 10–15 percet vesz igénybe. A 98 beteg közül csak 25-en kerültek műtetre, így a szerzők csak arra vállalkoznak, hogy a pajzsmirigy göbök echographiás jellemzőit ismertessék. Adenomákban, ill. adenomás jellegű göböknel jellemző sonolucens udvar veszi körül a göböt, amely adódhat a göb vékony tokjából. A colloid göbök körülírt, a környezetnél transzsonikusabb területként láthatók. Thyreoiditisben a megnagyobbodott pajzsmirigy egészének diffúze csökken a reflektivitása. A korábban használt technikák nem tették lehetővé a malignus és benignus elváltozások elkülönítését. Az új, nagyfeloldású scanner részletgazdagabb felvételei talán elősegítik majd az elkülönítést, addig is a következőkkel indokolható a pajzsmirigy echográfia alkalmazása: klinikailag egy tapintható göb van, az echográfia több gócot mutathat; hormon terápia során a göb változása követhető; célzott biopszia és punkció végezhető; a folyadék tartalmú területek (vérzés, necrosis) jól azonosít-

hatók. A pajzsmirigy göbök optimális kezeléséről ellentmondásos véleményekkel találkozhatunk, a műtetre kerülő betegek kiválasztásában, a pontosabb praeoperatív diagnózisban az echográfia segítséget nyújthat.

Harkányi Zoltán dr.

A mellékvesék sonographiája. Irnberger, Th. (Röntgendiagnostisches Zentralinstitut der Landeskrankenanstalten Salzburg): Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen und der Nuklearmedizin 1979, 131, 532.

27 esetben végeztek sonographiás vizsgálatot mellékvesetumor gyanúja miatt. Betegeik életkora 2–72 év közötti, 11 esetben mutatott az ultrahangvizsgálat mellékvese térfoglaló folvatára utaló képet. Ezekből ötöt műtét és szövettani vizsgálat igazolt. Szövettanilag 2 mellékveserák volt, 1 idült vérzés, 1 neuroblastoma és 1 pheochromocytoma. A legkisebb tumor, amit sonographiával kimutadni sikerült, 2 cm átmérőjű volt. E beteg 9 éves fiú volt klinikailag és laboratóriumi vizsgálatokkal igazolt Cushing-kórral, gyógyszeres kezelésben részesült, műtét nem történt. Helyesen ismertek fel egy további idült mellékvesevérzést is, így összesen 7 helyes pozitív kórimért állítottak fel. Két esetet téves pozitívnak értékelnek, mert a pozitív sonographiás lelet mellett minden egyéb vizsgálat negatív eredményt adott és műtetre nem került sor. A jóindulatú és rosszindulatú elváltozások elkülönítésére a sonographia nem tud támpontot nyújtani, tőle 2 cm-nél kisebb tumor kimutatása nem várható. A computer tomographiával együtt végzett sonographia a jövőben a legtöbb esetben egyértelmű, nem invazív módszere lesz a mellékvese diagnosztikának. Végzéséhez és megfelelő értékeléséhez a korszerű készüléken kívül természetesen alapos gyakorlat szükséges.

Laczay András dr.

A hasi és retroperitonealis erek CT és ultrahang ábrázolásának összehasonlítása. Lackner, K. és mtsai (Radiologische Universitätsklinik Bonn): Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen und der Nuklearmedizin 1979, 131, 479.

Siemens Somatom CT készülékkel és Toshiba Ultrasonoskoppal nyert képek alapján szerzők összehasonlították a két módszer alkalmasságát a hasi, retroperitonealis és medencei érkepek ábrázolására. Vizsgálták az aorta, a truncus coeliacus, arteria mesenterica superior és inferior, veseartériák, a vena cava inferior, a vena hepatica, renales, vena portae, azygos, lumbalis ascendens, lienalis, mesenterica superior, arteria és vena iliaca communis és externa ábrázol-

hatóságát. A sonographia előnye síkjának tetszőleges megválasztathatósága, hátránya a levegő, zsírszövet és csontképletek zavaró hatása. A CT kontrasztfokozással jól értékelhető képet ad, hátránya viszont az, hogy síkja tetszés szerint nem változtatható, nem alkalmazkodhat az erek lefutásához.

Összegezve: általában a nagy szigteri érkepletek mindkét eljárással kimutathatók centralis szakaszokon, de a CT periferiánál jobb feloldóképességű. Májon belüli érkepletek elkülönítésére a sonographiát alkalmasabbnak találták, ugyanakkor a CT van fölényben a medence területén, ahol az ultrahangképek erősen zavarják a gázos belek és környező csontok. A finom érszerkezet elemzésében egyik sem teszi nélkülözhetővé az angiographiát.

Laczay András dr.

Vesico-ureteralis reflux megállapítása kiválasztásos urographia felvételeiről gyermekkorban. Lanning, P. és mtsai (University of Oulu, Finland): Clinical Radiology 1979, 30, 67.

A gyermekkori vesico-ureteralis reflux kórismézése és kezelése körül zajlott és zajló vitában a szerzők arra a kérdésre kerestek feleletet, hogy elegendő-e kimutatására vagy kizárására a kiválasztásos urographia, v. valóban meg kell-e csinálni minden esetben a vizeléses urethro-cystographiát. 255 esetben végezték el mindkét vizsgálatot. 69 gyermek 96 ureterében észlelték refluxot. A kiválasztásos urographia felvételeinek utólagos elemzése alapján mintegy az esetek felében kaptak ez irányban téves negatív eredményt. Ha azonban a reflux súlyossági fokozatát is figyelembe vették, változott a helyzet. Klinikailag jelentős mértékű, III–V. fokú reflux csak 18 esetben állott fenn. Egyik utólagos nem leletező kiválasztásos urographia képein ezt mindegyik esetben felismerte, a másik pedig csak egy esetben adott téves negatív leletet. A teljes anyagra vonatkoztatva a téves pozitív értékelés gyakorisága 11% volt. Ezért gyermekek urológiai alapvizsgálatának húgyúti fertőzés esetén a kiválasztásos urographiát egyedül elegendőnek tartják. Ebből a klinikailag jelentős mértékű reflux megállapítható. Ezért a negatív urographiás lelet birtokában a vizeléses urethro-cystographia mellőzhető, elvégzésének csak ismétlődő infekció esetén vagy pozitív urographiás lelet alapján van értelme.

Laczay András dr.

Az 1. háti csigolya tövisnyúlvány meta- és apophysisének fiataloknál túlterhelés okozta károsodásával kapcsolatos tartós megfigyelések (Schmitt-féle betegség). Schmitt, W. G. H., H. C. Rücher (Medizinische Strahleninstitut der Universität Tü-

bingen): Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen und der Nuklearmedizin 1979, 131, 623.

Ismeretes az alsó nyaki és felső háti csigolyák tövisnyúlványainak felnőttkorban tartós megerőltetés következtében kialakuló kifáradásos törése, mely lapátolók, kubikosok foglalkozási ártalma. Ez a törés a tövisnyúlványok középső harmadában szokott bekövetkezni. A növekedés korában hasonló megerőltetés hatására a károsodás distalisabban, az apophysisfuga közelében alakul ki. Ez az ún. Schmitt-féle betegség a 14–16. életévben lép fel az apophysis csontmagjának kialakulása idején vagy kevéssel azt megelőzően. A szerzők 7 sok éven át észlelt ilyen eset alapján tekintik át e kórkép jellegzetességeit. A felnőttkori tövisnyúlványtörésekkel megegyező a megerőltetés a kórelőzményben, külső trauma hiánya, a hirtelen kezdődő vagy fokozódó körülírt fájdalom a megfelelő területen. Elkülöníti az érintettek kora, az elváltozás apophysealis elhelyezkedése, és a gyorsan javuló klinikai képpel szemben lassú, akár évekre elhúzódó röntgenológiai gyógyulási folyamat. A kórkép az aseptikus csontelhalások közé sorolandó. Elkülönítő kórisme szempontjából figyelembeveendő a persistáló apophysis, a heveny traumás tövisnyúlvány-csúcs törés, a ligamentum nuchae környező csontosodásai és maga a felnőttkori kimerülési törés. Az elváltozás jóindulatúságára való tekintettel minden invazív diagnosztikai beavatkozás vagy műtét indokolatlan.

Laczay András dr.

A sinus maxillaris zonográfias vizsgálata. Rabuhina, N. A., Golubeva, G. I.: Vesztnik röntgenologii i radiologii 1979, 3, 39.

Az orrmelléküregek summációs felvétele gyakran nem ad megbízható képet a krónikus elváltozásokról. Egy nagy összefoglaló statisztika szerint az átnézeti felvétel közel 40%-ban adott diagnosztikus tévedésre alkalmat. Éppen ezért célszerűnek látszik a rétegvizsgálat. Ugyanakkor az egyes rétegek közötti kicsiny távolság egymáshoz képest nem ad annyi információ-többletet, ami megérné az anyagi és munkaráfordításokat. Ez a körülmény hozta előtérbe a zonografiát, ami a tomográfiánál jóval vastagabb zónát tud ábrázolni.

A szerzők beszámolnak 400 betegen, azaz 800 sinus maxillarison végzett zonográfias vizsgálatról, melynek eredményét egybevetették az ugyanazon pácienseken készített átnézeti felvételek eredményeivel. Kísérletes és fantom-vizsgálataik alapján arra a következtetésre jutottak, hogy legcélszerűbb a röntgenső 8°-os kitérése, amivel 2 cm vastagságú réteget ábrázolnak. Ez a vastagság jól reprezentálja a sinus maxillaris, s a leg-

jobbnek látszik az elváltozások megbízható kimutatására. A rétegmélység optimuma a nőkön 4, a férfiakon 5 cm.

Összehasonlító elemzéseik jól bizonyítják a zonográfiának az átnézeti felvétellel szembeni előnyét. Így az utóbbi módszer a 800 sinus maxillaris közül 156-on mutatott ki normális légartalmat, a zonográfia viszont már csak 98-ban; 20-ban a nyálkahártya megvastagodását, 7-ben izzadmányt, 20-ban pedig cystát mutatott ki. Másrészt viszont azon esetek 40%-ában, amikor az átnézeti felvétel alapján nyálkahártya-megvastagodást állapítottak meg, a zonográfia ép viszonyokat talált. Minthogy az átnézeti felvétellel szemben a zonográfia nagyobb információ-tartalommal rendelkezik, s diagnosztikus értéke nem marad alatta a nagyobb sugárterheléssel járó, több időt igénylő tomográfiának sem, és a zonográfia egyszerű és olcsó, mindkettőnél előnyösebbnek tartják, s javasolják rutinszerű alkalmazását.

Varga János dr.

Röntgenkontrasztanyagok hatása a vérárvadási és a fibrinolysis rendszere. Albert, J. P. és mtsai (Abt. Inn. Med., Christian-Albrechts-Univ., Kiel): Med. Klin. 1979, 74, 1811.

Vénák vagy artériák területén végzett katéter-angiographiák kapcsán az esetek 0,2–2%-ában számíthatunk klinikailag manifeszt thromboemboliás szövődményekre. A kíméletesebb tüangiographiák (2000) esetében 1,7%-ban figyeltek meg a punctiós helytől distalisan fekvő érelzáródást. Másrészt a kontrasztanyagok petechialis bőrvérzéseket is okozhatnak. Elméletileg a vérpályába került nem physiologias jód tartalmú kontrasztanyagok a plasma alvadási tényezőivel, valamint az érfalra gyakorolt hatásuk folytán thrombosis-hajlammal járó hypercoagulabilitást, vagy vérzési hajlamot mutató hypocoagulabilitást okozhatnak. Az ellentmondásokat irodalmi adatok tisztázására 125 betegükön in vivo, továbbá in vitro vérárvadási vizsgálatokat végeztek. A röntgenkontrasztanyagoknak az arteriographiák alkalmával végzett ia. alkalmazása bár statisztikailag a thromboplastin idő és thrombincoagulációs idő szignifikáns, azonban biológiailag és klinikailag mégsem releváns csekély fokú meghosszabbodását eredményezi. Az urogrammok és a cholegrammok eseteiben nem voltak mérhető elváltozások kimutathatóak. In vitro vizsgálataikban a jód tartalmú kontrasztanyagoknak a citrátos plasmához való adása hasonlóan alvadást gátló hatású volt. További vizsgálatok szerint a kontrasztanyagok nem enzimgátlással befolyásolják a coagulációt, hanem a fibrinpolymerisát inhibitorainak tekintendők. Az euglobulin-ly-

sis- idő nemcsak a kontrasztanyag vizsgálata után rövidült meg szignifikánsan, de egyéb fizikailag fázis- eljárással (pl. gastroscopia, rectoscopia, laparoscopia stb.) alkalmával is, amelyek a fibrinolysis rendszer aktiválására utalnak; ezeket nyilván a vizsgálatok alkalmával a beteg testi-lelki kimerülése válthatja ki. Külön vita tárgyává teszik, hogy az angiographiák alkalmával megfigyelt thrombotikus szövődményekben a punctio okozta érfa-traumatisatió- nak (szöveti thrombokinasz felszabadulása, subendothelialis collagen-structurák szabadulása, arteriosclerotikus plaque leválása, thrombocytá-adhaesio, vérlemezke- thrombus stb.) milyen oki szerep tulajdonítható. A gyorsan beadott kontrasztanyagoknak magas töménysége is a befecskendezés helyén endo- és laesiót okozhat, hasonlóan a vér viszkozitásának helyi fokozódása különösen a venographiák eseteiben. A tapasztalatok szerint (525 arteriographia) 5000 IE izotóniás NaCl oldatban katheretesen adott heparin után egyetlen arterialis elzáródás sem lépett fel, sem haemorrhagia a punctiós területen.

ifj. Pastinszky István dr.

Pleura teleangiectasia és egyik arteria pulmonalis hiánya. Kleinman, P. K. (University of Massachusetts Medical Center, Worcester): Radiology, 1979, 132, 281

Az egyik mellkasfél kisebb volta, a mediastinum ez irányban való dislocatioja, magasabb rekeszállás és a pulmonalis arteria árnyékának hiánya natív felvételen is lehetővé teszi sok esetben a féloldali veleszületett tüdőarteria-hiány felismerését. Ismeretes ilyen esetekben a bronchialis arteriák kisegítő jelentősége és a kitágulásuk okozta reticularis érrajzolat a hilus körül. Kevésbé ismert, hogy tartós pulmonalis oligoemia következtében megkerülő keringés alakulhat ki a rekeszi és a bordaközi arteriák irányából is, és ennek megfelelően a mellhártyában teleangiectasiás értágulatok mutathatók ki. Ezek natív felvételen adott árnyéka önmagában nehezen értelmezhető, megnyugtató tisztázásuk aortographiával lehetséges. A szerzők hat ilyen esetet észleltek, háromnak képanyagát mutatják be rövid ismertetéssel.

Lacay András dr.

A zonográfia és a bronchozonográfia jelentősége a tüdő idült aspecifikus megbetegedéseinek diagnosztikájában. Mamilajev, R. M.: Vesztnik röntgenologii i radiologii 1979, 4, 57.

175 betegen végzett összehasonlító vizsgálatokat: 123 idült tüdőgyulladásban, 25 idült hörghurutban szenvedett, 27-nek tüdőtályog-

ja volt. A zonográfia 10°-os csőkilengés mellett 2 cm vastagságú réteget ábrázolt. A bronchográfia helyi érzéstelenítésben történt.

Az esetek zömében a zonográfia információ-gazdagsága felülmúlta a rétegfelvételekét, a bronchozonográfiaé pedig a bronchotomografiáét. Ez az előny elsősorban a fibrosus elváltozások, a hörgőkárosodásokat és a 4 cm-nél kisebb beolvadásokat és tályogokat esetében volt szembevetendő. Ilyenkor a bronchialis és az érelváltozások mennyiségi jellemzéseiben egy zonogramm információ-értéke 2-3 tomogram-méval volt egyenlő. A 4 cm-nél nagyobb tályogok vizsgálata során, ha nem voltak jelentősek a perifocális reakciók, a zono- és tomogramok egyenértékűek voltak. A tüdő corticalis rétegében kifejezett fibrosis és pleuracallus mögött elhelyezkedő tályogok rétegvizsgálattal jól ábrázolhatók, de a környezetének értékelésében a zonográfia itt is előnyös. A mondottak hasonlóképpen érvényesek a bronchonográfiára is.

Varga János dr.

Hypophysis microadenomát utánzó intrasellaris carotis-anastomosis. Kishora, P. R. S. és mtsai (Medical College of Virginia, Richmond): Radiology, 1979, 132, 381.

Carotis interna agenesissal járó intercarotikus anastomosis négy esetét ismeri az irodalom. Ezek az összeköttetések az agyalapon a dorsum sellae szintjében voltak. A szerzők két olyan esetet mutatnak be, melyekben az anastomosis intrasellarisan helyezkedett el. A sella röntgenképén a basison az arteriágnak megfelelően kiesés látszott, mely intrasellaris térfoglaló folyamat gyanúját keltheti. Az elváltozás mibenlétét carotis angiographiával lehet tisztázni, mely kirajzolja a csonthiányban lefutó összekötő arteriát. A rendellenesség felismerésének különös jelentősége van azért, mert a hypophysis adenoma eltávolítására esetleg tervezett transphenoidalis műtét a rendellenes ér sértésével súlyos következményekkel járhat.

Lacay András dr.

A nyelőcső nyálkahártyaredőinek hiánya systemás sclerosisban. Owen, J. P. és mtsai (University of Newcastle upon Tyne): Clinical Radiology, 1979, 30, 489.

Systemás sclerosisban a belső szervek közül leggyakrabban érintett a nyelőcső. Ennek radiológiai jele a peristaltica csökkenése vagy hiánya, nyálkahártya-elváltozások, levegő a nyelőcsőben, szűkület, vagy tágulat. Kevés figyelmet szenteltek eddig a nyálkahártyaredők hiányának, vagy helytelenül értelmezték ennek jelentőségét, a tágulat másodlagos következményeként

fogták fel. A szerzők 30 systemás sclerosisban szenvedő beteg gyógyszerhatás nélkül végzett nyelőcső röntgenvizsgálatának alapján elemezték a fenti jelenségeket. 8 esetben észlelték az oesophagus alsó harmadában a hosszanti redők hiányát. Nyelőcsőtágulatot 15 esetben láttak, kettőben ezek között redőhiányt. Szűkületet, utakövezetszerű nyálkahártyaképet nem észleltek. A klinikai észleletekkel egybevetve feltűnt, hogy a nyelőcső redőhiánnyal járó esetekben Raynaud-jelenség korábban alakult ki, mint a többiekben. Ugyanakkor a nyelőcső nyálkahártyaredőinek hiánya nem jelenti általában a kórfolyamat kiterjedtségét és súlyosságát, nem jár feltétlenül előrehaladott belsejvi vagy bőrelváltozásokkal. A kép alapjául szolgáló kórtani elváltozás a nyelőcsőfal sima izomzatának sorvadása és a submucosa fibrosis.

Lacay András dr.

A nasopharyngealis lágyrésztel újraértékelése. Cook, P. L., C. K. L. Cook (Southampton General Hospital): Clinical Radiology 1979, 30, 481.

Korábban Johannesburgban végzett vizsgálatok alapján közölték, hogy a koponya alapi törés az orrgarat hátsó fali lágyrésztelének károsodását okozhatja, ez tehát ilyen irányú gyanújelként értékelhető. Ugyanott végzett mérések alapján serdülőkorban ez árnyék normál vastagságának felső határát 15 mm-ben határozták meg 11 mm körüli átlagértékkel. A jelen szerzők Southamptonban végzett mérései ezzel szemben a normál értékeket serdülő- és felnőttkorban egyaránt jelentősen nagyobbak találták, így a felnőttkori normálérték felső határát 24 mm-ben adják meg. Az általuk mért értékek fedik a koponya alapi törések esetében mért értéket, tehát ez a „lágyrésztel” a javasolt értelemben nem használható. A Johannesburgi és southamptoni mérések különbségét technikai okokkal nem tudták magyarázni. Feltételezik, hogy a mért értékek reálisak, és az eltérés oka klimatikus tényezőkben kereshető. Johannesburgban ugyanis az éghajlat rendkívül kedvező a légúti betegségek szempontjából, Southamptonban éppen ellenkezőleg, és ez tükröződhet a nasopharyngealis lágyrésztel vastagságában.

Lacay András dr.

Sonographia és computer tomographia a hererák stadiumbeosztásában és kezelésében. Burney, B. T. E. C. Klatte (Indiana University Medical Center, Indianapolis): Radiology, 1979, 132, 415.

290 ultrahang- és 188 hasi CT-vizsgálatot végeztek 136 beteg hererák miatt végzett orchiectomiá-

ját megelőzően. 156 esetben mindkét vizsgálat megtörtént ugyanazon betegen rövid időn belül, ami lehetővé tette a két módszer alapos összehasonlítását. A felvételeket később a végleges kórisme ismeretében újraértékeltek. A sonographiát és computer tomographiát egyaránt ideálisnak találták retroperitoneális nyirokcsomóáttétek kimutatására. A CT értékelése ugyan egyszerűbb, de lényeges különbség az eredményekben nem volt a két eljárás között, és nem mutatkozott jelentős eltérés a lymphographiával kapott információkkal sem. A diagnosztikai hatékonyság fokozott akkor, ha mindkét vizsgálatot elvégezték és azokat ugyanazon radiológus értékelte. Ezért hererák esetén a műtét előtti vizsgálatokat egy napon végzett sonographiával és computer tomographiával kezdi. Ezek eredményét ugyanazon radiológus értékeli ki. Ha a két vizsgálómódszer eredménye ellentmondásos, nem egyértelmű, akkor válnak szükségessé egyéb radiológiai és nem radiológiai vizsgálatok, elsősorban lymphographia. Rutinszerűen ilyen esetekben már lymphographiát és kiválasztásos urographiát nem végeznek. Az egyszerűen kimutatott retroperitoneális nyirokcsomó-folyamatok további követésére elegendő egyedül a sonographia ismételt elvégzése.

Laczay András dr.

Mikrobiológia és fertőző betegségek

Újból gyakoribbak az emberi brucellosisok. Weber, A. (Inst. f. klin. Mikrobiologie, Univ. Erlangen): Med. Welt 1979, 30, 849.

A brucellosis világszerte elterjedt betegség emberen és állaton; évente mintegy félmillióra becsülik az emberi fertőzések számát. Az NSZK-ban az állami védőintézkedések folytán a brucellosist csaknem kiirtották. Mégis az utóbbi időben elsősorban a Földközi-tenger menti országokból származó vendégmunkásokon vagy ott szabadságukat töltő egyénekben többször észlelték. A fertőzés orális úton apró nyálkahártya- vagy bőrsérüléseken, továbbá tej-, illetve tejtermék (kecskesajt) fogyasztásával történik. A lappangási idő 21–60 nap közt ingadozik. A generalizálódás szakában típusos a reggeli normális vagy subfebrilis hőmérséklet, valamint az esti hidegrázással járó 30 °C-os láz. Máj- és lépduzzanat is jelentkezhet. Hepatitis, arthritis, metritis, orchitis, bronchopneumonia chr., valamint endocarditis is fellelhetőnek brucellosis kapcsán. Előfordulnak központi idegrendszeri szövődésmények is. A folyamatot igen sokszor grip-pes fertőzésnek vélik. A biztos kórismét a kórokozónak a vérből vagy a sternum-punctatumból való ki-

mutatása szolgáltatja, de ez ritkán sikerül. Világszerte az agglutinációs, komplementkötési reakciókat és a Coombs-tesztet alkalmazzák.

ifj. Pastinszky István dr.

Bacillus fajok által okozott súlyos fertőzések. Tuazon, C. U. Murray, H. W. Lévy, Ch. (Dept. Méd. Infect. Dis. Divis. George Washington Univ. Med. Center, Washington D. C.): JAMA, 1979, 241, 1137.

A Bacillus genus tagjait a B. anthracis kivételével apathogénnek ítélik, s klinikai anyagban jelenléteket nem tartják kórosnak. Ennek ellenére bizonyos alkalmakkor pl. sebészi beavatkozás, immunuszuppresszió, sérülések, égések, haemodialysis, narkómia és ételmérgezések esetén az aerob spórás baktériumok súlyos elváltozásokat idézhetnek elő.

A szerzők hét súlyos lefolyású spórások által okozott megbetegedést ismertetnek. Ezek közül öt narkománias betegen endocarditis vagy osteomyelitis fejlődött ki, egy leukaemiás betegen nekrotizáló fasciitis következett be s egy betegen, akinél „kamra shunt-öt” kellett alkalmazni, a betét fertőződött, s többször figyeltek meg bacteriemiát. Az antibiogram alapján elvégzett kezelés hatására minden beteg meggyógyult. Az első öt esetben valamint a hetedikben B. cereus volt a kórokozó, a shunt fertőzésnél B. subtilis. Valamennyi kitenyésztett Bacillus species érzékeny volt az aminoglikozidokkal szemben (chloramphenicol, erythromycin, clindamycin) s egyöntetűen ellenállást mutattak penicillinnel és cephalosporinnal szemben. A saját eseteiken kívül 26 súlyos lefolyású fertőzést ismertetnek, ezek közül néhány esetben pontatlan a diagnózis, néhány alkalommal tévesen B. subtilist állapítottak meg, 1960 óta, mióta a kóriszmék biztosabb alapon állnak, a legtöbb esetben B. cereus volt a kórokozó, de más species sem zárható ki teljes biztonsággal.

Az adatok azt mutatják, hogy a spórásokat, főleg a B. cereust kórokozónak kell tekinteni, ha 1. vérből tenyészik ki, 2. testüregekből tenyészik ki, vagy 3. zárt terű fertőzést hoznak létre.

Nikodemusz István dr.

Tartósan Salmonella-ürítők gyógyítása. Werner, G. T. (Bayer. Landesimpfanstalt, München): Therapie d. Gegenwart 1979, 118, 235.

Tartósan kórokozó ürítőknek tekinthető az egyén, ha egy évvel a typhus-, paratyphus-fertőzés, vagy Salmonella-enteritis után még az ürülékben a kórokozók kimutathatók. A typhus-bacillust tartósan ürítőknek ampicillinnel, penicillinnel és rifampicinnel való szanálása

nem kielégítő. Utóbbi időben megkísérelték a gyógyulást a bélfőra megváltoztatásával elérni. Az orálisan adott lactulose nem szívódik fel, sem nem hydrolyzálódik; a colonban viszont a baktériumok lebontják, bőven képződik tejsav és ecetsav s így a széklet pH-ja 5,6-ra süllyed. Feltevésük szerint a savanyú közegben a Salmonellák életfeltételei rosszabbodnak. Hat enteritises, Salmonella-ürítő betegüket a lactulose magas adagjaival (3×2 evőkanál naponta) kezelték. Öt betegükön eltűnt a kórokozó ürítése. Más szerzők is hasonló jó eredményről számolnak be. A lactulose nagyobb adagjainak adásakor hasmenés léphet fel, de egyéb mellékhatást nem észleltek.

ifj. Pastinszky István dr.

Campylobacter fajta baktériumok okozta enteritis megbetegedések. Sticht-Groh, V., I. Roland (Inst. Mikrobiol. und Kinderklinik, Würzburg): Dtsch. med. Wschr. 1979, 109, 1375.

A szerzők egy nyolcéves, heveny gastroenteritisben megbetegedett gyermekben először írtak le az NSZK-ban Campylobacter okozta gyomor-bélhurutot. A gyermeket lázzal, hányással, hasmenéssel, fejfájással szállították be a klinikára. Speciális célzott izolációs bacteriológiai eljárással sikerült a kórokozó: Campylobacter fetus subspecies jejuni kimutatása. A Campylobacter fajta Gram-negatív (régábban Vibrio fetus néven ismert) csíráit eddig alig vették tekintetbe az emberi gastroenteritis kóroktanában, bár egyes országokban (Belgium, Ausztrália, USA, Anglia stb.) való előfordulása alapján úgy látszik, gyakrabban fordul elő, mint eddig vélték. Célzott vizsgálattal hasmenéses betegek székletéből 4–8%-ban izolálták, tehát éppen olyan gyakran, mint a Salmonellát, vagy Shigellát. A kimutatása azonban költséges eljárás és a rutin-laboratóriumok nem végzik, s ezért ismeretlen emberi fertőzés, pedig jelentősége nem lebecsülendő. A kezelésére infúzió és erythromycin ajánlatos.

ifj. Pastinszky István dr.

Krónikus Q-láz endocarditis. K. Constantinidis és mtsai (Medical Research Council, Pneumoconiosis Unit, Clandough Hospital, Penarth, Glamorgan): Practitioner 1979, 222, 533.

A Q-láz jóindulatú lefolyású megbetegedés, melynek kórokozója a Coxiella burnetii. Lázzal, izomfájdalmakkal, fejfájással jár, néhány esetben pneumonia, pleuritis, pericarditis, endocarditis jöhet létre, ill. egyéb szövődmények figyelhetők meg.

A szerzők egy idős bányász esetét ismertetik, akit általános rossz

közérzet, gyengeség, subfebrilitás miatt vettek fel osztályukra. Fizikális vizsgálattal feltűnt a sziv felett hallható hangos systolés zöreje, melynek jelenlétét, ill. átmeneti eltűnését a beteg korábbi vizsgálataiban, feljegyzései igazolták. Mára duzzadt volt, minden végtagján dobverőujjakat észleltek. Az elvégzett májbiopsia „reactív hepatitiszt” állapított meg.

Felvételét követően néhány nap múlva hemiplegiával járó cerebrovasculáris esemény zajlott le. A szerzők a fennálló klinikai jelek alapján (általános panaszok, láz, hangos systolés zöreje, dobverőujjak) a negatív haemoculturák ellenére is subacut bacterialis endocarditist tételeztek fel és nagy dózisu penicillin, ill. gentamicyn kezelést kezdtek, de a beteg állapota rohamosan hanyatlott és meghalt.

A halála előtt néhány nappal vett vérmintából igen magas titerben *C. burnetii* ellenes antitesteket mutattak ki. Boncoláskor a mitrális billentyűn talált vaskos vegetációból *C. burnetii* sikerült kimutatni.

A szerzők megállapítják, hogy az általuk észlelt betegség diagnózisa az észlelő orvos éberségén múlik, hogy a sorozatosan negatív haemoculturák esetén serológiai vizsgálatokat végeztesse. A krónikus Q-láz endocarditis rendkívül ritka betegség, de felismerése esetén széles spektrumú antibiotikumot kell alkalmazni legalább egy évig.

Ternák Gábor dr.

Cytotoxin-enterotoxin izolálása *Entamoeba histolytica*-ból. W. B. Lushbaugh és mtsai (Veterans Administration Hospital and the Dept. of Medicine, Medical University of South Carolina, Charleston): *Journal of Infectious Diseases* 1979, 130, 9.

Jarumilinta és *Maegraith* az *E. histolytica* enzimjeit vizsgálva úgy találta, hogy az organismus gelatinase, amylase, hyaluronidase és trypsin aktivitással rendelkezik, de ezek pontos szerepét a parazita invazív tulajdonságait illetően nem tudták egyértelműen tisztázni. Az *E. histolytica* axenicus tenyésztése lehetővé tette a kórokozó toxikus tulajdonságainak vizsgálatát. A tenyésztett amoebákat sonikusan desintegrálták, majd az extractumot több lépcsőfokon át tisztították. Minden egyes tisztítási periódus után megvizsgálták a preparátum cytotoxicitását.

A szerzők részletesen ismertetik a tisztítás módját és a cytotoxikus aktivitás vizsgálatához használt modellt. Úgy találták, hogy a cytotoxin-enterotoxin egy 25 000–35 000 dalton nagyságrendű protein, melynek a cytotoxikus potenciálja összehasonlítható a *Shigella dysenteriae* 1-es típusának toxinjával. Különböző *E. histolytica* törzseket vizsgálva nem találtak különbséget a toxinok hatásait illetően. Feltehetően, hogy a kevésbé virulens

törzsek esetleg nem képesek a toxinok kibocsátására, talán más, a virulenciával összefüggő faktorok szükségessé ehhez. A cytotoxin immunogenikus hatású, az ellene termelt IgG-típusú antitestek felfüggesztik hatását. Más szerzők megfigyelték, hogy a normális, nem immun serum is gátolja az *E. histolytica* cytotoxinjának hatását. Valószínű, hogy in vivo csak az organismus membránjával direct contactusban levő sejtekre fejti ki hatását a toxikus protein, mert a szoros contactus miatt a serum nem tudja inaktíválni a cytotoxint.

A szerzők rámutatnak arra, hogy közleményük az első olyan cikk, mely direct cytotoxin kimutatásáról számol be *E. histolytica* extrac-tumából. Felhívják a figyelmet, hogy nem lehet szoros párhuzamot kimutatni a klinikai kép és a cytotoxin-enterotoxin aktivitása között.

Ternák Gábor dr.

A fakultatív patogén „Pittsburgh pneumonia ágens” által okozott tüdőfertőzés. Nyerowitz, R. L. és mtsai (Pittsburgh School of Medicine and Graduate School of Public Health, Pittsburgh, USA): *New Engl. J. Med.* 1979, 31, 953.

8 immunosuppresszív kezelésben részesült beteg pneumóniáját a szerzők egy Gram-negatív, enyhén saválló baktériumnak tulajdonítják, amelyet csak csirkeembrióban és tengerimalacban sikerült tenyészteni és a *L. pneumophilus*tól különböztetni. A klinikai és röntgen-tünetek nem voltak specifikusak. Valamennyi beteget nagy kortikoszteroid-adagokkal kezelték alapbetegsége miatt. Öten néhány speciális antibiotikummal és antituberculo-ticummal való kezelés ellenére meghaltak. „Tojásvédelmi vizsgálat” szerint a Pittsburgh pneumonia ágensnek elnevezett kórokozóra szulfametoxazol-trimetoprim kombinációnak, rifampicinnek és erythromycinnek volt hatása. A betegség kimutatására érzékeny módszernek bizonyult a szerokonverzió és nagy titerű indirekt fluorescens antitest technikával történő vizsgálata.

E baktérium életveszélyes pneumóniák újabban megismert okozójának látszik immunosuppresszív kezelésben részesülő betegeken.

Szám László dr.

Poliomyelitis járvány Bolíviában. Zaballos, J. L., Zumaran, R. V. (Minist. Prev. Soc. Salud Publ. La Paz, Bolívia): *Rev. Méd. Bolív.* 1979, 3, 11.

Cochabamba 213 696 lakosú város Bolíviában. Lakosságának 15,8%-a 15 évnél fiatalabb és 6,7%-a 3 és 23 hónap között van. Agrártelepülés, jellemző rá a nagyfokú vándorlás; a külvárosok lakói csak kecsua nyelven beszélnek. A tartományban

a gyermekbénulás endémiás, 1971 óta négy járványt jegyeztek fel, a legsúlyosabb 1971-ben zajlott le, 100 megbetegedést észleltek, a járványok tavasz végén (novemberben) kezdődnek s nyár közepére (január) érkezik el a maximumot, ekkor van az esős évszak. Már többször végeztek védőoltást poliomyelitis ellen, nem teljes hatásokkal.

A legújabb járvány 1978. december 9-től 1979. február 5-ig tartott s ez alatt 66 megbetegedést jegyeztek fel s 5 eset végződött halálosan, 52 beteg egyéves vagy ennél fiatalabb, 15 beteg 2 éves, 3 beteg 3 éves és 1–11, ill. 12 éves volt. A betegek kétharmada a város délkeleti részén lakott, ami már a külvárosnak felel meg, s ezen kívül 15 beteg Cochabamba környékén. A betegek szülei alacsony gazdasági és társadalmi műveltségi fokon voltak.

49 beteg nem kapott immunizálást, 8 egy adagot és 4 két adagot kapott, olyan, aki 3 adagot kapott volna, nem volt; 5 esetben nincs megbízható adat az immunizálásról.

Nikodemusz István dr.

Fakultatív patogén mikroorganizmus által okozott pneumonia: korábban nem identifikált saválló baktériumnak tulajdonítható 5 eset klinikopatológiai vizsgálata. Rogers B. H. és mtsai (University of Virginia Hospital, Charlottesville, USA): *New Engl. J. Med.* 1979, 301, 959.

Szokatlan klinikai tünetekkel járó, fakultatív patogén baktérium által okozott pulmonalis infectio eseteit írják le a szerzők, amely egyedülálló patológiai kép formájában jelentkezett. Az esetek időbeli kapcsolata nagy adag kortikoszteroiddal történt kezeléssel mindig kimutatható volt (vesetranszplantációt követően 4, limphocytás lymphomában 1 esetben). Jellemző volt a suppuratív pneumonia sűrű alveoláris infiltrációval, neutrophil granulocyták, granulomaképződés vagy sajtos necrosis nélkül. A saválló baktériumokat főleg intracellulárisan lehetett megtalálni, jellemző volt rájuk, hogy rutinszerűen használatos baktérium-, gomba-, ill. Mycobacterium-táptalajokon nem voltak tenyészthetők.

Az újonnan felfedezett saválló organismus legyengült, kortikoszteroid-kezelés alatt álló gazdaszervezetben suppuratív pneumonia valószínű oka lehet. Szám László dr.

Leptospirosis és acut veselégtelenség — klinikai gyakorlat és az irodalom áttekintése. N. D. Kennedy és mtsai (Princess Mary's R. A. F. Hospital, Halton, Aylesbury, Bucks): *Postgraduate Medical Journal*, 1979, 55, 176.

A leptospirosis gyakorisága Nagy-Britanniában viszonylag alacsony,

kb. 50 eset fordul elő évenként. Acut veseelégtelenség kb. az esetek 10%-ában fejlődik ki. A szerzők 6 olyan leptospirosisos beteg esetét ismertetik, akiken akut veseelégtelenség alakult ki a körle-folyás során. Betegeik közül két-
tő meghalt.

Az irodalmi adatok alapján az esetek 50%-ában a vese is érintett valamilyen formában. Így pyuria, haematuria, proteinuria, dysuria, oligo, ill. anuria léphet fel. A halálozás emelkedett, ha a veselaesióhoz súlyos icterus társult. Az azotaemia nem mindig jár oliguriával, csak az esetek 25%-ában észlelhető. A vese szövettani vizsgálata a tubulusok jellegzetes károsodását mutatja. A proximális és distalis kanyarulat csatornák dilatáltak, a sejtek laposak vagy necrotikusak. Súlyos esetben tubulorhexis látható interstitiális oedemával. A mikroorganizmusok a tubulusok körül és a tubulusok lumenében koncentrálódnak. Jellegzetes a kefeszegély károsodása. A glomerulusokban a basalis membrán focális megvastagodása látható.

Az irodalmi adatok hangsúlyozzák, hogy a leptospirosisozhoz társuló veseelégtelenség megfelelő kezelését késedelem nélkül el kell kezdeni, mert a hatásos dialysis eredményeképpen a vesefunkció visszatér. A vérzéses hajlam leptospirosisban nem képezi a dialysis contraindicációját. Gyomorvérzés esetén H₂ receptor antagonisták csökkenthetik a vérzés súlyosságát.

A leptospirosis kezelésében még mindig a penicillin áll az első helyen. Nem várhatunk tőle drámai javulást és nem csökkentheti észrevehetően az összes mortalitást. A veseelégtelenség ideje kb. 1–2 hét volt és a normális veseműködés kb. 3–4 hét múlva helyreállt.

Ternák Gábor dr.

Előben diagnosztizált központi idegrendszeri strongyloidosis. R. S. Meltzer (Infectious Disease Service, Memorial Hospital, New York): Amer. J. Med. Sci. 1979, 277, 91.

A strongyloidosis általában jóindulatú betegségnek tekintik. 1964 előtt az ún. hyperinfectiois syndromát nem ismerték. Nagyobb gyakoriságban fordul elő tumoros, ill. corticosteroid kezelésben részesülő betegek között. A diagnózis az esetek legnagyobb részében csak post mortem történik. A szerzők egy olyan esetet ismertettek, ahol a correct diagnózist a beteg életében állították fel.

Egy 56 éves nőbetegéről számolnak be, akit idiopathiás thrombocytopeniás purpura miatt utaltak kórházba splenectomia elvégzése céljából. A beteg nagy dózisú steroid kezelésben részesült. Az operáció után 1 héttel lázas lett, feje fájt, abdominális distensio alakult ki. Haemocultúrájából E coli, vizeletéből Pseudomonas tenaxi szigetelt ki. A mellkasröntgen-vizsgálattal bilaterális tüdőinfiltrációt találtak. A

liquor üledékében és a köpetben Strongyloides stercoralis lárvákat találtak.

A beteget thiabendazol és mebendazol terápiában részesítették az antibiotikus kezelésen kívül, melynek hatására a Strongyloides stercoralis lárvákat már nem lehetett kimutatni. Az antihelmintikus gyógyszerek elhagyását követően azonban ismét megjelentek. A beteg állapota gyorsan hanyatlott és septikus shock tünetei között meghalt.

Az eset tanulságait elemezve felhívják a figyelmet arra, hogy — a Strongyloides életciklusát tekintve — a filariform lárvák már a beteg béltraktusában kifejlődnek, a bél falon keresztül a véráramba kerülnek és felületükön bélbaktériumokat szállítanak, ez pedig gram-negatív septicaemiához vezethet.

Rossz prognosztikus jel, ha eosinophilia nem fejlődik ki. Esetükben a strongyloidosishoz háromféle gram-negatív baktérium által okozott infectio is társult. A központi idegrendszer fertőzöttsége az irodalmi adatok alapján ritkának tűnik, eddig előben felállított diagnózisról nem számoltak be. A kezelést nehezíti, hogy a thiabendazol nem hatol át a liquorágon. Az alkalmazható antihelmintikus terápia a levamisol, mely az immunrendszerre is hatással van. A hyperinfectiois syndroma gyógyítási lehetőségei szerények: az irodalmi adatok alapján csupán 44%-ra tehető.

Ternák Gábor dr.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

(697/a)

A Komárom megyei Tanács II. sz. Kórháza (Kisbér 2870) igazgató főorvosa pályázatot hirdet:

1 fő belgyógy. csop. vez. főorvosi,
1 fő rendelőint. labor szakorvosi állásra.

Az állások azonnal betölthetők. Illetmény a szolgálati idő figyelembevételével a 3/1977. EüM—MüM sz. együttes utasítás szerint.

Lakást megbeszélés alapján biztosít az intézet.

Lux Árpád dr.
kórházigazgató főorvos

(698/a)

Alsószolca Nagyközségi Tanács elnöke (Alsószolca, Miskolctól 6 km-re, 3571) pályázatot hirdet megüresedett **körzeti orvosi állás** betöltésére.

Az állás 1981. január 1-től elfoglalható. Illetmény a 3/1977. (XIII. 19.) EüM—MüM sz. együttes rendelet szerint.

Összevont ügyelet van. Üzemorvosi rendelés mellékfoglalkozásban vállalható.

Az álláshoz összkomfortos 81 m² alapterületű lakás biztosított.

Pályázók közül előnyben részesülnek az orvosházaspárok, amennyiben az egyik fél gyermekgyógyász.

Pályázatokat a nagyközségi tanács elnökének kell benyújtani. Alsószolca, Kossuth Lajos út 128. sz. 3571.

Sugár Ágnes dr.
járás főorvos

(715/a)

A Komárom megyei Tanács II. sz. Kórháza (Kisbér, 2870) igazgató főorvosa pályázatot hirdet:

1 fő belgyógy. csop. vez. főorvosi,
1 fő rendelőint. labor szakorvosi,
1 fő Kisbér községben működő gyermekköri orvosi állásra.

Az állások azonnal betölthetők. Illetmény a szolgálati idő figyelembevételével a 3/1977. EüM—MüM sz. együttes utasítás szerint.

Orvosházaspárok előnyben részesülnek.

Lakást megbeszélés alapján biztosít az intézet.

Lux Árpád dr.
kórházigazgató főorvos

(720/c)

A Nyíregyházi Dohányfermentáló Vállalat megvételre felajánl 1 db üzeme-képes állapotú **röntgengépet** olomvédő-fal tartozékkal együtt.

Erdeklődni: Nyíregyháza, Dugonics u. 2. sz. alatt a gondnokságon lehet.

(103)

A Siófoki városi V. B. Egészségügyi Osztálya (Siófok, Fő tér 1. 8600) pályázatot hirdet a közegészségügyi-Járványügyi Szolgálatnál 1981. január 1-én át-helyezés következtében megüresedett **felügyelői állásra**.

Szakképesítés nélküliek is pályázhatnak.

Lakás megbeszélés tárgyát képezi.

Kecskeméti József dr.
városi főorvos

(104)

A Kiskunhalasi városi Tanács V. B. Semmelweis Kórház-Rendelőintézet igazgató főorvosa (Kiskunhalas, Semmelweis tér) pályázatot hirdet az intézetben megüresedett 1 fő gyermekorvosi, 1 fő szemész orvosi, 1 fő ideg-elme orvosi, 1 fő röntgen orvosi, 1 fő anaesthesiológus orvosi állásokra változó munkahellyel.

Szakorvosi képesítés hiányában megfelelő gyakorlattal rendelkezők is pályázhatnak.

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

Orvossalálson férőhely biztosítása lehetséges.

Makay László dr.
igazgató főorvos

(105)

Fogorvosi röntgen, műszerszekrény, (vas) kompresszor eladó. „Külön is” jelígre VI., Dalszínház u. 10. kiadóba.

(106)

A Fővárosi Tanács V. B. Margit Kórház-Rendelőintézet igazgató főorvosa (Budapest III. ker. Bécsi út 132. 1032) pályázatot hirdet áthelyezés folytán megüresedett egy fő körzeti gyermek-szakorvosi állásra.

Illetmény a szolgálati időtől függően a 3/1977. Eü. K. (VIII. 19.) EÜM-MÜM számú együttes rendeletben foglaltak szerint.

Pályázati kérelmeket a szolgálati út betartásával a hirdetmény megjelenésétől számított 15 napon belül kell benyújtani.

Markovits György dr.
kórház-rendelőintézet
igazgató főorvosa

(107)

A Mátrai Állami Gyógyintézet pályázatot hirdet 4 fő **segédorvosi** állásra az Intézet Kékestetői Egységében. Szakképesítés megszerzésére belgyógyászból van lehetőség, de fiatal belgyógyász szakorvos is pályázhat. Illetmény kulcsszámtól és szolgálati időtől függően az érvényes rendelet szerint.

Az intézet az orvos-nővér szálláson összkomfortos szolgálati szobát biztosít. Az állások azonnal betölthetők.

Balla József dr.
mb. főigazgató főorvos

(108)

A Mátrai Állami Gyógyintézet pályázatot hirdet 4 fő **segédorvosi** állásra az intézet Mátraházi Egységében. Belgyógyász és tüdőgyógyász szakképesítés megszerzésére van lehetőség, de fiatal szakorvosok is pályázhatnak.

Illetmény kulcsszámtól és szolgálati időtől függően az érvényes rendelet szerint; 30% veszélyességi pótlék.

Az intézet összkomfortos szolgálati szobát, orvosházaspár részére összkomfortos lakást biztosít.

Az állások azonnal betölthetők.

Balla József dr.
mb. főigazgató főorvos

(109)

A Pest megyei Tanács V. B. Petényi Géza Központi Csecsemőotthona (Budapest XII., Szarvas Gábor u. 20-22.) igazgató főorvosa pályázatot hirdet 1 fő **gyermekszakorvosi** állásra.

Illetmény a kulcsszámnak megfelelően + munkahelyi pótlék.

Az állás azonnal betölthető.

Heller Györgyné dr.
igazgató főorvos

(110)

A Szeged m. városi Tanács Kórház-Rendelőintézet igazgató főorvosa (Szeged, Kossuth L. stg. 42. 6701) pályázatot hirdet:

egy fő **ideggyógyász**,
egy fő **sebész-traumatológus** állás betöltésére.

Az állások azonnal elfoglalhatók.

Lakást biztosítani nem tudunk.

Bánfalvi Géza dr.
igazgató főorvos

(111)

A MAV Tüdőgyógyintézet és Tüdőgondozó (Bp. XII. ker. Szanatórium u. 2/A 1528) főigazgató főorvosa pályázatot hirdet az **érsebészeti osztályon** megüresedett 1 fő **sebész** szakorvosi állásra. (Szakvizsga előtt állók is pályázhatnak.)

Illetmény a 3/1977. EÜM-MÜM sz. együttes utasítás szerint, a szolgálati időtől függően.

Bertha József
főigazgatóhelyettes

(112)

A Fővárosi János Kórház-Rendelőintézet (Budapest XII., Diósárok út 1. 1125) főigazgató főorvosa pályázatot hirdet a kórház Központi Laboratóriumában megüresedett **szakorvosi** állásra, változó munkahelyen.

Bérezés a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM-MÜM sz. együttes rendelet szerint.

Sinkovics Máttyás dr.
főigazgató főorvos

(113)

A Pest megyei KÖJÁL igazgató főorvosa (Budapest VIII., Stáhlly u. 7. 1428) pályázatot hirdet egy fő **laboratóriumi orvosi** állásra mikrobiológiai munkakörben.

Bérezés a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM-MÜM sz. együttes rendelet értelmében.

A Pest megyei KÖJÁL igazgató főorvosa (Budapest VIII., Stáhlly u. 7. 1428) pályázatot hirdet egy fő **laboratóriumi asszisztens** állásra mikrobiológiai munkakörben.

Bérezés a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM-MÜM sz. együttes rendelet értelmében.

Madár János dr.
igazgató főorvos

(114)

A Fővárosi János Kórház-Rendelőintézet (1125 Budapest, II. ker., Diósárok u. 1.) főigazgató főorvosa pályázatot hirdet a kórház II. sz. Tüdőosztályán megüresedett **szakorvosi** állásra, változó munkahelyen.

A pályázaton tüdőgyógyász szakorvosok előnyben részesülnek.

Bérezés a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM-MÜM sz. együttes rendelet szerint.

Sinkovits Máttyás dr.
főigazgató főorvos

(115)

A Dunaújvárosi Tanács Kórház-Rendelőintézet (Dunaújváros, Korányi S. u. 4-6.) igazgató főorvosa pályázatot hirdet egy **körzeti orvosi** állásra.

Illetmény a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM-MÜM sz. együttes rendelet szerint.

Lakás megbeszélés tárgyát képezi.

Csák Endre dr.
Kórház-Rendelőintézet
igazgató főorvos

(116)

A Fővárosi János Kórház-Rendelőintézet (1125 Budapest, XII. ker., Diósárok u. 1.) főigazgató főorvosa pályázatot hirdet a kórház **Neuro-pszichiai osztályán** megüresedett **orvosi** állásra, változó munkahelyen.

Neurológus, vagy pszichiáter szakorvosi képesítéssel rendelkezők előnyben részesülnek.

Bérezés a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM-MÜM sz. együttes rendelet szerint.

Sinkovics Máttyás dr.
főigazgató főorvos

(117)

A Dunaújvárosi Városi Tanács Kórház-Rendelőintézet igazgató főorvosa (Dunaújváros, Korányi Sándor u. 4-6.) pályázatot hirdet az egyesített intézmény üzemegészségügyi szolgálatnál egy **üzemi körzeti orvosi** állásra.

Lakás megbeszélés tárgyát képezi.

Munkabér a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM-MÜM sz. együttes rendelet alapján.

Évente adható 6-10 000 Ft-ig terjedő hűségjutalom.

Csák Endre dr.
Kórház-Rendelőintézet
igazgató főorvos

(118)

A Dunaújvárosi Kórház-Rendelőintézet igazgató főorvosa (Dunaújváros, Korányi S. u. 4-6.) pályázatot hirdet a Bőr- és Nemibeteg gondozó Intézetben megüresedett **segédorvosi** állásra.

Illetmény a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM-MÜM sz. együttes rendelet alapján.

Elhelyezést növérszállón biztosítunk.

Csák Endre dr.
Kórház-Rendelőintézet
igazgató főorvos

(119)

A XVI. ker. Tanács VB. Szakorvosi Rendelőintézet igazgató főorvosa (Bp. XVI., Jókai u. 3.) pályázatot hirdet 1 fő **körzeti orvosi** állásra.

Friedmann Edit dr.
igazgató főorvos

(120)

Veszprém megyei Tanács Szocioterápiás Intézetének (Rehabilitációs Elme-kórház) igazgató (DOBA 8482) pályázatot hirdet nyugdíjazás folytán megüresedett **adjunktusi, ill. segédorvosi** állás betöltésére.

Illetmény E 2127-2131 kulcsszám szerint + 30% veszélyességi pótlék és munkahelyi pótlék. Az álláshoz másfél, illetve három szoba összkomfortos lakás beköltözhetően biztosított. Az állás azonnal elfoglalható. Óvoda, bölcsőde helyben.

Horváth Endre dr.
igazgató főorvos

(121)

Komárom Városi Tanács Kórház-Rendelőintézet (2921 Komárom, Széchenyi u. 2.) igazgató főorvosa pályázatot hirdet az áthelyezés folytán megüresedett **belgyógyászati osztályvezetői főorvosi** állásra.

Illetmény a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM-MÜM sz. együttes rendelet alapján.

A pályázat benyújtható a Komárom Városi Tanács Eü. Osztály Vezetője (2900, Szabadság tér 1.) címére.

Lakást a városi tanács biztosít.

Komárom Városi Tanács Kórház-Rendelőintézet (2921 Komárom, Széchenyi u. 2.) igazgató főorvosa pályázatot hirdet a röntgen osztályon áthelyezés folytán megüresedett **rtg. segédorvosi állásra**. Szakvizsgával rendelkezők előnyben részesülnek.

Illetmény a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM-MÜM sz. együttes rendelet alapján.

Lakás megbeszélés tárgyát képezi.

Komárom Városi Kórház-Rendelőintézet (2921 Komárom, Széchenyi u. 2.) igazgató főorvosa pályázatot hirdet a Komárom Városi Rendelőintézetben megüresedett **laboratóriumi szakfőorvosi** állásra.

Illetmény a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM-MÜM sz. együttes rendelet alapján.

Lakás megbeszélés tárgyát képezi.

Szónyi László dr.
igazgató főorvos

(122)

Nagykanizsa Városi Tanács Kórház-Rendelőintézetének igazgató főorvosa — Nagykanizsa, Fábik Károly u. 2-8. pályázatot hirdet az alábbi üres állásokra:

1 fő **tüdőgyógyász** szakorvosi,
1 fő **bőrgyógyász** szakorvosi,
1 fő **orthopéd** szakorvosi,
2 fő **gyermek-körzeti orvosi**.

Az állások betöltéséhez feltétel az előírt szakképesítés megléte.

Bérezés az érvényben levő bérutastások alapján.

A pályázatokat a Kórház-Rendelőintézet igazgató főorvosához kérjük benyújtani.

Wölfer Edit dr.
igazgató főorvos

(123)

A Semmelweis Orvostudományi Egyetem Dékánja pályázatot hirdet a Radiológiai Klinika megüresedett 3224 ksz. egyetemi **tanársegédi állás** betöltésére.

Pályázhatnak általános orvosi diplomával, laboratóriumi szakorvosi képesséssel és legalább négy éves szakmai gyakorlattal rendelkező orvosok.

A pályázóknak meg kell felelni az egyetemi oktatókkal szemben támasztott követelményrendszerben foglaltaknak (megtekinthető az egyetem Személyzeti és Oktatási Osztályán (Bp. VIII., Üllői út 26. fszt. 9.))

Az illetmény kulcsszám szerint kerül megállapításra.

A szabályszerűen felszerelt pályázatot — a szolgálati út betartásával — a megjelenéstől számított három héten belül az egyetem Személyzeti és Oktatási Osztályára kell benyújtani.

Almosdi Péter dr.
hivatalvezető

(124)

A Semmelweis Orvostudományi Egyetem Általános Orvostudományi Karának dékánja pályázatot hirdet a Fül-Orr-Gégéklinika betöltésre kerülő 3223 ksz. **egyetemi adjunktusi állásra**.

Pályázhatnak fül-orr-gégészeti és audiológus szakorvosi képesséssel rendelkező orvosok, akik megfelelnek az Egyetem oktatóival szemben támasztott követelményrendszerben foglaltaknak (megtekinthető az Egyetem Személyzeti és Oktatási Osztályán, Bp. VIII., Üllői út 26. fszt. 9.))

A szabályszerűen felszerelt pályázatot — a szolgálati út betartásával — a megjelenéstől számított 21 napon belül az Egyetem Személyzeti és Oktatási Osztályára kell benyújtani.

Az illetmény kulcsszám szerint kerül megállapításra.

Almosdi Péter dr.
hivatalvezető



Az anaesthesiológia, a perioperatív-, az intenzív orvostan integrációjáról és szakképesítési feltételeiről.

T. Szerkesztőség! Trencsényi Tibor dr. „Az intenzív orvostan távlati perspektívája és a belgyógyászat” c. (Orv. Hetil. 1979, 120, 2, 283.) referátumával kapcsolatban előláróban hangsúlyozni szeretném, hogy csak vázlatosan ismerem az egyetemes belgyógyászat szakosodással kapcsolatos problémáit. A felmerült kérdésekkel kapcsolatban kizárólag az anaesthesiológia és intenzív betegellátás szemszögéből szeretnék foglalkozni. Az első gondolat, mely a közlemény olvasásakor felmerült bennem, az volt, hogy a kérdés hasonlóképpen áll a többi úgynevezett alapidisciplina: sebészet, pediatria, szülészeti-nőgyógyászat oldaláról is és valószínű, hogy az intenzív betegellátásnak nem kizárólag belgyógyászati vonatkozásai vannak.

Az anaesthesiológia önállóvá válása nem ment zökkenőmentesen. Így hazánkban is komoly küzdelem árán jutott el szakágunk a mai szervezeti-szakmai szintre. A fejlődés figyelemreméltó. Az embernek az az érzése a referátum tanulmányozásakor, hogy a Vesaliusig visszanyúló alapos elemzésből — mely a közismert, legjelentősebb határköveket is érinti — az utóbbi két évtized érdemi történései teljesen kimaradtak, nem nyertek méltatást. A hazai anaesthesiológia közelmúltban elért eredményeit célszerű lenne széles körben publikálni, különös tekintettel azokra a vonatkozásaira, melyek az intenzív betegellátás széles körű, országos méretű fejlődését elindították, elősegítették.

Az anaesthesiológia, az anaesthesiológusok feladatai nem korlátozódnak csupán a műtét alatti érzéstelenítés végzésére. Részt vesznek (szükség esetén elvégzik) a műtetre kerülő betegek preoperatív előkészítésében, postoperatív megfigyelésében, kezelésében. Az anaesthesiológus ebben a minőségében állandó, széles körű interdiszciplináris tevékenységet fejt ki. Támogatja, ill. pótolja az ilyen irányú klasszikus belgyógyászati együttműködést. Az anaesthesiológusok és irányú aktivitását a betegellátás adekvát javítása érdekében fokozni kell. A belgyógyászat és az anaesthesiológia szorosabb együttműködésének igénye érezhető Brecht (Bonni Egyetem Belgyógyászati Klinika) közleményéből, melyben — többek között — az alábbi megállapításokat teszi:

„A belgyógyász sohasem lesz abban a helyzetben, hogy a szóba

jöhető anaesthesiológiai módszereket ismerje...”

„... még sokkal kevésbé tudja műtét beavatkozások veszélyeit, vagy alternatív lehetőségeit megítélni, lemérni az adott általános állapothoz viszonyítva...”

„... Azt, hogy egy fennálló megbetegedés milyen mértékben befolyásolja az „altathatóságot” csak az anaesthesiológus tudja megítélni.” (1).

W. List a Magyar Anaesthesiológiai és Intenzív Terápiás Társaság 1979. évi Vándorgyűlésén Zalaegerszegen „The preoperative clinic — a new task for the anaesthesiologist” című előadásában figyelemre méltó gyakorlatokról számolt be, melynek a betegek preoperatív státuszának pontosabb meghatározása, a jobb, adekvat műtét előkészítés és az a felismerés a lényege, hogy a postoperatív szak szövődményeinek jelentős részét a preoperatív állapot determinálja.

Mindennapi gyakorlatunknak olyan területe ez, ahol az eddigigélt célratoróbb együttműködés szükséges belgyógyászok és anaesthesiológusok között. Vitathatatlan, hogy a szorosan vett anaesthesiológiai tevékenység — önmagában is — széles alapokon nyugvó klinikai háttérrel rendelkezik. Akkor is így van ez, ha sokan még mindig nem látják, vagy nem akarják tudomásul venni.

A referátum — megítélesem szerint — leginkább vitatható megállapításai azok, melyek az intenzív osztályok vezetésének kérdését, az anaesthesiológia és intenzív betegellátás kapcsolatát taglalják. Úgy hiszem, nem szakmai elfogultság következménye az, hogy a referátum által idézett irodalmi hivatkozások némelyikét eltérően értelkelem:

Kucher és Steinbereithner könyvük hivatkozott fejezetének bevezetőjében leszögezik, hogy a súlyos (intenzív) betegeket ellátó team nem működhet koordináló vezető nélkül, aki az alkalmazott kezeléért felelős. Ezt követően felsorolják azokat az érveket, melyek alapján a funkcióra a szakképzett anaesthesiológus tűnik legalkalmasabbnak:

1. Az intenzív ellátás széles területét áthatják a légzés, keringés, tudatállapot problémái, melyekkel az anaesthesiológus nap mint nap műtői munkája során találkozik.

2. Az intenzív egységek betegei közt eszméletlen, intubatiót, tracheotómiát igénylő betegek nagy számban találhatók. „Egyrészt képzelenség azt hinni, hogy a lélegeztetést és egyéb kezeléseket egymástól el lehet választani, másrészt logikátlan eljárás a betegeket az anaesthesiológusokhoz kezelésre

áthelyezni a felelősség egyidejű átruházása nélkül.” (3).

3. Az anaesthesiológusok interdiszciplináris státusza biztosítja leginkább a megértő együttműködést az illetékesség problémakörének indokolatlan hangsúlyozása, szítása nélkül.

4. Az agykérdésekkel, betegáthelyezéssel kapcsolatos semleges magatartása alapján elvárható tőle, hogy a gondjaira bízott egység ágyai valóban szakmai szempontok szerint legyenek kihasználva.

Ez irányú véleményük alátámasztására idézik Holmdahl (1969), aki arról tudósít, hogy Svédországban 60 működő intenzív osztály közül 56-nak anaesthesiológus a vezetője és az 1967-es B. M. A.-beszámolót, mely szerint Angliában 17 egység közül nyolcat vezet anaesthesiológus.

A referátum által kiemelt másik lehetőséggel kapcsolatban — melynek lényege a szervező és szakmai funkciók szétválasztása az osztály vezetésében — úgy foglalnak állást, hogy az elvből elképzelhető. Az ilyen rendszer által meghatározott kompromisszum gyengéire is rámutatnak:

1. Nehéz a felelősséget megállapítani, főképpen a beosztott orvosok esetében.

2. Áttekinthetetlen és nem egysegű a beutalási jog. Ezek miatt Nagy-Britanniában is „nem alaptalanul” ezt a koncepciót sokan elvetik. Az irodalomban felmerült még az anaesthesiológusok és belgyógyászok „egyenjóságítása” a kevert osztály vezetésében. Ennek logikus következménye az, hogy kiterjesszék azt sebészekre, gyermekgyógyászokra, neurológusokra stb. A vezetés így illuzórikussá válna (2). Lawin is hangsúlyozza, hogy az interdiszciplináris osztályon tevékenykedő team-et (a szakmai munka és szerteágazó belső feladatok miatt) egy személy kell koordinálja. Az, hogy erre a funkcióra kit jelölnek ki, helyi adottságok kérdése és másodlagos szempont.

„Kisebb kórházak belgyógyászati-sebészeti, interdiszciplináris osztályait általában anaesthesiológus vezeti.” (4). Így teljes a referátum által idézettek véleménye a vezetés kérdésével kapcsolatban. A vezetés „kettébontása” a fentiek tükrében egyáltalán nem általános és főképpen nem szükségszerű konklúzió.

Számomra elképzelhetetlen olyan szervezeti forma (az érvényben levő jogi szabályok és szakmai követelmények mellett), ahol az osztályvezető szakmai tevékenységét „az ún. interdiszciplináris együttműködés szelleme pótolja”.

Ezt természetesen nem zárja ki az együttműködés lehetőségeinek teljes kihasználását és állandó keresését. Ennek igénye általános kell legyen a betegellátásban. Nélküle nem képzelhető el sem a hagyományos, sem az intenzív betegellátó osztályok jó működése.

Az egyértelmű, félreismerhetetlen működési szabályzat, szervezet — melyet állandóan tökéletesíteni, a változó igényekhez adaptálni kell — véleményem és tapasztalatom szerint alapja és semmiképpen sem akadálya a különböző diszciplínák eredményes szakmai, kollegális, etikus együttműködésének, melyre az intenzív betegellátásnak ugyanúgy szüksége van, mint a betegellátás bármely szintjének.

Az anaesthesiológia és az anaesthesiológusok helyét egy adott intézmény szakmai tevékenységében a legáltalánosabb elvek mellett a gyakorlat szabja meg. Hazánkban a szakemberképzés és -ellátás egészséges fejlődésének — melynek az igények szabnának mértékét — nem elsősorban a szakképesítések megszerzésének feltételei képezik akadályát. Helyénvaló és tiszteltető méltó minden törekvés, mely a szakképesítés minőségi javítását célozza. Az anaesthesiológia és intenzív betegellátás legnagyobb gondja hazánkban, hogy kevés a szakképzett anaesthesiológus. Az intenzív betegellátás jelenlegi és távlati feladatainak ezt az alapvető tényezőt kell felismerni. Elemezni kell és kimondani azokat az anyagi vonatkozásokat, különbségeket, melyek következményeként szakképzett, megbízható szakmai gyakorlattal bíró orvosok fordítanak háttat szakterületünknek és töltenek be adminisztratív, rendelőintézeti, körzeti orvosi állásokat, melyek gyakorlásához szakismereteikre nincs szükség. Ezzel párhuzamosan észlelhető néhány szakterületnek egészségtelen, az igényektől elrugaszkodott túlnépesedése. Ez a folyamat állandónak tekinthető és véleményem szerint a szellemi értékek megbocsáthatatlan pazarlása, szocialista egészségügyünk legsúlyosabb szakmapolitikai ellentmondása. Alapja pedig a munkabérek és a jövedelmek közti közismert, kifejezett különbözőség.

A kétségtelen, de biztosan megoldható szakemberhiány — más dolog lévén — nem képezhet, nem is képez alapot arra, hogy kétségbevonjuk az anaesthesiológia és intenzív betegellátás közismerten szoros szakmai összefüggéseit, (6).

A szakmai alapokon túl az interdiszplináris együttműködés igényével is szembenállónak, anakronisztikusnak, logikailag követhetetlennek érzem az anaesthesiológia és intenzív ellátás merev szétválasztására irányuló megállapítást, javaslatot, mert csupán a legáltalánosabb elveket véve figyelembe nyugodtan leszőgezhetjük, hogy az életveszélyes állapotú betegnek legalább olyan mértékben van és lehet szüksége a szakképzett anaesthesiológusra, mint a neurológusra, sebészre és minden együttműködő szakemberre. A Magyar Kórházszövetség II. Országos Konferenciáján „interdiszpli-

naris munka az IBO-n” címmel megtartott előadásából idézem Széll dr.-t: „Az intenzivista is téved, ha lebecsüli a csoportmunkát és nem hisz abban.” „Az én osztályomra ne járjanak mások dirigálni, én ehhez jobban értek.” „Az ilyen vezető rossz vezető és gyenge szakember, aki elhiszi magáról, hogy univerzális szuperorvos, holott a csoport többi tagja nélkül csupán félkarú óriás, méginkább szánalmas törpe” (7).

Az intenzív betegellátás alapelveiből az következik, hogy nem célravezető külön-külön belgyógyászati, sebészeti, traumatológiai, toxikológiai stb. életveszélyes állapotokról beszélni. Ez a végső következtetése Szántó és Marosi cikkének is, mely a Valóság 1972. évfolyama 10. számában jelent meg. „Amíg tehát a klinikum egyes szakterületei tudatosan — bár kényszernek engedve — emelnek határvonalat beteg ember és beteg ember közé, addig az intenzív terapia egy választott nézőpont eddig kellően ki nem merített lehetőségeinek kimunkálásával egy új fajta szintézis megvalósulását ígéri.” (5).

Az intenzív medicina önállósulásával kapcsolatban Spence véleményét idézve írja Tempel és Hegemann: „... Az intenzív medicina nem specialis szak és sohasem lesz az...” (6).

Szerencsés körülményként kell értékelni azt, hogy egyre szaporodik azon intézmények száma, ahol interdiszplináris intenzív betegellátó osztályok létesülnek a már működő, széles körű szakmai gyakorlattal és tapasztalatokkal rendelkező osztályok mintájára. Az anaesthesiológia és intenzív betegellátás hazai szakmai, módszertani irányításában, szervezésében mérőföldkőnek számít az, hogy a többi népi demokráciához hasonlóan — némi késéssel ugyan — Egészségügyi Kormányzatunk tanszéket és a közelmúltban az Országos Anaesthesiológiai és Intenzív Terapiás Intézetet hozta létre, mely hivatott — más szakterületek országos intézeteihez hasonlóan — a szakág képviselőit.

Hangsúlyozni szeretném, hogy nem öncélú vita vágya, hanem a szakmánk iránt érzett felelősségtudat, a konstruktív együttműködés igénye és a tapasztalat voltak fő motiváló tényezőim fentiek megírásakor.

IRODALOM: 1. Brecht, Th.: Prakt. Anästh. 1978, 13, 364. — 2. Kucher, R., Steimbereithner, K.: Intensiv Station-Pflege-Therapie. Georg Thieme Verlag. Stuttgart 1972. — 3. Ibsen, B.: Anaesthesist. 1968, 17, 272. — 4. Lawin, P.: Praxis der Intensivbehandlung. Georg Thieme Verlag. Stuttgart. 1971. — 5. Szántó I., Marosi D.: Valóság. 1972, XV., 33. — 6. Tempel, G., Hegemann, M.: Prakt. Anästh. 1979, 14, 197. — 7. Széll K.: Interdiscip-

lináris munka az IBO-n, Magyar Kórházszövetség, II. Országos Konferencia Kiadványa. 1979.

Grósz József dr.

A szerző válasza:

A Magyar Belgyógyász Társaság XXVII. Kongresszusa az „Életveszélyes belgyógyászati állapotok”-kal foglalkozott, és ez a tárgykör joggal vetette fel a belgyógyászati intenzív orvostan problémakörét tárgyaló referátum kérdését, amellyel az elnökség e sorok íróját bízta meg.

Grósz dr. hozzászólásának egyik másik kitétele arra enged következtetni, hogy a referátum a címében is kifejezésre juttatott célkitűzését nem értette meg, egyébként aligha indította volna levelét azzal a megjegyzéssel, hogy „... a kérdés hasonlóképpen áll a többi úgynevezett alapszakmákhoz”, továbbá „... az intenzív betegellátásnak nem kizárólag belgyógyászati vonatkozásai vannak” és nem kérte volna számon a referátum szerzőjétől a hazai anaesthesiológia történelmi vonatkozásait és méltatását.

A cím kötelez, arról írtam, amit a címben ígértem.

A referátum címét szem előtt tartva Grósz dr. számára is világossá kell válnék, hogy a referátum mondanivalójához nem tartoztak sem más alapszakmák intenzív orvosi vonatkozásai, és még kevésbé a hazai anaesthesiológia méltatása a hazai intenzív orvostan kialakulásában. Ennek ellenére szívesen nem méltathattam az anaesthesiológia és nem kevésbé a sebészet szerepét az intenzív orvostan fejlődésében, amint azt tettem:

„A műtött és súlyos betegek ellátásának ez az újabb szemlélete rendkívüli ösztönzést kapott századunk derekán egyrészt a sebészet rohamos fejlődésétől, másrészt a modern anaesthesiológia kialakulásától”, „... és ezek „... olyan mértékben tették érdekeltté az anaesthesiológusokat a betegek ellenőrzésében és gyógyításában, hogy túlzás nélkül állíthatjuk, zászlóvivői lettek e még ki nem alakult, de leendő új speciális szakma fejlődésének”.

Nem a lényeghez tartozik, de nem hagyhatók szó nélkül az olyan megállapítások, amelyeket Grósz dr. Brecht cikkéből idéz: „A belgyógyász sohasem lesz abban a helyzetben, hogy a szoba jöhető anaesthesiológiai módszereket ismerje...”.

„... még sokkal kevésbé tudja műtéti beavatkozások veszélyeit, vagy alternatív lehetőségeit megítélni, lemérni az adott általános állapothoz viszonyítva...” (1).

Aligha hiszem, hogy Brecht dr. bonni belgyógyász, avagy Grósz dr. az anaesthesiológus ezeket komolyan gondolná.

E sorok írója számos belgyógyászt ismer, nemcsak a hazai ber-

kekben, hanem nemzetközi viszonylatban is, akik mind az anaesthesiológusok — mind az intenzív orvostannak kitűnő művelőivé lettek. Belgyógyászból lett az anaesthesiológia — majd az intenzív orvostan nemzetközileg elismert tekintélyévé lapunk e számának vezércikk írója, a hazánkban elsősorban Földes professzor, és nem véletlenül hivatkoztam ilyen vonatkozásban *Petrovskij* professzorra (3), a Szovjetunió egészségügyi miniszterére, akinek klinikájában belgyógyász professzor vezeti az intenzív részleget és az sem véletlen, hogy e számban tettük közé *Janečskó dr.*-nő cikkét, aki ugyancsak belgyógyászból lett anaesthesiológus, ill. intenzivist*¹. A példákat még sokáig folytathatnám.

Brecht állításai természetesen igazak — pontosabban közhelyigazságok, ha a belgyógyász intenzív orvostani tevékenységét kiegészítő képzés nélkül képzelik el. Ehelyütt kíváncsiok azt megismételtem, amit a referátumban eképpen fogalmaztam:

„A perioperatív orvosi tevékenységben a belgyógyász részvételére, ill. bevonására... ismételt utalok... mert amiképpen a belgyógyásznak nem kell sebészé válnia ahhoz, hogy a perioperatív orvostanban járatosá váljék, teljesen hasonlóképpen nem kell anaesthesiológussá lennie ahhoz, hogy az intenzív orvostan hivatott művelőjévé váljék.”

Még mindig nem a lényegnél tartok. *Grósz dr.* e sorok írójának adresszája, hogy „Az anaesthesiológia, az anaesthesiológusok feladatai nem korlátozódnak csupán a műtét alatti érzéstelenítés végzésére. Részt vesznek (szükség esetén elvégzik) a műtetre kerülő betegek preoperatív előkészítésében, postoperatív megfigyelésében, kezelésében.” Noha én már több mint 35 évvel ezelőtt írásba foglaltam azt a koncepciót, amely a perioperatív betegellátást magasabb színvonalra juttatni törekedett (5,6), és egy negyed évszázaddal ezelőtti aktív résztvevője voltam annak az értekezletnek, amelyen néhai *Hedri* professzor és *Dolešchall* miniszter elnöklete alatt többek között az anaesthesiológiáról is mint új speciál szakmáról döntöttek és a kialakult vitában azt a felfogást képviseltem — a ma anaesthesiológiájával összhangban —, hogy nem speciál szakma az, amelynek képviselői mindössze intubálnak és altatnak.

És az sem a lényeghez tartozik, hogy *Grósz dr.*, *Kucher* és *Steinbe-*

reithner könyvének (2) vonatkozó fejezetére utalva azt írja hozzá szólásában, hogy „... a referátum által idézett irodalmi hivatkozások némelyikét eltérően...” értékeli. Erre azonban az említett monográfia hivatkozási számának elhelyezése adott csak módot. A hivatkozási számnak az adott helyen való elhelyezését nem *Steinbereithner* felfogása a vezetés kérdéséről —, hanem az ezzel kapcsolatos polemikának tökéletes interpretációja motiválta.

Grósz dr. szerint „... a szorosan vett anaesthesiológiai tevékenység — önmagában is — széles alapon nyugvó klinikai háttérrel rendelkezik.” A belgyógyász szemével ez sajnos nagyon szűk klinikai háttér, hiszen ezért szélesítették ki speciál szakmájukat az intenzív orvostannal.

A „működési szabályzat”-ról azt írja, hogy „... semmiképpen sem akadályozza a különböző diszciplínák... együttműködését...”². E sorok írója szerint előfeltétele! És vajon ki állította annak ellenkezőjét?

Azzal természetesen e sorok írója tisztában van, hogy a hazai anaesthesiológusok számbeli növekedése számos tényező függvénye, de ugyanakkor azok kvalifikációját jelentősen mozditják elő a szakképesítés feltételei, ha azok didaktikailag jól megválasztottak.

Ami pedig az anaesthesiológia és intenzív betegellátás szétválasztásának csupán „mérlegelendő” és csupán felvetett gondolatát illeti — ami nem azonos a „javaslat” fogalmával — azt *Grósz dr.* csak azért tarthatja „anakronisztikusnak, logikailag követhetetlennek”, mert ugyancsak teljesen eltorzítottan értelmezte. Csak erre gondolhat az olvasó azok után, hogy „... csupán a legáltalánosabb elveket véve figyelembe...” leszögezi: „... az életveszélyes állapotú betegek legalább olyan mértékben van és lehet szüksége a szakképzett anaesthesiológusra, belgyógyászra, sebészre és minden együttműködő szakemberre.”

Mindaz, amit az eddigiekben elmondottam, nem tartozik a referátum lényegi mondanivalójához; a felvetett kérdések tárgyalását csak a hozzászóló irodalmi hivatkozással támogatott néhány téves megállapítása tette szükségessé.

Az elhangzott előadás legérdekesebb problémája három kérdés köré csoportosítható:

1. az intenzív betegellátó osztály vezetése;
2. az intenzív orvostan gazdaságtana és etikája;
3. az anaesthesiológia, ill. az intenzív orvostan szakorvos jelöltek kiképzési feltételei.

Az 1. és 3. pontokban megnevezett problémakörök a legszorosabban tartoznak egymáshoz, még ha *Grósz dr.* az utóbbiról szót sem ejt.

Pedig az „intenzív orvostan generalistája” ismereteinek és tapasztalatainak, képzettségének és képességének szükséges feltételei képezik vitatott tanulmányon leglényegibb mondanivalóját. Tudatosan írtam „generalistá”-ról. És nem „specialistá”-ról, amiképpen a hozzászólás bibliográfiájában szereplő *G. Tempel* és *M. Hegemann* (4) is cikkükben joggal ezt a fogalmat használják, aminek pontos tartalmát a referátum a következőkben interpretálja:

„... az a legtapasztaltabb — primus inter pares —, akit áttekintő-képessége, ismeretanyagának nem annyira mélysége, mint inkább széles köre, az információkat egyeztetni, értékelni, szintetizálni tudó, lényegmegragadó józan ítélőképesség tesz alkalmassá arra, hogy a kapott tájékoztatásokat olyan döntéssé ötvözze, amelyet együttműködő kollégái is elfogadnak.”

Ezek után arról kell írnom, ami a referátum mondanivalójának legalapvetőbb célkitűzése volt. Rá kell mutatnom az anaesthesiológiai, ill. intenzív orvostani szakképzés jelenlegi feltételeinek elégtelenségére, amely még akkor sem elégséges, ha a jelölt valóban 21 hónapot tud eltölteni az intenzív betegellátó osztályon. Ha igaz az, hogy az intenzív orvostan az egész medicinát szövi át; ha e speciál szakma jelenlegi keretei az anaesthesiológiát, az intenzív betegellátó osztályt és a perioperatív ellátást egyaránt felölelik — és ebben *Grósz dr.* valójában a referátumban foglaltakkal ért egyet —, akkor aligha tarthatjuk ésszerűnek azt a kiképzési tervet, amely a két legősibb alapszakmát, a belgyógyászati és sebészeti gyakorlatot figyelmen kívül hagyja.

A kiképzési terv e hiányosságai-ból fakadnak azok a szenvedélyes, olykor indulattól fűtött viták, amelyek az intenzív ellátást igénylő betegek gyógyításának kompetenciája körül dúlnak és napjainkig sem tudnak nyugvópontot jutni. Nem a szakképesítés dokumentumán van a hangsúly, hanem azokon az ismereteken és képességeken, amelyeknek elsajátítása nélkül nemcsak, hogy intenzív betegellátó osztályt nem lehet vezetni, de még az ott ápolott betegek gyógyításában sem lehet teljesértékűen részt venni. Ezt megmagyarázni, ezt bizonyítani volt válszom legfőbb feladata. Nem könnyű ez, ha a hozzászóló már a bevezetőben hangsúlyozza, hogy „... csak vázlatosan ismerem az egyetemes belgyógyászat szakosodással kapcsolatos problémáit”. Ha valaki az egyetemes belgyógyászat specializálódásának kérdéseit csak vázlatosan ismeri, akkor aligha érthette meg a referátum lényegét. Aki nem ismeri a specializálódás folyamatának szerepét, pozitívumait, de negatívumait is a modern medici-

* Lapunk e számában számos írást tettünk közé — többek között „Folyóiratreferátumok” rovatunkban is — amelyek az anaesthesiológia és intenzív orvostan számos problémájával foglalkoznak. Ezek sokrétűsége nem teszi lehetővé, hogy azokat teljes mértékben kimerítsük. Alkalmilag vissza fogunk rájuk térni.

na kialakulásában, az nem ismerheti a ma orvostanát.

A modern orvostan legalapvetőbb sajátosságai: technicizálódása, specializálódása és mindaz, ami ebből fakad. A szakosodás, amely egyben dezintegrálódás, csak szervezett integráció útján valósíthatja meg az egészségügyi ellátásnak azt a rendjét, amely nélkül korunk orvostudományának csúcspontát ostromló eredményei sem fordíthatók az ember javára, amely nélkül nem óvhatjuk meg orvosi tevékenységünket a dehumanizálódástól. Évtizedek sora óta ezért nem győzöm eléggé nehezményezni a szorososan vett — avagy több munkaterület összevonása útján létrejövő speciális szakmák kialakulásának ösztönösségét és hirdetni a tudatos szervezés szükségességét

(7). Megismétlem tehát azt, amit a szervezendő új szakképesítésről írtam:

„E munkaterületek együttesében — ha egy szakmába egyesítjük őket — könnyedén felismerhetjük egy ... széles körű, rendkívül vonzó speciális szakma távlati perspektíváját...” A kiképzés „belgyógyászati, sebészeti, intenzív orvostani és anaesthesiológiai gyakorlatból tevődne össze”.

Végezetül engedje meg Grósz dr. és az olvasó, hogy figyelmükbe ajánljam azt a működési szabályzatot, amelyet valamennyi illetékes szakmai társaság, ill. egyesülés részvételével és egyetértésével az anaesthesiológia és a sebészet, az anaesthesiológia és a belgyógyászat együttműködésében Nyugat-Németországban megvalósítottak (8).

IRODALOM: 1. Brecht, Th.: Prakt. Anästh. 1978, 13, 364. — 2. Kucher, R., Steinbereithner, K. (szer.): Intensiv-Station, — pflege, — therapie. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1972 — 3. Petrovskij, B. V.: Chirurgia 1976, 6, 15. — 4. Tempel, G., Hegemann, M.: Prakt. Anästh. 1979, 14, 197. — 5. Trencsényi (Schwartz) T.: Orvosok Lapja, 1946, 2, 434. — 6. Trencsényi (Schwartz) T.: Orvosok Lapja, 1946, 2, 794. — 7. Szerk. közl. (T. T.): Orv. Hetil. 1970, 111, 2587. — 8. Gemeinsame Empfehlung für die Fachgebiete Anästhesiologie und Innere Medizin zur Organisation der Intensivmedizin am Krankenhaus. Der Internist, 1980, 21, (5. Heft), 270—271. között: 29—30, — (11. Heft), 670—671 között: 61—62.

Trencsényi Tibor dr.

EUNOCTIN®

tabletta



ÖSSZETÉTEL: 1 tableta 10 mg nitrazepam-ot tartalmaz.

HATÁS: A limbicus rendszerben, elsősorban a hippocampuson át ható altató, mely ezen központi idegrendszeri functionalis központok ingerküszöbét emelve akadályozza az élettani alvást gátló emotionalis ingerek érvényre jutását, így elősegíti a physiológiai alvást. Elaltató hatása 30—50 perccel az oralis adagolás után fejlődik ki és 6—8 óráig tart. A polysynapticus gerincvelői reflexek gátlása útján izom-relaxans hatást is kifejt. A harántcsíkolt izmok tónusos-clonusos görcsét oldja, anticonvulsiv hatása is van.

JAVALLATOK: Különböző eredetű alvászavarok, álmatlanság. Izomtónus-fokozódással járó organicus neurológiai megbetegedések. Fokozott psychés feszültséggel, szorongással járó psychiatriai kórképek, fekvőbeteg-gyógyintézetben kiegészítő kezelésére.

ELLENJAVALLAT: Myasthenia gravis.

ADAGOLÁS: Felnőtteknek este $\frac{1}{2}$ —1 tableta (5—10 mg), idős, legyengült egyéneknek $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ tableta (2,5—5 mg), csecsemőknek és gyermekeknek 0,25 mg/kg. Az organicus neurológiai és psychiatriai kórképekben alkalmazandó dosist esetenként kell meghatározni.

FIGYELMEZTETÉS: Az Eunocin hatását az alkohol potenciálja, ezért az Eunocin-kúra során az alkoholfogyasztást kerülni kell. Más, központi idegrendszerre ható szerekhez hasonlóan a terhesség első harmadában az Eunocin tableta alkalmazása nem ajánlatos. Eunocin bevétele után 10—12 óráig gépkocsit vezetni, magasban, veszélyes munkahelyen dolgozni nem lehet.

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

COSMAGOLÁS

10 tableta

terítési díj: 2,— Ft.



KÖNYVISMERTETÉS

Niedrig dosiertes Heparin (low dose heparin) Wirkungsweise und Indikationen. Prof. dr. H. D. Bruhn (I. Medizinische Universitätsklinik, Kiel F. K. Schattauer Verlag, Stuttgart—New York) 1979. Ára: 9,80 DM.

Hans D. Bruhn kieli belgyógyász professzor a mindennapi klinikai gyakorlat számára zsebkönyv formátumú kötetben — mindössze 43 oldalon — foglalta össze a kis dózisú heparin (kdh) alkalmazásával szerzett tapasztalatait.

A könyv 15 rövid fejezetben foglalkozik a heparin (h) felfedezésével, kémijával, farmakokinetikájával és fiziológiájával. Tárgyalja a kdh hatásmechanizmusát, a klinikai indikációkat, profilaktikus antithrombotikus alkalmazását és részletezi a klinikai eredményeket.

Statistikája szerint a postoperatív mélyvénás thrombosisok száma — a kezeletlen kontroll csoporttal szemben — sebészeti betegeken 25,7, nőgyógyászati esetekben 10,5, orthopédiai betegeken 17,5 és belbetegeken 20,3%-kal csökkent. Gruber, Kakkar és Sagar összesített statisztikája szerint 3919 kdh-val kezelt beteg közül tüdőembóliában 8 (0,2%), a kezeletlen 3943 kontroll közül 42 beteg (0,8%) halt meg. Fibroblast kultúrával végzett vizsgálataival a szerző úgy találta, hogy a kdh myokardiális infarktusból nem gátolja a hegyszövet képződését.

Külön fejezetet szentel a disseminált intravasculáris coagulatio krónikus — tumor kiváltotta — formájában a kdh protektív hatása ismertetésére.

Figyelemre méltó megfontolásokat tartalmaz a laboratóriumi kontroll szükségességét taglaló fejezet. Azokat az első megfigyeléseket, melyek azt a következtetést engedték meg, hogy a kdh terápia során a rendszeres laboratóriumi ellenőrzés szükségtelen — megdönteni látszik Kakkar és mtsainak azon észlelése, hogy csípőízületi törések thrombosis profilaxisában a sémásan alkalmazott (3×5000 E) h nem nyújt kellő védő hatást a műtét, ill. az azt követő periódusban megnövekedett h tolerancia miatt. Az ellentmondó adatok miatt kívánatosnak mutatkozott különböző laboratóriumi metodikákkal meghatározásokat végezni. 150 eset nyomonkövetése alapján Bruhn professzor azt a következtetést vonja le, hogy általánosságban kdh alkalmazásakor a rendszeres laboratóriumi kontroll szükségtelen ugyan, de mindazon esetekben, amelyekben fokozott a thromboembóliás veszély (anamnézis!) a heparintolerancia vizsgálata —

chromogen substrat, thrombinidő, TEG, ill. PTT metodikákkal — ajánlatos.

A továbbiakban a subcután adagolás technikáját, és a h dózizását tárgyalja. A sémászerű 3×5000 E mellett azokban az esetekben, amelyekben fokozott a thromboembóliás szövődés kockázata — (pl. elhízottakon) individuális korrekciót (3×7500 E) tart szükségesnek.

A kdh és a vénás stasist jótékonyan befolyásoló Dihydroergotamin együttes alkalmazása problematikájának is teret szentel, kiemelve Kakkar és mtsainak e kombinációval elért jó eredményeit csípőízületi műtétekben. A két szer együtt adásának végső értékelését egy prospektív, randomizált multicentrikus kísérlet van hivatva eldönteni.

Az utolsó fejezetekben a mellékhatások, a toxicitás és végül a kdh kezelés kontraindikációit tárgyalja.

Összefoglalva azt mondhatjuk, hogy e kisméretű, de jól tagolt és áttekinthető könyv, bár új adatokat, megfigyeléseket nem tartalmaz, hasznosan és korszerűen foglalja össze a klinikai gyakorlat számára a kdh-ról szükséges tudnivalókat.

Terjedelmének megfelelő, jól választott bibliográfia egészíti ki, a könyvecskét, melyet haszonnal forgathatnak azok a klinikusok, akiknek ma már mindennapi munkájukban igény és követelmény a thromboembóliás szövődmények megelőzését célzó valamely metodika kimunkálása. Aktualitását ez adja meg.

Blage Zsuzsanna dr.

Stanley Hoppenfeld: Orthopädische Neurologie. (Ein Leitfa-den zur Neurologischen Etagediagnostik) — Enke, Stuttgart, 1980. Eredeti: S. Hoppenfeld: Orthopaedic Neurology: A Diagnostic Guide to Neurologic Levels — Lippincott, 1977.) * Ára: 44,— DM.

A könyv tartalmára inkább az alcím utal: a gerincvelő és a gerincvelői idegyökök károsodásainak magassági diagnosztikájával foglalkozik. A szerző munkáját az e szervek megbetegedéseivel foglalkozó szakembereknek, ortopédoknak, ideggyógyászoknak, idegsebészeknek, baleseti sebészeknek, rehabilitációt végzőknek ajánlja.

Rövid, a mozgás, érzéskvalitások, a reflexek vizsgálatával foglalkozó bevezetés után a könyv két fő fe-

jezetre oszlik: I. a gerincvelői idegyökök megbetegedéseinek diagnosztikája, II. a gerincvelői elváltozásainak magassági diagnosztikája. Mindkét részben a szerző külön tárgyalja a nyaki és háti-ágyéki szakasz megbetegedéseit. Külön részben a II. fejezet keretében ismerteti a meningomyelocelék okozta károsodásokat.

Igen szemléletes, szellemes és könnyen érthető ábrákkal mutatja be az egyes idegyökök által beidegzett izmok funkcionális anatómiáját, az ellátott dermatómát, az idegyökhöz tartozó reflexívét, esetleges vegetatív funkciót. A memorizálást megkönnyítő ötletek sem hiányoznak (pl.: Az Achilles-reflex kiesése jellemző az S1 gyök károsodására — „Achille — S1 — etlen sebezhető pontja”). Hasonlóan jól szerkesztett ábrák foglalják össze az egyes gerincvelői szelvények által beidegzett funkciókat. Együtt találhatók meg rajtuk az egyes szelvények sérülésekor még megtartott, ill. már kiesett mozgásformák, érzéskvalitások, reflexek, ábrázolásai, megkönnyítve a gerincvelői megbetegedések magassági diagnosztikájának elsajátítását. Minden önálló rész végén — mintegy ismétlésként — még egy ábraszoroslat található, mely minden szegmentumra vonatkozóan még egyszer összefoglalja az ideggyógyászati tüneteket. A hangsúly mindvégig a szemléltetésen van, a szöveges rész inkább csak kiegészíti, magyarázza a bőséges ábraanyagot.

A funkcionális anatómiai és patológiai leírás után minden részben a leggyakrabban előforduló kórképeket, az azokra különösen jellemző tüneteket ismerteti a szerző. Külön foglalkozik a gerinctörések instabilitásának vizsgálatával, mely körülmény az ideggyógyászati képet befolyásolhatja és a terápia megtervezésében fontossággal bír. A könyv igen értékes része, a meningomyelocelék neurológiai elváltozásával foglalkozó, ugyancsak a magassági diagnosztika lehetőségeit tárgyalja a csecsemő- és gyermekkorban.

A könyv már említett, két fő részre osztása sajnos azzal jár, hogy óhatatlanul ismétlődések fordulnak elő (pl. a nyaki és háti porckorongsérveket mindkét fejezetben megemlíti, mivel gyöki és/vagy gerincvelői károsodást is okozhatnak). Így az egyes kórképekkel kapcsolatos megjegyzések több helyen, szét-szórtan találhatók, nem egy, klinikai-patológiai egységbe foglaltan. Nem ismerteti a szerző a részleges gerincvelői károsodásokat, ami a mű teljességéhez igencsak szükséges lenne. Néhány értelemzavaró tévedés is előfordul (pl. egy helyen a szerző azt írja, hogy a Th 1. szelvény sérülése nem okoz felső végtagi tüneteket — hogy igen, ezt más alkalommal maga is említi.)

E hiányosságaitól eltekintve azonban a gerincvelői és a gyöki magassági diagnosztikát jól összefoglaló, azt áttekinthetően, jól ta-

* Magyar cím: Ortopédiai neurológia (vezérfonal az ideggyógyászati magassági diagnosztika elsajátításához).

mulhatóan ismertető könyvet tartunk a kezünkben. Csak sajnálhatjuk, hogy a gerincvelő károsodásával foglalkozó, hasonló jelleggel megírt és szerkesztett mű — ha rövidebb terjedelemben is — magyar nyelven nincs forgalomban.

Szarvas István dr.

Schmalzl, F., Hellriegel, K. P. Preleukemia. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York. 1979. 191 oldal, 64 ábra, 59 táblázat. Ára: 48,— DM.

A két szerző szerkesztésében kiadott angol nyelvű könyv az 1978-ban Innsbruckban megtartott praeleukaemia szimpozium előfordulásainak és discussióinak anyagát tartalmazza. Az elhangzott 27 előadás a leukaemiát megelőző állapotok problémáit igyekeznek felölelni a nomenclatura kérdéseitől kezdve a terapia lehetőségeiig. Az egyes szerzők praeleukaemiás állapotként értelmezik a congenitalis dyserythropoetikus anaemiát, a tiszta vörös vértést aplasiát, a myelodysplasiás syndromát, a hypercellularis csontvelővel járó refracter anaemiát, a szerzett sideroblastos anaemiát, a blast-túlsúlylyal járó refracter anaemiát, a chronikus myelomonocytás syndromát, a Fancani anaemiát, a aroxymalis nonturnalis haemoglobinuriát, a myeloperoxidase deficienciát. Nem tesznek említést azonban a polycythaemia vera rubrárról, a myofibrosistól, de megemlíti az essentialis thrombocytoosiát. Az egyes körképekkel kapcsolatosan diagnosztikai cytologiai és histologiai kérdésekről olvashatunk. Szó esik chromosoma vizsgálatokról és sejtkinetikai vizsgálatokról is. A cytostatikus terápiát praeleukaemiás fázisban legtöbbször ellenjavallják, de kiemelik, hogy a praeleukaemiás fázis után kialakuló acut leukaemiák a „szokványosnál” malignusabbak, terápiareซิสensek. A preventiónak ma még nem látják lehetőségét, de utalnak arra, hogy identikus ikreken végzett csontvelő transplantációval elméletileg eredményt lehet elérni. A gondozás, megfigyelés egybehangzóan szükséges, de a gondozás során is kevés az, amit érdemben tenni lehet, így pl. refracter anaemiában az androgén terápiát inkább veszélyesnek, mint hasznosnak ítélik. Legtöbb eredményt a praeleukaemia megelőzése terén lehetne elérni, így a benzol expositio, a sugárterhelés kivédésével.

A könyv minden fejezete önálló publikációnak felel meg, sok eset-

ismertetést olvashatunk, és minden előadás végén bőséges irodalomfelsorolás könnyíti meg a részletek iránt érdeklődők munkáját.

A szép kiállítású, puhafedélű könyvet a haematológiával bővebben foglalkozók számára lehet ajánlani.

Berkessy Sándor dr.

D. Müller, J. Müller: Lachen als epileptische Manifestation (A nevetés, mint epilepsziás tünet). Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Psychiatrie und Neurologie, Band 48. VEB Gustav Fischer Verlag, Jena 1980. (1—94) DDR 14,80 M.

A drezdai „Carl Gustav Carus” orvosi akadémia neuropszichiátriai klinikája neuro-elektrodiagnosztikai laboratóriumának és epilepszia ambulanciájának, illetve neurológiai osztályának vezetői — e monográfia szerzői — érdekes feladatra vállalkoztak: viszonylag kisszámú saját anyag alapján — a vonatkozó irodalom áttekintésének segítségével — egy gyakori idegrendszeri betegség ritka tünetéről írtak elemzést. A témaválasztás frappáns: olyan betegségtünetről van szó, amely egészséges körülmények között éppen a jó közérzet egyik jele.

Bevezetőjében a nevetés meghatározó tulajdonságait taglalják: formáit, dallamát, ritmusát. Idézik a legfontosabb irodalmi adatokat a nevetés anatómiai, ideg- és kóreltani alapjait, emocionális hátterét illetően. Kitérnek ellentétével, a sírással való kapcsolatára, és érintik a nevetés szociális funkcióját is.

A második fejezetben 30 oldalon a téma irodalmát dolgozzák fel néhány valódi kuriózzal. Megtudhatjuk például, hogy az első esetet 1765-ben közölték! A nevetés roham hovatartozása sokáig tisztázatlan volt. Később az epilepsziás eredet igazolódásával pedig az epilepsziás mechanizmusokon belüli helye maradt homályos: elsődlegesen generalizált (petit mal) és halántéklebenyi formák esetén egyaránt megfigyelték, sőt néhány érdekes leírásban körülírt agyi folyamatok tüneteiként jelenik meg. Az 50-es évektől fogva egyre inkább a halántéklebenyi epilepsziákhoz rendelik, és a részletesen ki-rajzolódó komplex parciális rohamok alkotóelemeként említik. Sok a gyermekeset és vissza-visszacsend a hisztériás eredet lehetősége. 1963-ban egy szerzőcsoport 62, 1965-ben mások 100 esetet gyűjtene össze és elemeznek. Megjelennek és kizáró-

lagossá válnak az elektroklinikai leírások és előtérbe kerül a roham alatti EEG (és esetenként film) felvételek értékelése.

A következő fejezetben a szerzők saját anyagukat ismertetik. 18 betegüknek láttak patológiás nevetést, 13 esetben epilepsziát, 1—1 betegnél agyzúzódást, deliráns tudatzavart, emocionális-hiperesztéziás pszichoszindrómát, narkolepsziát, illetve szinkopális eredetet tekintettek alappbetegségnek. Anyaguk megbeszélésekor elemzik az elektroklinikai tünetegyütteseket. A nevetés halántéklebenyi és másodlagosan generalizált epilepsziák rohamtünete volt, ezen belül a limbikus rendszer izgalmanak kifejlődése. Mindegyik epilepsziás betegüknek tudták a kóreredetét, többnyire (8 eset) korai agykárosodást.

A monográfia rövid összefoglalásában az egészséges és „beteg” nevetés ismérveit fűzik csokorba. A patológiás csoportban a narkolepszia affektív tónusvesztéseitől, és az organikus pszichoszindrómákban előforduló akaratlan nevetéstől való elkülönítés lehetőségét is megadják.

A könyv szerkezete világos, egyszerű, nyelvezete közérthető. Az irodalmi áttekintés rendkívül alapos, az esetismertetések színesek, olvasmányosak. Hiányzik talán néhány ábra, 1—1 táblázat, színesítették volna az anyagot a rohamfelvételek. Látványosság lett volna az egyik idézett közleményből a video-EEG felvétel kiollóása. Impozáns lett volna a nagy lélegzetű irodalmi áttekintés részletesebb szintézise, az ellentétek szembeállítás, esetleg a teljes összefoglaló statisztikai értékelés elkészítése. Ezzel saját eseteiket is jobban össze tudták volna vetni. Kár, hogy a szerzők nem az epilepsziák nemzetközi osztályozását használják, sőt meghatározásaikban olykor még az „epilepszia ekvivalens” homályos kifejezés is előfordul. Az interiktális EEG felvételeket saját anyagukban nem elemzik.

E csekély bírálatnak semmiképpen sem az a célja, hogy a munka értékét csökkentse. Kezdő és gyakorlott kollégák egyaránt használnak olvashatják. Előbbiek számára az epilepsziák rendkívüli plaszticitása, a halántéklebenyi mechanizmusok sokrétűsége és a temporolimbikus izgalmi tünetek változatosága — tulajdonképpen az epileptologia szépsége csillan elő, utóbbiak előtt pedig e ritka rohamtünet gondosan kidolgozott vi-
lágirodalmi körképe tárul fel.

Rajna Péter dr.

A TMB Elméleti Orvosi Szakbizottsága 1981. február 18-án, du. 14 órára tűzte ki *Le Huy Chinh dr.* vietnami aspiráns: „*Mycobakteriumok mycobakteriofágok és lyzogén mycobakteriumok antigén struktúrájának összehasonlító vizsgálata*” című kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját, az MTA Nagytermében.

Az értekezés opponensei: *Milch Hedda dr.*, az orvostudományok kandidátusa, *Molnár József dr.*, az orvostud. kandidátusa.

Aspiránsvezető: *Földes István dr.*, az orvostudományok doktora.

A TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága 1981. február 19-én, du. 14 órára tűzte ki *Hidasi Gyula dr.*: „*Fiziológias és patológias jelenségek a tejfőrlők gyökérfelszívódásában*” című kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA Nagytermében.

Az értekezés opponensei: *Ádler Péter dr.*, az orvostudományok doktora, *Szentpéteri József dr.*, az orvostudományok kandidátusa.

A Korányi Sándor Társaság és a MTA Orvosi Tudományok Osztálya 1981. február 20-án (pénteken) de. 9.15 órakor, a Magyar Tudományos Akadémia Nagytermében (V., Roosevelt tér 9.) szimpoziumot tart.

Pálos Á. László: Elnöki megnyitó.

Knoll József: A fájdalomcsillapítás farmakológiájának aktuális kérdései.

Rétsági György: A fájdalomcsillapítás klinikai farmakológiájának problémái.

Eckhardt Sándor: A daganatos betegségek fájdalomcsillapításának aktuális problémái.

Jávorsky Tibor: A fájdalomcsillapítás problémái a belgyógyászatban.

Böszörményi Ernő: Fájdalomcsillapítás akut miokardiális infarktusban.

Csanda Endre: A fájdalomcsillapítás problémái a fejfájások különböző formáiban.

14.30 óra

Bozsóky Sándor: A fájdalomcsillapítás problémái a reumatológiai gyakorlatban.

Magasi Péter: A fájdalomcsillapítás aktuális problémái az urológiai gyakorlatban.

Incze Ferenc: Az intra- és postoperatív fájdalomcsillapítás kérdései.

Molnár Edit: Regionális anasztéziák a traumatológiai gyakorlatban.

Kiss Csaba: A fájdalomcsillapítás problémái a szülészeti gyakorlatban.

Általános vita.

A Magyar Angiológiai Társaság 1981. február 20-án, pénteken este 17 órakor, a Semmelweis OTE I. Sebészeti Klinika tantermében (VIII., Üllői út 78.) tudományos ülést rendez.

1. *Molnár Zoltán dr.*: Lymphangiographia a külső nemi szervek lymphoedemájában.

2. *Kett Károly dr.*: A külső nemi szervek lymphoedemájának sebészeti terapiája.

3. *Horváth László dr.*, *Fendler Kornél dr.*, *Illés Iván dr.*: SP 54 alkalmazása transzluminális angioplasztikában.

4. *Fendler Kornél dr.*, *Mátrai László dr.*, *Horváth László dr.*: SP 54 kezelési hatása arteriosclerosisban szenvedő betegek vér-viszósítására.

A Fővárosi Weil Emil Kórház Tudományos Köre 1981. február 25-én, délután 14 órakor, a Kórház kultúrtermében (XIV., Uzsoki u. 29.) tudományos ülést tart.

Üléselnök: *Csengődi József dr.*

Benedek Tibor dr.: Cerebrálpáretikus gyermekek rehabilitációja (mozgássérültek éve).

Antal József dr.: Osztályunk szerepe a súlyosan mozgássérült myelodysplasiás gyermekek hazai ellátásában (mozgássérültek éve).

Kozma László dr.: Csípőendoprotézisek szövödményei.

Jancsó Géza dr.: A vápatöréseknél alkalmazott feltárásokról.

Fejérdi Gábor dr.: Mikrosebészeti eljárások helye a közkórházi bal- és jobbsebészeti gyakorlatban.

Adonyi Ágnes dr.: A pes metatarsosus mûtéti megoldása.

A Magyar Sebész Társaság 1981. február hó 26-án (csütörtökön) 18 órakor, a Semmelweis OTE I. Sebészeti Klinika tantermében (VIII., Üllői u. 78.) tudományos ülést rendez.

Üléselnök: *Karácsonyi Sándor*.

Üléstítkár: *Kisida Elek*.

1. *Darás Dezső* (Szikszó): Meddian hegservek rekonstrukciója irhacsík plasztikával. 10 éves beteganyag elemzése.

2. *Boros Attila* (Szikszó): Has-

fali rekonstrukció irhalemez plasztikával (10 éves beteganyag elemzése).

3. *Boros Attila* (Szikszó): Vegyes nyálmirigydagánat operált esete.

4. *Tarr Sároka* (Szikszó): Bélelzáródást okozó elsődleges féregnyúlványrák.

5. *Vass György*, *Keszler Pál* (Bp.): Mellüregbe perforált pancreas-cysta cystogastrotomiával megoldott esete.

6. *Mészáros Zsolt*, *Bélai Ferenc* (Bp.): A tracheotomia szövödményei, megelőzésük és kezelésük.

7. *Jós Miklós*, *Grondzsák Emőke* (Cegléd): Gyermekekori appendectomiák szövödményei, tanulságai.

A Magyar Onkológus Társaság Cytodiagnosztikai Sectiója 1981. május 15-én, 10 órakor Budapesten, az I. Kórbontani és Rákkutató Intézet tantermében (VIII., Üllői út 26.) tudományos ülést rendez.

Tárgy: A testüregi folyadékgyülemek cytológiája.

A főreferátumhoz csatlakozó 10 perces előadások bejelentési határideje: 1981. márc. 15.

Cím: *Döbrössy Lajos dr.* titkár, Bpest., Ráth Gy. u. 7. 1123, Orsz. Onkol. Int.

A Magyar Immunológiai Társaság 1981. június 16–19. között Szolnokon tartja XII. jubileumi vándorgyűlést.

A vándorgyűlésen ünnepi közgyűlés, összefoglaló referátumok, szabad előadások, és posterek szerepelnek.

A posterek témája:

A komplement és immunkomplexelek regulációs szerepe az immunfolyamatokban és patológiás immunológiai kórképekben.

Killer funkcióval rendelkező T és O lymphocyták, valamint a suppressor aktivitásban résztvevő sejtek működése, regulációja és jelentősége különböző klinikai kórképekben.

Jelentkezési lap igényelhető: *Abel Aladár dr. főorvos* (Szolnok 5001, Pf.: 127. MÁV-Kórház) *Petrányi Győző dr. főtitkár* (Budapest, Daróczi u. 24. 1113, tel.: 667-020).

A 3. Nemzetközi Orvos-Egészségügyi Eszperanto Konferenciát (Internacia Medicina Esperanto-Konferenco) 1981. július 15–19. között, a bulgáriai Ruse-ban rendezik meg. Bővebb felvilágosítás és jelentkezési lap kérhető: *Ferenczy Imre dr.* UMEA európai titkára, Győr 9002, Postafiók 143.

ELŐADÁSOK—ÜLÉSEK

Dátum	Helye	Időpont	Rendező	Tárgy
1981. febr. 20. péntek	Szájsebészeti Klinika, VIII., Mária u. 52.	délután 8,30 óra	Magyar Fogorvosok Egyesülete	1. Kovács Béla, Tóth Kálmán: Az anticoagulans kezelés stomatológiai vonatkozásai. 2. Lelkes Kornél, Ember Erika, Danziger György: Candida vizsgálatok protézis viselés során
1981. febr. 20. péntek	Főv. Heim Pál Gyermekekórház előadóterme, VIII., Delej u. 13., „H” ép.	délután 14,00 óra	Főv. Heim Pál Gyer- mekkórház-Rendelő- intézet	1. B. Kovács Attila: Adiponecrosis subcutanea neonatorum eseteink. 2. Pintér Emese: Szülési sérülések osztályunk húsz éves anyagából. 3. Balogh László: A dél-pesti szakfelügyelet problémái a kórházi orvos szemszögéből. 4. Barb Edit: Foetopathia diabeticus újszülötteink utánvizsgálata. 5. Sárkány Jenő: Az endokrin rendszer szabályozásának néhány eleme
1981. febr. 23. hétfő	Semmelweis OTE Orthopaediai Klinika nagyterme XI., Karo- lina u. 27.	délután 19,00 óra	Semmelweis Orvos- tudományi Egyetem Orthopaediai Klinika	1. Cser Imre: Csípő endoprothesisek indikációi. 2. Rupnik János: Friss bokatörések primer műtéti ellátása. 3. Mészáros Tamás: Subchondralis csontszerkezet arthrosisban. 4. Esetmegbeszélések
1981. febr. 25. szerda	Főv. Balassa János Kórház ebédlője, VIII., Vas u. 17.	délután 14,00 óra	Főv. Balassa János Kórház és Egyesített Intézményei	1. Tóth Nándor, Rendes Sándorné, Rácz Zsuzsa: Adatok az immunológiai vizsgálatok diagnosztikai értékéhez. 2. Jókuti Ilona: Transzfúzió a gyakorlatban és buktatói
1981. febr. 26. csütörtök	Főv. Bajcsy-Zsilinszky Kórház tanácsterme, X., Maglódi u. 89.	délután 14,00 óra	Főv. Bajcsy-Zsilinszky Kórház Igazgatósága és Tudományos Bizott- sága	1. Perényi T.: Néhány szó a His elektrogramról. 2. Vékony T., Nagy L., Regős J., Tarr F.: Vastag és végbél daganatok operabilitásának adatai beteganyagunkban. 3. Szirtes Mária, Papp S., Simonyi J.: Terheléses vizsgálatok helyreállító érműtét és lumbalis sympathectomia eredményei értékelésében

Tekintse meg az  Bemutatótermében

(Bp. VI. Népköztársaság útja 36.)

orvosi laboratóriumi műszerek és készülékek kiállítását

1981. február 24-től március 14-ig
naponta 9—16 óráig
szombat—vasárnap zárva

Szakmai és kereskedelmi felvilágosítás!
Minden érdeklődőt szeretettel várunk!

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 600,— Ft, negyedévre 150,— Ft, egyes szám ára 12,— Ft



81.0288 Tipografika Athenaeum Nyomda, Budapest — Íves maganyomás — Felelős vezető: Soproni Béla vezérigazgató

ISSN 0030—6002

INDEX: 25 674

MAGURLIT[®] granulum

CONTRA NEPHROLITHIASIM



CHINOI
BUDAPEST

ÖSSZETÉTEL: 2 grammos tasakonként 0,008 g Pyridoxinum hydrochloricum, 0,18 g Magnesium citricum, 0,27 g Acidum citricum, 0,7232 g Natrium citricum és 0,794 g Kalium citricum hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK: A vese- és húgyutakban levő húgysavkö oldására, kimutatott negatív kőárnyék és tartósan savanyú vegyhatású (pH 5,5 alatti) vizelet esetében.

A vese- és húgyutakban a húgysavkö megelőzésére:

a) ha a kőelőkészítésben többször szerepelt húgysavból, vagy húgysav és calciumoxalat keverékből álló kö ürítése;
b) húgysavkö műtéti eltávolítása után, ha a vizelet nem fertőzött.

Adjuvánsként alkalmazható a cystin kövek konzervatív kezelésékor használatos D-penicillamin terapia kiegészítésére.

Emelkedett serumhúgysav-szint esetén allopurinol terápiával kombinálható.

ELLENJAVALLATOK: Fertőzött lúgos vizelet esetében, valamint keringési elégtelenségben a készítmény magas natrium és kalium tartalma miatt.

ADAGOLÁS ÉS ALKALMAZÁS: Alkalmazása egyéni megítélés alapján akkor indokolt, ha a kövek húgysavból állnak.

Az átlagos kezdeti adag felnőtteknek naponta 6–8 g három részre elosztva, úgy, hogy kora reggel 2 g, délben étkezés után 2 g és késő este 2 vagy 4 g, a 2 g-os tasakok tartalmának összetörés nélküli, folyadékkal való bevitelével. Továbbiakban az adagolást úgy kell beállítani – a csomagoláshoz mellékelt indikátorpapír elszíneződése és színskála naponkénti összehasonlító ellenőrzése mellett –, hogy a szokásos időközönként (reggel, délben, este) **a készítmény bevétele előtt** ürített friss vizelet vegyhatása pH 6,2–6,7-nél nagyobb ne legyen.

A betegek többségénél a kezdeti átlagos adagok elegendőnek bizonyultak a megfelelő vegyhatás (pH 6,2–6,7) beállításához és tartós eléréséhez.

Mivel az átlagos adagokra nem minden beteg reagál azonos módon, ezért a napi átlagos adagok mennyiségét fokozatosan növeljük, illetve csökkentjük.

A legkedvezőbb hatás elérése csak orvosi ellenőrzés mellett, a beteg együttműködésével történhet.

MELLÉKHATÁSOK: Az egyéni túlérzékenység következtében előforduló gastrointestinalis jellegű panaszok csak átmenetiek, a kezelés megszakítása nélkül is megszűnnek.

CSOMAGOLÁS

200 g granulumat 100×2 g-os tasak, indikátorpapír+színskála, dobozban. 16,40 Ft

MEGJEGYZÉS: ✱ Csak vényre adható kl. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételt.

E
GY
TE
GY
TE
GY
TE
GY
T

QUESIL[®] draszté

intestinodesinficiens chemotherapeuticum

ÖSSZETÉTEL

100 mg chlorquinaldolum drasztéként.

JAVALLATOK

Nem specifikus, heveny enterocolitis, nyári hasmenés, dyspepsia. A bélrendszer idült gyulladásos betegségeiben a szekunder infekciók kezelése vagy megelőzése, antibiotikum-kezelés utáni bélműködési zavarok. Colitis ulcerosa, postcholecystectomyás szindróma. Amoebiasis.

ELLENJAVALLATOK

Máj- és veseelégtelenség.

ADAGOLÁS

Felnőtteknek 3×2 draszté naponta, gyermekeknek 3 éves korig testsúly-kg-onként $\frac{1}{4}$ draszté, naponta 3–4 részletben elosztva; 3–12 éves korig 3–4×1 draszté, étkezés után.

MELLÉKHATÁSOK

Alhasi fájdalom, hányinger, palpitió.

FIGYELMEZTETÉS

Orvosi ellenőrzés nélkül legfeljebb 1 hétig, orvosi ellenőrzés mellett legfeljebb 1 hónapig szedhető megszakítás nélkül. 1 hónapot meghaladó folyamatos alkalmazás után perifériás neuropathia, myelopathia, atrophia nervi optici léphet fel.

Túlerzékenységi reakciók, látási zavarok jelentkezése esetén a további adagolást meg kell szüntetni!

Más oxychinolin-tartalmú gyógyszerekkel együtt alkalmazva, az oxychinolin összedagja ne lépje túl a napi maximális adagot!

A megadott maximális kezelési idő után az esetleges kezelés más oxychinolintartalmú gyógyszerrel nem folytatható!

MEGJEGYZÉS

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

CSOMAGOLÁS

20 draszté 2,40 Ft.

Egyt

GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST

E
GY
TE
GY
TE
GY
TE
GY
T



AZ EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS
FOLYÓIRATA

ORVOSI HETILAP

122. ÉVFOLYAM 8. SZÁM 433—492 OLDAL

BUDAPEST, 1981. FEBRUÁR 22.

ELŐFIZETÉSI ÁRA 1 ÉVRE 600,— FT

EGYES PÉLDÁNY ÁRA 12,— FT



NO-SPA®

tabletta

és injekció

ÖSSZETÉTEL

Tablettánként és ampullánként 0,04 g No-spa (6,7,3',4'-tetraethoxy-1-benzal-1,2,3,4-tetrahydroisochinolin. hydrochlor.) hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK

A simaizomzat görcse által okozott működési zavarok és fájdalmak megszüntetése, illetve azok megelőzése.

Epe- és vesekökölikák, cholecystopathiával kapcsolatos görcsök, cholelithiasis, cholecystitis, nephrolithiasis, pyelitis, továbbá a műszeres vizsgáló eljárásokkal kapcsolatos simaizomgörcsök stb. A gyomorbélhuzam görcsös állapotai: ulcus ventriculi és duodeni, cardia és pylorospasmus, obstipatio spastica, proctitis, tenesmus. Hypertóniások akut vérnyomás-ingadozásai — a szokásos egyéb vérnyomáscsökkentőkkel együtt adagolva. Angina pectoris, coronariagörcs, továbbá dysmenorrhoea, a terhes méh ingerlékenységének csökkentése, szülés alatti méhszájgörcs, elhúzódó tárgulás, utófájások, fenyegető vetélés stb., valamint műtét utáni szélkölíka esetében.

ADAGOLÁS

Átlagos adagja felnőtteknek naponta $3 \times 1-2$ tableta, illetve naponta $1-3 \times 2-4$ ml subcután, intramusculárisan, vagy heveny kórohamok megszüntetésére $2-4$ ml szokásos módon lassan, intravénásan befecskendezve. Peripheriás érszűkület esetén intraarteriálisan is adható. Gyermekek az életkornak és testsúlyuknak megfelelően arányosan kevesebb adagot kapnak.

Fekélybetegeknek célszerű atropinnal vagy atropin hatású gyógyszerekkel együttesen adagolni.

CSOMAGOLÁS

5×2 ml à 0,04 g ampulla
20 db à 0,04 g tableta

térítés: 2,— Ft
térítés: 2,— Ft

MEGJEGYZÉS

✱ A No-Spa injekció csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

A No-Spa tableta véný nélkül is kiadható.



CHINOÏN
BUDAPEST

ORVOSI HETILAP

AZ EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:

MARKUSOVSKY LAJOS
1857-ben

*

Szerkesztő bizottság:

ALFÖLDY ZOLTÁN DR.
BRAUN PÁL DR.
DARABOS PÁL DR.
ECKHARDT SÁNDOR DR.
FÜZI ISTVÁN DR.
HIRSCHLER IMRE DR.
LENART GYÖRGY DR.
OZSVÁTH KÁROLY DR.
PETRÁNYI GYULA DR.
PETRI GÁBOR DR.
RÁK KÁLMÁN DR.
SZÁNTÓ GYÖRGY DR.

*

Felelős szerkesztő:

TRENCSENI TIBOR DR.

*

Munkatársak:

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

*

122. ÉVFOLYAM

*

8. SZÁM

*

1981. FEBRUÁR 22.

TARTALOMJEGYZÉK

Füzi Miklós dr.:

Haemotrop baktériumok által okozott
emberi megbetegedések 435

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Székely Judit dr., Bihari-Varga Magdolna dr.
és Gruber Éva:

Nagy sűrűségű lipoproteidek
szintje az arteriák megbetegedéseiben 441

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Makó János dr., Lengyel Mária dr.,
Békássy Szabolcs dr.,
Gaizler Gyula dr., Kökény Mihály dr.,
Nagy László dr.,
Hamvas Antal dr. és Balogh Ferenc dr.:

Krónikus haemodialyzáltak pericarditisének
diagnosztikus és terápiás kérdései 447

IATROGEN ÁRTALMAK

Nagymajtényi Emőke dr.,
Katona Erzsébet dr., Szabados Éva dr.
és Ribári Ottó dr.:

Az anticoncipienszek vestibuláris
mellékhatásairól 455

KAZUISZTIKA

Molnár Dénes dr., Hajmássy Zsuzsa dr.
és Léb József dr.:

A Burkitt-lymphomáról egy
gyermekkori hasi eset kapcsán 458

Török Éva dr., Cs. Kiss Éva dr.,
Mihalovics Péter dr. és Ungár Imre dr.:

Az Euler—Liljestrand-féle reflex
igazolása bronchus-adenoma esetében 461

HORUS

Balassa és Semmelweis
a régi zsidó kórházban 463

Magyar—lengyel orvosi kapcsolatok
a XV—XVI. században 465

Magyar orvosok és gyógyszerészek
a nyelvújítás korában 467

Folyóiratreferátumok 469

Levelek a szerkesztőhöz 483

Könyvismertetés 485

Megjelent 492

Hírek 489

Pályázati hirdetések 491

Előadások, ülések 492

VITAMIN E

KAPSZULA 100 MG, OLAJOS INJEKCIÓ 30 MG.

ÖSSZETÉTEL 1 kapszula 100 mg tocopherolum aceticum, 1 amp. (1 ml) 30 mg tocopherolum aceticum hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK Felnőttek: Sterilitás, habitualis abortus, abortus imminens, terhesség és lactatio alatt a fokozott E-vitamin-szükséglet kiegészítésére, oligo- és amenorrhoea, menopausa-syndroma. Endarteritis obliterans, localis keringési és trophiás zavarokon alapuló végtag-megbetegedések.

Gyermekek: Újszülöttkori scleroderma, atrophia, dystrophia, coeliakia, sprue, malabsorptio, epeút-elzáródás, csökkent capillaris resistantiával járó kórállapotok, égésbetegség, dystrophia musculorum progressiva.

ADAGOLÁS Felnőttek: Általában hetente 1–2 alkalommal napi 1–3 kapszula vagy hetenként 2–3 amp. im.

Menopausa-syndroma kezelésére naponta 2–3 kapszula, 2–3 hétig, ha a panaszok csökkennek, másodnaponta 1 kapszula további 5–6 héten át. Habitualis abortus, abortus imminens esetén adagja allyloestrol tartalmú készítményekkel (pl. Turinallal) kombinálható. Súlyosabb esetekben napi 150–180 mg im.

Gyermekek: Általában 3–12 hónapos korig napi 0,3–1,0 ml im., 1–14 évesig hetente 2–3 alkalommal 1 kapszula vagy 0,5–1,5 ml im. naponta.

Ezek az adagok kb. a feltételezett napi szükségletnek felelnek meg (substitúciós adagok). Farmakológiai hatás elérésére (pl. égésbetegségekben), dystrophia musculorum progressivában ezeknek az adagoknak sokszorososa (5–10-szeres) adandó. Újszülöttkori scleroderma-ban 0,3–0,5 ml im., 2–5 napon át.

Hazai vizsgálatok alapján indokoltnak látszik a mesterségesen táplált csecsemőket (2–12 hó között) a hiányállapot (alacsony vérszint) elkerülése végett E-vitamin-substitúcióban részesíteni.

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

CSOMAGOLÁS 10 db kapszula
5×1 ml ampulla

térítési díj: 6,50 Ft.
térítési díj: 3,30 Ft.

Kőbányai Gyógyszerárugyár Budapest

Haemotrop baktériumok által okozott emberi megbetegedések

Füzi Miklós dr.

Egyes mikroorganizmusok különös affinitást mutatnak a vörös vérsejtek iránt és fertőzések alkal-mával elsősorban vagy kizárólag a vörös vérsejt-ben vagy a felszínén szaporodnak. Ezeket a mikró-

A haemotrop baktériumok a Rickettsiales rend Bartonellaceae és Anaplasmataceae családjába tartoznak (1. táblázat). A Rickettsiaceae famíliá-tól elsősorban haemotropismusuk és több morfo-lógiai és biológiai tulajdonságuk alapján különít-hetők el. A mai osztályozás lassan alakult, eleinte protozoonoknak tartották őket, majd „Bartonella csoportról” írtak és csak a legutóbbi időben sike-rült a két család tagjait pontosan elhatárolni (5—12).

A haemotrop famíliákba tartozó genusok diag-nosztikai szempontból fontos sajátosságait a 2. táblá-zatban foglaltuk össze. Mindre jellemző, hogy fény-mikroszkóppal látható, apró mikrobák, amelyek pro-karyota szerkezetet mutatnak. Festésükre legjobb a Giemsa-módszer, miként a baktériumok általában ibo-lyás-vörös színűek. Gram-negatívok, de az anilin fes-tékekkel gyenge színt kapunk. Használatos még az ak-ridinorange technika, ezzel a módszerrel UV sugárzás-ban narancsvörösén fluoreszkálnak. Az értékelésnél

1. táblázat. A Rickettsiák osztályozása

Ordo:	Rickettsiales		
Família:	Rickettsiaceae	Bartonellaceae	Anaplasmataceae
Genus:	Rickettsia Rochalimaea Coxiella Ehrlichia Cowdria Neorickettsia Wolbachia Symbiotes Blattabacterium Rickettsiella	Bartonella Grahamella	Anaplasma Paranaplasma Aegyptianella Haemobartonella Eperythrozoon

2. táblázat. Haemotrop baktériumok morfológiai és biológiai tulajdonságai

	Bartonella	Grahamella	Anaplasma	Parana-plasma	Aegyptia-nella	Haemobar-tonella	Eperythro-zoon
Alak	pálcika	pálcika	coccus	coccus	coccus	coccus	coccus
Méret (µm)	1,0—3,0	0,5—1,0	0,3—0,4	0,3—0,4	0,3—0,8	0,3—0,5	0,4—1,5
Sejtfal	+	+	—	—	—	—	—
Csilló	+	—	—	—	—	—	—
Növekedés táptalajon	+	+	—	—	—	—	—
Tetracyclin	É	—	É	É	É	É	É
Szerves arzén vegyületek	R	—	É	É	É	É	É

É = érzékeny
R = rezisztens

bákat nevezzük haemotrop mikroorganizmusok-nak. Közülük általánosan ismertek a protozoonok (a malária és babesiosis kórokozói), de a haemot-rop baktériumokkal az orvosi kézikönyvek alig foglalkoznak, mert eddig úgy tudtuk, hogy a Bar-tonella bacilliformis kivételével emberre nem pa-thogén állati kórokozók (1, 2, 3, 4). Újabb közlések azonban felhívták a figyelmet, hogy különböző hu-mán megbetegedésekben is számolni kell előfordu-lásukkal, ezért a következőkben áttekintést adunk a kérdés jelen állásáról.

azonban tekintetbe kell venni, hogy az éretlen vörös vérsejtekben előforduló nukleinsav szemcsék (Ho-well—Jolly-testek) hasonlóan reagálnak. A bartonellák és grahamellák típusos baktériumok, baktériumra jel-lemző sejtfaluk van és tenyésztethők élettelen táptala-jokon. A sejtfalszintézisre ható antibiotikumok (pl. pe-nicillin) szaporodásukat gátolják. Az Anaplasmataceae család tagjai nem tekinthetők típusos baktériumoknak. Sejtfaluk nincs, miként a baktériumok L-formáinak és a mycoplasmáknak és táptalajokon nem fejlődnek. Egy-egy családon belül a különböző specíesek és genusok hasonló antigénszerkezettel bírnak. Több antibakteriá-lis antibiotikumra érzékenyek, általánosan jellemző a tetracyclin érzékenység, az Anaplasmataceae családra pedig a szerves arzén vegyületek gátló hatása.

3. táblázat. A Bartonellaceae család speciereinek epidemiológiai tulajdonságai

Speciesek	Előfordulás	Gazda	Átvivő	Kórkép
<i>Bartonella bacilliformis</i>	Dél-Amerika	ember	szunyog	Oroya-láz Verruga peruana
<i>Grahamella talpae</i> <i>Grahamella peromysci</i>	általános általános	sündisznó egér	bolha bolha	latens latens

A haemotróp baktériumok széles körben elterjedt mikrobák. Kivételt képeznek az endémiás jellegű *Bartonella* és *Aegyptianella* genusok (3. és 4. táblázat). A fertőzés forrásai rágcsálók, kis emlősök, kérődzők, házi szárnyasok, vadmadarak, kutya, macska, sertés és más kevésbé vizsgált állatfajok. Kivételként ismét a Bartonellákat említhetjük, amelyeknek egyetlen gazdája az ember. A fertőzés terjesztői vérszívó ízeltlábúak, embernél és állatkísérletekben szóba jön a vérrel történő átvitel is. Az infekció a legtöbb speciesnél idült latens mikróba hordozást idéz elő vagy enyhe anaemia fejlődik ki, amely lépkiirtásra erősödik, és a bakteriaemia fokozódik. Egyes fajok azonban súlyos megbetegedéseket hoznak létre és ez az állattenyésztésben vagy az állatkísérletek alkalmával komoly jelentőséggel bír. Az eddig ismert egyetlen humán pathogen species, a *Bartonella bacilliformis* fertőzés letalitása az antibiotikumok előtti korban 40% körül mozgott, a hyperacut formák közel 100%-ban halálosan végződtek. A pathogenesist általában az intravascularis haemolysis, a fokozott erythropoiesis és RES aktivitás jellemzi, amelyhez egyes speciereknél kifejezett autoimmun jelenségek társulnak. Súlyos esetekben az állatoknál sárgaság is megjelenik (icteroanaemia) és idült fertőzéseknel sorvadás tüneteit látjuk.

A diagnózis legegyszerűbb módja a vérkép vizsgálata. Ez a módszer azonban csak akkor eredményes, ha a bakteriaemia elég jelentős, vagyis az akut szakban, gyenge immunvédekezés és immun-

szupresszió, valamint lépkiirtás esetén, továbbá, ha nem adunk kemoterápiát. Giemsa-festéssel többnyire polimorf képet látunk, kerek vagy pálcika, esetleg gyűrű vagy korong alakú képleteket, amelyek elhelyezkedhetnek a vörös vörsejtekben (interythrocytásan), vagy a vörös vörsejtek felszínén (epierythrocytásan), vagy egyidejűleg mindkét módon. Különösen nagyfokú a polimorfizmus kemoterápia idején. Újabb megfigyelések arra mutatnak, hogy a valóságban nem ilyen változatos ezeknek a mikrobáknak a morfológiája. Egy részük műtermék, amely a festés alatt jön létre, máskor a fénymikroszkóppal szabálytalan pálcikaszerű képletek az elektronmikroszkópos képben coccus láncoknak bizonyultak. Az *Aegyptianella* genusra jellemző, hogy a vörös vörsejtekben nagyobb szemcséket vagy kerek képleteket látunk (1,5–4,1 μ m), ezek több coccusból álló csomók, amelyek összetéveszthetők a plasmodiumokkal. Az Eperythrozoon lazán kötődik a vörös vörsejt felszínéhez, ezért a plazmában mindig találunk levált egyedeket. Egyébként a haemotróp baktériumokat néha vérlemezkékhez és fehér vörsejtekhez tapadva is láthatjuk, sőt fagocytált állapotban is, azonban a fagocytákban nem szaporodnak. A *Bartonella* nem csupán a vörös vörsejtekhez vonzódik, hanem az endothel sejtekhez is, ezért a pathogenesis más és a kórokozó kimutatása a fertőzés késői szakában könnyebben sikerül a szövetekből. A gyanús képletek verifikálása történhet elektronmikroszkóposan, ez kizárja az esetleges műtermékeket és a sejttal

4. táblázat. Az Anaplasmataceae család speciereinek epidemiológiai tulajdonságai

Speciesek	Előfordulás	Gazda	Átvivő	Kórkép
<i>Anaplasma marginale</i>	általános	szarvasmarha,	kullancs	icteroanaemia
<i>Anaplasma ovis</i>	általános	szarvas juh, kecske	kullancs	enyhe anaemia
<i>Paranaplasma caudatum</i> <i>Paranaplasma discoides</i>	általános általános	szarvasmarha juh	kullancs kullancs	anaemia anaemia
<i>Aegyptianella pullorum</i>	Földközi tenger vidéke	házi szárnyasok vad madarak	óvantag	anaemia
<i>Haemobartonella muris</i> <i>Haemobartonella felis</i> <i>Haemobartonella canis</i>	általános általános általános	rágcsálók macska kutya	tetű, bolha tetű, bolha tetű, bolha	latens súlyos anaemia enyhe anaemia
<i>Eperythrozoon coccoides</i> <i>Eperythrozoon ovis</i> <i>Eperythrozoon suis</i> <i>Eperythrozoon parvum</i> <i>Eperythrozoon wenyonii</i>	általános általános általános általános általános	rágcsálók juh, kecske sertés sertés szarvasmarha	tetű, bolha tetű, bolha tetű, bolha tetű, bolha tetű, bolha	enyhe anaemia enyhe anaemia icteroanaemia latens latens

alapján eldifferenciálja a két családot. A Bartonellaceae fertőzésekben jól használható a tenyésztési módszer, de speciális táptalajok szükségesek. Végül hasznos szolgálatot tesznek a szerológiai eljárások, az agglutináció, komplementkötési próba, immunfluoreszcens módszer és indirekt haemagglutináció. Az állatoltást intézetekben használják (lépkiirtás), az állomány természetes fertőzöttségét előzőleg ki kell zárni.

Az elsőként felismert emberi haemotróp baktériumfertőzés a *B. bacilliformis* által előidézett bartonellosis volt. Minthogy a megbetegedés a trópusi medicinában jól ismert, csupán néhány érdekes sajátosságát emeljük ki, amelyek az újabb adatok értékeléséhez szükségesek. Előfordulási helye az Andok völgyeiben, Dél-Amerikára szorítkozik és terjesztői az itt élő régebben Phlebotomusnak, újabban Lutzomyiának nevezett apró szúnyogfajok nőtényei. Érdekes, hogy a betegség már az inkák birodalmában endémiás volt, mégsem hurcolták szét más területekre. Fogékony embercsoportok megjelenése időnként nagy és súlyos hyperendémiákhoz vezetett, így 1870-ben a Lima—Oroya vasútvonal építése idején több mint 7000 halálesetet jegyeztek fel, a század elején pedig egy alagút építése során a munkások egytizede pusztult el bartonellosisban. Az utolsó nagy járványt Peruban észlelték 1959-ben.

A fertőzés két jellegzetes szindrómát idéz elő, az akut szakban az Oroya-lázat és a későbbiekben a verruga peruana-t, vagyis perui szemölcsöt. A két kórkép közös eredetét egy Carrion (1885) nevű orvostanhallgató bizonyította be önkísérlettel, amely halálosan végződött. Ezért nevezik a bartonellosist Carrion-betegségnek. Az Oroya-láz remittáló vagy intermittáló lázzal, tagfájdalmakkal, ízületi fájdalommal, fejfájással járó anaemia perniciosára emlékeztető szindróma, amelyet lassú kezdet esetén sepsissel és általában maláriával, vagy brucellosissal téveszthetünk össze. A kórokozó nemcsak a vérben, hanem a RES (nyirokesomó, lép, máj, belek) endothel sejtjeiben is szaporodik, de ezt csupán a szekunder fertőzések iránti fogékonyság jelzi (RES blokádnak). Különösen veszélyesek a salmonella-infekciók, a *S. typhimurium* társfertőzés régen rendszerint letális prognózist jelentett. Előfordulnak enyhe lefolyású esetek, sőt latens fertőzéseket is kimutattak szűrővizsgálatok alkalmával, ezért a transzfúziós átvitel lehetőségére is gondolni kell, illetve tágabb értelemben a haematogén direkt átvitelre. Ugyanakkor leírtak hyperacut kórképeket, amelyek typhus exanthematicus-ra emlékeztetnek (purpurak, hypotensio, delírium) és régebben mindig halállal végződtek. Ha a beteg az akut szakaszt túléli, a szenitizált szervezetben fejlődik ki a második szindróma, a verruga peruana. A bőrön és a nyálkahártyákon apró, vörös szemölcsszerű képletek jelennek meg, esetleg nagyobb subcutan csomók. Az elváltozások főként a nyálkahártyákon vérzékenyek és általában könnyen fertőződnek, ulcerálódnak, abscessusok, gangraenák keletkezhetnek. Egyébként a képletek, ha szuperinfekció nem történt, heg nélkül gyógyulnak és időnként recidiválnak. Ez a kép a trópusokon elsősorban

framboesiára hasonlít. A diagnózis ma már nem nehéz, a korai szakban a vér mikroszkópos és tenyésztési vizsgálata, később a szövetekből végzett bakteriológiai vizsgálat és mindkét szindrómánál az agglutinációs próba jól bevált. A terapia szempontjából kiemeljük, hogy bár a mikróba több antibiotikumra (penicillin, streptomycin, tetracyclin, chloramphenicol) érzékeny, a legjobb eredményt a chloramphenicol kezelés adja, amely a társfertőzések ellen is hatásos (13, 14, 15).

Újabban több kórképről feltételezik, hogy aetiológiájukban a haemotróp baktériumok fontos vagy döntő szerepet játszanak, így haemolyticus-uraemiás szindrómában, thrombocytopeniás purpurában, systemás lupus erythematosusban és splenectomiát követő lázas purpurában.

A haemolyticus-uraemiás szindrómát Gasser és mtsai írták le Svájcban 1955-ben (16). A röviden HUS-nak nevezett kórképre jellemző az akut haemolyticus anaemia, thrombocytopenia és bilaterális vesekéreg nekrozissal járó súlyos nekrotizáló glomerulonephritis (thromboticus mikroangiopathia). A megbetegedést azóta főleg gyermekeknél észlelték és felnőtteknél terhesség alatt. Aetiológiájára vonatkozólag számos feltevés látott napvilágot, valószínű, hogy több tényező is kiválthatja (17). Mettler az USA-ban 1969-ben két HUS és egy thrombocytopeniás purpurában mutatott ki haemotróp baktériumokat (18).

Az első beteg egy 7 éves fiú volt, akinél kétnapos bevezető tünetek (étvágytalanság, gyengeség, hányás) után petechiák jelentek meg a mellkason, nyakon és a jobb csípőn. A laboratóriumi vizsgálatokból kiemeltük a nagyfokú anaemiát, thrombocytopeniát, hyperbilirubinaemiát, azotaemiát, proteinuriát és mikroszkópos haematuriát. Transzfúzióra a beteg javult, majd állapota romlott, és uraemiában meghalt. A második beteg egy hathónapos csecsemő volt, aki akut vesebetegség kórismével került kórházba. Hőemelkedése volt, gyakran hányt, majd hirtelen anaemiás lett, proteinuria és haematuria lépett fel. Penicillin kezelést kapott, ezután állapota javult és végül gyógyultán távozott. A harmadik beteg egy 22 éves nő volt, akit már két éves korában haemolyticus anaemiával, akut haemorrhagiás nephritissel kezeltek. Tünetei időnként kiújultak, majd a terhesség elején nagyfokú anaemiával, thrombocytopeniával, proteinuriával, mikroszkópos haematuriával szállították kórházba. A gingivából végzett szövettani vizsgálat thrombusokat mutatott ki a kis kapillarisokban. Transzfúzióra nem javult, ezután splenectomiát végeztek, de a vese- és májfunkció rosszabbodott, és a beteg meghalt.

A három beteg vérképében deformálódott vörös vörsejteket és a vörös vörsejteken bartonellákra (régebbi nevén microtobiotákra) emlékeztető képleteket láttak. A szokásos bakteriológiai és virológiai tenyésztések negatív eredményt adtak, ezért állatoltást végeztek. A fehér eger nem volt fogékony, a fertőzött tengeri malacok azonban néhány hét alatt elpusztultak és szerveiken petechiákat láttak. Ezután sikerült az izolált mikróbával szopós egeret és majmot (*Macaca mulatta*) fertőzni. A fiatal egerek egy-két nap alatt elpusztultak, a majom enyhe tünetekkel (fáradékonyság, anaemia, thrombocytopenia, leukocytosis) reagált és a kórokozót a vérben két napig tudták kimutatni. Szerológiai vizsgálatokkal mindhárom törzs azonos an-

tigénszerkezetű volt és más rickettsiákkal nem lát-
tak rokonságot. Meglepő, hogy komplementkötési
próbát végezve a betegek savói nem reagáltak az
izolált agenssel, a fertőzött állatok viszont szeropo-
zitívást és szerokonverziót mutattak. Az epidemio-
lógiai kép az első esetben madarakon élő atkák ter-
jesztő szerepére utalt és az atkákból készített
szuszpenziót tengeri malacba oltva sikerült is az
agens izolálni. A másik két esetben sem vectort,
sem más terjedési módot nem tudtak kimutatni.

A lupus erythematosus aetiológiájában *Kallick és mtsai* haemotróp baktériumoknak tulajdonítan-
nak jelentőséget (19). A betegek vérképeinek vizs-
gálata során a vörös véresejtekben és a sejtek fel-
színén $0,3-0,5 \mu\text{m}$ nagyságú kerek képleteket lát-
tak. Ezt követően nyolc aktív szakban levő SLE
beteg és 16 kontroll személy (14 egészséges + 2 hy-
pergammaglobulinaemiás beteg) vérképét hasonlí-
tották össze, hogy a képletek műtermék jellegét és
esetleges immunkomplex eredetét kizárják. Az ak-
ridinorange technikával minden SLE beteg vérké-
pe pozitívnak bizonyult, a kontrollok közül két
egészséges személy vörös véresejtjein láttak gyenge
fluoreszcenciát. A Haemobartonellának tartott
képleteket szerológiai módszerrel próbálták identi-
fikálni. A SLE betegek vérkeneteit direkt fluores-
cens ellenanyag technikával vizsgálták a következő
állati fertőzések közül származó reconvalescens sa-
vókkal: *Eperythrozoon suis*, *Babesia canis*, *Ehrlichia*
canis és *Anaplasma marginale*. A savókból ki-
csapással és kromatográfiával előállították az Ig G
frakciót és ezzel végezték a vizsgálatot. A SLE be-
tegek közül négynek a vörös véresejtjein látható
képletek adtak pozitív reakciót az *Anaplasma mar-
ginale* és *Eperythrozoon suis* ellenanyagokkal. Ér-
dekes, hogy nemcsak a vörös véresejtek, hanem
egyes thrombocyta is fluoreszkáltak. Az *E. canis*
és *B. canis* Ig G frakciókkal a betegek vé-
rében látható képletek nem reagáltak. A kont-
roll személyek vérkenetei egyik ellenanyaggal
sem kötődtek. Az eredmények alapján a szer-
zők feltételezik, hogy egy *Anaplasmataceae* csa-
ládba tartozó mikroba a SLE kórokozója. Meg-
említik, hogy ezek a mikrobák állatokban idült
fertőzéseket okoznak és a *Haemobartonella* fertő-
zésben gyakoriak a hyperimmun és autoimmun
jelenségek, az *A. marginale* és *E. suis* infekciókban
pedig a súlyos haemolyticus anaemia és sorvadás.
Az analógiák között felsorolják a splenectomia ak-
tíváló hatását és a corticosteroidok terápiás ered-
ményességét, valamint a fenilhidrazin aktiváló
szerepét *Haemobartonellosis*-ban (20, 21).

Legutóbb splenectomiát követő lázas purpurás
kórképben mutattak ki *Archer és mtsai* (1979) hae-
motróp baktériumot (22).

Egy 49 éves férfinél autóbaleset után lépkiirtást
végeztek. Évek múlva arthralgiás panaszai léptek fel,
majd láz és a lábfejen purpurák jelentek meg. A vér-
kép vizsgálata anaemiát mutatott és a vörös véresejtek
felszínén apró Gram-pozitív baktériumokat. Vancomy-
cin kezelésre panaszai és tünetei fokozatosan javultak,
majd cefazolinra tértek át és a beteget a kezelés 30-ik
napján hazabocsátották. Mintegy három hétre a tüne-
tek kiújultak, ekkor per os tetracyclin kezeléssel pró-
bálkoztak, de eredménytelenül. Hatásos volt viszont a

kombinált cefazolin—streptomycin terápia. Megszűnt
a láz és a perifériás vérképből eltűntek a mikrobák,
azonban a véresejtszüllyedés továbbra is fokozott ma-
radt. Két hónap múlva ismét recidiva lépett fel, ekkor
a beteget anyagi okok miatt otthon kezelték orális
cephalexinnel 4 hónapig. Újabb recidivát láttak három
hónap múlva és feltételezték, hogy a folyamat a csont-
velőben levő gócból újul ki, ezért chloramphenicol
adtak, először intravénásan, majd per os egy hónapig.
A későbbiekben áttértek orális cephalaxinra és 10 hó-
napos adagolásra a beteg panaszmentes lett, szüllyedése
normalizálódott és recidiva többé nem jelentkezett.

A mikrobiológiai vizsgálatok a következő fer-
tőzéseket zárták ki: tularemia, leptospirosis, bru-
cellosis, toxoplasmosis, Q-láz, psittacosis, typhus
exanthematicus, *Rickettsia rickettsii* infekció, malá-
ria, babesiosis, bartonellosis, szerológiai módsze-
rekkel. A rutin haemoculturák aerob és anaerob
baktériumokra negatív eredményt adtak és nem
fejlődött mycoplasma, legionella, mycobakterium,
továbbá a vírus izolálásra beoltott csirkeembrió és
szövetkultúrák sem mutattak ki mikrobákat. Az
állattoltások (egér, splenectomizált patkány, tenge-
ri malac, kutya, nyúl és rhesus majom) szintén
eredménytelenek voltak.

Elektronmikroszkópos vizsgálattal a beteg vö-
rös véresejtjein rövid, pálcika alakú ($1,0-1,7 \mu\text{m} \times$
 $0,2 \mu\text{m}$) baktériumokat láttak. Felszínüket típusos
baktérium sejtfal határolta és prokaryota szerke-
zetet mutattak. A vörös véresejt intaktnak tűnt és
a baktériumok a felszínen, attól mintegy 10–20
nm távolságra helyezkedtek el, gyakran betürem-
kedésekben, de sohasem intracellularisan.

A haemotróp baktériumok human patogenitá-
sára vonatkozó újabb közleményeket értékelve azt
mondhatjuk, hogy feltétlenül figyelemre méltóak,
mert olyan kérdésekre irányítják az érdeklődést,
amely ma még kevésbé ismert. Ugyanakkor vala-
mennyi közlés további vizsgálatokat és kiegészíté-
seket igényel, mert az adatokból határozott követ-
keztetéseket nehéz levonni.

Tekintsük először a *Mettler* által HUS-ból és
thrombocytás purpurából izolált agens jelentősé-
gét. Az eredeti leírásból hiányzik az agens elekt-
ronmikroszkópos képe, amely a struktúra bemuta-
tásával demonstrálná, hogy valóban haemotróp
baktériumról van szó. Kérdéses, hogy az agens va-
lóban emberi eredetű-e és nem a tengerimalacok-
ból származik? Az állatállományban utólag végzett
szűrővizsgálat nem mutatott ki természetes fertő-
zöttséget az izolált agenssel és az emberi vörös
véresejtekben készített szuszpenzió a fertőzött álla-
tok vérsavójával pozitív szerológiai reakciót adott,
ami arra utal, hogy az izolált agens azonos a bete-
gek vörös véresejtjein levő képletekkel. Nyitva ma-
rad azonban a kérdés, hogy a betegek savóiban
miért nem találtak szeropozitivitást a feltételezett
kórokozóval? Az egyik beteg penicillin kezelés
után gyógyult, amennyiben a javulás a penicillin-
adás következménye volt, bartonella vagy graha-
mella típusú kórokozóra kellene gondolnunk, azon-
ban a morfológiai kép és a tünetek, továbbá az
epidemiológiai kép nem egyezik a ma ismert ide-
tartozó mikrobák által okozott infekciókkal.

A SLE és a haemotróp baktériumok kapcsola-
ta akár aetiológiai, akár szuperinfekció formájában

új adat. Bár régebben is felvetették vírusok vagy mycoplasmák kórokozó szerepének lehetőségét, a problémát nem sikerült tisztázni. Említésre méltó, hogy a sejtfallal nem rendelkező mycoplasmák morfológiai vizsgálatok alkalmával esetleg összetéveszthetők az ugyancsak sejtfal nélküli Anaplasmataceae család tagjaival, azonban a tenyésztési technikával és a szerológiai módszerekkel jól elkülöníthetők (7, 23, 24). A Kallick és mtsai által leírt agens morfológiailag és szerológiailag az Anaplasma marginale és Eperythrozoon suis speciekkel mutat rokonságot, kiegészítésként itt is az elektronmikroszkópos szerkezetvizsgálat elvégzése volna kívánatos. További bizonyítékként volna értékelhető a betegek vérében kimutatott szeropozitivitás és szerokonverzió. Érdekes, hogy az állatokban természetes körülmények között előforduló hasonló kórképekben eddig nem mutattak ki haemotróp baktériumokat, jóllehet az állatvilágban ezek a mikrobák általánosan elterjedtek. Ugyancsak érdekes, hogy a kimutatott agens tetracyclin érzékenységről nem tesznek említést a szerzők, sem a szerves arzénvegyületek eseteikben való kipróbálásáról, pedig az Anaplasmataceae család aetiológiai jelentőségét ezek az adatok jobban megvilágították volna.

A legnagyobb visszhangot az Archer és mtsai által legutóbb ismertetett recidiváló súlyos infekció keltette. A közléshez a lap a kérdés szakértőitől külön kommentárt kért (25). Tekintve, hogy a kimutatott agens pálcika alakú és sejtfallal rendelkezik, elsősorban bartonellosisra lehetne gondolni. A kórokozó viszont Gram-pozitív ami teljesen újszerű. A kommentár nem látja bizonyítottnak a Gram-festés eredményét és az értékelést a halvány kép nehezíti. Bartonellosis ellen szól, hogy a beteg nem járt endémiás területen, a szerológiai vizsgálat negatív eredményt adott B. bacilliformissal. A terápiás adatok atípusosak, a tetracyclin nem bizonyult hatásosnak, a főként Gram-pozitív baktériumokra ható vancomycin viszont erősen aktív volt. Ugyancsak eltér a bartonellosistól, hogy a kórokozó intraerythrocytásan nem fordult elő. Valószínűnek látszik, hogy ebben az esetben egy olyan haemotróp baktériumról van szó, amely a korábban megismert speciestől eltérő tulajdonságokkal rendelkezik.

Az elmondottakból a gyakorlat számára azt a következtetést vonhatjuk le, hogy az említett szindrómákban és általában minden anaemiával, thrombocytopeniával, purpurával járó megbetegedésben, továbbá maláriagyánús esetekben, recidiváló lázas állapotokban különös gondossággal vizs-

gáljuk meg a beteg vérképét és amennyiben a vörös vérsejtekben vagy a vérsejteken mikrobáknak tűnő képleteket látunk, gondoljunk haemotróp baktériumok előfordulási lehetőségére. A kutatás számára érdekes újabb feladatot jelent az emberi és állati haemotróp baktériumok által okozott infekciók összefüggéseinek tanulmányozása, az epidemiológiai viszonyok tisztázása, valamint a pathomechanismus, diagnosztika és terapia terén ma még hiányos ismereteink tökéletesítése.

Összefoglalás: A haemotróp baktériumok az állatvilágban általánosan elterjedt mikrobák, de emberi megbetegedésekben jelentőségük kevésbé ismert. Régebben egyetlen speciést, a Bartonella bacilliformist mutatták csak ki emberi infekcióban, újabban több szerző hasonló mikrobák előfordulását észlelte haemolyticus-uraemiás szindrómában, thrombocytopeniás purpurában, splenectomia után fellépett lázas purpurában és systemás lupus erythematosusban.

IRODALOM: 1. Weinmann, D.: Les parasites erythrocytaires révélés par la splenectomie: Bartonella et Eperythrozoon. Legrand, Paris, 1935. — 2. Ristic, M.: Adv. Vet. Sci. 1960, 6, 111. — 3. Weinmann, D., Ristic, M.: Infectious Blood Diseases of Man and Animals. Academic Press, New York, 1968. — 4. Kreier, J. P.: Parasitic Protozoa. Vol. IV. Academic Press, New York, 1977. — 5. Noguchi, H., Battistini, T.: J. Exp. Med. 1926, 43, 851. — 6. Weiman, D.: Trans. Am. Phil. Soc. 1944, 33, 243. — 7. Peters, D., Wigand, R.: Bacteriol. Rev. 1955, 19, 150. — 8. Wigand, R.: Morphologische, Biologische und Serologische Eigenschaften der Bartonellen. Thieme, Stuttgart, 1958. — 9. Krampitz, H. E.: Z. Tropenmed. Parasitol. 1962, 13, 34. — 10. Kreier, J. P., Ristic, M.: Z. Tropenmed. Parasitol. 1972, 23, 88. — 11. Breed, R. S., Murray, E. G. D., Hitchens, A. P.: Bergey's manual of determinative bacteriology. The Williams and Wilkins Co., Baltimore, 1948. — 12. Buchanan, R. E., Gibbons, N. E.: Bergey's manual of determinative bacteriology. The Williams and Wilkins Co., Baltimore, 1974. — 13. Adams, A. R. D., Maegraith, B. G.: Clinical Tropical Diseases. Blackwell, Oxford, 1964. — 14. Wilcocks, C., Manson-Bahr, P. E. C.: Manson's Tropical Diseases. Baillière Tindall, London, 1972. — 15. Mohr, W., Schumacher, H., Weyer, F.: Lehrbuch der Tropenkrankheiten. Thieme, Stuttgart, 1975. — 16. Gasser, C., és mtsai: Schweiz. Med. Wschr. 1955, 85, 905. — 17. Edelmann, C. M.: N. Engl. J. Med. 1969, 281, 1072. — 18. Mettler, N. E.: N. Engl. J. Med. 1969, 281, 1023. — 19. Kallick, C. A. és mtsai: Nature New Biol. 1972, 236, 145. — 20. Morris, H., Ristic, M., Lykins, J.: Am. J. Vet. Res. 1971, 32, 1221. — 21. Dame-shak, W.: J. Amer. Med. Assoc. 1960, 166, 1805. — 22. Archer, G. L. és mtsai: N. Engl. J. Med. 1979, 301, 848. — 23. Dubois, E. L.: Lupus Erythematosus. McGraw-Hill, New York, 1966. — 24. Sharp, J. T.: Hosp. Practice 1971, 6, 142. — 25. Ristic, M., Kreier, J. P.: N. Engl. J. Med. 1979, 301, 937.

Tekintse meg az  Bemutatótermében

(Bp. VI. Népköztársaság útja 36.)

orvosi laboratóriumi műszerek és készülékek kiállítását

1981. február 24-től március 14-ig

naponta 9—16 óráig

szombat—vasárnap zárva

Szakmai és kereskedelmi felvilágosítás!
Minden érdeklődőt szeretettel várunk!

„medrecoll” folyadékkristály, termodiagnosztikum



A készlet segítségével ecsetelés és módosított fóliás, kontakt termográfiás vizsgálat végezhető.

ALKALMAZÁSI TERÜLETEK: különböző ortopédiai, traumás eredetű, sportsérülések utáni, a reumatológiai kórképeknel jelenlevő, de egyébként nem detektálható gyulladás kiterjedésének és mértékének a meghatározása.

Az emlődaganatok diagnosztikájában szűrővizsgálatra is alkalmas. Az angiológiában a verőeres és visszeres kóros elváltozások, az oligaemiás és hyperaemiás területek kimutatása lehetséges a MEDRECOLL által.

Szülészetben: placenta praevia felismerése.

Nőgyógyászatban: vulva- és cervixdaganatok, illetve azok nyirokcsomó-áttéteinek diagnosztizálása.

Az irodalom szerint használják a bőrgyógyászatban, a neurológiában, a szemészeti daganatdiagnosztikában és a fogászatban.

A MEDRECOLL széleskörűen alkalmazható az állatgyógyászati gyakorlatban is.

HASZNÁLATA: a komplett készlet kb. 100—200 vizsgálatra elegendő. Az ecsetelés részletes leírását a készletben található használati utasítás és az Atlaszban Az alkalmazás technikai módszerei című fejezet tartalmazza.

FORGALMAZÁS: a 28—32 °C hőmérséklet-tartományra érzékenyített készlet a 20 °C hőmérsékletű helyiségekben végzett vizsgálatokra, illetve az arcrák elváltozásainak kután termográfiájára alkalmas.

A készletben fekete fóliát is találunk. Ezeket kiválasztott folyadékkristály-oldattal kell bekenni, majd az érintett régiókra kell párjával elhelyezni.

A 32—36 °C közé érzékenyített készlet a csukló, az alkar, a térdkörnyék, a comb vizsgálatára és 22—24 °C hőmérsékletű helyiségekben végzett vizsgálatokra volt megfelelő.

A 34—38 °C közé érzékenyített készlet a nyakra, az arcra vagy gyulladt viszerekre, pyogen arthritisre gyanús elváltozásokra alkalmas; emlővizsgálatra, ha a helyiség hőmérséklete 25 °C vagy magasabb. A lázas betegek vizsgálatára optimális.

Egy készlet 100 ml folyadékkristály-oldatot, 100 ml alapozófestéket, 10 db fekete fóliát és 2 db puha szőrű ecsetet tartalmaz.

Az oldószer tűzveszélyes. Szobahőmérsékleten, légmentesen lezárva egy évig tárolható. Felbontás után 3 hónapon belül felhasználható.

ARA: 1 komplett készlet 533,— Ft.

BESZEREZHETŐ: Reanal Közléti Vegyszerbolt.
Budapest, XIV., Telepes u. 58—60. 1147.

Korányi Frigyes és Sándor Kórház-Rendelőintézet
II. Belgyógyászati Osztály
(főorvos: Székely Judit dr.)
Simmelweis Orvostudományi Egyetem
II. Kórbontani Intézet
(igazgató: Jellinek Harry, dr.)

Nagy sűrűségű lipoproteidek szintje az arteriák megbetegedéseiben Rizikó-faktorok hatásai

Székely Judit dr., Bihari-Varga Magdolna dr.
és Gruber Éva

Már az 1950-es években ismeretessé vált, hogy ISzB-ben a plazma HDL-szintje alacsony (1, 11, 12, 27), de Miller és Miller (22) tételezett fel elsőként oki összefüggést a HDL-koncentráció csökkenése és a coronariasclerosis között. Újabb epidemiológiai vizsgálatok eredményei is arra utalnak, hogy ISzB kialakulásában a HDL védő hatása (2, 5, 6, 10, 13, 23, 30, 31, 40). Lényegesen kevesebb adatunk van az arteriosclerosis egyéb lokalizációja és a plazma HDL-szint összefüggéséről, de szignifikáns HDL-koncentráció csökkenést írtak le cerebrovascularis megbetegedésben (34) és arteriosclerosis obliteransban (7) is. Romics és Makó (32) alacsony HDL-szintről számolt be idült veselégtelenségben, Romics és mtsai (33) pedig primaer hyperlipoproteinaemia II/b. és IV. típusában clofibrat hatásaként a HDL-cholesterin koncentráció csökkenését észlelték. Pados és mtsai (30) 100 myocardialis infarctusban megbetegedett egyén HDL-szintjét vizsgálták és azt találták, hogy a HDL-szint a felére csökkent.

Rövidítések

ISzB	(ischaemiás szívbetegség)
HDL	(high-density lipoprotein, nagy sűrűségű lipoproteid)
CVB	(cerebrovascularis betegség)
PVB	(perifériás vascularis betegség)
IVB	(ischaemiás vascularis betegség)
LCAT	(lecithin-cholesterin acyltransferase)
ND	(nem diabetes)
NIDD	(nem insulin dependens diabetes)
IDD	(insulin dependens diabetes)

Több közlemény foglalkozott a HDL-szint és a nem, kor vagy a vascularis megbetegedések egy vagy több rizikótényezője közötti kapcsolattal s eredményeik alapján indokoltnak tartottuk további részletes, összehasonlító vizsgálatok elvégzését. Vizsgálatainkban ISzB-ben, CVB-ben és PVB-ben szenvedőkön, valamint egészséges egyénekben határoztuk meg a plazma HDL-cholesterin szintet és HDL-cholesterin/összcholesterin arányt. A betegeket alcsoportokba osztottuk nem, kor és az IVB-ek rizikótényezői (fizikai inaktivitás, dohányzás, hypertonia és diabetes mellitus) szempontjából.

Anyag és módszer

440, különböző lokalizációjú (coronaria, cerebrális, perifériás) IVB-ben szenvedő, 40–85 éves beteget vizsgáltunk. A betegség kritériumának az alábbiakat fogadtuk el:

1. Az ISzB csoportba azokat a betegeket soroltuk, akiknek típusos anamnézisének volt és az EKG jellegzetes ischaemiás jeleket mutatott. Az utóbbi 3 évben myocardialis infarctusban megbetegedetteket kirekesztettük.

2. A CVB csoportba azok a beteget kerültek, akiknek anamnézisében egy vagy több cerebrovascularis inzultus szerepelt, múltó vagy maradandó göctünetekkel.

3. A PVB csoportba típusos panaszokat és tüneteket produkáló betegeket soroltunk be, ha oscillációs értékeik beszükültek; a betegek egy részének gangraenája is volt.

IVB-ben szenvedő betegeinket alcsoportokra osztottuk nem és kor, továbbá az alábbi rizikó-tényezők szerint:

Fizikai inaktivitás. (Fizikai aktivitáson nehéz fizikai munkát vagy a rendszeres sportolást értettük.)

Dohányzás. (Dohányosnak azokat tekintettük, akik több mint 10 éve naponta 20–40 cigarettát szívtak.)

Hypertonia. (Kritériumául a több alkalommal mért 150/95 Hgmm-nél (20,0/12,7 KPa) magasabb vérnyomást fogadtuk el. A betegek vérnyomása ezen érték és 280/140 Hgmm (37,3/18,7 KPa) között volt.

Diabetes mellitus. (Nem inzulin-dependens, illetve inzulin-dependens cukorbetegség kritériuma: csak diéta, vagy diéta és orális antidiabeticumok, illetve inzulinkezelés legalább 10 év óta.) A vizsgálat idején a betegek szénhidrát-háztartása rendezett volt.

Kontrollként 440 személyt vizsgáltunk, 40 és 60 év közötti egészséges véradókat, vagy olyan 60 év felettieket, akiknek családi és saját anamnézise diabetes, hypertonia és vascularis történések szempontjából negatív volt, és nem voltak hyperlipidaemiások. Feldolgoztuk továbbá 50 fiatal, 20 és 40 év közötti véradó adatait is, a plazma HDL koncentráció korral való összefüggésének vizsgálata céljából.

A beteget és a kontrollcsoportokat úgy válogattuk össze, hogy kor, nem, testtípus, valamint plazma összlipid és triglycerid koncentráció szempontjából meggyezzenek.

A vérvétel EDTA-ba (1 mg/ml) történt, 12 óráss éheztetés után. A összcholesterin és a HDL-cholesterin meghatározást Warnick és Albers (39) által módosított heparinmangános praecipitációs módszerrel (36) végeztük.

Eredmények

Az IVB mindhárom lokalizációjú csoportjában az átlagos HDL-cholesterin szint szignifikánsan alacsonyabb a kontrollcsoportéhoz képest. A férfiak HDL koncentrációja minden korcsoportban alacsonyabb, mint a nőké. A legalacsonyabb értékeket a CVB csoportban találtuk. A betegek három cso-

1. táblázat **Plazma HDL-cholesterin és HDL/összcholesterin szint ISzB, CVB és PVB-ben szenvedőkben és kontrollokban**

Diagnózis	Nem	A betegek száma	HDL-cholesterin mmol/l $\pm$ S.D.	HDL cholesterin/összcholesterin $\pm$ S.D.
ISzB	férfi	122	1,167 $\pm$ 0,305***	0,240 $\pm$ 0,075**
	nő	148	1,180 $\pm$ 0,306**	0,235 $\pm$ 0,079**
CVB	férfi	65	1,061 $\pm$ 0,230***	0,236 $\pm$ 0,080*
	nő	68	1,153 $\pm$ 0,333**	0,231 $\pm$ 0,089**
PVB	férfi	23	1,115 $\pm$ 0,252***	0,234 $\pm$ 0,086
	nő	14	1,180 $\pm$ 0,346*	0,230 $\pm$ 0,070*
Kontroll	férfi	210	1,305 $\pm$ 0,236	0,253 $\pm$ 0,071
	nő	230	1,432 $\pm$ 0,230	0,263 $\pm$ 0,080

Rövidítések: ISzB ischaemiás szívbetegség; CVB cerebrovascularis betegség; PVB perifériás vascularis betegség
* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$ (a kontroll csoporthoz viszonyítva)

portjának HDL/összcholesterin aránya nem különbözött egymástól szignifikánsan, de alacsonyabb volt, mint a kontrollcsoporté (1. tábl.)

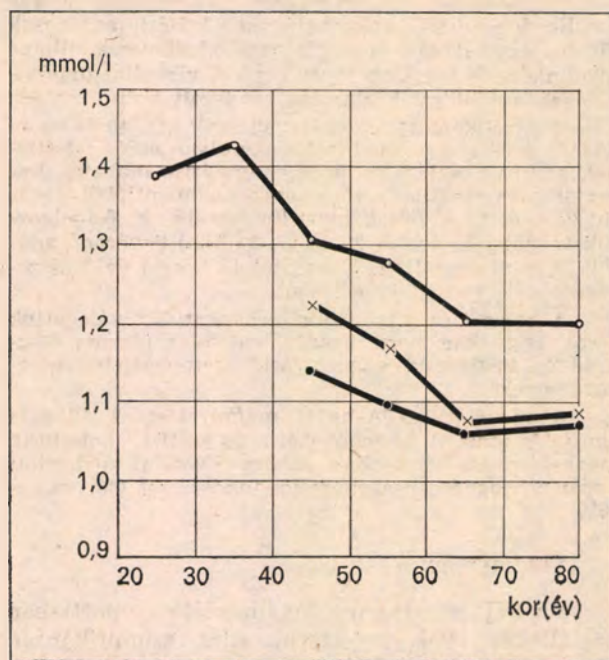
A HDL-cholesterin és HDL/összcholesterin korral való összefüggését egészségeseken, illetve ISzB-ben és CVB-ben vizsgáltuk, a PVB csoportban a kis betegszám miatt matematikai értékelés nem volt lehetséges (1. és 2. ábra). Egészséges nők HDL-cholesterin szintje nem változott szignifikánsan a korral, de a 40 és 50 év között kisfokú emelkedést mutatott (1/b. ábra). Egészséges férfiak HDL koncentrációja 35 éves korig mérsékelten emelkedett, majd folyamatosan csökkent (1/a. ábra). ISzB-ben és CVB-ben szenvedők plazma HDL-cholesterin szintje minden korcsoportban alacsonyabb volt, mint a kontrollcsoportban. Nőkön az eltérés igen erősen szignifikáns ($p < 0,001$) a hatodik és hetedik dekádban, erősen szignifikáns ($p < 0,01$) 70 év felett. Férfiakon az ISzB, illetve CVB csoport és a kontrollcsoport közötti különb-

ség a hetedik dekádban és 70 év felett is a szignifikancia határán volt ($p = 0,05$).

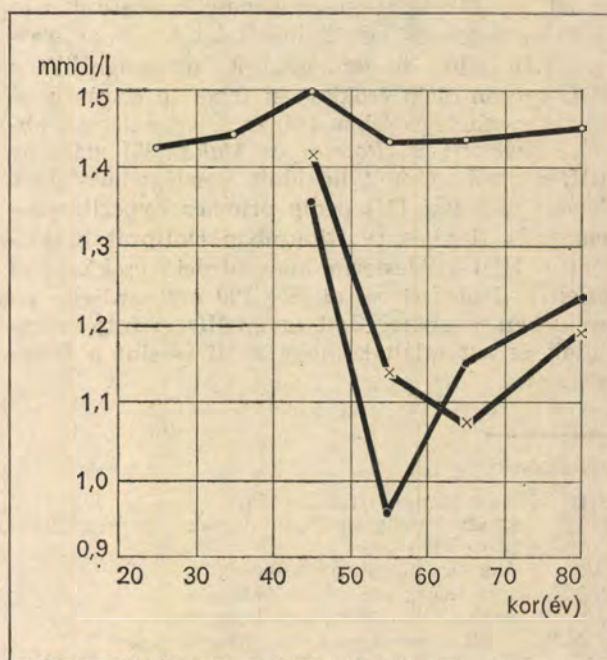
A HDL-cholesterin/összcholesterin arány csökkenő tendenciát mutat egészségeseken az 55. életévig, ezután a kor előrehaladtával már nem változik (2. ábra). IVB-ben az értékek minden korcsoportban alacsonyabbak voltak, mint a kontrollokban, a különbség az 50–60 éves nők csoportjában volt szignifikáns ($p < 0,05$).

Dohányzás szempontjából két férfi-korcsoportot hasonlítottunk össze; az IVB mindhárom lokalizációjú csoportjában a dohányosok HDL-szintje alacsonyabb volt a nem dohányosokénál, de a különbség egyik vizsgált csoportban sem volt szignifikáns.

A hypertóniának a HDL koncentrációra kifejtett hatása nem egyirányú és a mért különbségek matematikailag nem voltak szignifikánsak. ISzB-ben szenvedő normotenziós betegek HDL-cholesterin szintje mindkét nemben alacsonyabb volt a

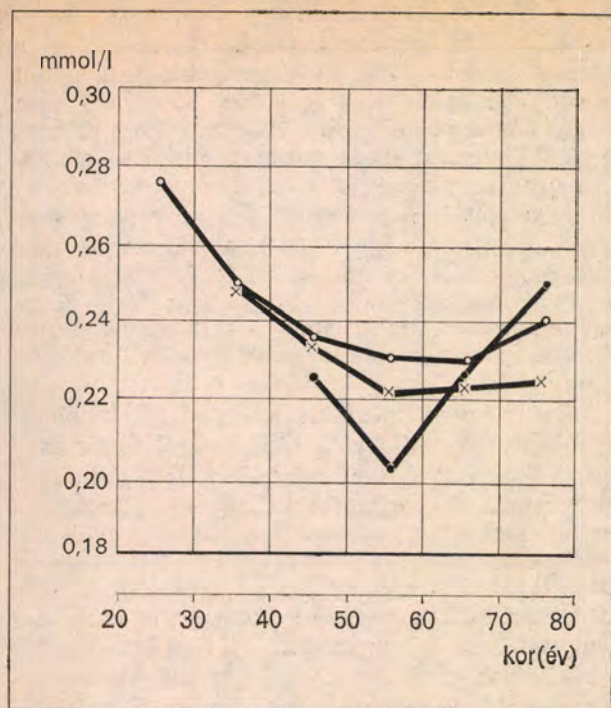


a)

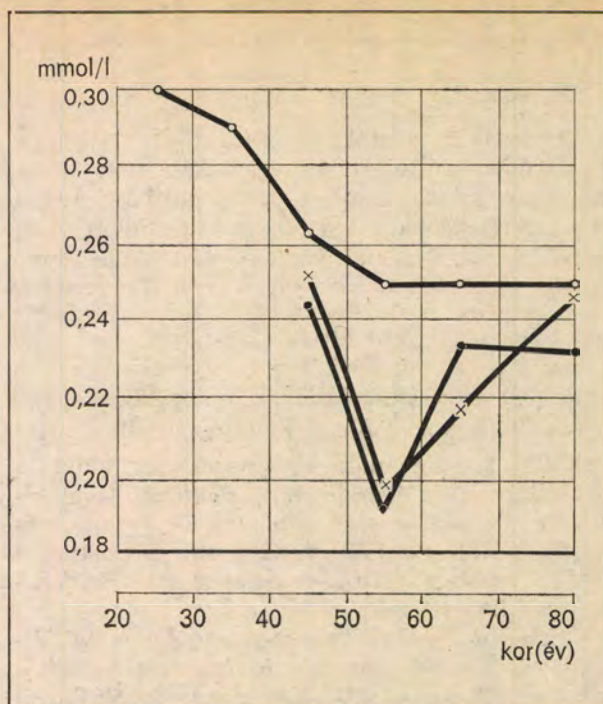


b)

1. ábra: A HDL-cholesterin szint kortól függő változásai ischaemiás szívbetegségekben (x - x), cerebrovascularis betegségben (.-.) és kontrollokban (0 - 0). a: férfiak; b: nők



a)



b)

2. ábra: A HDL összcholesterin arány kortól függő változásai ischaemiás szívbetegségekben (x - x), cerebrovasculáris betegségben (.-) és kontrollokban (0 - 0). a: férfiak; b: nők

vizsgált három korcsoportban, mint a hypertoniásoké, kivéve az 50–60 éves férfiakat. Ezzel ellentétben PVB-ben szenvedőkön a hypertonia a HDL további szignifikáns csökkenésével járt. CVB és hypertonia együttes előfordulása nem mutatott egyértelmű befolyást a HDL koncentrációra.

Insulin-dependens és nem dependens diabetikus férfiak és nők HDL koncentrációját, illetve HDL/összcholesterin arányát összehasonlítva a nem diabetikusokéval ISzB-ben, CVB-ben és PVB-ben,

használt korcsoportokban (2. tábl.), azt találtuk, hogy mindkét nemben a nem insulin-dependens diabetes és IVB együttes előfordulásakor a lipid szintek csökkenési tendenciája észlelhető. Insulin-dependens diabeteses betegek plazmájának magasabb a HDL tartalma és HDL/összcholesterin aránya, mint a nem diabeteseseké mindhárom lokalizációjú vascularis betegségben férfiakon, illetve PVB-ben nőknél. Ezzel ellentétben, nőknél ISzB, illetve CVB és insulin-dependens diabetes mellitus

2. táblázat. Plazma HDL-cholesterin és HDL/összcholesterinszint összehasonlítása diabeteses és nem diabeteses betegekben, ISzB és CVB két-két, PVB egy korcsoportjában

Diagnózis	Csoportosítás diabetes mellitus szempontjából	Kor	HDL-cholesterin (mmol/l $\pm$ S.D.)		HDL-cholesterin/összcholesterin $\pm$ S.D.	
			férfi	nő	férfi	nő
ISzB	ND	50–60	1,235 $\pm$ 0,207	1,138 $\pm$ 0,255	0,236 $\pm$ 0,058	0,182 $\pm$ 0,052
	NIDD		1,131 $\pm$ 0,221	1,122 $\pm$ 0,233	0,207 $\pm$ 0,057	0,216 $\pm$ 0,038
	IDD		1,534 $\pm$ 0,217*	1,119 $\pm$ 0,302	0,222 $\pm$ 0,063	0,146 $\pm$ 0,075
CVB	ND	50–60	1,206 $\pm$ 0,211	1,027 $\pm$ 0,269	0,217 $\pm$ 0,031	0,238 $\pm$ 0,043
	NIDD		1,093 $\pm$ 0,269	0,936 $\pm$ 0,211	0,203 $\pm$ 0,045	0,197 $\pm$ 0,057
	IDD		1,371 $\pm$ 0,203*	0,902 $\pm$ 0,245	0,227 $\pm$ 0,040	0,247 $\pm$ 0,061
ISzB	ND	60–70	1,193 $\pm$ 0,252	1,123 $\pm$ 0,251	0,232 $\pm$ 0,069	0,227 $\pm$ 0,075
	NIDD		1,131 $\pm$ 0,383	1,084 $\pm$ 0,275	0,228 $\pm$ 0,096	0,207 $\pm$ 0,066
	IDD		1,372 $\pm$ 0,287*	1,092 $\pm$ 0,261	0,241 $\pm$ 0,067	0,202 $\pm$ 0,071
CVB	ND	60–70	1,133 $\pm$ 0,269	1,367 $\pm$ 0,308	0,239 $\pm$ 0,042	0,245 $\pm$ 0,050
	NIDD		1,112 $\pm$ 0,209	1,212 $\pm$ 0,287	0,221 $\pm$ 0,036	0,234 $\pm$ 0,068
	IDD		1,287 $\pm$ 0,313	1,092 $\pm$ 0,271	0,240 $\pm$ 0,037	0,320 $\pm$ 0,047
PVB	ND	60–70	1,149 $\pm$ 0,274	1,266 $\pm$ 0,230	0,218 $\pm$ 0,071	0,252 $\pm$ 0,069
	NIDD		1,094 $\pm$ 0,258	1,104 $\pm$ 0,322	0,208 $\pm$ 0,090	0,212 $\pm$ 0,077
	IDD		1,157 $\pm$ 0,219	1,352 $\pm$ 0,253	0,218 $\pm$ 0,081	0,231 $\pm$ 0,013

Rövidítések: ISzB ischaemiás szívbetegség; CVB cerebrovasculáris betegség; PVB perifériás vascularis betegség; ND nem diabetes; NIDD nem insulin dependens diabetes; IDD insulin dependens diabetes; * $p < 0,05$ (a kontroll csoportjához viszonyítva)

együttes előfordulásakor további csökkenési tendenciát találtunk mindkét lipid szint értékében.

Megbeszélés

Az irodalmi adatokkal egyezően (6, 17, 27, 30, 35, 38) úgy találtuk, hogy egészséges nők HDL-cholesterin szintje minden korcsoportban magasabb a férfiakénál, a különbség 40 év fölött válik szignifikánssá. E nemek közti eltérést részben hormonális hatásoknak, részben a női, illetve férfi zsírszövetben mért lipoproteid lipase aktivitás különbségének tulajdonítják (28).

Ezek az eredményeink jól egyeznek Tall és Small (38) azon vizsgálataival, amelyekben egészséges nők életkortól függő HDL-szint változásaival foglalkoztak. Ugyanők egészséges férfiakon a HDL-szintnek az életkor előrehaladtával jóval kifejezettebb csökkenését tapasztalták, mint más szerzők (5, 6). Az IVB mindhárom csoportjában mindkét nemben a HDL-cholesterin szint szignifikáns csökkenését találtuk.

ISzB-ben és CVB-ben szenvedő férfiak HDL-szintje az egészségesekével párhuzamosan változott. Az ISzB-ben és CVB-ben szenvedő nők korral kapcsolatos HDL-cholesterin változását ábrázoló görbék különböztek a kontrollokétól.

Általában elfogadott, hogy erős fizikai megterhelés emeli a HDL-szintet (8, 18, 26, 28, 42), bár van ellentétes megfigyelés is (25), míg enyhébb megterhelés hatástalan (16, 24). A fizikai megterhelés okozta HDL-szint emelkedést a VLDL katabolizmus fokozódásának tudják be (28).

Irodalmi adatok szerint a dohányzás csökkenti a HDL-cholesterin szintet (3, 8, 9, 14, 41), mi szignifikáns változást nem találtunk.

A hypertonia, mely köztudottan fontos rizikófaktor, eredményeink szerint IVB-ben nem jár szükségszerűen együtt a HDL-szint csökkenésével.

Már korai közlemények jelezték, hogy a diabetes mellitus és a plazma HDL-cholesterin szintje közötti összefüggés diabeteses betegek heterogen csoportjainak vizsgálata esetén nem bizonyul egyértelműnek (1). Felnőtt típusú diabetesben alacsony HDL-értékeket mértek, míg juvenilis típusú diabetesben a plazma HDL koncentrációja nem különbözött a kontrollokétól (15). Insulin-dependens diabetesben észleltek alacsony (19) és emelkedett (20, 28, 29) HDL tartalmat is. Feltételezték, hogy insulin-dependens diabetesben a plazmában levő szabad insulin a VLDL katabolizmusában szereplő enzimek: lipoproteid-lipase (28), és LCAT (21) aktivitásának módosítása útján hat a HDL-szintre.

Vizsgálatainkban IVB-ben szereplő insulin-dependens és nem insulin-dependens diabetikusok HDL-cholesterin koncentrációja között jelentős különbséget észleltünk. Nikkilä (28, 29), valamint Kennedy és mtsai (15) eredményeivel összhangban azt találtuk, hogy IVB-ben szenvedő, insulint nem igénylő diabetesesek HDL-cholesterin szintje és HDL/összcholesterin aránya alacsonyabb, mint a nem diabeteseseké.

A HDL „védő” hatásának pathomechanizmusa nem teljesen tisztázott. Miller és Miller (22) sze-

rint a HDL élettani feladata a cholesterolin transportja az érfal simaizomsejtjeiből a májba, így a plazma alacsony HDL-cholesterin szintje a gátolt szöveti cholesterolin clearance következtében vezet ischaemiás szívbetegséghez. Bizonyos, hogy a HDL a LCAT substratjaként szerepet játszik a cholesterolin transportban (7). A HDL a szövetek cholesterolin felvételét is befolyásolta, így szövettenyészetben kimutatták, hogy a HDL a sejtmembránhoz való kötődés folytán gátolja a LDL kötődést az arteriák simaizomsejtjeihez (4), a vascularis endotheliumhoz és a fibroblastokhoz (23). Mások szerint HDL hatására a cholesterolinnek a sejtől való kiáramlása fokozódik (37).

Eredményeik megerősítik egyfelől a különböző típusú ischaemiás vascularis betegségek és azok praedisponáló tényezői, másfelől a HDL-szint közötti szoros és szignifikáns inverz összefüggés fennállását. Mivel az észlelt eltéréseket előidéző kórelletani alapfolyamatokról kevés az ismeretünk, további vizsgálatok szükségesek ahhoz, hogy határozott következtetéseket vonhassunk le az alacsony HDL-szint körjelző és körjóslati értékére, ill. a HDL-szint növelésének esetleges jelentőségére és lehetőségeire vonatkozóan.

Összefoglalás: A szerzők meghatározták coronariasclerosisban, továbbá cerebralis, illetve perifériás vascularis betegségben szenvedő 440 beteg és 440 kontroll egyén high-density lipoprotein (HDL)-cholesterin szintjét, illetve HDL/összcholesterin arányát. A betegeket a következő szempontok szerint csoportosították: nem, kor, fizikai aktivitás, dohányzás, hypertonia, valamint nem insulin-dependens és insulin-dependens diabetes mellitus. A mindhárom lokalizációjú ischaemiás vascularis betegségben szenvedő csoportok átlagos HDL-cholesterin szintje csökkent. A férfiak plazma HDL koncentrációja minden korcsoportban alacsonyabb volt, mint a nőké. A legalacsonyabb értékeket cerebralis vascularis betegségben mérték. Az ischaemiás vascularis betegségek rizikó tényezőit vizsgálva megállapították, hogy a hypertóniának a plazma HDL koncentrációra gyakorolt hatása nem egyöntetű. Ischaemiás vascularis betegségek és nem-insulin-dependens diabetes mellitus együttes fennállása csökkentette a lipid szinteket. Insulin-dependens diabetesesek HDL-szintje és HDL/összcholesterin aránya magasabb, mint a nem diabeteseseké, mindhárom lokalizációjú vascularis megbetegedésben szenvedő férficsoporthoz és a perifériás lokalizációjú női csoportban.

IRODALOM: 1. Barr, D. P., Eder, H. A., Russ, E. M.: Am. J. Med. 1951, 11, 480. — 2. Berg, K., Borrensen, A. L., Dahlen, G.: Lancet, 1976, I, 499. — 3. Berg, K., Borrensen, A. L., Dahlen, G.: Atherosclerosis, 1979, 34, 339. — 4. Carew, T. E. és mtsai: Lancet, 1976, I, 1315. — 5. Carlson, L. A., Ericsson, M.: Atherosclerosis, 1975, 21, 435. — 6. Castelli, W. P. és mtsai: Circulation, 1977, 55, 767. — 7. Editorial: Lancet, 1978, I, 1291. — 8. Enger, S. Chr. és mtsai: Scand. J. Clin. Lab. Invest., 1977, 37, 251. — 9. Garisson, R. J.: J. Amer. Med. Ass., 1978, 239, 690. — 10. Glueck, C. J. és mtsai: J. Lab. Clin. Med., 1976, 88, 941. — 11. Gofman, J. W. és mtsai:

Physiol. Rev., 1954, 34, 589. — 12. Gofman, J. W. és mtsai: Circulation, 1956, 14, 691. — 13. Gordon, T. és mtsai: Amer. J. Med., 1977, 62, 707. — 14. Hulley, S. B., Cohen, R., Widdowson, G.: J. Amer. Med. Ass. 1977, 238, 2269. — 15. Kennedy, A. L. és mtsai: Brit. Med. J., 1978, 2, 1190. — 16. Lehtonen, A., Viikari, I.: Acta Med. Scand., 1978, 204, 111. — 17. Leonhardt, V. W. és mtsai: Dt. Gesundh. Wesen, 1979, 34, 487. — 18. Lopez, S. A. és mtsai: Atherosclerosis, 1974, 20, 1. — 19. Lopes-Virella, M. F. L., Stone, P. G., Colwell, I. A.: Diabetologia, 1977, 13, 285. — 20. Mattoch, M. B., Fuller, J. H.: Brit. Med. J., 1978, 2, 1727. — 21. Mattoch, M. B. és mtsai: Atherosclerosis, 1979, 34, 437. — 22. Miller, G. J., Miller, N. E.: Lancet, 1975, I, 16. — 23. Miller, N. E. és mtsai: Lancet, 1977, I, 965. — 24. Mjøs, O. D. és mtsai: Acta Med. Scand., 1977, 201, 323. — 25. Moll, M. E. és mtsai: Atherosclerosis, 1979, 34, 159. — 26. Nestel, P. I., Podkolinski, M., Fidge, N. H.: Atherosclerosis, 1979, 34, 193. — 27. Nikkilä, E. A.: Scand. J. Clin. Lab. Invest., 1953, 5, (Suppl. 8.), 1. — 28. Nikkilä, E. A.: Metabolic and endocrine control of plasma high density lipoprotein concentration. In: High Density Lipopro-

teins and Atherosclerosis. Ed.: Gotto, A. M., Miller, N. E., Oliver, M. F. Elsevier/North-Holland Biomedical Press. 1978. 177. old. — 29. Nikkilä, E. A., Hormila, P.: Diabetes, 1978, 27, 1078. — 30. Pados Gy. és mtsai: Orv. Hetil., 1980, 121, 375. — 31. Rhoads, G. G., Gulbrandson, G. L., Kagan, A.: N. Engl. J. Med., 1976, 294, 293. — 32. Romics L., Makó J.: Orv. Hetil., 1978, 119, 3055. — 33. Romics L., Szondy É., Gerő S.: Orv. Hetil., 1980, 121, 321. — 34. Rössner, S. és mtsai: Lancet, 1978, I, 577. — 35. Russ, E. M., Eder, H. A., Barr, D. P.: Amer. J. Med. 1951, 11, 468. — 36. Srinivasan, S. R., Berenson, G. S.: Clin. Chem., 1977, 23, 912. — 37. Steinberg, D.: JAMA, 1978, 239, 1119. — 38. Tall, A. R., Small, D. M.: New Engl. J. Med., 1978, 299, 1232. — 39. Warnick, G. R., Albers, J. J.: J. Lipid. Res., 1978, 19, 65. — 40. Wiklund, O. és mtsai: High density lipoproteins (HDL) in young male myocardial infarction survivors. In: High Density Lipoproteins and Atherosclerosis. Ed.: Gotto, A. M., Miller, N. E., Oliver, M. F. Elsevier/North-Holland Biomedical Press., 1978. 127. old. — 41. Williams, P., Robinson, D., Balley, A.: Lancet, 1979, I, 72. — 42. Wood, P. D. és mtsai: Metabolism. 1976, 25, 1249.

AZ BEMUTATÓTEREM

(Budapest, VI. Népköztársaság útja 36.)

1981. első félévi programja

Február 24–26.	TECHNICON (Ausztria) Önálló kiállítás
Márc.–Ápr. 3.	Varimex Lengyel Külkereskedelmi Vállalat Önálló orvosi műszer és készülék kiállítása
Április 9–10.	HELLIGE (NSZK) Önálló kiállítás
Április 14–15.	OMKER BÖRZE – Salgótarjánban (Komárom, Pest, Nógrád, Heves megye részvételével)

A kiállítások megtekinthetők:

**naponta 9–16 óráig
szombat–vasárnap zárva**

BAYRENA

tartós hatású szulfonamid

S 300, szirup

ÖSSZETÉTEL:

4 g sulphamethoxydiazinum hatóanyagot tartalmaz 40 ml szirupban.

HATÁS:

A többi szulfonamidhoz hasonlóan hatása a p-aminobenzoészav és szulfonamid molekula közötti kompetitív antagonizmuson alapszik.

A gyógyszer bakteriosztatikus hatású. Bakteriológiai hatásspektruma hasonló más szulfonamidokéhoz, a hatáserősség szempontjából azonban a Bayrena előnyösebb. Az E. coli, Salmonella, Shigella, Streptococcus pyogenes törzsek nagyfokú érzékenységet mutatnak a sulphamethoxydiazinummal szemben. A Bayrena per os adva jól felszívódik, tartós és magas serum- és szövet-szint érhető el alacsony adagjával is. A vizeletben és epében magas koncentráció alakul ki. A vizelettel nagyrészt aktív formában ürül.

JAVALLAT:

Elsősorban gyermekek valamennyi szulfonamidérzékeny kórokozó által okozott fertőzésének kezelése.

Légúti fertőzések (bronchitis, bronchopneumonia).

Szájüreg, garat, melléküregek, fül fertőzése.

Urogenitalis rendszer fertőzései

A bőr coccusok okozta fertőzései (phlegmonék).

Enterális infekciók.

Sebészeti műtétek előkészítése (vas-tagbél).

Vírusbetegségek sekunder bakteriális fertőzései.

Profilaxisként adható a Bayrena hosszabb corticosteroid kezeléskor a bakteriális sekunder infectio kivédésére, asthma bronchiale esetén a bakteriális légúti fertőzés megakadályozására.

A Bayrena hosszan tartó kezelésekre is alkalmas, pl. chronikus bronchitis akut exacerbációjának megakadályozására.

ELLENJAVALLATOK:

A Bayrenára ugyanazok a kontra-indikációk érvényesek, mint minden szulfonamidra: szulfonamid-túlérzékenység; máj- és veseelégtelenség, vérképzőszervi zavarok, bőr- vagy nyálkahártyatünetek fellépése.

Az újszülöttnél akadályozza a bilirubin kiválasztódását, ezért csecsemőnek 3 hónapos korig nem adható. Korlátozott vesefunkció esetén – a kumuláció elkerülése végett – csak redukált adagok adhatók (a plazmakoncentráció meghatározása ajánlatos). Óvatosság ajánlatos az adásában folsavhiányos anaemiában.

Adagolás az alábbi táblázat szerint:

Kor	Testsúly	Első nap		Második naptól	
		mg/kg	adagoló-kanál szirup	mg/kg	adagoló-kanál szirup
3–6 hó	6–8	30	1/2	10	1/4
6–9 hó	8–9	30	1/2	10	1/4
9–12 hó	9–10	30	1/2	10	1/4
1–2 év	10–13	20	1/2	10	1/4
2–4 év	13–16	20	3/4	10	1/4
4–6 év	16–20	20	3/4	10	1/2
6–10 év	20–30	20	1	10	1/2

(cystitis, cystopyelitis, pyelitis, pyelonephritis).

1 adagolókanál (5 ml) 0,5 g sulphamethoxydiazin hatóanyagot tartalmaz.

A napi adagot célszerű reggel egyszerre bevenni, étkezés után. Súlyos esetekben az első napi adag 1/3-dal növelhető. Profilaxis céljából elegendő a fenntartó adagot adni. A Bayrena a tünetek megszűnése után még 2–3 napig adagolandó.

A kellő mennyiségű folyadékbevitelről gondoskodni kell.

MELLEKHATÁSOK:

A szulfonamidokra jellemző valamennyi mellékhatással számolni kell: pl. allergiás bőrreakció, émelygés, hányinger. Ritkán múló jellegű vérképzőrendszeri károsodás észlelhető (leukopenia, thrombocytaszám- és folsavszintcsökkenés), amely folsav adására rendeződik.



GYÓGYSZER-KÖLCSÖNHATÁSOK:

Kerülendő az együttládása:

- difenilhidantoinnal (a difenilhidantoin szérumszintje toxikusig emelkedhet);
- szalicilátok és fenilbutazon (a szulfonamid szérumszintjét toxikus értékre emelhetik).

Óvatosan adható a következő gyógyszerekkel:

Coerulamin, Hexamethylentetramin és Tindurin (a szulfonamid toxicitása fokozódhat).

FIGYELMEZTETÉS:

Ha a kezelés alatt bőrkiütés, bőrpír jelentkezik, a gyógyszer adását abba kell hagyni. Hosszan tartó kezelés alatt teljes vérképpontkontroll szükséges (thrombocytaszám is).

MEGJEGYZÉS:

✖✖ Csak vényre adható ki, egyszeri alkalommal.

CSOMAGOLÁS:

40 ml szirup 5,-Ft.

Forgalomba hozza: ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR, Tiszavassvári,
Bayer A. G. Leverkusen licencia alapján

Semmelweis Orvostudományi Egyetem

Urológiai Klinika

(igazgató: Balogh Ferenc dr.)

Országos Kardiológiai Intézet

(igazgató: †Gábor György dr.)

Krónikus haemodialyzáltak pericarditisének diagnosztikus és terápiás kérdései

Makó János dr., Lengyel Mária dr.,
Békássy Szabolcs dr., Gaizler Gyula dr.,
Kökény Mihály dr., Nagy László dr.,
Hamvas Antal dr. és Balogh Ferenc dr.

A haemodialyzis (HD) előtti időszakban az uraemiás pericarditis a beteg közelgő halálát jelezte. Az idült uraemiás betegek élete HD-vel meghosszabbítható, azonban az életet veszélyeztető pericarditis a HD ellenére is jelentkezhet.

Különböző szerzők a pericarditis különböző gyakoriságáról számolnak be. Általában 10–15⁰/₀-ban fordul elő (1, 4, 13), de leírták az 50⁰/₀-os gyakoriságot is (23). Az Európai Dialyzáló és Transplantációs Társaság (EDTA) 1977. évi statisztikája szerint a kórházakban krónikusan dializáltak haláláért a 15–34. éves korúak között 6,2⁰/₀-ban, a 35–44 éves korcsoportban 3⁰/₀-ban a pericarditis volt a felelős (26). Az uraemiás pericarditis aetiologiája még ma is ismeretlen. Régebben a szérum kreatininnek, húgysavnak, újabban az ún. közép-nagy molekulású toxinoknak (6) és a mellékpajzsmirigy fokozott működésének (4, 19) tulajdonítottak jelentőséget. Ritkán szerepet játszhat különböző bacterialis (15, 16) vagy vírus infectio is (24).

Az uraemiás pericarditisek gyógykezelése sem megoldott. Általános elv, hogy a pericarditis jelentkezésekor a HD-ek számát emelni kell (22). A hagyományos HD helyett javasolják az ultrafiltrációt és haemofiltrációt (8), a haemoperfúziót (18), ill. peritonealis dialyzist (3, 14, 28).

Az uraemiás pericarditis szteroid terápiájáról a vélemények megoszlanak. Az elért eredmények

ellenére sem tartják rutin eljárásnak (21, 25), többen hangsúlyozzák a kezelés eredménytelenségét (11), ill. veszélyét (4, 27). Jó tapasztalatokat nyertek a pericardialis drainen át bejuttatott rosszul felszívódó szteroiddal (2). Újabban kedvező eredményeket értek el Indometacin kezeléssel (20, 30). A konzervatív kezelés eredménytelensége esetén különböző sebészeti beavatkozások válnak szükségesek. Az uraemiás pericarditis gyakran tünete nélkül vagy tünetmentesen fejlődhet ki és gyógykezelésében sincs egységes vélemény, ezért prospektív módszerrel összeállított munkánkban a következő kérdésekre kerestünk feleletet:

1. Milyen gyakran diagnosztizálható az uraemiás pericarditis a beteg panaszai, a fizikális vizsgálat és a rtg. tünetek alapján?
2. Milyen segítséget nyújt az echokardiográfia (EC) a pericardialis folyadékgyülem (PF) megállapításában és a folyadék mennyiségi változásának követésében?
3. Mennyire hatásos a konzervatív terápia és mikor szükséges a sebészeti beavatkozás?

Betegek és módszer

1976 márciusától 1979. január 1-ig Klinikánk Művese osztályán 148 krónikus uraemiás beteget kezeltünk, akik életkora 15 és 55 év között változott. A kezeléseket Kill-lapdializátorral, 1 m² felületű Vita, orsóval, ill. 1,6 m² felületű Asahi-kapillár-vesével végeztük hetente 2-szer, ill. 3-szor a rendelkezésre álló dializátoroknak és a dialyzáló kapacitásnak megfelelően.

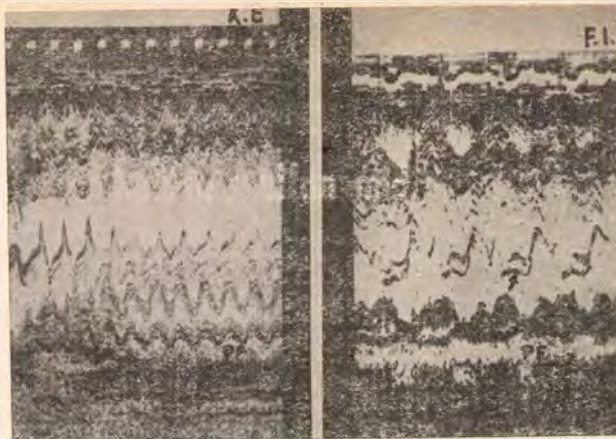
A pericarditis diagnózisát az első évben a beteg panaszai, fizikális vizsgálat és a rtg. segítségével állítottuk fel. Másfél éve az EC-t is felhasználjuk a pericardialis folyadék megállapítására és mennyiségi változásának követésére. A pericarditis bizonyítékának tekintettük a dörzsszöreg, az EC-t (pericardialis folyadékgyülem esetén) a műtét és a sectiós leletet. Ezek alapján igyekeztünk meghatározni a pericarditis klinikai tüneteinek, a mellkas rtg. és az EKG-jelek diagnosztikus értékét.

A rtg. alapján pericarditis lehetősége vetődött fel, ha a megelőző vizsgálat képehez hasonlítva a „szívárnyék” megnagyobbodását és alakváltozását láttuk. A folyadékgyülem növekedésekor az ívek „elsimulnak”. Különösen jelentős, ha a jobb szívrekesz-szöglet kitöltötté válik és a bal középső ívek kiegyenlítődnek, az ívek magasságából kezdődnek és a szív sátorzerű lesz. A retrocardium is beszűkül. A szív pulsatiója csökken, amit képerősítővel jól meg tudunk figyelni. EKG-n a pericarditis gyanúját keltette a friss ST elevatio vagy T-inversio, low-voltage és a supraventricularis extrasystolek.

Pericardialis szívdörög miatt EC vizsgálat 15 betegen történt 28 alkalommal, rtg. által felvetett gyanú miatt 4 betegen 10 alkalommal. A vizsgálatok ismétlését a folyadékgyülem mennyiségi változásának követése céljából végeztük. A pericarditis klinikai gyanúja nélkül szűrő céljából 32 betegen 44 alkalommal történt EC.

Az EC vizsgálatunkat Picker Echoview 10, ill. Cardiac Imager készülékkel, 2,25 MHz-es kristállyal végeztük, Honeywell 1856 típusú fotoregisztráló berendezéssel regisztráltunk. A beteget hanyatt fekvő vagy bal oldalfekvésben vizsgáltuk, a transducert a sternum bal oldalán, a III–IV. bordaközben helyeztük el. Az ún. klasszikus sugárirányokat alkalmazva készítettük felvételeinket, majd M. módzatú scanneléssel végeztük. A PF szaporulatának demonstrálása az ún. echomentes zóna igazolásán alapul a bal kamra hátsó, ill. a jobb kamra mellső fala és a pericardialis echók között. Nagyobb mennyiségű folyadék esetén megnő a jobb kamra mellső falának mozgásmplitudója, gyakran paradoxzá válik a hátsó fal vagy az inter-

* Jelenlegi munkahelye: a Debreceni Orvostudományi Egyetem II. sz. Sebészeti Klinika



1. ábra: K. É. Bal oldalon kisebb, F. I.-nél jobb oldalon nagyobb mennyiségű pericardiális folyadék echocardiographiás képe. PF = pericardiális folyadékra jellemző echo-mentes zóna. A nyíl a pseudo-prolapsus képére mutat

ventricularis septum mozgása (valószínűleg másodlagosan, az egész szív mobilitás fokozásának jeleként). Fél liternél több PF esetén a szív rendszerint nagy amplitudójú, lengő mozgást végez a pericardium-zsákban — „swinging heart” — és ez a hullámszerű ráterjed a mitralis, sőt a tricuspidális és pulmonalis billentyűkre, pseudoprolapsus echocardiographiás képét hozza létre.

A PF mennyiségi becslését Horowitz módszerével végeztük (9). A mellő és hátsó pericardiális echo közötti távolság közből kivontuk a mellő és hátsó epicardiális echo közötti távolság köbét. Az 1. ábrán kis és nagy mennyiségű folyadék echo képét mutatjuk be. A pericardium mozgását és vastagságát a chr. pericarditis bizonyítása céljából és nem értékeltük (1. ábra).

A vizsgált két és háromnegyed éves időszakban a pericarditisnek mind diagnosztikája, mind terápiája változott. Az első 8 beteget csak gyakrabban dialyzáltuk. A dialyzisek számát a heti 2-ről, ill. 3-ról 3–4, ill. 5-re emeltük. A következő 15 ezenkívül steroidot is kapott. Két diabeteses betegünk steroid helyett Indometacin kezelésben részesült, 3×25 mg/die dosisban.

A dialyzisek során a betegből kiáramló és a dialyzátorba befolyó vérbe átlag 15 ezer E Heparint adunk a pericardialis megakadályozására. A dialyzátorból a szervezetbe visszafolyó vér így Heparint tartalmaz. Pericarditisben a heparinaemia a tamponád veszélyét rejtje magában, ezért a visszafolyó vénás szárból Protaminsulphatot adunk. Ezt a módszert nevezzük extracorporalis heparinisatióknak.

Két éve sebészi beavatkozásra is van lehetőség. Ezek közül mi a fenestratiót választottuk. A műtét lényege: a pericardiumot subxyphoid metszésből tárjuk fel. A retrosternalis kötőszövetes elemek tompa szétválasztása után a rekeszsízalak között tartó öltéseket helyezünk a pericardiumba, majd néhány mm-nyi nyílást át lassú folyadékgyűlem lebocsátást végzünk. A beteg keringési parameterei legtöbbször ekkor már javulást mutatnak. A pericardiumon ejtett nyílás cra-

nialis irányban való meghosszabbítása, ill. jobb és bal oldalra történő kiterjesztése után 4×2 cm-es ablakot nyitunk. E nyíláson át ujjal az elérhető adhaesiákat tompán oldjuk. A pericardium üregéből lehetőség szerint minden fibrintörmeléket eltávolítunk és draint helyezünk be külön nyílásból. 15–20 víz cm-es szívást alkalmazunk a műtétet követő 18–36 órán keresztül. A fenestratiót 11 betegen végeztük el.

Eredmények

A 148 beteg közül 28-ban fordult elő pericarditis. A 28 pericarditis közül élőben 25 betegen 26 alkalommal állítottuk fel a helyes diagnózist — egyber recidiva volt. A diagnózis alapja 6 esetben a dörzszőrej és a rtg., 10 esetben a dörzszőrej, a rtg. és az EC., 4-ben dörzszőrej és az EC., 1-ben csak a dörzszőrej, 1-ben a rtg. és az EC., és 3-ban csak az EC volt. Az EC. gyorsan elvégezhető és a beteg részére megterhelést nem jelent, az izotóp vizsgálatnál olcsóbb és érzékenyebb, mert kisebb mennyiségű folyadékot is kimutat (5). Az EC. alkalmas a panaszmentesen kialakult pericardiális folyadékgyűlem megállapítására (33, 34). Szűrő jellegű vizsgálatok elvégzésére azonban ma még a tárgyi és személyi feltételek nem adóttak. Három esetben a sectio derítette ki mellékletként a pericardiális lemezek összenövését.

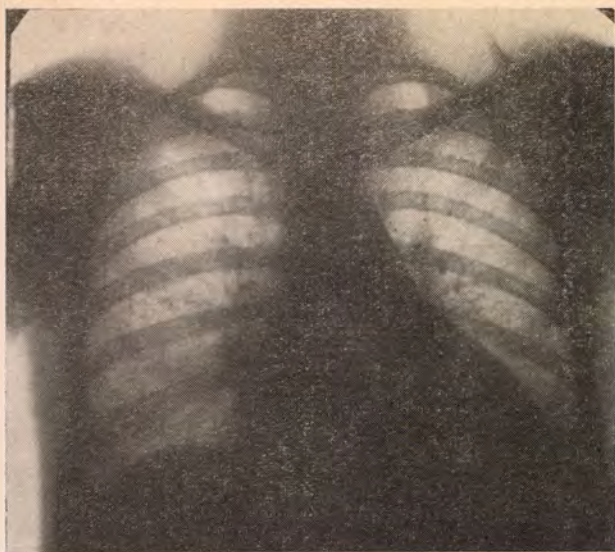
A klinikai tünetek alapján — EC nélkül — 22 klinikailag diagnosztizált pericarditis tüneteit elemezve azt találtuk, hogy a pericardiális dörzszőrej mellett, gyakran jelentkező szívjáti fájdalom és hőemelkedés is (1. táblázat).

Mellkasröntgent a pericarditis gyanújakor nem készítettünk 2 betegen, bal oldali mellkasi folyadékgyűlem miatt nem volt értékelhető ugyan-csak 2 esetben. A fennmaradó 18 beteg közül — nem számítjuk a 3 csak EC-vel kimutatott folyadékot — kezdetben a rtg. a pericarditis gyanúját 14 esetben vetette fel. A folyamat progresszióját 16 beteg követte jól.

A megnagyobbodott szív differenciáldiagnosztikai nehézségét szeretnénk bemutatni K. É. 26 éves uraemiás betegünk esetének ismertetésével. A krónikus glomerulonephritis okozta uraemia (szérum-kreatinin $11 \text{ mg}\%$ ($1000 \mu\text{mol/l}$). CN: $140 \text{ mg}\%$ (50 mmol/l) a haemodialyzis elkezdését tette szükségessé. A 3–4. kezelés után állapota és laboratóriumi értékei javultak. A 7. dialyzis előtt ennek ellenére pericardiális dörzszőrejt hallottunk és a mellkas rtg. és EC. pericardiális folyadékot bizonyított (2. ábra). Prednisolon adására dörzszőrej megszűnt, a rtg. a szívárnyék megkisebbedését mutatta (3. ábra). A pericarditist gyógyultnak tekintettük és a további HD.-t ambulanter folytattuk. Egy hónap múlva szívjáti fájdalom, nehézlégzés és láz miatt került felvételre. A rtg. az előzőkhöz képest lényegesen megnagyobbodott szívárnyékot mutatott (4. ábra). Az előzmények és a panaszok alapján a pericarditis recidivájának gyanúja vetődött fel. Már a fenestratio lehetőségét mérlegeltük, azonban az EC. folyadékot nem mutatott (5. ábra). A beteg 2 nap múlva meghalt, sectiókor pericardiális folyadékgyűlemet nem találtak. Idézünk a boncjegyzőkönyvből: „A szív-burok lemezei egymással lazán, könnyen szétbonthatóan összenőttek, az összenövést okozó szövet laza, vi-zenyős, rendkívül vérbő, a szív megnagyobbodott, jobb kamrája erősen tágult, a bal kamra izomfala megvastagodott, a metszlepon 18 mm vastagságú. Belhártyája sima, a billentyűrendszer ép, a szívizomzat fakó szürkésbarna színű, elmosódott rajzolatú.” A szívárnyék ismételt megnagyobbodását a szív dilatációjával magyarázhatjuk (2, 3, 4, 5. ábra).

1. táblázat A 22 klinikailag diagnosztizált pericarditis tünetek gyakorisága (Rtg tünetek kivételével)

1. Pericardiális dörzszőrej	21
2. Hőemelkedés	20
3. Szívjáti fájdalom	16
4. Nehézlégzés	12
5. Hypotonia	11
6. EKG eltérés (ST elevatio, T-hullám inversio, low-voltage, rhytmuszavarok)	5

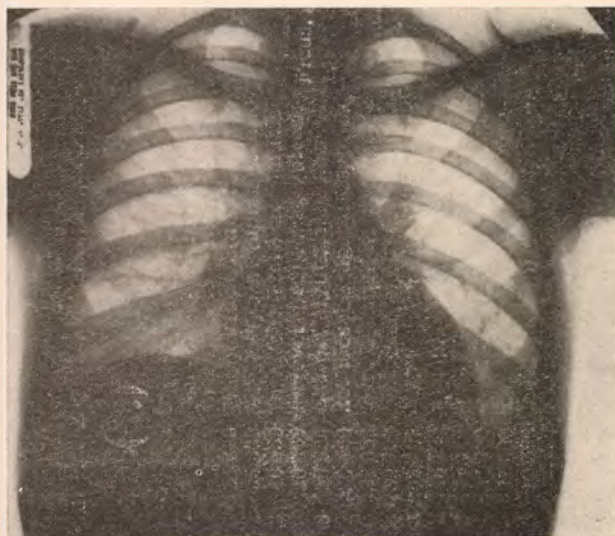


2. ábra: K. É.: pericardialis folyadék miatt megnagyobbodott szívárnyék

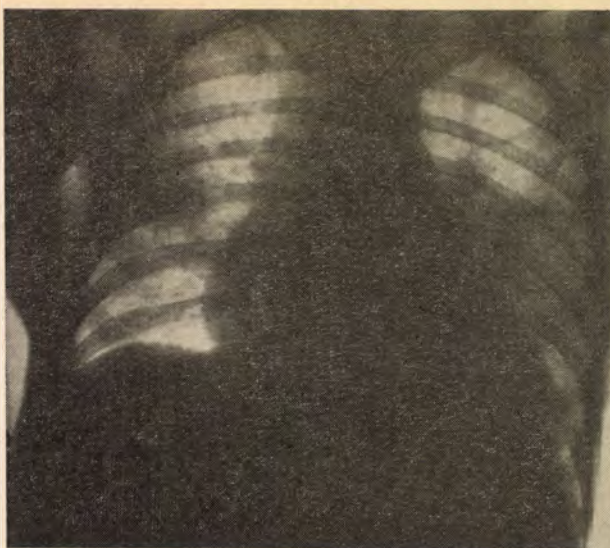
Általánosan elfogadott elv, hogy a pericarditis jelentkezésekor a dialyzisek számát emelni kell. Csupán a gyakori dialyzisekre 8 beteg közül 3 gyógyult. Egy betegünk, akiben pericardialis tamponád veszélye miatt pericardium punctiót végeztünk, a beavatkozás közben meghalt. Négy betegen fenestratio vált szükségessé.

A gyakoribb dialyzisek mellett 15 betegnek steroidot is adtunk, átlag 90–120 mg Depersolon vagy 30 mg Prednisolon kezdő adagban. Későbbiekben pericardialis folyadék csökkenése esetén a dosist fokozatosan csökkentettük. Erre a kezelésre 7 beteg gyógyult, 6-ban fenestratiót kellett végezni, 2 beteg a kezelés 3., ill. 4. napján bronchopneumonia és keringési elégtelenség tünetei között meghalt. Sectionál az egyik pericardiumában 200 ml folyadékot találtak, a másikban csak fibrines lenövéseket.

A gyakori dialyzisel és steroiddal kezelt T. K. betegünkön a pericarditis gyógyulása után 11 hónap



3. ábra: K. É. mellkas rtg. felvétele a pericarditis gyógyulása után

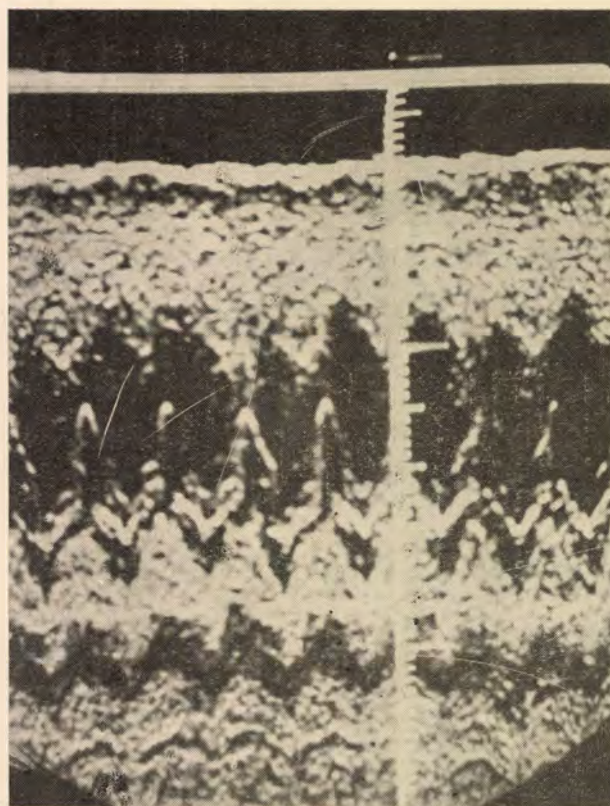


4. ábra: K. É. megnagyobbodott szívárnyéka felvetette a pericardialis folyadék lehetőségét, amit az echocardiographia nem igazolt

múlva recidiva lépett fel 1000 ml folyadékkal, ami konzervatív kezelésre ismét gyógyult.

Ha a gyakori dialyzis, a steroid, ill. az Indometacin kezelés ellenére az EC. folyadék növekedését mutatta, vagy a beteg állapota rosszabbodott, a fenestrio mellett döntöttünk. Erre 11 betegen került sor (3. táblázat).

Az időben felismert, gyakrabban dialyzált és steroid therapiában részesült pericarditises beteg is kerülhet fenestratióra.



5. ábra: K. É. Pericardialis folyadékot nem mutató echocardiographiás kép

2. táblázat A fenestratio indicatiója és a pericardialis folyadékgyülem mennyisége

Fenestratio indicatiója	Beteg	Pericard. folyadék- gyülem ECHO	Műtét
Csak a klinikai kép	R. J.	—	550 ml
	D. J.	—	130 ml
	K. F.-né	—	500 ml
Klinikai kép + RTG.	Sz. J.	—	450 ml
	T. F.-né	—	300 ml
	N. L.	—	130 ml
Klinikai kép + RTG + EC	M. É.	1200 ml	1250 ml
	F. J.	500 ml	700 ml
	Gy. E.	500 ml	400 ml
	K. J.	500—700	600 ml
	H. L.	500 ml	450 ml

Ezt szeretnénk F. I. 47 éves krónikus glomerulonephritises, hypertrophiás, uraemiás betegünk kórtörténetének ismertetésével szemléltetni. A műveke kezeléseket 1976. október 15-én kezdtük. A HD előtt a serum kreatinin 15,4 mg% (1400 umol/l) volt. A kezelések cardialis komplikációk nélkül történtek. 1977. május 31-én az 53. HD. előtt szívítási fájdalomról panaszkodott, hőmérséklete 37,3 volt. Dörzszőrejt nem hallottunk. A délután elvégzett EKG a korábbihoz képest változást nem mutatott, estére azonban pitvarfibrillatio lépett fel. Június 2-án a beteg nehézlégzés miatt panaszkodott és pericardialis dörzszőrejt hallottunk. Az EKG mellkasi elvezetéseiben subpericardialis ischaemia jelei voltak láthatók. A mellkasi rtg. az előző felvétellehez viszonyítva a szív mindkét irányú, egy ujjal való megnagyobbodását mutatta. Az EC vizsgálat 200—300 ml folyadékot állapított meg. A gyakori dialysis és steroid adása ellenére mind az rtg., mind az EC a pericardialis folyadékgyülem növekedését (több mint 500 ml) mutatta. A további kezeléstől eredményt nem vártunk, ezért műtét mellett döntöttünk, amikor 700 ml sötétvörös színű folyadékot távolítottunk el. A beteget következő nap Klinikánkra visszahelyezték. A későbbiekben, bár a pericarditis recidívája nem merült fel, június 7-én EC vizsgálatot végeztünk, ami folyadékot már nem mutatott, és a mellkasi rtg. sem utalt pericarditisre. A beteg 1978. június 16-án hypertoniás crisiszt követően apoplexia miatt meghalt. A sectio során a pericardium lemezeinek összenövését találták.

A fenestratiót 3 betegen csak a klinikai kép alapján indikáltuk. Ezek közül kettőben technikai akadályok miatt EC-t, ill. rgt-t nem tudtuk végezni. A műtétkor 550, ill. 500 ml exsudatumot bocsátottak le. D. I. betegen, akin a műtétkor csak 130 ml folyadékot találtak, dyspnoe, tachycardia, supraventricularis extrasystolék és láz képezte a fenestratio javallatát (2. táblázat).

Az EC-val megállapított folyadék mennyisége jó összhangban volt a műtétkor lebecsült mennyiséggel. Mindegyik fenestralt betegünk szövődésmenyesen gyógyult, recidiva egy esetben sem következett be. A sikeres fenestratióval magyarázható, hogy az utóbbi 2 évben pericarditis miatt egy betegünk sem halt meg.

A különböző terápiával elért eredményeinket a 6. ábrán foglaljuk össze.

A pericarditis jelentkezésének idejét, időtartamát a kezelés módját és a betegek további sorsát a 3. táblázat tartalmazza.

Megbeszélés

A krónikus uraemiások pericarditisének diagnosztikájával és terápiájával hazánk minden műve állomásán foglalkoztak, ennek ellenére egységes vélemény még nem alakult ki (7, 10, 12, 17, 32). A diagnózis alapját a beteg panasza és a fizikális vizsgálat képezi. A fizikális vizsgálat értékét azonban csökkenti a zörejmentesen is kialakulható pericardialis folyadék, a nagyobb mennyiségű folyadék ellenére esetenként jól hallható dörzszőrejt, szívhangok és tapintható szívcsúcslökés is.

M. É. betegünkön 1250 ml folyadék mellett is hallottunk dörzszőrejt. A dörzszőrejt eltűnése utalhat a folyadék megszűnésére, de fokozódására is. Mindezek ellenére a gondos klinikai észlelés, a gyakori ascultatio, a tensio rendszeres és gyakori ellenőrzése nemcsak a pericarditis kezdetének felismerését teszi lehetővé, hanem a progresszióra is enged következtetni (2. táblázat).

A mellkasi rtg. is hasznos információt nyújthat, bár csupán az rtg. alapján a pericarditis diagnózisát nem állíthatjuk fel. A klinikailag felvetődött pericarditis diagnózisának gyanúját megerősítheti, de nem zárhatja ki. A radiológiai diagnózist nehezíti, hogy uraemiában igen gyakori a jelentős cardiomegalia. A csökkent kontraktilitású szívtörzs mozgása is lehet kis amplitudójú.

Diagnosztikus lehetőségeink közül külön hangsúlyozzuk az echocardiographiát (13). Az EC. a fizikális és rtg. vizsgálatnál is alkalmasabb a pericarditis progressiójának, ill. regressiójának követésére. A sorozatosan elvégzett EC. vizsgálatokkal

3. táblázat

Műve-se-kezelés ideje pericarditis jelentkezé- sének időpontjáig	A pericarditis fennál- lásának ideje				
	hó	hét	nap	nap	Jeizés
P. J.	8	—	—	14	E
Sz. J.	—	—	—	20	Gy
B. I.	7	—	—	24	Gy
Sz. I.	—	—	—	22	F
M. É.	—	—	—	8	F
T. F.-né	—	6	—	4	F
N. L.	—	—	—	33	F
M. J.-né	6	—	—	21	Gy
R. J.	11	—	—	5	St F
S. J.-né	5	—	—	20	St Gy
K. É.	—	3	—	22	St Gy
T. L.	11	2	20	32	St Gy
F. I.	7	—	—	5	St Gy
D. I.	—	—	—	16	St Gy
Gy. E.	—	—	7	7	St F
K. J.	—	—	7	7	St F
H. L.	6	—	—	8	St F
S. F.	—	5	—	12	St Gy
K. F.-né	—	3	—	14	St Gy
H. L.	5	—	—	25	St Gy
T. Gy.-né	10	—	—	3	St E
K. S.	—	3	—	18	St Gy
S. Gy.-né	—	—	—	3	St E
K. F.-né	—	—	—	3	F
Gy. A.	—	4	—	14	Gy

Jelzés: E = exit

Gy = konzervatív kezelésre gyógyult

St = steroid terapia

F = fenestratio vált szükségessé

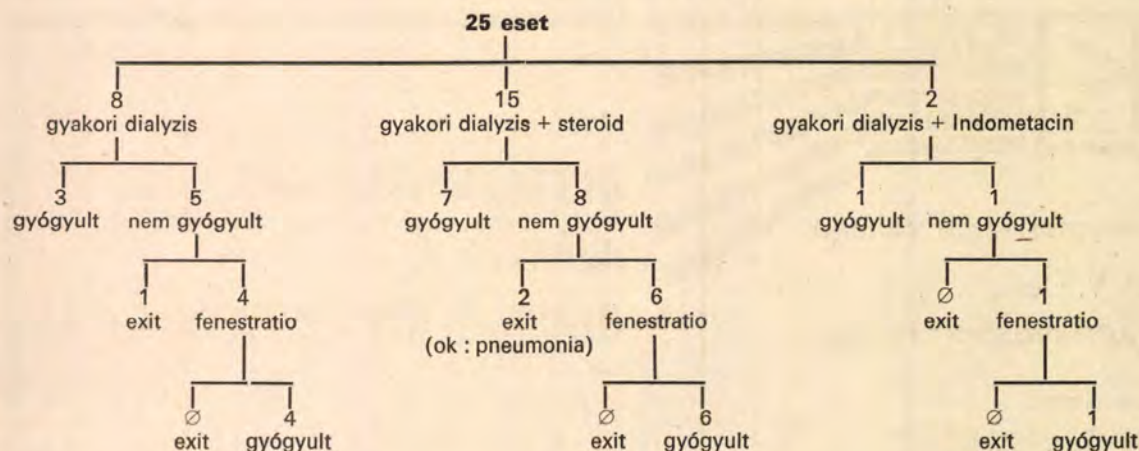
megállapíthatjuk a pericarditis gyógyulását, vagy ha a folyadék mennyisége fokozódik, a sebési beavatkozás lehetőség szerinti optimális időpontját.

A konzervatív terápia szempontjából nem teszünk különbséget a pericarditis különböző típusai között. A fibrines pericarditis lehet, hogy csak csekély, vagy semmi panaszt nem okoz, és sectionál csak mellékleteként került említésre, de kiszámíthatatlan, hogy mikor alakul át serosus vagy haemorrhagiás formává. A pericarditis nemcsak a kezeletlen, hanem HD. alatt álló betegeken is jelentkezhet. A HD. kezdeti szakaszában kialakuló pericarditist jobb prognózisúnak találták, mint a rendszeres kezelés közben jelentkezőket (10). A konzervatív terápia eredményessége szempontjából nem láttunk különbséget a korai és későbbi pericarditisek között. A kezelés előtt, ill a kezelés első hónapjában 10 betegen észleltünk pericarditist, ezek

a steroid. A pericardium punctióról uraemiás pericarditisben egymásnak teljesen ellentmondó véleményekkel találkozunk (28, 29). Mi csak legvégső szükségben szándékozunk ehhez a terápiás eszközhöz nyúlni fenyegető pericardialis tamponad veszélye esetén.

Ha a konzervatív kezelés ellenére a folyadék növekszik, a tamponad kialakulásának megakadályozására műtétet tartunk szükségesnek. Műtéti indiciót jelenthet persistáló folyadék mellett a beteg állapotának rosszabbodása is (2. táblázat, D. I. beteg). A partialis pericardiektomia nagy megterhelése miatt egyesek csak draint helyeznek a pericardiumba. Mi a kis megterhelést jelentő fenestratiót választottuk, amit 11 betegen sikerrel, szövődésmenyesen végeztünk el. A fenestratio szívsebész kezében csaknem veszélytelen és eredményes eljárásnak tekinthető. Két év alatt recidi-

6. ábra A pericarditis különböző terápiájával elért eredményeink



közül 5 betegen vált szükségessé a fenestratio. A HD. későbbi időszakában 15 betegen fellépő pericarditis esetében 8 fenestratiót végeztünk (3. tábl.).

Az általános felfogásnak megfelelően a pericarditis jelentkezésekor a heti dialyzáló órák számát mi is emeltük. Ezzel a kezeléssel elért eredményeinkkel nem voltunk elégedettek, ezért a gyakori dialyzisek mellett steroidot adtunk. Eredményeink alig jobbák a csak gyakoribb dialyzisekkel kezeltéknél (6. ábra). Ezzel szemben egyik betegen 11 hónap múlva recidiva lépett fel, egy másik betegen gyomorvérzés miatt kellett a kezelést megszakítanunk. A steroidot mindig antibioticummal kombinálva adtuk, ennek ellenére két betegünk a steroid terápia alatt kialakult pneumonia miatt rövid idő alatt meghalt. Nem állíthatjuk, hogy ez a steroid miatt történt, de ennek lehetőségét nem is vethetjük el. Az infectio diagnostizálásával egy időben a steroid terápiát megszüntettük. A steroid kezelés nem kielégítő eredményei, valamint veszélyei miatt 2 betegünknek Indometacint adtunk. Az egyik gyógyult, a másikban tamponad miatt műtét vált szükségessé (6. ábra).

Betegeink száma nem olyan nagy, hogy a különböző gyógyszeres terápia mellett vagy ellen állást foglalhatnánk. Mégis úgy véljük, hogy a pericarditis kezelésének nem a legoptimálisabb módja

vát fenestrált betegek közül nem észleltünk. A fenestratio bevezetése óta pericarditis miatt egy beteget sem veszítettünk el.

Összefoglalás: Két és háromnegyed év alatt 148 krónikusan haemodialyzált beteg közül 28-ban jelentkezett pericarditis. A diagnózis a beteg panaszai, a fizikális vizsgálat és az rgt. alapján az esetek többségében felállítható. Mégis nagy jelentőséget tulajdonítanak az echokardiográfiai vizsgálatnak, különösen a tünetszegényen vagy tünetmentesen kialakuló pericardialis folyadékgyülem megállapításában, mennyiségi becslésében, a folyamat progressziójának vagy regressziójának követésében és a műtét időpontjának megválasztásában. Terápiaként hangsúlyozzák a dialyzisek számának emelését. A steroid terápiát — az eredményeket és szövődményeket összevetve — nem tartják rutin eljárásnak. Az általában alkalmazott Indometacinról a kisszámú eset miatt még nem alakíthatnak ki véleményt. Igen fontos az időben elvégzett, kis megterhelést jelentő fenestratio, melyet 11 betegen végeztek el. A fenestratio alkalmazása óta pericarditis miatt egy beteget sem veszítettünk el.

IRODALOM: Bailey, G. L.: Circulation 1968, 38, 582. — Buselmeier: Nephron 1976, 16, 371. — Cohen, G. F.: Can. Med. Assoc. J. 1970, 102, 1365. — 4.

Comty, Ch. M.: Ann. Int. Med. 1971, 115, 173. — 5. Fiegenbaum, H. és mtsai: Ann. Intern. Med. 1966, 65, 443. — 6. Fürst, P. és mtsai: Proc. EDTA 1974, 11, 417. — 7. Gál, Gy. és mtsai: Acta Chir. 1976, 17, 209. — 8. Hampl, H. és mtsai: Dialysis and Transpl. 1978, 7, 1095. — 9. Horowitz, M. S. és mtsai: Circulation 1974, 50, 239. — 10. Hronszky, I. és mtsai: Orvostudományok 1974, 49, 208. — 11. Junger, P. és mtsai: EDTA Abstracts 1976, 188. — 12. Kakuk Gy. és mtsai: Orvostudományok 1974, 49, 220. — 13. Kökény M. és Lengyel M.: Orv. Hetil. 1978, 119, 2075. — 14. Kramer, P. és mtsai: Brit. Med. J., 1975, 4, 564. — 15. Lancet: (szerk. közl.) 1977, 1, 491. — 16. Lbibre, J. és mtsai: Dial. and Transpl. 1979, 8, 414. — 17. Makó J. és mtsai: 3. Donausymposium für Nephrologie 1978, 22. — 18. Martin, A. M. és mtsai: Dial. and Transpl. 1979, 8, 135. — 19. Massry, S. G. és mtsai: Nephron, 1977, 19, 305. — 20. Minuth, H. N. és mtsai:

Arch. Intern. Med. 1975, 135, 807. — 21. Mitchell, A. G.: Postgrad. Med. J. 1974, 50, 741. — 22. Merin, J. E.: Amer. of Ther. Surg. 1976, 22, 588. — 23. Nagy E. és mtsai: Magy. Belorv. Arch. 1976, 29, 52. — 24. Pablico, R. C. és mtsai: Proc. Dial. Trans. Forum. 1971, 1, 117. — 25. Papadimitrou, M.: EDTA Abstracts, 1976, 191. — 26. Proceedings of the European Dialysis and Transplant Association, 1978, 15, 50. — 27. Schwarbeck, A. és mtsai: EDTA Abstracts 1976, 189. — 28. Silverberg, S.: S. Amer. J. Med. 1977, 63, 874. — 29. Singh, S.: J. Amer. med. Ass. 1974, 228, 228. — 30. Suki, W. N.: EDTA Abstract. 1976, 199. — 31. Taylor, M. W., Humphrey, J.: Circulation Suppl. IX. 1974, 49—50, 269. — 32. Tarján J. és mtsai: Orv. Hetil., 1975, 116, 1106. — 33. Winney, R. J.: Nephron 1977, 18, 201. — 34. Wray, T. M., Stone, W. J.: Clin. Nephrol., 1976, 6, 295.



Állami Könyvterjesztő Vállalat

Budapest, V. Deák F. u. 15. 1052

Fókusz könyvesbolt hálózat

OPERAKEDVELŐKNEK AJÁNlja A RÓZSAVÖLGYI ZENEMŰBOLT

Hanglemezek:

- ... db. Beethoven: LEONORA —
Teljes operafelvétel
Edda Moser (szoprán) — Richard Cassilly (tenor) Theo Adam (basszus)
Rundfunkchor—Leipzig
Vezényel: Herbert Blomstedt
3 lemez, díszdobozban, ismertetővel
Eterna 330,— Ft
- ... db. Csajkovszkij: ANYEGIN —
Teljes operafelvétel
Vlagyimir Atlantov (tenor) — Jevgenyij Nyeszterenko (basszus) — Jurij Mazurov (bariton)
A Moszkvai Nagy Színház Ének- és Zenekara
Vezényel: Mark Ermler
3 lemez, díszdobozban, magyar nyelvű ismertetővel, magyar és orosz nyelvű szövegkönyvvel
Melódia 210,— Ft
- ... db. Gluck: ORFEO ED EURIDICE —
Az opera bécsi változatának (1762) teljes felvétele
Hamari Julia (mezzoszoprán) — Kincses Veronika (szoprán) — Zempléni Mária (szoprán)
A Magyar Állami Operaház Kórusa és Zenekara
Vezényel: Lukács Ervin
2 lemez, díszdobozban, több nyelvű ismertetővel és szövegkönyvvel
Hungaroton 140,— Ft
- ... db. Honegger: JEANNE D'ARC
A MÁGLYÁN — Oratórium
Christiane Chateau (szoprán) — Anne Marie Rodde (szoprán) — Huguette Blachet (alt)
Cseh Filharmónikus Kórus és Zenekar
Vezényel: Serge Baudo
2 lemez, díszdobozban, ismertetővel és szövegkönyvvel
Supraphon 140,— Ft
- ... db. LISZT FERENC
ÜSSZES ORGONAMŰVE
Margittay Sándor, Lehotka Gábor és Kovács Endre közreműködésével.
Nagydíjas lemezsorozat.
5 lemez, díszdobozban, több nyelvű ismertetővel
Hungaroton 350,— Ft

Könyvek:

- ... pld. Gál György Sándor:
ÚJ OPERAKALAUZ 1—2. kötet
Zeneműkiadó 128,— Ft
- ... pld. Spike Hughes:
MOZART OPERAKALAUZ
Zeneműkiadó 40,— Ft
- ... pld. Paul Henry Lang: AZ OPERA
Egy különös műfaj története
Zeneműkiadó 50,— Ft
- ... pld. Németh Amadé:
OPERARITKASÁGOK
Zeneműkiadó 66,— Ft
- ... pld. Tili Géza: OPERA Kézikönyv
Zeneműkiadó 60,— Ft
- ... pld. Várnai Péter: OPERALEXIKON
Zeneműkiadó 84,— Ft
- ... pld. Várnai Péter: VERDI OPERAKALAUZ
Zeneműkiadó 50,— Ft

A felsorolt hanglemezek, illetve könyvek egyenként is megrendelhetők a kitöltött, kivágott és címünkre borítékban beküldött hirdetés alapján. Postán utánvétellel szállítunk.
Tekintettel a korlátozott példányszámokra, a rendeléseket beérkezési sorrendben teljesítjük.

Címünk:
Állami Könyvterjesztő Vállalat
RÓZSAVÖLGYI ZENEMŰBOLTJA
Budapest, Martinelli tér 5. 1052
Telefon: 183-500

A megrendelő neve:

Pontos címe (irányítószámmal):

Munkahelye:

.....
aláírás

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 labyrinthus ingerlékenységét.

JAVALLATOK

A cerebrális keringés zavarai: arteriosclerosis cerebri, apoplexia és cerebro-cranialis sérülések utókezelésében, egyensúlyzavarok, migraine. A perifériás erek megbetegedéseiben (Buerger-kór, Raynaud-syndroma, angiopathia diabetica, acrocyanosis) claudicatio intermittens, paraesthesia, trophicus zavarok kezelésére.

ADAGOLÁS

Naponta 3×1 vagy 3×2 tabletta hónapokon keresztül, rendszeresen. Érzékeny betegeknél ajánlatos a kúrát napi 3×1 tablettával kezdeni és fokozatosan emelni az adagot.

MELLÉKHATÁS

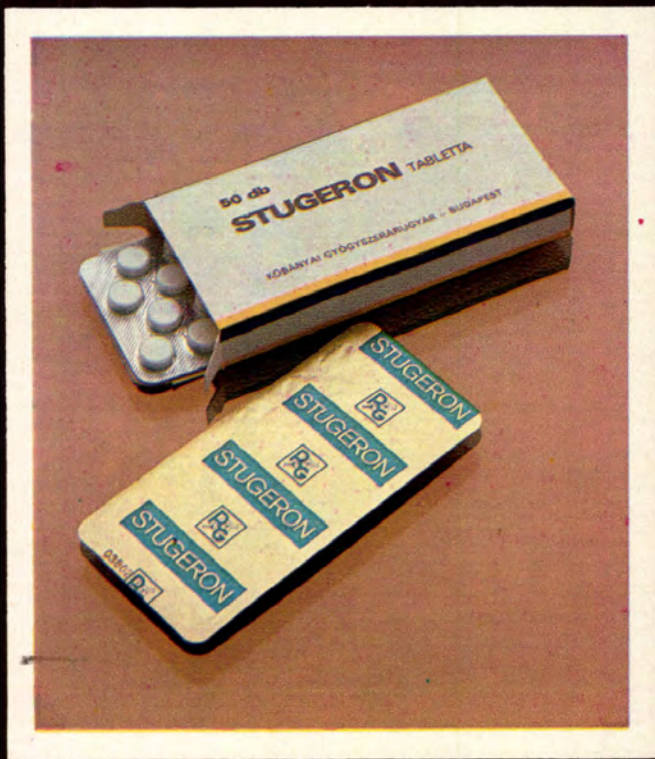
Az átlagosnál nagyobb adagok alkalmazásakor előfordulhatnak: enyhe somnolentia vagy gastrointestinalis zavarok, amelyek az adag csökkentésére néhány nap múlva spontán megszűnnek.

MEGJEGYZÉS ✕

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

CSOMAGOLÁS

50 tabletta térítési díj: 2,30 — Ft



KÖBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST

ÖSSZETÉTEL

1 tabletta 0,25 g metronidazolumot 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 tabletta (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 tabletta, 2 részre osztva.

Gyermekeknek

0—1 éves korig naponta 1/2 tabletta, 2—4 éves korig naponta 1 tabletta, 5—8 éves korig naponta 1 1/2 tabletta, 8 év felett naponta 2 tabletta 5 napon át étkezés után, 2 részre osztva.

STOMATITIS ULCEROSÁBAN felnőtteknek naponta 2×1 tabletta, 3—5 napon át.

Amoebiasisban

Felnőtteknek

- a) symptomamentes cysta-ürítők esetében 5—7 napon át 2—3×2 tabletta
- b) krónikus amoebiasisban (hepatosis esetén is) 5—10 napon át 3×2 tabletta
- c) invazív formában, akut amoebás dysenteriában, tünetmentesséig 3×3 tabletta
- d) amoebás májtályog esetén a szokásos (és egyben megengedhető napi maximális) adag 2500 mg (azaz 10 tabletta) 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) ismételtethető.

CSOMAGOLÁS 20 tabletta 6,60 Ft



Szegedi Orvostudományi Egyetem
Fül-Orr-Gégeklinika
(igazgató: Ribári Ottó dr.)

Az anticoncipientek vestibuláris mellékhatásairól

Nagymajtényi Emőke dr., Katona Erzsébet dr.,
Szabados Éva dr. és Ribári Ottó dr.

Az orális anticoncipientekkel végezhető fogamzásgátlás az elmúlt két évtizedben nagy hatást gyakorolt az egész orvostudományra: a hazai és külföldi tudományos irodalomnak csaknem állandó témakörévé vált. Az orális bihormonális anticoncipientek elterjedésével világszerte szaporodott a mellékhatásokról szóló közlemények száma is. Kauzális összefüggést vélnek az anticoncipientek adása és a szívinfarctus (1, 20), a hypertonia (11, 15, 18), a mélyvénás thrombosis (5, 27, 29) jelentkezése között. E gyógyszerek mintegy 50 ismert mellékhatása közül otoneurológiai szempontból a vasculáris mellékhatások — érfalpermeabilitás változás, az ösztrogén—gesztagen hatás és az elasztikus, valamint kollagén rostok közti kapcsolatot, azaz az érfal és a keringés változásai, a hypertonia létrejötte (28); thromboembolia vonatkozásában az alvadási tényezők — elsősorban a II., VII., VIII., X. faktorok (4, 14, 25, 30), a thrombocytaszám változása, a thrombocyta-aggregatio gyorsulása, a zsír- és szénhidrát-anyagcsere változásai bírnak jelentőséggel (6, 19). E mellékhatásokért a szerzők elsősorban az ösztrogén komponenset teszik felelőssé. Irodalmi adatok vannak arra vonatkozólag, hogy a cerebrovasculáris események elsősorban a vertebro-basilaris rendszer területén fokozódnak (7, 12, 23), okozva neurológiai, szemészeti, valamint a többi mellékhatáshoz viszonyítva kevés közleményben megemlített vestibuláris tüneteket (10, 26).

Az elmúlt évben a szegedi OTE Fül-Orr-Gégeklinika otoneurológiai rendelésén egyre több olyan szédülésre, járás közbeni bizonytalanságérzésre panaszoló nőbeteg jelentkezett, akinek az anamnézisében

zisében orális bihormonális anticoncipient tartós szédése szerepelt. Ez irányította a figyelmünket a szédüléses panaszok, vestibuláris tünetek kialakulása és az anticoncipientek szédése közötti összefüggésre.

Beteganyag és módszer

A szegedi OTE Fül-Orr-Gégeklinika otoneurológiai rendelésén észlelt 18 olyan szédülésre, járás közbeni bizonytalanságérzésre panaszoló nőbeteg otoneurológiai vizsgálati eredményeit elemezzük, akikben a létrejött tünetek és az anticoncipient szédése között oki összefüggést lehetett igazolni.

Valamennyi esetben részletes anamnéziselevételt végeztünk, különös tekintettel a szédülés jellegére (forgó, nem forgó), fennállásának időtartamára, a kísérő tünetekre (hányinger, fejfájás stb.), a megelőző fül-orr-gégészeti és egyéb megbetegedésekre, esetleges tartós gyógyszereszedésre, élvezeti szerek fogyasztására. Az anamnéziselevételt részletes fül-orr-gégészeti vizsgálat, majd küszöb- és beszédaudiometria követte.

A vestibuláris functio felmérését a spontán tünetek vizsgálatával kezdtük, majd néztük az indukált (optokinetikus, positionális, forgatásos, termikus) nystagmusok sajátosságait. Az optokinetikus nystagmust a Lángné-féle optokinetikus stimulátorral, a termikus nystagmust Cawthorne—Fitzgerald—Hallpike módszerével elektronystagmográfiás regisztrálás mellett 8 csatornás magyar gyártmányú EEG készüléken vizsgáltuk a Magyar ONO Sectio által elfogadott kritériumoknak megfelelően (3, 17).

Valamennyi esetben röntgen- (o. i. nyaki gerinc- és Stenvers-felvétel), belgyógyászati, szemészeti és ideggyógyászati vizsgálat előzte meg az otoneurológiai vizsgálatot.

Vizsgálati anyagunkból kizártunk minden olyan egyént, akiben a fenti vizsgálatok cochleovestibuláris megbetegedést okozható kórfolyamatokat jeleztek.

Az első komplett otoneurológiai vizsgálatot követően 1 hónap, illetve 3 hónap, szükség esetén 6 hónap múlva is végeztünk kontroll vizsgálatokat a fenti elveknek megfelelően.

A vizsgált 18 beteg átlagéletkora 30 év, a legfiatalabb 18, a legidősebb 39 éves volt; valamennyien rendszeres nemi életet éltek.

A betegek által szedett gyógyszerfajtákat mutatja az 1. táblázat.

Kilenc beteg Bisecurint (1 tbl. 1,0 mg etinodioldiacetát és 0,05 mg etinilösztadiol); 8 Ovidont (1 tbl. 0,25 mg d-norgestrel és 0,05 mg etinilösztadiol); 1 Infecundint (1 tbl. 2,5 mg norethynodrel és 0,1 mg metoxi-etinilösztadiol) szedett, anticoncipientváltás 1 esetben a beteg kérésére, 1 esetben orvosi tanácsra történt.

Eredmények

A szédüléses panaszok két betegben 4 hónapi, a betegek felében 1—2 éven keresztül, a többiekben 5—8 évi gyógyszeresedés után jelentkeztek. Nagy részük a gyógyszer huzamos időn keresztül történő szédése esetén sem tartott szünetet a gyógyszeresedésben. Szédüléses panaszuk átlag 3 hónapja álltak már fenn első otoneurológiai vizsgálatuk idején.

1. táblázat Alkalmazott anticoncipientek (N=18)

Infecundin	1
Bisecurin	8
Ovidon	7
Infecundin—Bisecurin	1
Infecundin—Bisecurin—Ovidon	1

A munka az OTTKT Fi—5 (1 47 05) állami megbízási keretében készült.

A fizikális fül-orr-gégészeti vizsgálat lényeges kóros eltérést egy esetben sem mutatott.

Az audiológiai vizsgálatok szerint minden beteg hallása teljes volt.

2. táblázat Szubjektív tünetek (N=18)

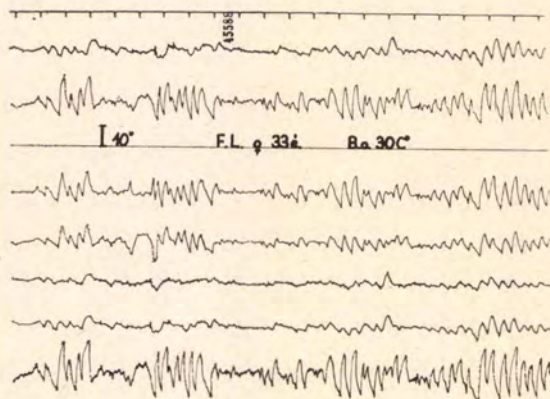
Szédülés	Forgó jellegű	2
	Nem forgó jellegű	16
Fejfájás		9
Hányinger		5

3. táblázat Spontán vestibularis tünetek (N=18)

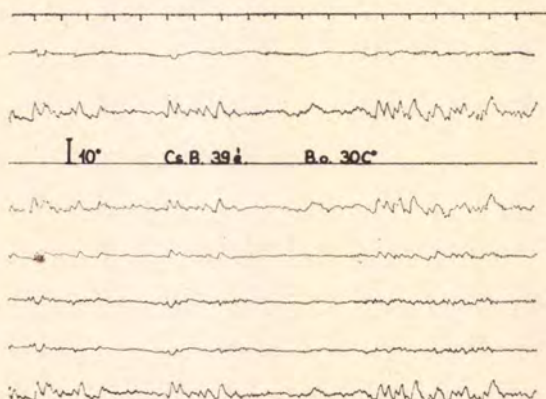
Spontán nystagmus	I. fokú	3
	Tekintésirányú	2
	Fixációs	1
Félrejárás		7
Dőlés		7
Ataxia		2

4. táblázat A patológiás indukált nystagmusok megoszlása (N=18)

OKN dissotatio		7
Positionalis nystagmus		3
Forgatás	Hyperaesthesia	5
	Hypaesthesia	4
Termikus ingerlés	Dysmetria	15
	Szünetképződés	12
	Ívjáratparesis	1
	Írányátvitűsúly	8



1. ábra: Nystagmus dysmetria



2. ábra: Szünetképződés

A 2. táblázat mutatja a szubjektív spontán tünetek megoszlását beteganyagunkon.

Az észlelt objektív spontán vestibuláris tüneteket mutatja a 3. táblázat.

Az I. fokú spontán nystagmusok a vestibuláris pályák, a többi észlelt spontán nystagmus a tekintési, illetve fixációs rendszer érintettségét jelzik. A határozott félrejárást, dölést nem mutató 11 beteg nem iránytartó félrejárást észleltünk.

A patológiás indukált nystagmusok megoszlását mutatja a 4. táblázat.

Az optokinetikus nystagmus (OKN) vizsgálata során 7 betegben regisztráltunk dissotatiót a horizontális és vertikális irányban kiváltott OKN-ok között, de az OKN a többi betegben is szabálytalan volt. Positionalis nystagmust mindhárom esetben centralis jelleggel tudtunk kiváltani. A forgatásnál észlelt hyperaesthesia liberatio, a hypaesthesia hypofunctio jelként értékelendő. Termikus ingerlésnél az esetek felében regisztrálhattunk időtartambeli eltérést: ívjáratparesist (egyoldali), irányátvitűsúlyt; míg 15 betegben a reakció időbeli lefutásától függetlenül az indukált nystagmusok változó amplitúdó és frequentia (dysmetria) mellett jelentkeztek, 12 esetben nagy szünetképződésekkel. Az 1. ábra nystagmus dysmetriát, a 2. ábra szünetképződést demonstrál. (Az 1., 6., 7. vertikális, a 2., 4., 5., 8. horizontális elvezetés).

Minden betegnek az anticoncipiens elhagyását javasoltuk tüneti terápia mellett (antiemetikum, polyvitaminok).

Az egy hónap múlva végzett első kontroll alkalmával valamennyi beteg szubjektív és objektív tüneteiben csak kismértékű javulást észleltünk. Három hónap múlva 14 mind szubjektíve, mind objektíve panaszmentes volt; 4 beteg tünete viszont csak 6 hónap múlva szűntek meg. A nehezebben javuló esetek a gyógyszerrel huzamosabb ideje szedők közül kerültek ki.

Megbeszélés

Közleményünkben 18 olyan 18 és 39 életév közötti nőbeteg otoneurológiai vizsgálati eredményeit elemizzük, akikben a fül-orr-gégészeti és társklinikai vizsgálatok alapján egyéb etiológiai tényezők biztos kizárása után az orális bihormonális anticoncipiens tartós szedése és a vestibuláris károsodás létrejötté között kauzális összefüggés volt igazolható.

Az audiológiai vizsgálatok beteganyagunkban halláscsökkenést nem jeleztek, de meg kívánjuk jegyezni, hogy ismeretesek az irodalomban az anticoncipiens szedését követően létrejött halláscsökkenések esetei, amelyeket a szerzők a szernek az a. auditiva internára gyakorolt közvetlen, illetve thromboemboliás hatásával magyaráznak (2, 21).

Külföldi és hazai statisztikai feldolgozásokból ismert, hogy a bihormonális anticoncipiens szedésének első hónapjaiban a nők kb. 1–2%-ában szédülésérzés, 5–6%-ában fejfájás, 6–7%-ában hányinger jelentkezik. E panaszok azonban a szer további szedése esetén megszűnnek (9, 24, 25). Beteganyagunkban a szédülésérzés, fejfájás, hányinger nem a gyógyszereszedés kezdetén, hanem annak

huzamosabb, szünet nélküli alkalmazása esetén jelentkezett. Véleményünk szerint az ilyen, későbbi időpontban jelentkező szédülés, fejfájás, hányinger esetén a szer további adása — a tapasztalatunk szerinti eddigi orvosi gyakorlattal szemben — nem javasolt, mivel e tünetek a kezdődő vestibuláris, illetve keringési károsodás első jelei lehetnek már (7, 21).

A nem forgó jellegű, járás közbeni bizonytalanságérzéssel járó szédülés, a nem iránytartó félrejárás, a spontán nystagmusok relatíve alacsony száma, az OKN-dissotatio, illetve az OKN-ok szabálytalansága, a centralis positionalis nystagmusok kiválthatósága, a termikus nystagmusok paramétereinek mennyiségi és minőségi eltérései a *centrális vestibuláris pályák olyan érintettségi jeleivel egyeznek meg, amelyek a vertebro-basiláris rendszer keringési zavara esetén jelentkeznek*. Ez alátámasztja azon szerzők véleményét, akik az orális bihormonális anticoncipientek ezen mellékhatásait a vertebro-basiláris rendszer keringési zavarával — annak thromboembóliás károsodásával — magyarázzák (13, 26).

Az észlelt vestibuláris károsodások reverzibilisek voltak. A gyógyszer elhagyása, tüneti terápia mellett 3–6 hónap alatt szűntek meg. Adataink azt igazolják, hogy a nehezebben javuló, súlyosabb esetek a gyógyszert huzamosabb ideje, szünet és rendszeres ellenőrzés nélkül szedők közül kerültek ki. Megemlítjük, hogy a betegek fele — akik egyébként egészségesek lettek volna — táppénzes állományba került, ami nem lebecsülendő anyagi és szociális problémát jelentett mind a betegek, mind a munkáltatók számára. Ezért is javasoljuk számos szerzővel egyetértésben (8, 16, 24) az anticoncipient szedők rendszeres ellenőrzését, annak szigorúbb betartatását, időnkénti gyógyszereszedési szünetek beiktatását, amellyel véleményünk szerint megelőzhető lenne számos más (22) mellett a nemkívánatos otoneurológiai mellékhatások jelentkezése is.

Az orális bihormonális anticoncipientek számos előnyével tisztában léve nem e szer használatának elítélését kívántuk munkánkkal elérni, hanem a figyelmet felhívni az otoneurológiai mellékhatások jelentkezésének lehetőségére is, mely eddig még a fül-orr-gégészeti irodalomban sem elégé ismert tény.

Összefoglalás: A szerzők 18 olyan szédülésre panaszkodó beteg otoneurológiai vizsgálati eredményeit elemzik, akikben egyéb etiológiai tényezők kizárása után a panaszok és az orális bihormonális anticoncipientek szedése között összefüggést lehetett igazolni. Minden esetben ép cochleáris funkció mellett a centrális vestibuláris pályák érintettségét észlelték. A gyógyszer kihagyása, tüneti terápia mellett a tünetek fokozatos megszűnését tapasztalták. Felhívják a figyelmet az anticoncipientek vestibuláris mellékhatásainak lehetőségére, illetve az ezen gyógyszert szedők rendszeres orvosi ellenőrzésének szigorúbb betartására.

IRODALOM: 1. Alam, N., és mtsai: Henry Ford. Hosp. Med. J. 1976, 24, 147. — 2. Ammar-Khodja, A.: Rev. Laryng. (Bordeaux) 1974, 95, 301. — 3. Bodó Gy.: Fül-orr-gégegyógy. 1973, 19, 99. — 4. Briggs, M. H.: Brit. med. J. 1974, 2, 503. — 5. Doll, R.: Brit. med. J. 1969, 2, 69. — 6. Dugdale, M., Masi, A. T.: J. Chorn. Des. 1971, 23, 775. — 7. Engelhardt, J., Szegvári Zs., Szilárd J.: (Kivonat). A Magyar Ideg-Elmeorvosok Társasága 29. Nagygyűlése. Budapest, 1980. 76. old. — 8. Farkas M.: Gyógyszereink. 1978, 28, 289. — 9. Folyovich Gy., Seregély Gy.: Gyógyszereink. 1970, 20, 97. — 10. Grósz I.: Gyógyszereink. 1971, 21, 145. — 11. Idestrom, C. M.: Lancet. 1966, I., 718. — 12. Irey, N. S., Manion, W. C., Taylor, H. B.: Arc. Pathol. 1977, 89, 1. — 13. Janczewski, G., Bién, S.: Otolaryng. pol. 1976, 30, 29. — 14. Kaulla, E., Droegemueller, W., Acki, N., Kaulla, N.: Am. J. Obstet. Gynec. 1972, 113, 920. — 15. Kay, C. R.: Int. Symp. on Hormonal Contraception. Amsterdam, 1978. Excerpta Med. pp. 3. — 16. Kovács A. és mtsai: Gyógyszereink. 1979, 29, 410. — 17. Láng, I.: Acta Oto-rhino-laryng. belg. 1962, 16, 5. — 18. Levine, I., Swanson, P. D.: Ann. intern. med. 1969, 70, 807. — 19. Nasí, A. J., és mtsai: Ann. Int. Med. 1970, 72, 11. — 20. Nevin, N. C., és mtsai: Brit. med. J. 1965, I., 1586. — 21. Okulicz, G.: HNO. 1978, 26, 330. — 22. Royal College of General Practitioners: Lancet, 1977, II., 727. — 23. Salmon, M. L., és mtsai: JAMA. 1968, 206, 85. — 24. Sas M.: Orv. Hetil. 1973, 114, 3011. — 25. Seregély Gy.: Gyógyszereink. 1979, 29, 258. — 26. Spellenberg S.: Fül-orr-gégegyógy. 1976, 22, 118. — 27. Stolley, P. D.: A Review of the Evidence Associating Exogenous Estrogen Administration with Thromboembolism. In: Thrombosis, Mechanismus and Control. Schattauer-Verlag Stuttgart. 1971. — 28. Takács I.: Magy. Nőorv. L. 1979, 42, 143. — 29. Vessey, M. P., Doll, R.: Brit. med. J. 1969, 2, 651. — 30. Zuck, T. F., Bergin, J. J.: Obstet. Gynec. 1973, 41, 427.

Főv. Péterfy Sándor utcai Kórház-Rendelőintézet,
Gyermeksebészeti Osztály
(főorvos: Léb József dr.)

A Burkitt-lymphomáról egy gyermekkori hasi eset kapcsán

Molnár Dénes dr., Hajmássy Zsuzsa dr.
és Léb József dr.

Burkitt (4) 1958-ban közölte először kelet-afrikai gyermekek állkapocs sarcomájára vonatkozó megfigyeléseit. O'Connor 1961-ben már mint patológiai egységről írt erről a lymphomáról (15). A WHO szakértő bizottsága 1969-ben tette közzé a Burkitt-tumor histopatológiai meghatározását (2). Időközben az endémiás afrikai megbetegedés egyre több esetét közölték Új-Guineából, Malaysiából, Dél-Amerikából, ezenkívül sporadikus eseteket észleltek Angliában, Lengyelországban, Németországban és a skandináv országokban (3, 5, 17, 18). Az USA-ban már jelentős számú sporadikusan előforduló megbetegedést gyűjtöttek össze (1, 7, 20).

Magyarországon Kemény és mtsai számoltak be két Burkitt-tumort utánzó akut leukaemiás gyermekbetegükről (8), Vándor és mtsai pedig egy 21 éves nőtetről, akinél a primaer tumort a mandibulában észlelték (16).

Ismertetett esetünkben leukaemiás jellegű vérképtérítést nem észleltünk, a Burkitt-lymphoma diagnózisát a jellemző klinikai lefolyás és a szövettani kép biztosította.

Esetismertetés

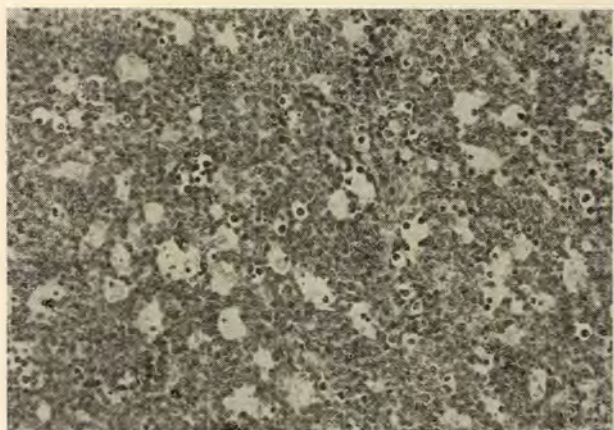
C. V. 4 és fél éves fiúgyermek 1975. április 13-án került első alkalommal felvételre osztályunkra. Családi anamnézisében említésre méltó nincs, súlyosabb megbetegedése nem volt. Trópusokon nem járt, ilyen személyekkel nem érintkezett. Korábban több ízben voltak hasi panaszai és felvétele előtt 2 hónappal fekvő kórházban, ahol részletes kivizsgálása során hasi panaszait magyarázó organikus elváltozást nem találtak.

Jelen felvétele előtt 2 nappal ismét hasát fájalta, egyszer hányt és hőemelkedése volt. Széklete, vizelete rendben. Felvételkor torka mérsékeltén vérbővebb, ami hőemelkedését, mely a felvételt követő napon már megszűnt, magyarázta. A has puha, jól betapintható, lép nem nagyobb. Jobb oldalon a köldök alatt férfiökölő, egyenetlen felszínű, a májtól nem elkülö-

níthető, kissé fájdalmas, rögzített terime volt tapintható, mely rosszindulatú tumor lehetőségét is felvetette. Nyirokcsomók nem tapinthatók.

Lényeges laboratóriumi leletei: We: 32 mm/h, Fvs: 12 000, Vvs: 3 500 000, Hgb: 11,4 g/l, kvalitatív vérkép: norm. A mellkasfelvétel és az i. v. pyelographia kóros elváltozást nem mutatott. Passage zavara nincs, láztalan. Általános állapota jó. Felvétele után 8 nappal április 21-én exploratív laparotomia történt, mivel a korábban tapintott hasi terime nagysága nem változott: a colon ascendenst a mesocolon felől csecsemőkölnyi, bélszűkületet nem okozó daganatszövet túremítette be. A konglomerátumot előemelve a mesoileumban és a mesojejunumban diónyi-borsónyi, kemény tapintatú nyirokcsomókat találtunk erősen tágtult mesenterialis nyirokutak mellett, a nyirokcsomók közül egyesek konglomerátumot képeztek. Egy nyirokcsomót szövettani vizsgálat céljára eltávolítottunk. A postoperatív szak eseménymentes volt.

Szövettani lelet: (dr. Bartók István) a kimetszett szövetben nyirokcsomó-szerkezet nem ismerhető fel. Állományát monoton szerkezetű daganat alkotja. A tumorsejtek cytoplasmája csak elvéve tartalmaz egy-egy PAS-pozitív szemcsét. A sejthatárok elmosódnak, a sejtmagok kerekdedek, eléggé durva, rögös chroma-tint és 1–4 prominens, de nem feltűnően nagy, basophil festődésű nucleolust tartalmaznak. A daganatsejtek magjának nagysága alig különbözik a köztük szét-szórtan elhelyezkedő macrophagok magjának nagyságától. A daganatsejtek között érettebb lymphoid elemek nem fordulnak elő. Mitosisok valamennyi részletben gyakoriak. A tumorszövetben egyenletesen elszórva nagy, világos cytoplasmájú macrophagok láthatók, emiatt ún. „csillagos ég” szerkezet alakult ki. A macrophagok cytoplasmájában piknotikus sejtmagok, magtörmelék és néhány PAS-pozitív szemcse észlelhető (ábra). A daganatsejt csoportok között csupán kevés



rövid reticulum rost található. A szöveti kép alapján malignus lymphomáról van szó. Differenciál-diagnosztikailag akut lymphoblastos leukaemia, éretlen sejtes „lymphosarcoma”, „reticulumsejtes” lymphoma és Burkitt-típusú lymphoma jöhet szóba. A monoton kép, az érési tendencia hiánya, a sejtmagok nagysága, szerkezete és egyöntetűsége, PAS-pozitív szemcsék hiánya és a normális vérkép Burkitt-típusú, differenciálatlan sejtes, malignus lymphoma mellett szól.

A szövettani lelet birtokában, a vérkép és veseműködés ellenőrzése mellett, egy hét alatt 850 mg Endoxant adtunk a gyermeknek, melyet az kitűnően tolerált. A cytostatikus kezelés után a tumor tapinthatatlanná vált, így újabb műtétet határoztunk el. Közvetlenül a műtét előtt ismét 400 mg Endoxant adtunk. A műtét során a colon ascendenst melletti tumor csak kisdiónyi volt, a mesocoecumban, mesoileumban és mesojejunumban borsónyi-babnyi nyirokcsomókat észleltünk. Orális irányba haladva ezek száma fokozatosan csökkent. A műtét lelet birtokában hemicolectomiát végeztünk a terminalis 5 cm-s ileumszakasz eltávolítá-

sával együtt. Ezzel a tumor mintegy 90%-a eltávolítható volt. A postoperatív szak zavartalan volt.

A műtői preparátum kórbonctani lelete: az eltávolított vékonybél fala és mesenteriuma tömött, megvastagodott. Közvetlenül a Bauhin-billentyű redője előtt félgömböszerű, diónyi sárgásszürke növedék domborodott be a bél lumenébe. Az appendix fala megvastagodott. A felszálló vastagbél coecumhoz közeli részével összefüggő mesocolonban néhány borsónyi nyirokcsomó helyezkedett el. Kisebb nyirokcsomók voltak a taenia libera mentén és a vékonybél mesenteriumában is.

Szövettani vizsgálat (Dr. Bartók): a bélbe domborodó képlet alapállományát laza, érdus kötőszövet alkotja, amelyben csupán az elhalt daganatszövet árnyképe, vagy kiterjedt szövetelhalás nyomaként tömeges magtörmelék és azt fagocitáló nagyszámú histiocyta látszik. Florid daganatszövetet nem lehet kimutatni. A nyirokcsomókban csupán reaktív jelenségek figyelhetők meg.

A műtét után 10 nappal a beteg Degranol-kúrában (120 mg) részesült 8 napon át. A cytostaticumok adása alatt és után a májfunctio, a se elektrolitek, a se összeférje és ELFO normalis értéket mutatott. Szabályos volt az EKG görbe is. A vérkép, thrombocytaszám kényszeri transfúzió adásával normális maradt. A gyermeket június 3-án jó általános állapotban bocsátottuk haza. Az Endoxan adását két alkalommal megismételtük az ambulans vérkép ellenőrzése mellett. Recidívára, illetve metastasisra utaló tünetet nem észleltünk.

A gyermek ismételt felvételére 4 és fél hónappal később, szeptember 1-én került sor. Három napja voltak erős mellkasi és hasi fájdalmai. A hasban resistentiát nem tapintottunk, a műtési heg enyhén nyomásérzékeny, a tüdő fizikálisan negatív volt. Laboratóriumi leletek: Vvs: 3 200 000, Hgb: 10,2 g¹⁰⁰/₁₀₀, Fvs: 8200, kvalitatív vérkép normális. Mellkasi rtg.: jobboldalt a középső lebeny, valamint az alsó lebeny dorsalis II. és basalis segmentumai atelectasiásak.

Újból Endoxan adását kezdtük el, de a beteg egyre elesettebbé vált, sokat köhögött és felvétele 3. napján a mellkasfal jobb oldalán cseresznyéyi resistentia alakult ki. Keringése rendezett volt. Mellkasfali elváltozása az Endoxan kezelés ellenére egyre növekedett, köhögése fokozódott, mellkasi fájdalomról panaszokozott. A felvétele után 1 héttel megismételt mellkasi rtg.: jobb oldalon a scapula felső csúcsáig érő, homogén, folyadéknak megfelelő árnyék látható, valamint epihilarisan újjnyi széles homogén köteg, ami ugyan csak lehet intersegmentalis folyadék, de infiltratum is. A középpárnyék kissé balra helyezett. A lépárnyék rendes. A jobb mellkasfél punctiójakor csak néhány csepp véres folyadékot nyertünk, melyben citológiai vizsgálattal daganatsejtek voltak megfigyelhetők. A gyermek állapota fokozatosan romlott és a felvétele utáni 18. napon légzési és keringési elégtelenség tünetei között meghalt.

A boncolás adatai: jobb oldalon a kulcscsont alatt, extrathoracalisán, ép bőrrel fedett, kisalmányi, tömött szövet helyezkedett el, amely környezetével összekapaszkodott. A jobb mellüreg kb. 400 ml zavaros, sárgásbarna folyadékot tartalmazott, a fali pleurán több helyütt vastkos fehér, tömött tapintatú daganatszövet látszott, de a jobb tüdő daganatot nem tartalmazott. A bal mellhártya és tüdő ép volt. A pericardiumot és a jobb rekeszizmot tömött fehér daganatszövet szűrte be. A hashártyán több helyen plaqueszerűen kiemelkedő fehér daganatszövet látszott. A májkapuban daganatos konglomerátum helyezkedett el, amely a májba is betört. Hasonló daganatszövet volt a lép hilusában is, amely behatolt a lép állományába és a pancreas farki részével is összekapaszkodott. A vesék kéregállománya kiszélesedett, szürkésfehér, tömött tapintatú volt. A nyirokcsomók testszerte megnagyobbodtak. A femur és a humerus csontveleje barnás, vörhenyes színű volt. A központi idegrendszerben makroszkóposan daganatszövet nem volt. Szövettani vizsgálattal a pleurán, a pericardiumon, a peritoneumon, a máj és a lép hilusában, továbbá a májban, a vesékben, a pancreas farkában, valamennyi nyirokcsomó-

ban és a tonsillákban differenciálatlan malignus lymphoma látszott, amelynek képe megegyezett az első műtétkor eltávolított nyirokcsomóéval. A lépben és a csontvelőben daganatszövet nem volt (dr. Remenár).

Megbeszélés

A Burkitt-tumor az újabb felfogás és beosztás szerint az ún. non-Hodgkin-lymphomák közé tartozik. E malignus lymphomáknak többfajta osztályozása ismeretes. A kielői osztályozás a Burkitt-lymphomát a nagymértékben malignus lymphomák lymphoblastos csoportjába sorolja, Lennert és mtsai szerint pedig a Burkitt-tumor a lymphoblastos sarcoma B-sejtes típusának egyik megjelenési formája. Pusztán morfológiai alapon csupán Burkitt-típusú lymphoma diagnózisa jogosult (9). A valódi afrikai Burkitt-tumor diagnózisához ugyanis egyéb kritériumok is szükségesek, elsősorban az Epstein—Barr-vírus infekció bizonyítása (10). Mann és mtsai szerint ugyanis az afrikai és a sporadikusan előforduló Burkitt-tumor eseteket histochemiai analízissel és „surface markers” eljárással nem lehet megkülönböztetni (12).

Napjainkban az alábbi két klinikai beosztás a legelfogadottabb. Az egyik beosztás A, B, C, D és AR stádiumot különböztet meg (22).

A: extra-abdominalis elhelyezkedés egy helyen

B: extra-abdominalis elhelyezkedés több helyen

C: abdominalis tumor

D: intra-abdominalis, és egy vagy több extra-abdominalis tumor

AR: C stadium, de a tumor több mint 90%-a sebészileg eltávolítható volt.

A másik beosztás I., II., III. és IV. stadiumot különböztet meg (21).

I.: állkapocsra lokalizálódó egy tumor

II.: többszörös tumor az állkapocsban, vagy egy állkapocs tumor és bármely más helyen elhelyezkedő tumor, kivéve a hasat, a mellkast és a központi idegrendszert,

III.: hasi és mellkasi tumor, esetleg más helyen elhelyezkedő tumorról, kivéve a központi idegrendszert,

IV.: központi idegrendszeri tünetek, malignus pleicytosis.

Betegünket az AR stádiumba soroltuk.

Kórszövettanilag a Burkitt-lymphomát, az egyéb „blastos” lymphomáktól, az acut lymphoblastos leukaemiától, a reticulum sejtes lymphomától, az acut myeloblastos leukaemiától és az éretlen sejtes lymphosarcomától kell elkülöníteni (10). Betegünkönél nem észleltünk sem acut lymphoblastos leukaemiára, sem acut myeloblastos leukaemiára, sem reticulumsejtes lymphomára, sem éretlen sejtes lymphosarcomára jellemző szövettani eltéréseket, ezért sorolhatjuk esetünket a jellegzetes Burkitt-lymphoma csoportba.

Az Epstein—Barr-vírus Burkitt-tumorban való előfordulásának magyarázatára számos vizsgálatot végeztek és számos magyarázat is ismeretes, de egyik sem képes ennek egyértelmű tisztázására. Az E—B vírus kimutatására nem végeztünk vizsgálá-

tokat, de az irodalmi adatok alapján megállapítható, hogy az afrikai eseteknél a vírus csaknem mindig kimutatható, de a sporadikus esetek egy részében is (23). Ennek ellenére a vírus onkogenetikus hatására emberben nincs közvetlen bizonyíték (19). A vírusinfekció lezajlása lehet tünetmentes, de vezethet infekciózus mononucleosishoz is (6).

A Burkitt-lymphoma elsősorban gyermekkorban fordul elő, fiúknál gyakoribb, mint lányoknál. Előfordulását tekintve az irodalmi adatok alapján különbséget kell tenni az endémiás és sporadikus előfordulás között. Az afrikai esetekben a lokalizáció gyakoriságát tekintve első helyen az alsó és felső állkapocs áll, azt követi a hasúri lokalizáció: az ovarium, a vese, a mesenterium és a retroperitoneum. A nem endémiás esetekben még feltűnőbb a fiúk túlsúlya, itt leggyakoribb a hasi lokalizáció. Hasi tumorként való észlelése esetén legtöbbször a gastrointestinalis traktusból indul ki (pl. a Peyer-plaqueokból a terminalis ileumban) (19). A műtéti preparátum szövettani vizsgálata alapján feltételezhető, hogy esetünkben is erről a lokalizációról volt szó.

A terápiában általánosan elfogadott a cyclophosphamid alkalmazása, mellyel az első kezelés során az esetek nagy százalékában remissió érhető el. A három hónapon belül bekövetkező korai recidiva esetén legtöbbször az újabb chemoterápiával szembeni resistenciával kell számolnunk, míg a három hónapon túli késői recidivák ismét jobban reagálnak (24). A tumor jelentős sebészi megkisebítése is jó terápiás hatású (11), de sokszor nehezen keresztülvihető. Betegünk 35 mg/kg Endoxant kapott három alkalommal, ennek ellenére a korai recidiva terápia-resistensnek bizonyult. Újabb nagyobb esetszám kapcsán a kombinált cytostatikus kezeléssel számolnak be (Vincristin, Cytosin-arabinosid, Methothrexat), de ezek előnye a cyclophosphamid kezeléssel szemben nem egyértelmű (14). A Methothrexat intrathecalis alkalmazása cerebrális formák esetén indokolt, de a prognózis ezáltal sem javult.

A malignus daganatok szemléletében lényeges változás következett be az elmúlt évtizedben, mind a patogenezis, mind a klinikum, mind a terápia szempontjából. A túlélési eredmények is lényegesen javultak. Ennek ellenére az egyedi esetek ismertetése és az abból levonható következtetések hasznos adatokat szolgáltathatnak a további kutatómunkához. Ezért tartottuk érdemesnek betegünk kórtörténetének ismertetését.

Ezúton mondunk köszönetet *Bartók István dr.* professzornak értékes tanácsaiért és a kórszövettani vizsgálatok elvégzéséért.

Összefoglalás: A szerzők részletesen ismertetik Burkitt-tumoros betegük kórlefolását. Az eset kapcsán összefoglalják a ritka tumorfajta kórszövettanára, differenciáldiagnózisára, prognózisára és terápiájára vonatkozó legfontosabb irodalmi adatokat.

IRODALOM: 1. Banks, P. M. és mtsai: Amer. J. Med. 1975, 58, 322. — 2. Berard, C. W. és mtsai: Bull. WHO 1969, 40, 601. — 3. Booth, K. és mtsai: Brit. J. Cancer 1967, 21, 657. — 4. Burkitt, D.: Brit. J. Surg. 1958, 46, 218. — 5. Burkitt, D., Wright, D. H.: Burkitt's Lymphoma, Livingstone, Edinburgh and London 1970. — 6. Evans, A. S., Niederman, J. C., McCollum, R. W.: New Engl. J. Med. 1968, 297, 1121. — 7. Herlitzka, A. J., Badruddoja, M., Dube, V. E.: Surg. Gynec. Obst. 1973, 136, 81. — 8. Kemény P. és mtsai: Orv. Hetil. 1968, 109, 2435. — 9. Lennert, K.: Malignant Lymphomas, Springer-Verlag, Berlin — Heidelberg — New York, 1978. — 10. Magrath, I. T. és mtsai: Brit. Med. J. 1974, II, 308. — 11. Mann, R. B. és mtsai: New Engl. J. Med. 1974, 291, 308. — 12. Nkrumah, F. K. és mtsai: Cancer, 1977, 40, 1410. — 13. Nkrumah, F. K., Perkins, I. V., Hyg, Ms.: Cancer, 1976, 37, 671. — 14. O'Connor, G. T.: Cancer, 1961, 14, 270. — 15. Vándor, F., Barla-Szabó, L., Ravasz, L.: Orv. Hetil. 1969, 110, 1501. — 16. Wright, D. H.: Clin. Pediat. 1967, 6, 116. — 17. Wright, D. H.: Int. J. Cancer 1966, I, 503. — 18. Ziegler, J. L.: Med. Clin. N. Amer. 1977, 61, 1073. — 19. Ziegler, J. L.: New Engl. J. Med. 1977, 297, 75. — 20. Ziegler, J. L.: Cancer, 1972, 30, 1543. — 21. Ziegler, J. L., Magrath, I. T.: Pathobiol. Anat. 1974, 4, 129. — 22. Ziegler, J. L. és mtsai: Int. J. Cancer 1976, 17, 701. — 23. Ziegler, J. L. és mtsai: Cancer Res. 1972, 32, 1267.

MEGRENDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett

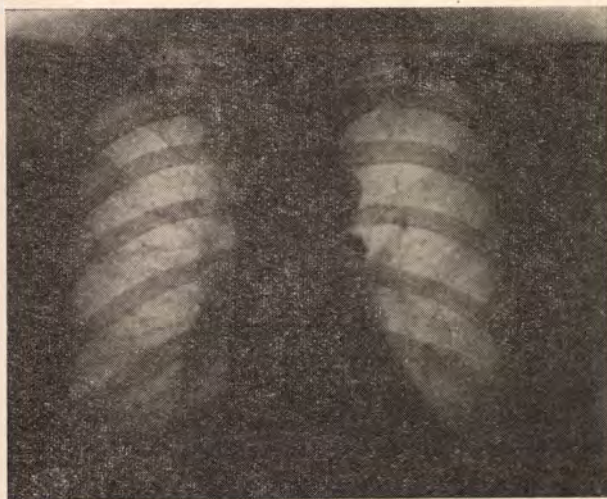
az ORVOSI HETILAP-ot

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

Az Euler — Liljestrand féle reflex igazolása bronchus-adenoma esetében

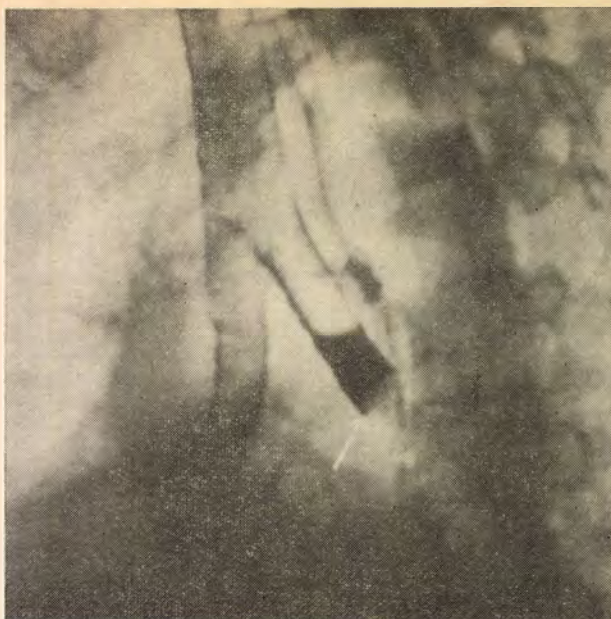
Török Éva dr., Cs. Kiss Éva dr.,
Mihalovics Péter dr. és Ungár Imre dr.

Az akut pneumoniás betegek általában belgyógyászati osztályra kerülnek. Az esetek nagy részében itt nincs mód és idő a pneumoniák mögött esetleg meghúzódó kórfolyamatok pontos tisztázására, a klinikai gyógyulás bevárására. Ezek azok a kórképek, amelyeknek további tisztázása pulmonológiai osztályra tartozik. A pneumoniák hátterében különböző bronchológiai elváltozások, nem ritkán malignus tumorok is lehetnek. Ilyenkor sürgető a pulmonológiai kivizsgálás.



1. ábra.

A recidiváló pneumoniát okozó benignus, ill. malignus tumorok aránya 1:10-hez. Közöttük jelentős szerepet játszik a bronchus-adenoma, amelynek első leírója *Heinrich Müller* volt. Az elnevezést először *Kramer* használta. Az adenoma, amely általában a nagyhörgőkből indul ki, semimalignus daganat, műtéti indikációt képez. A műtéti megoldás elmaradása hörgő-stenosishoz, bronchiectasiához, gennyesedéshez vezethet, recidiváló pneumoniát, haemoptoét okozhat, növekedése extrém fokú lehet, ritkán áttétet adhat, és malignusan átalakulhat (1).

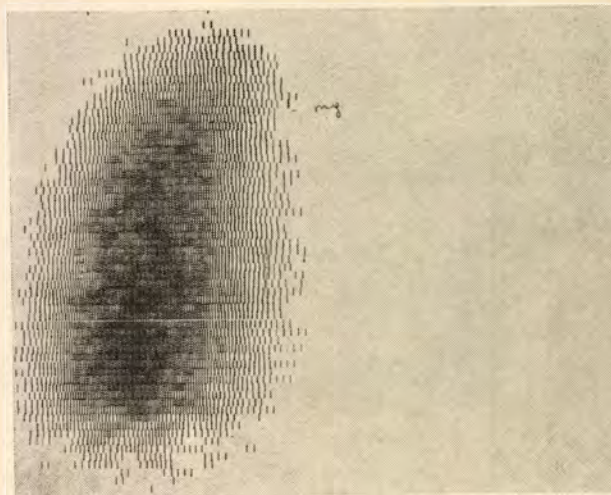


2. ábra.

Az alábbiakban ismertetjük esetünket, mely jól példázza a pontos kivizsgálás és a műtét szükségességét és amelynek körlefolysa is, ritkasága miatt, érdeklődésre tarthat számot.

Esetismertetés

G. J.-né 52 éves beteg, négy éven keresztül 6 alkalommal állott bal oldali pneumonia és ismétlődő haemoptoe miatt otthonában, ill. belosztályon kezelés alatt. Utolsó kórházi ápolása alatt történt első ízben tüdőgyógyászati konzílium, mely után tüdőosztályra helyezték. Átvételkor láztalan, bal oldali pneumóniája már regresszióban volt. Fizikálisan a b. rekesz magasabban áll, a b. tüdő felett légzési hang alig volt hallható. Mellkas felvételén a középpárnyék kissé balra diszlokált, b. rekesz felett pleurális fedettség volt észlelhető (1. ábra). Súlyyede 100 mm/ó. Bronchoszcópia: a b. főhörgőben kb. 3 cm-rel a carina alatt a teljes lument kitöltő, gömbölyű terimenagyobbodás volt látható, melyet ép nyálkahártya fedett. Bronchographián az említett helyen félhold alakban jelentkező stop ábrázolódot (2. ábra). Tüdőscintigraphián a bal oldalon teljes perfúzió kiesés mutatkozott (3. ábra). Légzés-



3. ábra.



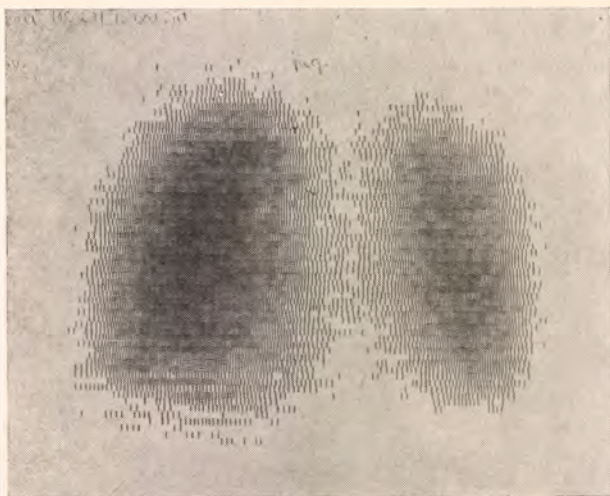
4. ábra.

funkció közepesen súlyos, vegyes jellegű ventilációs zavart mutatott.

Az elváltozást bronchus-adenomának tartottuk és műtéti megoldásra került sor. A műtéti terv a scintigraphia alapján pulmonectomia volt. Műtétkor a tapintási lelet szerint a felső lebeny épnek látszott. A bronchiectasiás alsó lebeny resectiója a hozzá tartozó főhörgőszakasszal együtt, tehát a szilva nagyságú fibroadenomának eltávolítása után, hörgőanastomosis segítségével állítottuk helyre a felső lebeny ventilációját. A scintigraphiás lelet alapján ugyan kapilláris keringést a bal tüdőben kimutatni nem lehetett, mégis azt reméltük, hogy a ventiláció helyreállítása után a perfúzió vissza fog térni. Feltételeztük, hogy az adenoma nem zárta el hosszú ideig a főhörgőt, mivel atelectasia még nem alakult ki. Erre az ismert, bár vitatott Euler—Liljestrand-reflex alapján számítottunk, amelynek valóságát klinikai adatok alátámasztják.

A műtét alatti és utáni mikroszkópos vizsgálat megerősítette az adenoma diagnózist.

A postoperatív szak zavartalan volt. A műtét utáni mellkasfelvételen a bal felső lebeny jól kitágult, a rekesz mozgása kielégítő volt. A kontroll légzésfunkciós vizsgálat kismértékű javulást mutatott. A műtét után két hónappal készített tüdőscintigraphia a műtött, korábban „néma” bal oldalon perfúziót mutatott, mely a normális jobb oldali áramlás kb. 25%-ának felelt meg. A műtét után egy évvel végzett kontroll vizsgálatok alkalmával a beteg teljesen panaszmentes volt, mind a légzésfunkciós, mind a scintigraphiás lelet további javulást mutatott. Hat évvel később mellkasfelvételen a bal rekesz ívelt, felette kis kiterjedésű pleu-



5. ábra.

racallus van, a bal felső lebeny szépen tágult, a mediastinum középállásban van (4. ábra). Spirometria megegyezik a hat évvel korábban végzett vizsgálat eredményeivel, restrictiv ventilációs zavar áll fenn, mely a lobectomiának megfelel. Tüdőscintigraphián a jobb oldali tüdő perfúziója ép, a baloldalt a felső lebeny jól kitölti, ennek perfúziója a lebeny nagyságának megfelel (5. ábra).

Megbeszélés

Az alveoláris hypoventiláció következtében perfúziócsökkenés alakul ki. Ezt nevezik Euler—Liljestrand-féle reflexnek. A ventiláció és a perfúzió helyes arányát biztosító kombinált reflexfolyamatok mechanizmusa még ma is vita tárgya (2, 3, 5, 7). Kétségtelen, hogy a ventiláció csökkenésével együtt érszűkület lép fel a pulmonális arteriolákban, mely az ellenállás növekedésével a keringő vért az ép szellőzős területek felé tereli (4, 7). A reflex azonban csak egy irányban, az alveolus-kapilláris felé működik (5, 7). Ellentétes irányú mechanizmus, mely a perfúziócsökkenés esetén a ventilációt leállítja vagy beszűkíti, eddig nem ismert. A keringés és a ventiláció, ill. a keringés és a gázcsere szerves egységet képez. Euler az oxigén tensio csökkentésével csökkenteni tudta az áramlást is (3, 6). Cournand az alveoláris oxigén tensio és az arteriolák keresztmetszete közti összefüggést alveolo-kapilláris reflexszel magyarázta, amely arra szolgálna, hogy a rosszul szellőző tüdőrészből a keringést kikapcsolja és az ép tüdőterületek felé terelje (2, 5, 6). A beszűkülést az ellenoldali érhalózat növelésével, vagy a keringési idő gyorsulásával kompenzálja a szervezet. Ugyanez a mechanizmus érvényesül akkor, ha hörgőszűkület következtében nagyobb tüdőterület esik ki a ventilációból.

Esetünk azt igazolja, hogy a ventilációt akadályozó tényező időben történő kiiktatásával az elváltozás reverzibilis lehet, vagyis a ventiláció helyreállítása a perfúzió javulását is maga után vonhatja. A gyakorlat számára pedig az a tanulság, hogy a teljes perfúziókiesés esetén sem biztos, hogy csak pulmonectomia végezhető.

Összefoglalás: A szerzők bronchus-adenoma miatt operált esetüket ismertetik, akin a műtét előtti tüdőscintigraphia teljes perfúzió-kiesést mutatott. Ennek ellenére, az Euler—Liljestrand-reflex ismeretében nem pneumonectomiát végeztek, hanem csak lobectomiát. Hörgőanastomosisal állították helyre a ventilációt. Két hónappal a műtét után a „néma” oldalon perfúzió jelent meg. Hat évvel a műtét után bal oldalon a felső lebenynek megfelelő normális perfúzió volt.

IRODALOM: 1. Böszörményi M. és mtsai: A felnőttkori tüdőbetegségek klinikuma. Medicina, Budapest, 1974, 181. — 2. Cournand, A.: Acta Cardiol. Belg. 1955, 10, 429. — 3. Euler, U. S. v., Liljestrand, G.: Acta physiol. scand. 1946, 12, 301. — 4. Gottsegen Gy.: A légzés betegségei, Medicina, Budapest, 1966, 217. — 5. Hutás I.: Tuberkulózis, 1964, 9, 26. — 6. Hutás I.: Tuberkulózis, 1960, 10, 307. — 7. Keszler P. és mtsa: Légzés-funkció a klinikai gyakorlatban, Medicina, Budapest, 1967, 37. — 8. Liljestrand, G.: Arch. int. med. 1948, 81, 162.

Elfelejtett kórházak nyomában

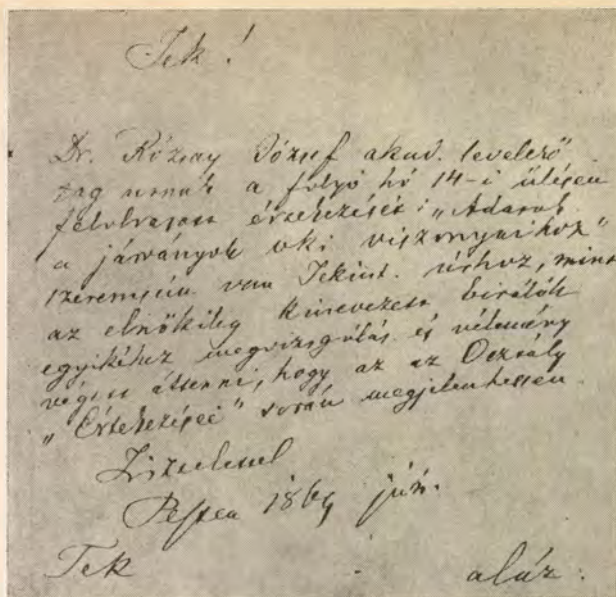
Balassa és Semmelweis a régi zsidó kórházban

Néhány ismeretlen és kevésbé ismert adattal szeretnék hozzájárulni két nagy magyar orvos arcképehez. Ezen adatok a nagy orvosprofesszorok mély humanitását markánsan jellemzik. Kevesen tudják, hogy Balassa János és Semmelweis Ignác a régi zsidó kórházba járt operálni szegény sorsú betegeket, teljesen ingyen, minden ellenszolgáltatás nélkül. Ez annál is inkább figyelemre méltó, mert azokban az években (egészen a kiegyezésig) a zsidóságnak nem volt polgári joga. Jól mutatja Balassa és Semmelweis magatartása a jogegyenlőséget hangsúlyozó magyar nemzeti liberalizmusnak szellemét, amely a zsidóság emancipációját kívánta biztosítani.

Előzmények: A pesti izraelita hitközség kórházának működését 1805-től számítjuk. Ez az egy szobából álló 4 ágyas menedékszerű hely az Orczyházban volt. 1809-ben már egy egész házat bérelt ki kórház számára a hitközség. 1815-ben ez a ház is már elégtelennek bizonyult, ezért a terézvárosi Kreutzgasséba költözött. Innen a Diófa utca 267. sz. alá, majd a Dohány utca 307. sz. bérházba, ahonnan a nagy pesti árvíz alkalmából a betegeket a Könyök utcai zsidó iskolába mentették át.

Ez ideig a betegek tulajdonképpen csak bérelt helyiségekben voltak elhelyezve. Felmerült az az óhaj, hogy a hitközségnek saját kórháza legyen. 1825-ben Ferenc királyhoz beadott kérvény eredménytelen volt. A hitközség a kórházépítési jogot csak 1838-ban kapta meg V. Ferdinándtól. A telket 1840 febr. 20-án vásárolták meg 6000 pengőforintért. A telek a Gyár utca és az Aradi utca sarkán volt, területe 4338 négyzetméter.

A polgári jogokkal nem rendelkező zsidóság csak hosszas huzavona után József nádor intézkedésére építhetett kórházat, a mai Jókai utca és Aradi utca sarkán. Az építésével a híres Hild Józsefet bízták meg, aki alig 4 hónap alatt (1840. augusztus–november) az egyemeletes épülettel készen volt. Az ünnepélyes zárókötétel csak később, 1841. szept. 21-én József nádor jelenlétében történt. A korabeli sajtó erről így ír: „— a Theresia-külvárosban újonnan épült pesti izraelita-kórháznak zárókövét tétették le. Főherczeg nádor ő felsége vala kegyes e foglalkozást végbe vinni — különféle vallású és rendű tömeg gyülekezete mellett — a nép éljent harsoga. Az ünnepély tábori zene mel-



Arany János kézírása Dr. Rózsay József akadémikus ügyében (MTA kéziratár)

lett és taraczkok moraja közt fényesen tartaték meg. Öföhsége megtekinté belül is a kórházat, melly mint helyzetére, mint szerkezetére különben is mint üdvös intézet embertársainak gyámolítására jó sikert ígért.”

Az épület egy magas földszintből és egy emletről állott. A főbejárat a Gyár utca 861. felől volt, az utcára 13 ablak nézett. A kórtermek összesen 576 négyzetméter területet foglaltak el. Az épület 4 nagy kórteremből (12–12 beteg számára) s egy 6 ágyas és öt 4 ágyas szobából állott. Az épületben volt még gondnok, a másodorvos, az „étnök” és a házfelügyelő lakása. Ezenkívül a kórháznak volt egy „nagyobb” imaháza, házi gyógyszerháza, egy rendelőszoba a járóbetegeknek, fürdőszoba, konyha, hullakamra, kocsiszín és raktárak. Árnyas nagy kertje — 2160 négyzetméter — a fennjáró betegek számára, a jelenlegi Lenin körúton terült el.

A betegek akkor még nem voltak betegségük szerint elkülönítve, együtt feküdtek bel-, seb- és szembetegek. Külön műtőhelyiség nem volt. A betegeket a kórteremben, az ágyon operálták. A kórházi ügyrend már 1842-ben előírta, hogy az állandó orvos, míg az operatőr megérkezik, köteles előkészíteni a műszereken kívül: hideg vizet, meleg vizet, szivacsokat, olajat, ecetet és frissítő, élesztő szereket. A műtői teendők elvégzésére Balassa János professzort kérte fel a kórház, aki ennek a kérésnek mindig készséggel eleget tett.

Például 1862. január 23-án Balassa a következő válaszlevelet írja a Kórház vezetőjének. „Nagybecsű iratát vettem, melyben engem a kórház körül előfordulandó fontosabb sebészeti műtétekre nézve becses bizalmukkal továbbra is felruházni méltóztatnak. Midőn e belí kitüntető megbízást — a legnagyobb készséggel elfogadom, nem mulasztatom el — köszönetemet nyilvánítani a felett, hogy megbízás által csekély személyemnek is nyújt alkalmat tehetségem szerint járulni azon emberbaráti célok lendítéséhez, melyeket kórháza által betölteni nemes feladatul magának kitűzött.”



Schreiber Sándor
professzor
gyűjteményéből

Nagyságos tanár és
kir. tanácsos Úr!

Azon számtalan emberbaráti és áldásos orvosi működés közt, melyeket Nagyságod huszonöt évi dicső tanári pályáján oly sikeresen végzett, s melyek embertársait örök hálára kötelezik, méltó helyet foglal el Nagyságod ama önzéstelen és kitűnő eljárása, melyet a pesti izraelita kórház s az izraelita szegény betegek irányában tanúsított.

Ugyanis Nagyságod huszonöt év óta bármikor fölhíva a legnagyobb készséggel sietett a kórházunkban fekvő szegény betegeknek segélyt nyújtani, továbbá az ország minden részéről ide zarándokolt szegény beteg hitsorsosinkat, kik ezen csarnokban, ezen szentélyben keresték szenvedéseik enyhítését, Nagyságod páratlan emberszeretettel fogadta s bölcs tanácsával bajaik gyógyítását vagy enyhítését nemeslelkűen kieszközölte.

De Nagyságod jótevő működése nemcsak hitfelekezetünk betegeire, hanem annak orvosi osztályára is kiterjed, — Nagyságod felvilágosult szellemével lerontá azon sorompókat, melyeket vallási türelmetlenség hitrokonaink ellenében az orvosi pályán felállított. Nagyságod volt az, ki honunkban izraelita műtőknek szabad pályát nyitott már egy évtized előtt, mely körülménynek köszönhetjük, hogy kórházunk élére Nagyságod egyik tanítványát állíthattuk; nem ismeretlen előttünk, hogy kié az érdem, hogy izraelita műtő az állam költségén mai nap neveltetik, és hogy az egyetemi tanárság ma már független minden valóság különbségtől.

Mi Nagyságod színe előtt megjelentünk, mint küldöttjei a pesti izraelita hitközségnek, a kórházi bizottmánynak és a Chevra Kadisának, vagyis szent egyletnek, mely évszázadok óta fennáll s emberbaráti kötelességét a betegek ápolásával és a halottak temetésével teljesíti; — megjelentünk, hogy az összes községnek és a Chevra Kadisának mélyen érzett háláját kifejezzük. Ezt nekem méltó szavakkal tolmácsolni nehéz feladat, mert érzem, hogy csekélységem képtelen ily mély érzelemnek megfelelő kifejezést kölcsönözni. De arról biztosíthatom Nagyságodat, hogy nemes emberbaráti eljárása községünk történetében arany lapot fog elfoglalni s utódaink Nagyságod nevét dicsőítve fogják említeni.

Hogy pedig ezen dicső napnak egy kis maradandó külső emléke is legyen — bátor vagyok Nagyságodnak a pesti izr. hitközség és a Chevra Kadisa nevében ezen serleget át-nyújtani.

Fogadja ezt Nagyságod szívesen, s midőn szegény betegeink, és kórházunk iránti továbbbi rokonszenvét és kegyességét kikérnök, kívánjuk, hogy: egek Ura tartsa meg Nagyságodat ép egészségben a haza, a tudomány, és a szenvedő emberiség javára, s engedje, hogy tanársága félszázados fordulóján ezen serleget örömkifejezéssel ürítse kedves unokáinak egészségére!!

„Az üdv kelyhét emeld, ha ezen kelyhet
ajkidhoz emeled,
Egészséget hozzon testednek, felüdülést
lelkednek”
(Salamon-mondat)

1863-ban már rendes sebésze volt a kórháznak, *Hermann Sámuel dr.* „Ámbár volt rendes kórházi mütő a nevezetes esetekben, még mindig kijárt Balassa: a nőbetegek egynémelyikéhez pedig a dicsőséges emlékeztető Semmelweist hívták meg.” (*Rózsa Félix*).

Rózsay József dr. akadémikus, a kórház igazgatója *Balassa* arcképének ünnepélyes leleplezésekor (1863. április 7.) így köszöntötte a magyar sebészet atyját: „Balassa tanár és királyi tanácsos úr sok éven által kitűnő szakavatottsággal önzetlen és emberbaráti jeles szolgálatokat tett intézetünknek. Kitűnő műtétek által sokaknak menté meg e házban életét. Midőn — őszinte hálámat nyilvánítanám, egyszersmind azon reményemet fejezem ki, hogy gyámolítását ezen intézettől ezután sem fogja megtagadni.” A problematikus női betegekhez *Semmelweis Ignác*ot hívták, aki szintén mindig készséggel rendelkezésre állt. Ugyanezen az ünnepélyen *Rózsay* akadémikus így szólt *Semmelweis* professzorhoz: „Méltatlan volnék ha — meg nem említeném, — szívből fakadó hálámat — *Semmelweis* tanár úrnak, aki felszólításunkra mindenkor lekötelező készséggel volt segítségünkre.” Az Orvosi Hetilap (1863. 15. sz.) „Ünnepély az pesti izr. kórházban” című cikkben is beszámol arról, hogy a kórházi bizottmány elnöke, *Rózsay*, háláját fejezte ki „Balassa és *Semmelweis* tanárok iránt, kik valahányszor arra szükség volt, a hozzájuk intézett meghívásnak a legnagyobb készséggel engedvén, a kitűzött cél elérésére közre működtek.” Az Orvosi Hetilap így folytatja: „Az ünnepély után a társaság a kórház termeiben és különféle helyiségeibe szétoszolván, az abban történt változásokat szemlére vette és a meghonosult rend és tisztaságról (sic!) saját szemével győződött meg.”

1866. augusztus 23-án *Erzsébet királyné* látogatja meg a kórházat. „A felséges asszony ágyról-ágyra járván — miután körútját befejezte, teljes megelégedéssel nyilatkozott, úgy az ápolás, mint az intézetben észlelt tisztaság felett.” A királyné megállapítását, mely a tisztaságra vonatkozik, nem lehet szó nélkül hagyni, ha ismerjük a látogatás körülményeit. Pesten 1866 nyarán, július 17-én jelentkezik az első choleras megbetegedés az Erdősor 512. sz. házban. Ugyanebben az utcában az agg-ápolóban 93-ban megbetegedtek, ebből 81 halt meg. Augusztusban teljes erővel tör ki a cholera-járvány. Ekkor látogatja meg a királyné a zsidó-kórházat, ahol a halálozás jelentősen kisebb. Fentiekből arra következtettem, hogy a kórházban igen jók lehettek a tisztasági körülmények, hiszen előző évben *Semmelweis* is itt tevékenykedett és bizonyosan elvégezték a klórvizes kézmosást is. Továbbá a zsidóknál a kézmosás amúgy is szigorú vallási parancs évezredek óta. Étkezések előtt és testi szükségletek végzése után a kéz lemosása olyan parancs, amelyet máig is betartanak. Felébredés után, halottal való foglalatzkodás után is kezét kell mosni.

Balassának 25 éves zsidó kórházi önzetlen munkásságát *Rózsay József*, a Magyar Tudományos Akadémia tagja köszönte meg 1868. máj. 28-án. A beszéd szövegét *Scheiber* professzor jóvoltából ismerhettem meg. *Rózsay* az ünnepélyes

alkalomkor díszes ezüst serleget adott át *Balassa* professzornak a hála jeléül. A serlegre *Salamon király* mondása volt vésvé. Röviddel ezután *Balassát* elragadta a halál.

Hogy a kórház mennyire jelentős volt, arra jellemző adat: 1865. aug. 29-én 18 évi szünet után *Liszt Ferenc* a pesti Vigadóban hangversenyt adott. Bevételeiből a zsidó kórháznak is juttatott (Házánk s a Külföld. 1865. 576.)

A nagy bizalomnak örvendő kórház nemsokára szűknek bizonyult. Áthelyezését gyorsította az a körülmény, hogy a kórház kertjét a Teréz körút megnyitása miatt 1884-ben kisajátították, s így még szűkebb helyre szorultak a betegek.

1886-ban megvásárolták *Rózsay* fáradhatatlan buzgóságára a Dózsa György út (Aréna út) mentén levő faiskola területének egy részét, 4192 négyszögölt, ahová az új zsidó kórházat építették fel. (Jelenleg az Orvostovábbképző Intézet.)

Végül említsük meg a régi kórház néhány nagy orvosának nevét. Igazgató: *Rózsay József* akadémikus, *Stiller Bertalan dr.* belgyógyász, *Báron Jónás dr.* sebész. Ők és sok kiváló társuk a semmiből megteremtettek egy országos híru gyógyintézetet, ahol számtalan szenvedő beteg gyógyult meg.

Csillag István dr.

IRODALOM: 1. *Batizfalvy Sámuel*: Emlékbeszéd dr. muraközi *Rózsay József*, a M. T. Akadémia lev. tagja felett. Bp. 1889. — 2. *Csillag István*: *Rózsay József*, Orvosi Hetilap, 1976, 117, 3053—3054. A régi pesti zsidó kórház. Évkönyv 1977/78. (szerk.: *Scheiber Sándor*). Bp. 1978. 96—99. — 3. *Engländerné Brüll Klára*: Orvosok és kórházak Pest-Budán. Bp., 1930. — 4. *Gerlóczy Gyula és Dulácska Géza*: Budapest és környéke. Természettörténeti, orvosi és közművelődési leírása. Bp. 1879. II. kt. 253—254. — 5. Magyar Izraelita. 1862. 35. 1863. 140—141. — 6. Nemzeti Újság. 1841. 305. — 7. Orvosi Hetilap. 1863. 7. 302. — 8. *Rados Jenő*: Hild József, Pest építőjének életműve. Bp. Akad. kiad. 1958. 129. 331. Építési engedély: *Ecke Arader und Fabrik-gasse* 1840. Sz. B. 8667. Budapesti Szépitő Bizottság. Bpest I. Levéltár, Városháza. — 9. *Rózsa Félix*: A pesti izr. hitközség kórházának orvosi és gazdasági jelentése az 1896 millenáris esztendőről Bp., 1897. 1—23.

Magyar—lengyel orvosi kapcsolatok a XV-XVI. században

A magyar—lengyel orvosi kapcsolatok talán leg-gazdagabb időszaka a XV/XVI. század, amikor a krakkói egyetem Közép-Európa egyik kulturális és oktatási központjává vált, ahol a magyar értelmiség jelentős része tudását és képesítését szerezte. Az orvosi kapcsolatok kiépülésében azonban nemcsak az egyetem, hanem a Jagelló család magyarországi uralma, illetve *Báthory István* lengyel királysága is fontos szerepet játszott. A királyi udvarok, illetve a magyar egyetemalapítási kísérletek [Mátyás pozsonyi (1467) és budai (1481)] vonzották a lengyel tudósokat, közöttük több orvost is. Az

egyetemi kapcsolatok szempontjából lényeges, hogy szinte az alapítási évtől (1364) kezdve a magyar nemesi és polgári ifjak tömege áramlott Krakkóba, amely közelsége miatt alig számított külföldnek, valamint olcsóbb tanulmányi lehetőséget biztosított. Krakkó vonzereje még akkor sem csökkent, amikor magyar–lengyel politikai ellentétek — Mátyás és Kázmér királyok alatt — fegyveres összetűzéseket robbantottak ki. A XV. században a magyar hallgatók létszáma volt a legjelentősebb a krakkói egyetemen, általában a beiratkozottak egyötödét-egynegyedét adták, de még a XVI. század derekán is évente 30–40 magyar tanult az ősi egyetem falai között.

A krakkói egyetem orvosi karára beiratkozott magyarokról aránylag keveset tudunk, bár a kar is csak a XV. század derekára fejlődött ki, így az első évszázadáról szegényes adatok maradtak fenn. Azonban a krakkói egyetemen anyakönyvezett magyar hallgatók töredéke folytatott tanulmányokat az orvosi karon, ezek többsége is az itáliai egyetemeken fejezte be ilyen irányú studiumait. Ennek ellenére lényeges, hogy a XV/XVI. században két magyar hallgató szerzett orvosdoktori fokozatot Krakkóban, valamint hét baccalaureusi vizsgáról van tudomásunk. Azonban a krakkói orvoscépzés semmivel sem volt alacsonyabb színvonalú, mint az itáliai. Főleg a XVI. század közepén, hiszen Vesalius új anatómiai szemlélete itt is követőkre talált Albertus Novicampianus révén, aki szoros kapcsolatban állt hazánkkal (1).

A középkori magyar–lengyel orvosi kapcsolatok tágabb területét adják a magyar földre érkezett és nálunk gyakorlatot folytatott lengyel orvosok, illetve a magyar orvosok lengyelországi tevékenysége. Ez az Anjouk és a Hunyadiak korában válik gyakorlattá. Így Nagy Lajos (1342–1382) uralkodása idején élt Budán királyi orvosként Radlica János orvosdoktor, a későbbi neves krakkói püspök, aki tanárként is működött az orvosi karán (2). Már Hunyadi János kormányzósága idején telepedett le hazánkba Marcin Zurowica (Zurowicai Márton) krakkói orvos, aki 1449-ben szerzett orvosdoktori oklevelet Bolognában és Vitéz János váradi humanista körének tagjaként előfutára lett a XV/XVI. századot jellemző magyar–lengyel orvosi kapcsolatoknak.

A humanizmus korában a magyar–lengyel tudományos kapcsolatok kiépítése a lengyel Sanoki Gergely nevéhez fűződik, aki a már említett váradi kör jeles egyéniségei sorába tartozik. Sanoki szintén a krakkói egyetem neveltje volt, amikor wieliczkaei prépostként 1437-től Itáliában ismerkedett meg a humanizmussal, került kapcsolatba magyar hallgatókkal. Hamarosan hazánkba került, hiszen I. Ulászló titkáráként követnie kellett urát a magyar királyságba. Sanoki a várnai csatavesztés után (1444) sem tért vissza hazájába, hanem Hunyadi Mátyás nevelőjeként működött tovább. Csakhamar kapcsolatba került Vitéz Jánossal és humanista társaságával, amelyhez hasonlóan maga is tervezett Krakkóban. Valóban Sanoki hívására érkeztek Váradra Stanislaw Pleszewski és Marcin z Przemysl (Przemysli Márton) lengyel orvosdoktorok, majd Martin Bylica z Olkusza (Bylicai Már-

ton) híres lengyel orvos és csillagász. E kör tevékenysége Mátyás uralkodása alatt megnövekedett, működési tere Esztergomba tevődött át. Ekkor a nemzetközi tudományos együttműködés szervezetesebb középkori formái alakultak ki: a tervezett pozsonyi egyetemnek szüksége volt külföldi szakemberekre. Mátyás 1465-ben Vitéz Jánost bízta meg a szervezéssel, de a maga részéről is igyekezett előmozdítani a neves tudósok (matematikusok, csillagászok, orvosok, filozófusok stb.) meghívását. Igazi humanista egyetem körvonalazódott Pozsonyban (Académia Istropolitana). A megszervezés Vitéz érdeme, akinek hívó szavára érkezett hozzánk Johannes Müller Regiomontanus és Marcin Bylica is (3).

Bylica magyarországi működése folytatása Sanoki tevékenységének. Magyar kapcsolatai régebbi eredetűek voltak, hiszen már Krakkóban is élvezte a magyar hallgatók bizalmát, majd Bolognában baráti szálak fűzték Janus Pannoniushoz. Bylica már úgy érkezett hazánkba, mint a pozsonyi egyetem kiválasztott tanára. Annak ellenére, hogy Pozsonyban bölceletet és asztrológiát adott elő, de betöltötte az udvari orvosi tisztséget is. Azonban mint csillagász vált nálunk ismertté, orvosi gyakorlata csak az udvarra terjedt ki. Tekintélyének még az sem ártott, hogy kapcsolatban állt a Mátyás-ellenes összeesküvéssel, sőt udvari tisztségeit sem vesztette el. A Mátyás alapította budai egyetemen is (1481) fontos szerepet töltött be: feltehetően Mátyás kívánságára elkészítette több magyar város földrajzi meghatározását, terveket készített Magyarország feltérképezésére. Tanári és csillagászati tevékenysége mellett Mátyást elkísérte hadjárataira, ahol orvosként működött. A korabeli források szerint jelen volt Mátyás halálos ágyánál. Budai plébánosként hunyt el, végrendeletében értékes műsereit a krakkói egyetemre hagyta.

A Jagellók második magyarországi uralma — II. Ulászló és II. Lajos — idején élt Budán lengyel orvos. Ekkor működött királyi orvosként Budán Wawrzyniec z Ratiborza (Ratibori Lőrinc) és Lwówi Mihály (Michael z Lwowa), akik oklevelüket Bolognában szereztek (4), de megfordult a királyi udvarban Maciej z Miechowa (Mechoviensis) (1457–1523), a lengyel „Hippokratész”, a krakkói egyetem neves orvostanára és krónikáírója is. A feljegyzések szerint az ő segítségével jött a világra II. Lajos, de kezelte a halálos ágyánál a sokat betegeskedő királynét is. Gyakori budai útjai alatt magyar történelmi adatokat gyűjtött, így híres krónikája történeti forrásunk. Krakkói tanárként nagy tekintélynek örvendett a magyar hallgatók körében, bár gyakran szigorúan fegyelmezte őket.

A XVI. század közepén is folytatódott a magyar–lengyel orvosi kapcsolat: igaz, még mindig a királyi udvar a színtér, ahol a lengyel zsoldosok mellett egyre gyakrabban tűnnek fel a lengyel orvosok is. Ez főleg azután történt, hogy Szapolyai János király 1539-ben nőül vette Jagelló Izabellát. Buda elvesztése után az özvegy királyné Erdélyi humanista udvarában szinte csak lengyelek töltik be az orvosi tisztséget, amelyről már Wessprémi is részletesen szól munkájában. Izabella lengyel orvosi közül elsőnek Tectander Józsefet (1507–

1543) kell említenünk, aki királyi titkárként és udvari orvosként — oklevelét Páduában szerezte — követte az özvegyet Erdélybe is. Nevét az orvostörténelem a syphilisről (Basel, 1536) írott munkájáért jegyezte fel (5).

A Gyulafehérvárott elhunyt Tectandert az udvari orvosi tisztségben Symon z Szamutul (6) krakkói orvos, majd Josephus Struthius (József Strus) követte. Az utóbbi a pulsusról írott munkájával vált híressé. Ugyan Struthius orvosi munkája Izabella lengyelországi száműzetésével kapcsolatos, de ezalatt járt a török által megszállt Budán, bejárta Erdélyt és források szerint kezelte a beteg szultánt is. Amikor Izabella 1556-ban visszatért Erdélybe, az udvari orvosi tisztséget Albertus Novicampianus (Wajciech Nowopolski) (1508—1558), Vesalius első lengyel követője töltötte be. Novicampianus az udvari orvosi tisztség mellett János Zsigmond nevelőjeként is működött, de másfél év múlva — betegségére hivatkozva — felmentését kérte udvari szolgálata alól, és visszatért Krakkóba (7). Ugyan Novicampianus kolozsvári tevékenységéről kevés adat maradt fenn, feltehetőleg azért távozott, mivel éles teológiai vitába keveredett, a vallási türelemhez szokott Erdélyben, Kalvin követőivel. Őt — a kettős tisztségben — Ewangelista János lengyel orvos követte, aki — Bolognában szerezte orvosi képesítését — krakkói tanári állását hagyta ott gyulafehérvári állásáért. Nagy tekintélyű orvosként ismerték, így hamarosan gyakorlata egész Erdélyre kiterjedt, sőt több alkalommal Petraskót, a havasalföldi fejedelmet is gyógyította (8).

A XVI. század magyar—lengyel orvosi kapcsolatát Báthory István lengyel királysága zárja, akinek lengyelországi uralkodása alatt ritkán nyugodtak a fegyverek, de a súlyos harcok alatt is gondját viselte a művelődésnek, az iskoláknak. Báthory maga is humanista volt, ifjúkorában bejárta Itáliát, felkereste az egyetemeket, élete végéig rokonszenvezett Páduával. Lengyel királlyá választása után határozott tervekkel dolgozott ki a vallási küzdelmek során szétzilálódott krakkói egyetem átszervezésére, amit a párizsi Collegium Royal mintájára kívánt megújítani. Tervei meghiúsultak, így — bár nem akarta megszüntetni a krakkói egyetemet — elképzeléseit Vilnában és Kolozsvárott kívánta megvalósítani. Erdélyben négykaros egyetemet akart alapítani, amelynek első lépéseként felállította a jezsuita Collegiumot (1580), amit még életében jogi és teológiai karral bővített. (Az orvosira már nem került sor!) (9). Váratlan halála után szétfoszlottak ragyogó tervei, vilnai és kolozsvári egyetemei csak évszázadokkal később valósultak meg.

Báthory István lengyel királyságába elkísért és ott katonai szolgálatot vállalt erdélyiek sorában több orvos és sebész nevével találkozhatunk. Így lengyel forrásokból ismerjük Aval Dezső, Brassói Pál és Babba Mihály magyar orvosok, valamint Mihály katonai sebész lengyelországi tevékenységét. Mellettük Gyulay Pált (?—1592), a páduai és a bolognai egyetem orvos- és filozófia doktorát kell említenünk, aki a Krakkóban működő erdélyi kancellária titkáráként élt Báthory István környezetében. Adataink szerint Gyulay Pál lengyel földön nem folytatott orvosi tevékenységet, de kapcsolat-

ban állt Wojciech Oczkóval (1537—1599), a syphilis egyik korai lengyel leírójával, Simon Simoniusszal, Báthory híres udvari orvosával, aki egyik munkájában Gyulayt barátjaként és kiváló orvosként említi, akitől gyakran kért tanácsot szakmai kérdésekben (10).

Báthory halálával zárult a középkori magyar—lengyel orvosi kapcsolatok leggazdagabb szakasza, amely sajnos nem folytatódott a következő évszázadban. A krakkói egyetem sajnos elvesztette jelentőségét, a külföldet járó magyar diákok inkább a német és németalföldi protestáns vagy Itália egyetemeit látogatták. Itt viszont a magyarak általában a lengyelekkel alkottak közös egyetemi nemzetet, amely már — orvostörténeti szempontból — csak szűk körét és lehetőségét adta a múlt széles kapcsolatainak.

Kapronczay Károly dr.

IRODALOM: 1. Kapronczay Károly: Albertus Novicampianus. Orv. Hetil. 1978, 119, 481. — 2. Szumowski Ulászló: Az orvostudomány története. Bp. 1939. — 3. Kovács Endre: Magyarok és lengyelek a történelem sodrában. Bp. Gondolat, 1973. — 4. Oettinger, József: Rys dawnych dziejów Wydziału Lakerskiego U. J. Kraków, 1978. — 5. Wespzprémi István: Magyarország és Erdély orvosainak életrajza. III. köt. Bp. Medicina, 1968, 827. — 6. u. o. III. 807. — 7. Kapronczay Károly: A krakkói egyetemen tanult lengyel orvosok a XVI. századi Magyarországon. Comm. Hist. Artis Med. 62—63. köt. 1971, 1, 111—119. — 8. Wespzprémi: i. m. III. köt. 1, 589. — 9. Fontes Rerum Transylvaniae. I. köt. Bp. 1911/13, 1, 341. — 10. Szabó György: Abafáji Gyulay Pál. Bp. Akadémia, 1974.

Habent sua fata libelli

Magyar orvosok és gyógyszerészek a nyelvújítás korában

„Magyar—Német, és Német—Magyar Lexicon, vagy is Szókönyv” címmel bizonyos Márton József könyvet készített és adott ki 1803-ban Bécsben.

A kiadó, Márton József Iszkaszentgyörgyön született, tanult, majd nemesi családnál nevelődött, végül Bécsben letelepedve, a nyelvújítás mozgalmához elsősorban könyvkiadással kapcsolódott. A könyv előszavában nagyon szépen kifejti nézeteit és célját: „Nem lévén még eddig Lexiconunk, azok, akik a tudománybéli dolgokról írtak, vagy megtartották a Deák nevezeteket, vagy a próbára felvett Magyar Neveket vették bé, ha pedig ezek előttünk ismeretlenek voltak, vagy talán nem tetszettek, új neveket formáltak; a honnan, már most a közönségesebb Tudományoknak, és az azokban előforduló Mesterszókknak kellenél több Magyar Neveiben válogathatunk is; a midőn sok más Tudományok még épen nintsenek nyelvünkön elnevezve... A jelenlevő Lexiconba olly tzállal raktam belé az illetőn még bizonytalanságban függő neveket, hogy ez által köz megítélésre bocsássam; ... méltóztassék megvizsgálni, s amellyeket ...

helyben nem hagyhatnak, azok helyett jobbakat keresni, találni, és ezeket ha szükséges, az új nevek mellé tett pártfogó jegyzésekkel együtt velem közleni. Tsak így reményelhetjük, hogy idővel közönséges helybenhagyást érdemlő Nemzeti Lexiconunk léssen; s ha tudományos dolgokról írunk, egymást megérthetjük.”

Úgy tűnik, a fentiek igen időszerűek csaknem 200 év elmúltával is, hiszen ennél tömörebben nemigen lehetne összefoglalni anyanyelvünket védő, tisztító és megújító elveinket az átlag „tanult fők” számára. Különösen az utolsó szavak figyelemre méltóak!

Nyelvész számára is igen érdekes lehet a könyv tanulmányozása, nekünk azonban fontosabb a könyv több mint ezer előre fizető megrendelőjének névsora. Előbb azonban gondoljuk át, milyen hatalmas összegbe került akkor, 1800 táján ki nyomtatni ilyen könyvet 1500 példányban. A kiadó szerint csak a papír és a nyomda költsége 8000 frt.-ba került, egy példány könyv ára pedig a papír minőségétől függően 8, ill. 4 frt volt. Hogy érzékeltesük a fenti összegek akkori valóságos értékét, az alábbiakat említjük meg összehasonlításképpen: *Széchenyi István* akadémiai felajánlása 60 000 frt volt, amiből tehát csupán nyolc hasonló könyvet lehetett volna kiadni. Egyetlen könyv ára pedig fedezte volna bármelyik nagykorúsi módos gazda egész évi adóját, vagy a városi főorvos egy havi készpénz fizetését.

A megrendelők névsora csodálatos, köztük van az egész későbbi reformkor szinte valamennyi szellemi vezére, szereplője, még mint pataki, pápai vagy enyedi diák! Szegény *Csokonai Vitéz Mihály* maga is, nemcsak előfizetett, hanem még 37 megrendelőt is „beszervezett”! Vajon mennyit kellett a szegény költőnek talpalni, rábeszélni ezért a 37 előfizetésért?

Természetesen legjobban az érdekelt, talá-lunk-e a 1500 példány megrendelői között „egészségügyi dolgozókat”? Íme tehát a névsor, tiszte-

letre méltó orvosgyógyszerész elődeinkről, akik a könyvből rendeltek:

Bérczy János Orvos Doctor Pesten,
Komlódi András Hajdu Vár. Doctor Debretzenben,

Kováts Mihály Orvos Doctor Pesten,
Lenhossék Mihály Tek. Esztergom Várm. Orvos Doctora Pesten,

Marikowszky György az Orvos Tud. Doctora, helység megjelölés nélkül; vajon ki volt?

Nyulás Ferenc Orvos Doctor Kolozsváron, külön két példányt,

Soós Márton Deés Város Orvos Doctora, Szentgyörgyi József Doctor Debretzenben, külön 10 példányt,

Szotyori József Orvos Doctor Maros-Vásárhelyen,

Zsoldos János Pápai Orvos Doctor,
Gyergyói Mihály az Orvosi Tud. Hallg. Pesten,

Mühr Antal N. Váradi patikárius és
Vajbel Barnabás Pápai Patikárius.

A fenti névsorból csupán *Lenhossék Mihály* neve ismert számunkra. Lehet, illendőbb lenne, ha a többiekéről is tudnánk valamit. Mindenesetre úgy vélem, nemcsak költői kérdés, de valóban felvethető: ha most, a mai korban kellene a magyar tudományos nyelv védelme, megújítása érdekében hasonló méretű anyagi áldozatot hozni, vajon hányan tennék meg, és lenne-e az 1500 könyvre előre fizető megrendelő? És elmondhatná-e a Kiadó mindazt, amit *Márton József* az előszóban írt, célozva a könyv 1799.-i tulajdonképpeni első kiadására, ami gyorsan elfogyott s amit azután sürgettek újból kiadni? „... Méltán reményelhettem, hogy legalább annyi Előfizető Urak fognak a két Magyar Hazában találkozni, akiknek segedelme által, közjóra intézett Munkámat kinyomathatnám; de megvallom, hogy jószándékom Előmozdítóinak száma minden reménységemet a tsudálkozásig fellyülhaladta...”

Pál Endre dr.



Onkológia

Interferon-hisztéria. Keil, T. U.: (Szerk. közl.) Münch. med. Wschr. 1980, 122, 1088.

Az új „csodaszer” egymásnak sokszor ellentmondó hírei a daganatos betegekben hol reményt, hol pedig csalódást okoznak. Az 1957-ben az angol Isaacs és svájci Lindenmann által felfedezett anyagot még mind ez ideig nem sikerült annyira alaposan átvizsgálni, hogy spekulatív állásfoglalás helyett vélekedés véleményként mondhatnánk.

Bizonyított adat még kevés áll rendelkezésünkre. Ide sorolható a **vírus- és főleg herpes-vírus-ellenes hatása.** Ennek mechanizmusáról egyelőre csak annyit tudunk, hogy a fertőzött sejtek a vírus behatolása esetén kémiai jellel értesítik és a vírus anyagcseréjének megállítására ösztönözik a többi sejtet. Nyitott maradt még a tumorsejtekre és a komplex szabályozó funkciókra, így az immunrendszerre kifejtett hatás kérdése. Ugyancsak tisztázatlan még a human-interferonok pharmacokinetikája és -dinamikája, de a közelmúltban tisztázták a fibroblast-interferonok (= 165 aminosav) és a leukocyt-interferonok (= 166 aminosav) szerkezetét. Adatok vannak már mindkét interferon variánsairól is.

Nehézségek adódnak még az interferonok előállításában. Az interferon-produkció géntechnológiai útja a sejtültéréből történő valószínűleg nemsokára felül fogja múlni, de a kémiai szintézis lehetőségének a szakemberek alig adnak gazdasági esélyt. Lehetségesként újabbak előterbe került indukáló anyagok hatására magában a páciensben történő előállítás.

Az eddig publikált néhány közleményből — amelyek vírusbetegségek és tumorok kezeléséről adtak számot — összegezhető vélemény még nem adható és erre gyakorlatilag 1985 előtt aligha számíthatunk. Öröndöletes viszont, hogy a Shell-USA-konzern 4 millió dollárt adott az interferon kutatásra. Az orvosi vizsgálatok eredménye azonban még teljesen nyitott és lehet, hogy kutatásainkban a „magasabb szintű zavartságot” fogja még tovább fokozni.

Angeli István dr.

1961—75 között a rosszindulatú daganatok incidenciája $13,93^{0/000}$ -ról $19,39^{0/000}$ -re emelkedett. Az incidenciának növekedése évenként $2,4^{0/0}$ -ot tett ki, de az utóbbi néhány évben $1,5^{0/0}$ -ra mérséklődött. Továbbra is a városi lakosság körében gyakoribb a megbetegedés, de az eltelt időszakban az incidenciának növekedése a falvakban nagyobb mérvű volt, ami azonban inkább a felkutatásának javításával hozható összefüggésbe.

A megbetegedés általános növekedési tendenciája mögött ugyanakkor komoly összetételváltozás figyelhető meg: csökkent a gyomor, a nyelőcső, az ajak, a méhnyak rákos megbetegedéseinek gyakorisága, ezzel szemben nőtt a rectum, az emlő és a hörgő rosszindulatú daganatainak az incidenciája.

A szerző a prognózisban az extrapolációs módszerrel alkalmazta. Ennek alapján 1980-ra 210—214 százezrelekre, 1990-re 237—240 százezrelekre jósolja a rosszindulatú daganatok évi előfordulási gyakoriságát. Ismerteti a várható változásokat az egyes szervek megbetegedési gyakoriságának a sorrendjében is. A közlemény értékes adalékokkal szolgál a növekvő gyakoriságú megbetegedés elleni küzdelem hatékony megszervezéséhez.

Varga János dr.

A pajzsmirigy finomtü aspiratiója és finomtü biopsziája. Esselstym, C. B. Crile, G. jr. (Dept. Surg. Cleveland Clinic, Euclid Ave. Cleveland, Ohio 44106): World J. Surg. 1978, 2, 231.

A megnagyobbodott pajzsmirigy vagy a benne talált gób pontos diagnózisát a radiotív scan, az ultrahang echographia nem biztosítja, mivel ezek az elváltozást szövetileg nem azonosítják. Ezért gyakran, nehogy elnézzék a rákot, műtétet végeznek. Mivel a pajzsmirigygöb gyakori és a pajzsmirigy-rák ritka, a műtét sok esetben szükségtelen. A pajzsmirigy aspiratiós finomtü biopsziája az esetek többségében gyors, biztos és pontos kórismét biztosít. Egyes szerzők tapasztalata 1000-nél több esetre támaszkodik.

A szerzők leírják a finomtü biopszia technikai részleteit.

Néhány szerző aggályoskodik: a) mert a tübiopsiával nem nyerünk elég szövetet; b) tartanak a daganatsejt inoculációtól; c) nem bíznak a lelet patológiai interpretációjában.

A Clevelandi Klinikán 1967—1976 között 460 betegen végeztek aspiratiós tübiopsiát. 410 beteg így nyert anyaga elégséges volt a szö-

vettani kórismézéshez. 67 betegen végeztek pajzsmirigy műtétet: 44 különféle jóindulatú daganat és 23 rosszindulatú pajzsmirigy daganat miatt. 14 tübiopsia adott „malignus” eredményt és a műtét mind-egyiket megerősítette. 9 rákos esetben 6-ban follicularis neoplasia volt a biopsia kórisméje. 3 esetben a biopsia kórisméje „benignus” volt, de a klinikai lelet felvetette a malignitás gyanúját. 9 betegből vett biopsia malignitást mutatott. Egy 80 éves beteg follicularis rákját nem operálták meg. 2 beteg pajzsmirigyében laphámrák áttétét találtak és 4 kissejtes differenciálatlan rákot sugárterápiával kezeltek.

1 beteg a negatív tübiopsia ellenére 1 év múlva nagyon differenciálatlan rákban halt meg. A daganat nem a tübiopsia helyéről indult ki, 3 szövdmény fordult elő. Egy beteg tartós nyaki fájdalomról panaszkodott, egynek volt n. recurrens paresise és egynek néhány napig duzzadt volt a nyaka. Egy tüvel implantált daganatot sem észleltek.

Az aspiratiós finomtü biopsiát nagyon hasznos eljárásnak tartják: 1. Az eddig végzett sok ezer tübiopsia nyomán csak elenyészően kis számban mutattak ki daganat implantációt a szűrőszobájában. 2. Használható módszer a malignitás kizárásában és a műtét elkerülésére. Nem alkalmas a hypercellularis adenoma és az alacsony malignitási fokú rák elkülönítésére, de erre a fagyasztható metszet sem megfelelő, mivel a véredények invasióját csak a tokból vett anyagból készült számos metszet zárhatja ki. Az egyetlen biztonságos módszer a cellaris göb eltávolítása, ha a műtét nem kontraindikált.

A pajzsmirigy aspiratiós finomtü biopsziájával 460 pajzsmirigy daganatos beteg közül 393 esetben nem kellett műtétet végezni, mert a biopsia benignus elváltozást igazolt. Ez a műtét veszélyének elkerülése mellett jelentős költségmegtakarítást jelentett.

Tapasztalatuk szerint a finomtü biopsia hatásos, veszélytelen és megismételhető. Tudatában vannak, hogy a finomtü biopsiával el lehet kerülni a „szükségtelen” műtétet, de a veszélynek is, amit a malignus daganat fel nem ismerése jelent. Ezért a beteget gondosan szelektálják. A szelektálás egyik eszköze a finomtü biopsia is, amelyet alárendelnek a klinikai képnek, de amely megerősíti az olyan konzervatív kezelést igénylő betegek patológiai kórisméjét, mint: a sokgöbös formák, nyilvánvaló thyreoiditisek, műtetre alkalmatlan, a műtétet visszautasító betegek.

Indokolatlannak tartják a sebészek és belgyógyászok tartózkodását ettől a lényegében veszélytelen eljárástól, amely megkönnyíti a pajzsmirigy betegségek pontos kórismézését, azonosítását és lehetővé teszi a kezelés értelmes tervezését.

Póka László dr.

Emlőrák szűrés mammographiával. Anderson, I. és mtsai (University of Lund, Malmö, General Hospital, Malmö): *Radiology* 1979, 132, 273.

Malmö 240 000 lakosa közül 12 765 ötven évnél idősebb nőnek végezték el mammographiás szűrővizsgálatát. Minden esetben kétirányú felvételt készítettek fólia-film kombinációval, többnyire Kodak Min-R filmre, craniocaudalis és oldalirányban. Ezen felvételek alapján 405 esetben merült fel emlőrák gyanúja. Ezeket a betegeket visszahívták kiegészítő felvételekre. Utóbbiak alapján a malignitás gyanúja 194 esetben kizárható volt. A fennmaradt 211 beteget klinikai és cytológiai vizsgálatra irányították. 159 esetben történt műtét. Az emlőrák kórisméje 97 esetben nyert igazolást, ami a szűrt eset-számra vonatkoztatva 7,6 ezrelék gyakoriságnak felel meg. Az emlőrákok 55%-a in situ carcinoma volt, vagy 1 cm-nél kisebb átmérőjű invazív. A betegek kevesebb mint 20%-ában találtak hónalji nyirokcsomó-áttétet. Feltűnő volt az anyagban a tubularis rákforma gyakorisága, ami ennek hosszabb lappangási idejével magyarázható részben.

Kontroll csoportként a szűrésen kívül, a szokásos ellátáson keresztül vizsgálatra került esetek szolgáltak. Ezekkel összehasonlítva a mammographiás szűréssel felfedezett rákok szignifikánsan korábbi szakban kerültek felismerésre. A szűrési költségek elemzése szerint egy emlőrák felfedezése 2000 dollárba került. Ennek a viszonylag alacsony költségnek magyarázata, hogy csak mammographiával szűrték.

Laczay András dr.

Emlőrák miatt végzett mastectomia utáni túlélés. (A lymphocytaszám és a mastectomia utáni változásának prognosztikai értéke olyan betegeknél, akiknek 1–3 hónalji nyirokcsomójában van áttét.) Meyer, K. (Dept. Surg. Guthrie Clinic, Sayre, Pennsylvania 18840): *World J. Surg.* 1978, 2, 331.

A statisztikai adatok alapján azoknak a betegeknél, akiknek 1–3 metastatikus axillaris nyirokcsomójuk van, 48%-a számíthat arra, hogy betegsége több mint 5 évig nem tér vissza; 4 vagy több metastatikus nyirokcsomó esetén ez az arány 18%-os. Eddig nem volt olyan eljárás, amelynek segítségével az egyes betegek várható sorsát megjósolhatták volna. Így az ilyen betegeket válogatás nélkül prophylaktikus radio- vagy kemoterápiában részesítették. Ez nem javította a túlélés arányát. Egyesek szerint bizonyos esetekben, az immunitás gyöngítése folytán, elősegítették az áttétképződést.

Jelenlegi tudásunk szerint az immunrendszernek meghatározó szerepe van az emlőrákos betegek sorsában. A cellularis funkcionális immunkapacitást bizonyos mértékig tükrözi a teljes perifériás lymphocytaszám, és annak változása.

A jelen tanulmány célja annak a megállapítása, vajon a teljes lymphocytaszám műtét előtt és műtét után egy héttel történt egyszeri meghatározásából lehet-e következtetni arra, hogy azok közül az emlőrákos betegek közül, akinek 1–3 hónalji nyirokcsomójuk volt áttét, melyeknek van kilátása az 5 évnél további daganatmentességre mastectomia és axillaris nyirokcsomó dissectio után.

Száznegyvenkét 23–82 éves korú emlőrákos beteget tanulmányoztak, akiknek legfeljebb 1–3 hónalji nyirokcsomójában volt áttét. Tanulmányozták ezek mastectomia és axillaris nyirokcsomó dissectio utáni túlélését besugárzással és besugárzás nélkül. Megvizsgálták azt is, hogy a túlélés milyen viszonyban van a műtét előtti teljes lymphocytaszámmal. A daganatok nagysága 0,5 és 12,0 cm között váltokozott. Csak a kifejejesedett eseteket zárták ki a tanulmányból. Az áttét jelenlétét a kivett nyirokcsomók szövettani vizsgálatával erősítették meg.

A tanulmány kezdetén a Guthrie Clinic 78 betegét hasonlították össze a Wainwright Clinic Association (Pennsylvania) daganat-regiszterének adataival. A Guthrie Clinic két betegcsoportjának eredményeit értékelték: 37 egymást követő csak mastectomizált nőbeteg prospektív tanulmányát és 41 egymást követően kezelt nőbeteg retrospektív áttekintését, akik a mastectomián kívül 4000–6000 rad postoperatív besugárzást is kaptak. A legtöbb beteg totalis mastectomiát és hónalji nyirokcsomó dissectiót végeztek. A helyi és távoli áttétek azonosítása céljából a betegeknél 3 havonként fizikális vizsgálatot, mellkas röntgen, serum calcium, phosphor és bilirubin, LDH, alkalikus foszfatase és GOT meghatározást végeztek.

A Wainwright Clinic Association a hozzá tartozó hat kórház adataiból megadta 64 olyan beteg lymphocytaszámát és túlélési idejét, akiknél 1–3 axillaris nyirokcsomóban találtak áttétet.

A prospektív tanulmány 37 beteg közül 11-nek volt 2000/mm³-en felüli lymphocytaszáma és ezekből nyolcnál keletkezett recidiva és 5 halt meg 5 éven belül. A 2000/mm³ alatti lymphocytaszámmal bíró 26 beteg közül egynél sem tért vissza a betegség. 31 betegnél lymphocytaszámlálást végeztek az 1., 3., 5., és 7. postoperatív napon. Akiknek lymphocytaszáma nem változott vagy emelkedett, azoknak a betegsége nem újult ki. 14 olyan beteg közül, akiknek csökkent a lymphocytaszáma, 6-nál fejlődött ki távoli áttét.

A retrospektív tanulmány 41 beteg közül 14-nek volt praeopera-

tíve kevesebb, mint 2000/mm³ lymphocytaszáma, ezek közül 4-nél fejlődött ki recidiva 36 hónapon belül. A 26 beteg közül, akiknek lymphocytaszáma több, mint 2000/mm³ volt, 4-nél alakult ki kiújulás 47 hónapon belül. Mind a nyolc beteg 5 éven belül meghalt. A mastectomia után három évvel azoknak a besugárzott betegeknek recidiva aránya, akiknek praeoperative kevesebb, mint 2000/mm³ lymphocytájuk volt, szignifikánsan nagyobb volt, mint a be nem sugárzottaké. A postmastectomiás besugárzás szignifikánsan csökkentette azoknak a recidiva arányát, akiknek praeoperative több mint 2000/mm³ volt a lymphocytaszáma.

A Wainwright Clinic Association besugárzott betegei körében magasabb volt a recidiva arány, mint a be nem sugárzottaké, de ez statisztikailag nem volt szignifikáns. 37 mastectomiával kezelt beteg lymphocytaszáma volt kevesebb, mint 2000/mm³; kettőnek keletkezett recidivája 24 hónapon belül. 19 betegnek volt a lymphocytaszáma több mint 2000/mm³ és nyolcnál alakult ki recidiva 47 hónapon belül, 4 beteg halt meg 5 éven belül és mindegyiknek több mint 2000/mm³ volt a lymphocytaszáma. A 27 besugárzott beteg közül 14-nek volt kevesebb mint 2000/mm³ lymphocytaszáma, ezekből 5-nek a daganata újult ki; 13-nak több, mint 2000/mm³ volt a lymphocytaszáma, ezek közül 7 kapott recidivát.

A szerzők korábbi tanulmányukban kimutatták, hogy a postoperatív lymphocytosis (és a T-sejtszám emelkedés) jellemző a recidiva-mentes emlőrákos betegekre.

Lehet, hogy az alacsony és a magas lymphocytaszámmal bíró betegek túlélése közötti különbség a daganatok különféle jellegét tükrözi, és ezzel kapcsolatban a gazdaszervezetnek a különféle daganatokra adott válaszát. A kérdés további tanulmányozást igényel.

Ha a jelen tanulmány eredményeit mások is megerősítik, akkor a sebészek rendelkezni fognak olyan eljárással, amelynek segítségével bizonyos esetekben irányíthatják a mastectomia utáni kezelést. Azoknak a mastectomizált emlőrákos nőknek, akiknek legfeljebb 1–3 hónalji nyirokcsomóban találtak áttétet, és a postoperatív lymphocytaszámuk kevesebb volt, mint 2000/mm³ és postoperative lymphocytosis lépett fel, minimális a valószínűsége annak, hogy betegségük kiújul. Ezeknek a betegeknél nincs szükségük semmiféle postoperatív kezelésre; ne tegyék ki őket a besugárzás vagy a kemoterápia esetleges szövődényeinek. Akiknek magas volt a praeoperatív lymphocytaszámuk és különösen akkor, ha postoperative esik a lymphocytaszámuk, várható a betegség kiújulása; ezért tanácsos ezeknek a betegeknél adjuváns kezelést adni (sugárterápiát, kemoterápiát).

Póka László dr.

PHENYL BUTAZON

kenőcs

ÖSSZETÉTEL

1 tubus 1 g phenylbutazonumot tartalmaz 20 g lemosható kenőcsben.

JAVALLATOK

Különböző mechanikus és kémiai behatások okozta bőrgyulladások. Kis kiterjedésű I. és II. fokú égési sebek, napégés. Intravénás és intramuscularis injekciók beszűrési helyén keletkező bőrgyulladások, rovarcsípés. Inflammált nodus haemorrhoidalis. Felületes thrombophlebitis helyi kezelésében, ezen indikációs területen a készítmény nem az anti-coagulans-kezelés helyettesítésére, hanem kiegészítésére szolgál. Traumás lágyrészsérülések, 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

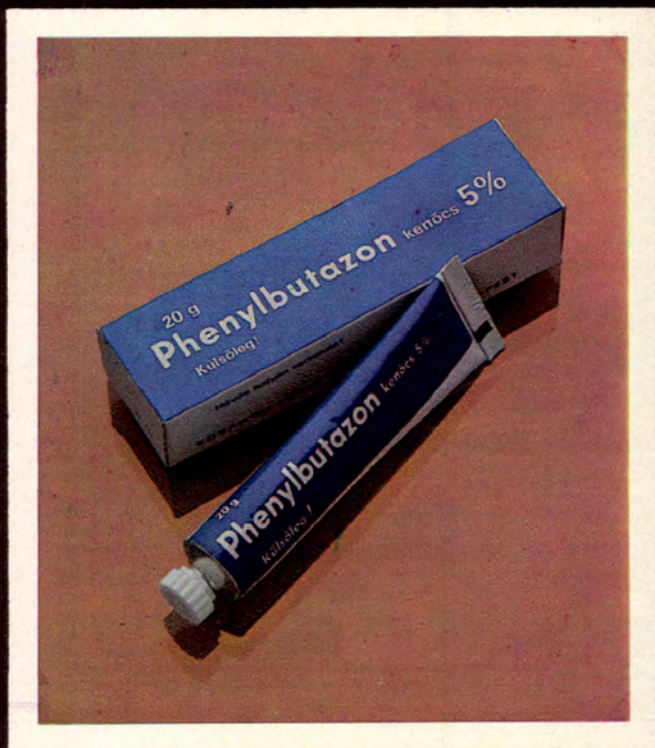
Naponta 2—3-szor az érintett bőrfelületet, dörzsölés nélkül, vékonyan bekenjük.

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% miconazolumot 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 gyulladásal, ill. irritációval kísért bőr- és körömfertőzések: ekzémák, intertrigo, interdigitalis mycosisok, köröm mycosisok, gyulladásos 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 vezessünk 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 ruhá-neműkből pedig kimosható.

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

CSOMAGOLÁS

15 g -os tubusokban
Térítési díj: 3,90 Ft



KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST

Béta-2-mikroglobulin plazmaszint viszonyai emésztőszervi rákbetegség eseteiben. Auer, I. O. és mtsai (Med. u. Chir. Univ. Klin., Würzburg): Med. Klin. 1979, 74, 1581.

A béta-2-mikroglobulin (β_2 -m) 100 aminosavból álló polypeptid, amelynek aminosav szekvenciái az IgG könnyű és nehéz láncainak kontans részeivel azonosak. Az utóbbi időben több szerző számolt be malignomás betegek emelkedettebb béta-2-mikroglobulin szintjéről. Ez készítette a szerzőket annak az utánvizsgálatára, hogy ez az eljárás rákos esetek korai kórismézésében értékes segítséget ad-e. Különböző szakban levő vastagbél ($n=42$), illetve gyomorrákos ($n=15$) betegen határozták meg a béta-2-mikroglobulin szintet; a kontroll csoporton ($n=36$) végzett vizsgálataik szerint ennek a felső határa 2,4 mg/l volt. A colon-rectum carcinomás betegeknek 36%-a, a gyomorrákosokénak pedig 27%-a mutatott magasabb plazmaszintet. A vastagbél- és végbélrákos betegcsoportban pozitív korreláció volt a tumor kiterjedése és a béta-2-mikroglobulin koncentráció között; csupán a rák előrehaladt szakaszaiban volt értékelhető emelkedettebb szint ($> 50\%$). A gyomorrákos esetekben, függetlenül a daganat kiterjedésétől, csak ritkán észleltek magasabb szintet. Véggvetkeztetések szerint β_2 -m plazmaszintjének emelkedése az emésztőszervi daganatok korai kórismézésére nem használható jel.

ifj. Pastinszky István dr.

A csontváz scintigraphia helytelen értelmezése dülmírgyák esetén. Diener, W. és mtsai (Urol. Abt. des Ev. Jung Stilling Krankenhaus, D-Siegen): Med. Welt 1979, 30, 1047.

A prostata-rák csontváz áttételeinek Technetium 99 m foszfat-komplex-szel való kimutatása sokkal előnyösebb a röntgenfelvétellel szemben. A csontáttételek nuclearmedicinalis kimutatása a metastasisos csontterületek megváltozott anyagcserejéről függő eloszlási rajzolat módosulásán alapszik. A metastasisok a fokozott feldúsulás folytán különböznek az ép csontrészekről. Oestrogenekkel, vagy orchiektomiával, vagy anélkül végzett kezelés után gyakran áll elő a skelet-szintigramm aktivitásfokozódásnak csökkenése vagy eltűnése. A szerzők három esetük kapcsán kimutatják, hogy ez nem az áttétel visszafeldúsulásának a jele. Fennálló áttételképződés kezelésekor a hiányzó feldúsulási különbséget két ok magyarázhatja: 1. a metastasisok anyagcsere-aktivitásának visszafeldúsulása, 2. generalizált metastasis képződés. A nuclearmedicinalis vizsgálat funkcionális tényt állapít meg, ami nem felel meg a morfológiai substratumnak.

ifj. Pastinszky István dr.

Malignus daganatokkal kapcsolatos haemorrhagiás diathesisek. Zöller, H. és mtsai (Med. Poliklinik, Univ. Würzburg): Med. Klin. 1979, 74, 1716.

Malignus tumorok és haemoblastosisek kapcsán minden időben lehet vérzési szövődménnyel számítani (bőr- és nyálkahártya-petechiák vagy suffusiók, urogenitalis, retinalis stb. vérzések). Gyomorrákos esetekben 13–16%-ban fordul elő gyomorvérzés; heveny leukaemiában 30–50%-ban subduralis, intracerebrális haemorrhagiák is jelentkezhetnek. A localis vérzést a tumor penetratio, vagy vascularis erosio váltja ki. A haemorrhagiás diathesis eseteiben a szokásos (plasma, thrombocytá, vascularis, és complex) tényezők szerepelhetnek. A szerzők 30 vérzéssel járó haemoblastosissal (malignus lymphoma, különböző leukaemia, Hodgkin-kór, plasmocytoma stb.) kapcsán vizsgálták az alvadási tényezőket, összehasonlítva 40 egészséges egyén coagulogram paramétereivel. A globális tesztek, Quick-index és a partialis thromboplastin idő jelentősen eltért a normálitól. A plasma alvadási tényezőiben hypo- és hyperfibrinogenaemiát, a prothrombin-complex (II., VII., IX. és X. factor) zavarait valamint az V., VIII., és XII. factor csökkenését észlelték. A XI. factor (=PTA) egyetlen esetben sem volt alacsonyabb. A XIII. (fibrin stabilizáló) factor aktivitása 30 solid tumoros és 30 haemoblastosissal beteg esetében szignifikánsan csökkent. A haemoblastosis csoportjukban két esetben fokozott fibrinolitikus aktivitást és két esetben akut disseminált intravasalis coagulációt (DIC) találtak. A haemoblastosissal betegek egynegyedében (legtöbbször amegakaryocytás) thrombocytopenia is mutatkozott. Szerzett thrombocytopathia is előfordulhat. A terapia módszerei a coagulációs tényezők különböző zavaraihoz igazodnak.

ifj. Pastinszky István dr.

Rákos betegek mentális rendellenességei. — 100 pszichiátriai lelet alapján végzett tanulmány. Levine, P. M. és mtsai (Dept. Psychiatry, Dartmouth Med. School, NH 03755): Cancer, 1978, 42, 1391.

A rákos betegek pszichológiai reakciójának és kezelésének újabb nagyobb fontosságot tulajdonítanak. Mindazonáltal az irodalom kevés felvilágosítást nyújt a pszichiátriai rendellenességek gyakoriságáról, természetéről és pathogeneziséről.

A szerzők tanulmányozták a rákos betegek pszichiátriai megbetegedéseinek azokat a súlyosabb típusait, amelyek elmeorvosok segítségére szorultak. A betegségeket az American Psychiatric Association javaslata szerint a következőképpen osztályozták: az összes depressziós szindrómákat a „depressziók”

közé, az akut és a krónikus agyi szindrómákat az „organikus agyi szindrómák” közé sorolták be. A metastasisokat biopsziával, liquor-cytológiával, computer-tomografiával, agy-scannelem vagy pozitív röntgen-lelettel kórismézték.

A Dartmouth-i Rákközpont 1972–1977 között 5321 rákos beteget vett fel a kórházba. A betegek közül 100-at küldtek pszichiátriai konziliumba (1,9%). A nő/férfi arány 2:1 volt. A betegek 43%-a a 60–69 éves korcsoportba tartozott, 66%-uk volt házasságban. Az elmeorvosi konzilium a betegek 56%-ában állapított meg depressziót és 80%-ában organikus agyi szindrómát (OBS). 60 éves koron alul mindkét nemből gyakoribb volt a depresszió (83,8%), 60 éven felül az OBS (55,5%). Az emlőrákos betegek körében szignifikánsan gyakoribbak voltak a pszichiátriai problémák, mint a többi lokalizációban. A depressziós betegek 58%-ának volt áttéte, ezeknek 8,9%-a a központi idegrendszerben. Az OBS betegeknek ugyancsak 58%-ában találtak áttéteket, ezeknek 17,5%-a volt a központi idegrendszerben.

A szerzők az irodalmi adatok kimerítő értékelése után hangsúlyozzák, hogy a rákos betegekkel foglalkozó orvosoknak jobban kell figyelniük a depresszió és az OBS tüneteire. A memória, az ítéletképesség, a figyelem és a megértés romlása — az agy rendellenességeinek kardinális pszichiátriai jelei — rontják a beteg önbecsülését, szorongást és lehangoltságot okoznak, paranoid tünetekre predisponálnak, akadályozzák a munkaképességet és a társadalmi tevékenységet, megzavarják a családi kapcsolatokat.

Tapasztalatuk szerint általában csak azokat a betegeket küldik elmeorvosi konziliumba, akiknél manifeszt mentális zavarok mutatkoznak, zavarják a környezetüket, erőszakosak, nyugtalanok. Azokra a mentálisan károsodott betegekre, akik nyugodtak és senkit sem zavarnak, csak akkor figyelnek fel, mikor stupor vagy kóma alakul ki.

Tanulmányuk kimutatta, hogy az ORS a rákos betegek második leggyakoribb pszichiátriai rendellenessége. Az OBS-k 65%-át a kezelőorvosok felismerték. Az OBS-ás betegeknek kevesebb, mint 20%-ánál mutattak ki agyi áttéteket, az esetek további 80%-ában az OBS oka multiplex volt: anyagcserezavar, fertőzés, toxin. Hangsúlyozzák, hogy az agyi diszfunkció okai sok esetben kezelhetők és reverzibilisek. Az OBS-hoz társuló nyugtalanságot vagy delíriumot, melyek leginkább éjjel jelentkeznek, pszichotrop gyógyszerekkel enyhíteni lehet. Ilyen esetekben a haloperidol különösen jól bevált. Súlyosabb depresszióban triciklikus antidepresszívumokat használtak.

A rákos betegek hatásosabb kezelése érdekében fokozni kell az együttműködést az onkológusok és

az elmeorvosok között. Intenzívben kellene tanulmányozni a rákos betegek pszichiátriai rendellenességeinek előfordulását, természetét és súlyosságát. *Póka László dr.*

Iatrogen ártalmak

Dróg-okozta impotencia. Millar, J. G. B. (Department of Endocrinology, University of Southampton, Hampshire, Anglia): Practitioner, 1979, 223, 634.

Narkotikumok. Az ópiátok gátolják az agy szexuális centrumait. A tesztoszteron kiválasztást csökkentetik.

Tranquillánsok és szedatívumok. A benzodiazepinek, mint a diazepam és a klórdiazepoxid, ejakulációs zavarokhoz vezethetnek. A fenotiazinok impotenciát okozhatnak. A tioridazin (Melleril) erekciós impotenciát és ejakulációs diszfunkciót okozhat retrográd ejakulációval. Problémákat okozhat a klórpromazin (Hibernal) és a trifluoprazin.

Antidepresszívumok. A triciklikus drogok, mint az imipramin és amitriptilin erekciós impotenciát és ejakulációs diszfunkciót okoznak.

Hallucinogének. A marihuána idült használata kihathat a tesztoszteron kiválasztásra.

Az alkohol fokozza a kívánságot, de csökkenti a képességet. Az idült alkoholizmus csökkenti a tesztoszteronszintet.

Az autonóm idegrendszerre ható drogok. A hipotenzív guanetidin és betanidin, melyek a posztganglionáris szimpatikus rostokra hatnak, sok esetben ejakulációs zavarokhoz vezetnek. Az alfa-metildolpa impotenciát okozhat. Nagy haladás a béta-blokkoló drogok bevezetése hidrazinnal, vagy anélkül, mert ezek nemi diszfunkciót nem okoznak. A propranolollal kapcsolatban is közöltek impotenciát. A tiazid diuretikumoknak nincs kockázatuk, de ezt nem lehet állítani a spironolaktonról.

Hormonok. Az ösztrogének adása prosztatárák kezelése közben impotenciát okoz. A glukokortikoidoknak androgén antagonistáknak van. Azoknak azonban, akiknek nagyobb adagban kell adni, komoly betegségük van.

Jakobovits Antal dr.

A vérnyomás értékek, cholesterol és triglycerid szint alakulása hormonális fogamzásgátlókat szedő nőknél — két erfurti nagyüzemben. Heinrich, J. és mtsai (Abt. Präventiv-Kardiologie der Med. Klinik, Poliklinik und Abt. für Pathobiochemie der Med. Akademie Erfurt): Z. ges. inn. Med. 1979, 34, 540.

A fogamzásgátlóknak thromboemboliás és szívinfartus kockázata

tuk mellett vérnyomást, valamint cholesterol és triglycerid koncentrációt emelő hatásuk is van. A szerzők az utóbbi összefüggéseket vizsgálták.

Két erfurti nagyüzemben cardiovascularis szűrés keretében a vérnyomásértékek regisztrálása mellett 1296 15—49 éves nő serum cholesterol és triglycerid koncentrációját is meghatározták. A fogamzásgátlók szedésének 29,6%-os viszonylagos gyakorisága 47,5%-kal a 25—29 évesek között volt a legnagyobb. A 15—19 évesek kivételével a fogamzásgátlókat szedő nők systolés vérnyomás értékei magasabbak voltak és a különbség különösen a 30 éves kor felett volt statisztikailag szignifikáns, sőt a 40—44 évesek kivételével a diastolés értékek is magasabbak voltak. Ugyancsak magasabb cholesterol értékeket észleltek a hormonális fogamzásgátlók szedése után, statisztikailag szignifikáns különbséggel 20—24 és 30—34 éves nők esetében, a 15—24 és 35—44 éves nők között pedig a triglycerid értékek bizonyultak szignifikánsan magasabbnak.

Eddig a vérnyomás értékekben mutatkozó eltéréseket nem sikerült a relatív testsúlykülönbségekkel igazolni, a cholesterol és triglycerid értékek viszont a normális testsúly fenntartásával már inkább megtarthatók voltak. Mivel pedig a degeneratív arteriosclerotikus ér-betegségek kialakulásában a hypertonia, hypercholesterinaemia és hypertriglyceridaemia szerepet játszik, a fogamzásgátlók érkockázatában ezeket mindig számításba kell venni.

Angeli István dr.

A nyelőcső mellkasi szakaszának eszközos perforációja. Egy 90 éves asszony eredményes kezelése. Hambræus, G. M., Jögi P. (Thoraxchirurgische Universitätsklinik, Lund, Sweden): Dtsch. med. Wschr. 1979, 104, 1107.

A nyelőcső perforációja az eszközös beavatkozás ismert, előforduló szövődménye. Különösen veszélyes az intrathoracalis szakaszon a következményes mediastinitis miatt. Míg a nyaki szakasz sérülése a galérmetésből bevezetett drénézzel kontrollálható, az alsó mellkasi szakaszé nem; a felső szakasz sérülése esetén a nyaki drénézis létjogosultsága vitatható.

Egy 90 esztendőss asszony nyelőcsővét a második fiziológias szűkület magasságában halszálla eltávolítása közben szélesen perforálták. Sikeresen kezelt betegük esetének ismertetését használják fel arra, hogy a nyelőcsőperforációk kezelésének kérdésében állást foglaljanak.

Ismeretes a mellkasi szakasz sérülésének nagy mortalitása. A prognózist az azonnali felismerés, az energikus sebészeti kezelés minél előbbi, 7 órán belüli megkezdése javítja. Ez a sérült szakasznak a nyelés útjából való kiiktatásából (ny-

ki oesophagostomia), a jobb mellüregben keresztül a mediastinum széles feltárásából, a sérülés lehetőség szerinti elvárrásából, drénézéséből, antibiotikum alkalmazásából és gastrotomia készítéséből áll. Utóbbi kivitelezése némileg eltér a szokásos technikától. Két drént vezetnek a gyomorba: egyiket lefelé, és a pyloruson keresztül bevezetik a nyombélbe. A táplálás ezen módja rendelkezik a jejunostoma előnyeivel, de annál kevesebb lehetséges szövődménnyel. A másik drént felfelé irányítják, végével a fundusban helyezik el: ez van hivatva elejét venni a lehetséges refluxnak. Így a nyelőcső mellkason belüli, sérült szakasza a gyógyulás időtartamára orális és aborális vége felől egyaránt mentesítve van. A gyógyulás szerzők szerint az esetek többségében két héten belül bekövetkezik.

Eljárásukat egyéb esetekben, pl. a nyelőcső spontán rupturája, és anastomosis-elégtelenség esetén is eredményesen alkalmazták.

(Ref.: A kezelés elvei nem különböznek a széles körben, hazánkban is elfogadottaktól és alkalmazottaktól; azok helyességét különböző etiológiájú és pathomechanizmusú mediastinitisek esetek igazolják. Nyaki behatolásból a bifurkációig kontrollálható a felső mediastinum, ily módon eredményesen kezelt esetekről van közlés a hazai irodalomban. Ezek az esetek azonban mind koraiak voltak, a pleurát a sértő eszköz nem nyitotta meg, és a betegek egyéb tekintetben nagy kockázatú esetek voltak. Kétséges esetén a radikálisabb thoracotomia drénézis a választandó eljárás).

Kovács Bertalan dr.

Focalis epilepsziás görcsrohamok chlorambucil terapia során. Naysmith A. és mtsai (Dept. of Therapeutics and Clinical Pharmacology, Royal Infirmary, Edinburgh): Postgrad. Med. J. 1979, 55, 806.

A chronikus lymphocytás leukaemia lassú lefolyású betegség, amelynek csak palliatív kezelése lehetséges. Erre a célra leggyakrabban alkalmazott cytostatikum a chlorambucil (nálunk: Leukeran), melynek kevés mellékhatása van, így nausea, bőrruptiók, myelosuppressio, pulmonalis fibrosis. Nagy adagban állatokon figyelték meg epileptogén hatását. A szerzők egy 63 éves férfit kezelték intermittenálva 2 mg/nap, később 5 mg/nap adagokban. Ez utóbbi dosisok adásakor focalis epileptiform rohamok léptek fel, amelyek a szer elhagyására elmaradtak, majd hasonló adagban történő újra adásakor ismét jelentkeztek. A chlorambucil elhagyása után phenytoin és stazepin kezelést indítottak, majd e szereket is fokozatosan leállították. A további cytostatikus kezeléssel nem tesznek említést, de megemlítik, hogy ilyen esetekben más szer adására kell áttérni. *Berkessy Sándor dr.*

Pindolol és pulmonalis fibrosis. Musk, A. W. és mtsai (Departments of Respiratory Medicine and Pathology, Queen Elizabeth II. Medical Centre, Nedlans, Western Australia 6009): Brit. med. J. 1979, 2, 581.

A klinikumban használt béta blokkolók közül a practolol káros mellékhatásai ismertek legjobban. Lupus-szerű syndromát, bőr- és szembetegséget, sclerotizáló peritonitist, süketiséget, nephrosis syndromát, ízületi és pleurális fibrosist okozhat. A szerzők egy olyan esetet közölnek, ahol a pindolol kezelés következtében alakult ki pulmonalis fibrosis.

Egy 55 éves férfit 7 éve kezeltek pindolollal essentialis hypertonia miatt. 3 hónappal a felvétele előtt dyspnoéssá, tachycardiássá vált, köhögni kezdett. Az alsó és a középső tüdőmezők felett crepitatiót halottak, dobverőujj nem volt. A mellkas röntgen mindkét tüdőmező fibrosist mutatta, pleura-elváltozás nélkül. A négy évvel ezelőtt készült mellkas rgt normális volt. Rheumatoid vagy antinuclearis faktort nem tudtak kimutatni. A pulmonalis fibrosist a légzésfunkciók vizsgálatok is igazolták, majd tüdő biopsiával is alátámasztották. Nem találtak systemás betegséget, vagy a fibrosis egyéb lehetséges kiváltó okát (egyéb gyógyszer, toxin vagy fibrosist okozó anyag chronikus inhalációja). A klasszikus cryptogen fibrotizáló alveolitis diagnózisát a dobverőujj hiánya tette valószínűvé. Hasonló tüdőbeli elváltozást practolol kezelés után már leírtak. A practolol és a pindolol szerkezetében eltér a propranololtól, oxprenololtól és alprenololtól, mivel egy aromás gyűrűhöz egy nitrogén atom kapcsolódik, ezáltal a methysergidhez hasonló stereo-kémiai szerkezetű lesz, melyről jól ismert, hogy fibrosist okoz (Deseril). A közös stereochemiai szerkezet lehet az oka annak, hogy ezek a gyógyszerek fibrosist okoznak.

Nemes Zsuzsanna dr.

Penicillin által kiváltott dermatomyositis. Simpson, N. B., J. R. Golding (Departments of Dermatology and Rheumatology, St. James's University Hospital, Leeds): Acta Dermato-venereologica 1979, 59, 543.

A d-penicillamint (dpa) eredménnyel alkalmazzák a Wilson-kór, rheumatoid arthritis és más collagen megbetegedések gyógykezelésében. A mellékhatások jól ismertek, de kevésbé gyakoriak a kezelés során megjelenő más auto-agresszív megbetegedések: systemás lupus erythematosus, myasthenia gravis, polymyositis. Az irodalomban egy dermatomyositis eset közlése ismert.

A szerzők egy 50 éves, rheumatoid arthritises nőbeteg kórelőzményét ismertetik, aki napi 250 mg dpa-t kapott, jó eredménnyel. A kezelés 19. hónapjában a beteg a kezujjak és csuklók feszségét,

duzzanatát vette észre az arc és szemhéjak oedemájával. A szemhéj és homlok bőrén lilás erythema jelentkezett. Az utolsó ujperc dorsalis oldalán a capillariskok kitágultak és livid erythema mutatkozott a metacarpophalangealis ízületek feletti bőren is. Izomgyengeség nem mutatkozott. A 24 órás vizelet creatin ürítés kórosan magas volt (1920 μ mol; normálisan: kevesebb mint 380 μ mol). Transaminase, kreatin phosphokinase, aldolase, EMG vizsgálati eredmények normálisak. A tumorkutatás negatív eredménnyel zárult. A bőrből végzett szövettani vizsgálat eredménye vasculitisnek felelt meg. A DIF vizsgálatl IgM és C₃-t lehetett a dermo-epidermalis junctio mentén és az írha felső részén levő capillariskokban kimutatni. A dpa. elvonása után 2 hónappal a kiütések megszűntek, de 9 hónap múlva is még kóros creatin ürítés volt a vizeletben észlelhető. Izombiopsiát nem végeztek a negatív EMG lelet és az izomtűnetek hiánya miatt.

Több szerző véleménye szerint a vizelet creatin érték az egyik legmegbízhatóbb laboratóriumi adat a dermatomyositis beteg állapotának megítélésére. A szerzők nem tudják annak magyarázatát adni, hogy miért magas a vizelet creatin ürítés. Valószínű, hogy a rheumatoid arthritis mellett polymyositis is van. A szerzőknek az a véleménye, hogy a dpa. váltotta ki a dermatomyositist, mivel a tumorkutatás eredménye negatív volt, a tünetek a gyógyszer abbahagyása után megszűntek és 18 hónapos megfigyelési idő után sem jelent meg más kór állapot.

Schneider Imre dr.

Kórházi fertőzések Providencia stuartii-val. P. O. Kopf, V. Freitag: Dtsche. med. Wschr. 1979, 104, 1129.

A szerzők által egy év alatt izolált providencia stuartii (régében Proteus inconstans) törzsek 48%-a katéterezett betegek vizeletéből származott. Egy másik 32%-át intubált betegek légúti traktusából tenyésztették ki. A Providencia stuartii pozitív esetek összefüggésben voltak iatrogen fertőzést keltő orvosi beavatkozásokkal, valamint megelőző antibiotikum adagolással. E fertőzéseket klinikailag és bakteriológiailag igazoltan nagy többségükben eszközös beavatkozások hozták létre.

Losonczy György dr.

Hydrargyrum praecipitatum tartalmú haloványító szer okozta idült higanymérgezés. Luderschmidt, Chr., G. Plewig (Dermatol. Klinik. München): Klin. Wschr. 1979, 57, 293.

A szeplők haloványítására alkalmazott 3–10%-os Hg. praecipitatum tartalmú externa hosszas használatával idült higanymérgezésre vezethet. A szerzők ezt két megfigyelt esetük ismertetésével példazzák: a szeplős betegek hónapokon át naponta két ízben dörzsöltek be nagyobb bőrfelületen halványító higanytartalmú externát. Hirtelen fellépő rohamszerű fejfájások, légzési nehézségek és súlyos hasi kólikák miatt sürgős kórházi beutalásra, sőt műteti beavatkozásra is került sor. A helyes kórismét végül is a bőr palaszürke színe, a kór-előzmény, valamint az elvégzett biopsia elektronmikroszkópos vizsgálatával bizonyították. A vizelettel ürített higany összmenyisége 5,4, illetve 15,4 μ g/100 ml-re emelkedett (ami normálisan 2,0 μ g/100 ml). D-penicillamin kezelésre a vizelettel ürülő higany mennyisége 25 μ g/100 ml-re emelkedett. A kezelés a betegek szubjektív panaszait is jelentősen enyhítette. Szeplős betegek tisztázatlan hasi panaszai esetén ilyen szokatlan eredetű higanymérgezés lehetőségére is gondolnunk kell.

[Ref.: A Peutz—Touraine—Jeghers-syndroma (lentiginosis periorificialis és polyposis intestinalis: „pigmentfoltpolyposis”) is a polyposok invaginációja esetén a súlyos hasi katasztrófa képét mutathatja.]

ifj. Pastinszky István dr.

Iatrogen chromodermatosisok. Nägeli, U. és mtsai (Clinica medica, Lugano): Schweiz. med. Wschr. 1979, 109, 1708.

A belgyógyászati eredetű (haemochromatosis, Addison-kór, amyloidosis, pellagra, hypophysistumor, vesebetegségek, photosensibilisatio, foglalkozási és accidentalis intoxikációk stb.) mellett igen gyakoriak a gyógyszeres eredetű pigmentzavarok (pigmentatio medicamentosa). Számos gyógyszer okozhat festenyzettségi zavarokat; így a fémek és fémsók (Ag, Au, As, Hg, Fe), phenothiazinok, hydantoinszármazékok, antimalaria- és lepraszerek, steroidhormonok (cortison, anticonceptiva), cytostaticumok stb. A szerzők a problematikát három kazuistikával példazzák: 1. Chromodermatosis ex usu Amiodaron (Cardarone). A Cardarone-t (400–600 mg/pro die) mint antianginosumot és antiarrhythmicumot használják; photosensibilisatio folyamán hosszas szedés után kézfejen, arcon szürkés-kék, kékesvörös pigmentatio lép fel, amely a cyanosist utánozó volta miatt hét betegük közül kettőnél cardiodecompensatio gyanúját keltette. A pigmentatio reversibilis. 2. Az argyrosis ma már ugyan ritka, de egyes gyomorgyógyszerekben (Targesin), orrcseppekben, továbbá a dohányszárról leszoktatószerekben (Respaton; „Anti-Raucher-Kaugummi”: 6 mg Ag acetat egy db-ban fordul elő. Cyanosist utánozó pigmentzavart okoz. Hatásos gyógyszere nincs. 3. Hydrargosis: Hg-tartalmú krémek használata után az arc szürkés elszíneződése

löp fel, esetleg ismétlődő szédülések és vesepanaszok kíséretében. Mindezek alapján tisztázatlan eredetű kékes, kékesvörös pigmentációnak fellépésekor annak medicínalis és paramedicínalis eredetére is gondolni kell.

ifj. Pastinszky István dr.

A hepatocellularis adenoma epidemiológiája. Rooks, J. B. és mtsai: JAMA, 1979, 242, 644.

1973-ban Baum és mtsai tudósítottak 7 hepatocellularis adenoma esetről, amelyeknek mindegyike fogamzásgátló tabletták szedő nőknél fordult elő. A hepatocellularis adenoma egyébként ritka és az 1944-es irodalom is még csak 67 hisztológiai igazolt esetet ismertett. Bár ez nem cancerosus elváltozás, ruptura és intraperitonealis vérzés révén mégis halált okozhat.

A szerzők esetkontroll vizsgálatok alapján 79 fogamzásgátlókat szedett és hepatocellularis adenomában megbetegedett nőről tudósítanak, akiknek átlagos életkora 30,4 év volt, több mint fele (57%-a) pedig 25–34 év között állt. Eredményeiket a környék 220 hasonló korú, szintén fogamzásgátlókkal kezelt kontrolljának megfigyelési eredményével hasonlították, össze, körülhatárolt információkhoz pedig 9 meghalt páciensük vizsgálata alapján jutottak. A hepatocellularis adenoma betegségi tüneteket és halálozást okozó rizikója lényegesen nagyobb, mint a fogamzásgátló tabletták egyéb szövődményeinek kockázata. A májadenoma rizikója a fogamzásgátlók szedésének tartamával és a hormonkoncentráció növekedésével együtt emelkedik és a tumorképződés kockázata különösen a 30. életévtől nagy. A becslések szerint 100 000 nő tartós fogamzásgátló kezelésénél 3–4 májtumorra lehet számítani, a testvérek megfigyelési alapján pedig a genetikai hajlamot is számításba kell venni.

A szerzők vizsgálati eredményéből a következők és javaslatok is önként adódnak. Nevezetesen a hormonális anticoncipienseket lehetőleg alacsony dózisban kell adni, a magas hormontartalmú készítményeket főleg 30 éves kor felett kell kerülni, adásuk kimutatható májadenoma esetén kontraindikált és megszüntetendő, a testvér adenomája esetén fokozott óvatosság szükséges.

Angeli István dr.

Intravénás kontrasztanyag beadását követő komplement aktiválódás. Lieberman, Ph., Siegle, R. L. (Dept. of Med., Univ. of Tennessee Center for the Health Sci., Memphis): J. Allergy clin. Immun. 1979, 64, 13.

A jódozott kontrasztanyag beadását követő nem kívánatos mellékhatások jelentősége növekszik. A

szerzők nem kívánatos mellékhatásokat mutató 21 esetben (16 urticaria, 1 urticaria és nehézlégzés, 4 urticaria és hypotensio) vizsgálták a komplement viselkedését. A vizsgálat reaktor egyének esetében a kontrasztanyag által kiváltott reakció alatt és két héttel később történt. A kontroll, nem reagáló csoportban a vizsgálat az injekció előtt és a beadás után 20 perccel történt. A reaktor csoportban szignifikánsan csökkent az össz haemolitikus komplement tartalom (CH_{50}). A C3, C4, C5 faktor szint csökkenése mindkét csoportban bekövetkezett. Bár az ok és következmény kapcsolatát nem mondható ki biztonsággal, de a reaktor csoportban az alacsonyabb CH_{50} -szint és az infúzió utáni még alacsonyabb értékek az anaphylactoid tünetekkel való összefüggésre utalnak. A komplement aktiválódás a kontrasztanyag beadása után mindkét csoportban bekövetkezik.

Korossy Sándor dr.

Szülészeti, nőgyógyászati

Az orális kontracepció. Loudon, N. B. (Lothian Health Board Family Planning Services): Practitioner 1979, 223, 641.

A szerző megállapítása szerint 65 millió nő szed fogamzásgátlókat. Amióta ismeretes, hogy a thromboemboliás hatás az ösztrogénekhez kötött, az adagot 150 μ g-ról 20–35 μ g-ra csökkentették, a mestranol helyett pedig majdnem minden készítményben etinilösztradiolt használnak. A progesztogén minden készítményben 19-nortesztozsteron-származék.

A fogamzásgátlók hatására csökken az emlők és petefészkek jóindulatú tömlőinek előfordulása. Kevésbé gyakori a rheumatoid ízületi gyulladás, a heveny thyreotoxikózis és az emésztési fekély. Ritkábbak a menstruációs rendellenességek: a menorrhagia és dysmenorrhoea, így azután a méhkaparás szükségessége is.

A mellékhatások: hányinger, fejfájás, depresszió, alopecia, májfoltok ritkák, a kardiovaszkuláris betegségek előfordulása a fogamzásgátlók szedésével kapcsolatosan gyakoribb. Prediszponáló tényezők a megelőző szív- és érrendszeri megbetegedések, magas vérnyomás, kövesség, cukorbetegség család előfordulása. A dohányzást ajánlatos abbahagyni.

A fogamzásgátlók lehet, hogy kóroktani tényezői a hepatomáknak, de az Egyesült Királyságban ez nagyon ritka daganat. Amenorrhoea előfordul, ha hat hónapnál hosszabb ideig áll fenn, ajánlatos kivizsgálni hipofízis daganat irányában.

A fogamzásgátló szedésének elkezdése után 3, majd 6 hónaponként kell ellenőrizni vizsgálatot végezni. A szerző kétségbe vonja az évenkénti emlő és nőgyógyászati

vizsgálat szükségességét, különösen fiatal nők esetében. A kétévenkénti, vagy bármilyen időközönkénti szűnetet a tabletaszedésben nem tartja szükségesnek.

Jakobovits Antal dr.

A foetoszkópia helye ma a prae-natalis diagnosztikában. Fuhrmann, W. (Institut für Humangenetik der Univ. Giessen, NSZK): Dtsch. med. Wschr. 1979, 104, 1151.

A prae-natalis cytogenetikai, röntgen- és ultrahangdiagnosztika a morfológiai fejlődési hibáknak csak egy részét képes felderíteni a terhesség azonos időszakában, amikor a terhesség szükség esetén még megszakítható. Az ún. „tü-endoskop”-ok kifejlesztésével lehetővé vált a magzat *in utero* közvetlen megfigyelése is. Az eszközök külső átmérője 1,7–2,3 mm, helyi érzéstelenítésben alkalmazhatók. Hátrányuk a viszonylag korlátozott látómező.

A Giessen-i Női Klinika tapasztalatai alapján, gyakorlott kézben, a módszer teljesítménye jó. Kétségtelen azonban, hogy az abortus és a koraszülés kockázata lényegesen nagyobb foetoskópiát követően mint amniocentesis kapcsán. Ezért a foetoszkópia indikációs területe szűkebb és szigorúbban meghatározott kell hogy legyen az amniocentesisénél.

A foetoskópiát célszerű genetikussal együttműködve végezni. A csatládot vizsgálat előtt fel kell világosítani a módszer teljesítményéről, a várható eredményről. Mielőlegni kell azt is, hogy más, kevésbé invazív eljárás nem nyújt-e egyenértékű információt (pl.: α -foetoprotein-meghatározás, ultrahangvizsgálat stb.) Finomabb részletekről — polydaktylia, nyulajak stb. — a foetoskóppal pontosan tájékozódhatunk. Új lehetőség magzati vér vétele a placenta-erekből foetoskop segítségével (pl.: haemoglobino-pathiák, Duchenne-féle izomdystrophia diagnózisa).

Miközben elsődleges feladatunknak tekintjük a fejlődési rendellenességek megelőzését, nem szabad azt gondolnunk, hogy ezt teljes mértékben meg is tudjuk valósítani.

Olyan módszerek, mint a foetoszkópia, alkalmasak arra, hogy segítsenek bizonyos konfliktushelyzetek megoldásában, és a nehéz döntésekhez szilárd alapot nyújtsanak.

Az eddigi tapasztalatok szerint, mint a prae-natalis diagnosztika általában, a foetoszkópia is segítséget nyújthat ahhoz, hogy egy már elhatározott terhességmegszakítástól eltekintsünk, vagy potenciális veszély esetén tisztázzuk a valódi helyzetet és ezzel a házaspárnak bátorságot adjunk a gyermek vállalásához.

Gellén János dr.

Relaxin koncentráció változás terhesség alatt. Quagliarello, J. és mtsai (Department of Obstetrics and Gynaecology and Physiology, New York University School of Medicine New York): *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1979, 135, 43.

A relaxin egy peptid hormon, melyet a terhességi corpus luteum termel. Emberben nincs extralutealis relaxin kiválasztás.

A szerzők 3 terhes asszony serum relaxin szint változását követették nyomon, az elmaradt menstruáció idejétől a szülésig, előbb 1–2 hetente, majd havonta vett vérmintákból. A relaxin immunológiai aktivitását radioimmunoassay (RIA) segítségével határozták meg. A módszer érzékenysége 50 pg/ml volt.

Három gravida közül kettőnél már az elmaradt menses idején emelkedett a relaxin szint (0,5–1–1 ng/ml), a harmadik esetben nem volt ekkor még mérhető relaxin koncentráció. A csúcsértéket (1,8–2,0 ng/ml) két esetben a terhesség 10–12. hete körül, a harmadik esetben pedig a 6. héten észlelték. Ezt követően a relaxin szint fokozatosan csökkent és a harmadik trimeszterben 0,4–1,0 ng/ml értékeket mértek, ez a szint a szülés alatt sem változott, a rágcsálónál észlelt szülés előtti relaxin csúcsot nem lehetett kimutatni.

A relaxin megjelenése az elmaradó menstruáció idején, valamint az első trimeszterbeli emelkedés azt jelzi, hogy a progeszteronnal együtt szerepe van a korai terhesség fenntartásában.

Bártfai György dr.

Relaxin kiválasztás a terhesség korai szakában. Quagliarello, J. és mtsai (Department of Obstetrics and Gynaecology and Physiology New York University, School of Medicine, New York): *Obstetrics and Gynaecology* 1979, 53, 62.

A szerzők vizsgálták a terhesség korai stádiumában a relaxin kiválasztás alakulását. A relaxin egy peptid hormon, melyet kizárólag a terhességben fennálló corpus luteum termel.

Huszonhat asszonytól vettek vért a fogamzást követő 5–36. nap között. A peteérést az alaphőmérséklet mérés segítségével állapították meg. Ötvenegy nem terhes asszonytól származó vérmintát is megvizsgáltak (12 a follicularis, 12 a lutealis fázisban volt, 12 anovulációs ciklusú, 3 pedig hyperprolactinaemiás volt).

Nem lehetett relaxint kimutatni az 51 nem terhes asszony vérmintájában, sem a fogamzást követő 5–9. nap között vett vérmintákban. A 10. napon 4 asszony közül egy esetben már mérhető relaxin szintet találtak. A 14–21. nap között vett vérminták túlnyomó többségében (14 közül 13 esetben) relaxint lehetett kimutatni.

Az eredmények alapján a relaxin meghatározás már 2 héttel a fogamzás után alkalmas a terhesség kimutatására és a spontán vetélések jelzésére is, mivel a szteroidoktól eltérően kizárólag a terhességi sárgatest termeli. A szerzők feltételezik, hogy a blastocysta közreműködik a menstruációs corpus luteum terhességi sárgatestté alakulásában.

A relaxin in vitro gátolja az emberi méhizomzat spontán összehúzódását. Korábban a progeszteront gondolták az egyedüli hormonnak, mely a korai terhesség fenntartásáért felelős. A jelenlegi felfogás a progeszteron mellett a relaxinnak is fontos szerepet szán a terhesség fenntartásában. *Bártfai György dr.*

A dysmenorrhoea kezelése prosztaglandin antagonistákkal. Larkin, R. M. és mtsai (Department of Obstetrics and Gynecology, University of Utah Medical Center, Salt Lake City): *Obstetrics and Gynecology*, 1979, 54, 456.

A dysmenorrhoea a fogamzásképes nők mintegy 30–50%-ában fordul elő. A havi vérzést kísérő görcsös fájdalmak miatt minden tizedik nő havonta 1–3 napra munkaképtelenné válik. Ez csupán az Egyesült Államokban évente 18 millió munkanap kiesést okoz, így a szubjektív panaszok mellett a kérdés közgazdasági jelentősége sem elhanyagolható.

Tekintve, hogy a dysmenorrhoea patofiziológiáját mindeddig nem ismertük pontosan, az oki kezelésre sem volt lehetőség. Az újabb kutatások szerint az endometrium fokozott prosztaglandin termelése okozza a méhizomzat hyperaktivitását, azaz a görcsös panaszokat. Ennek alapján az utóbbi években több prosztaglandin antagonistá gyógyszer próbált ki a gyógyításban. A szerzők az ibuprofen (Mortin, Upjohn) hatóanyagát hasonlították össze kettős vak kísérletben más fájdalomcsillapítóval és placebóval. Az ibuprofen nem-szteroid antiflogisztikus hatással rendelkező vegyület, emellett analgetikus és lázcsillapító aktivitással is rendelkezik, ismert prosztaglandin-szintetáz inhibitor. Mintegy 10 éve alkalmazták gyulladásos és degeneratív mozgásszervi megbetegedések gyógyítására.

Tapasztalataik igen kedvezőek, a kezelt dysmenorrhoeás nők 80%-ának a panaszai megszűntek, vagy jelentősen csökkentek. A kezelést a havi vérzés jelentkezése előtt két nappal célszerű elkezdeni, az ajánlott napi dózis 400 mg.

(Ref.: Hasonló jó eredménnyel használjuk saját gyakorlatunkban a naproxent (Naprosyn, Alkaloida) a dysmenorrhoeások kezelésére. A naproxen az ibuprofenhez hasonlóan propionsav származék és ugyancsak jelentős prosztaglandin-szintetáz gátló tulajdonsággal ren-

delkezik. Előnye az indomethacin-nal szemben, hogy mellékhatásai kisebb gyakorisággal és intenzitással jelentkeznek.)

Gárdó Sándor dr.

Az ismétlődő vetélések okai. Phung Thi Tho és mtsai (Reproductive Endocrine Division, Department of Obstetrics and Gynecology, Medical College of Georgia, Augusta): *Fertility and Sterility*, 1979, 32, 389.

Az ismétlődő vetélések etiológiája sok tekintetben még ma is tisztázatlan. A szerzők 100 habituális vetélő esetében végeztek részletes genetikai, endokrin és nőgyógyászati kivizsgálást beleértve a férjek kromoszóma vizsgálatát is. Az ismétlődő vetéléseket magyarázó genetikai okokat (kiegyensúlyozott kromoszóma anomália a szülők egyikében, multifaktoriális korrelatív rendellenesség) 25 esetben igazoltak. Anatómiai okokra (uterus fejlődési anomália, myoma, méhnyak elégtelenség) 15 esetben derült fény. Sárgatest elégtelenség 23 esetben állt a vetélések hátterében, míg a fennmaradó 37 esetben az okot nem lehetett egyértelműen tisztázni. Feltételezik, hogy ezen ismeretlen etiológiájú csoportba tartoznak azok az esetek, ahol a normál kariotípusú szülők valamelyikében fokozott hajlam áll fenn a meiotikus non-disjuncióra, miáltal ismételtén kóros gaméták keletkeznek. Az így létrejött aneuploid egyedek többsége pedig már az intrauterin élet korai szakaszában elpusztul, azaz spontán vetelés következik be.

Vizsgálták azt is, hogy a különböző csoportba tartozó spontán vetélő nőknek a későbbiekben milyen arányban sikerült egészséges magzatot szülniük. Megfelelő hormonális terápia, illetve műtéti beavatkozás után legkevesebb a kilátások azon esetekben, amikor corpus luteum insufficiencia, illetve uterus anomáliák okozták a vetéléseket. Genetikai okok esetén anyagukban az anyáknak csupán egyharmada viselt ki a későbbiekben eredményesen terhességet.

Gárdó Sándor dr.

Pre-eclampsia mint az anyamagzati immunológiai egyensúly zavara. (Előzetes közlemény.) S. A. Birkeland és K. K. Kristofferson (Tissue Culture Lab., Inst. of Pathology and Dept. of Gynecology and Obstetrics, Odense University Hospital, DK-5000, Odense C, Denmark): *Lancet*, 1979, 2, 720.

Az öt esetben részletesen vizsgált pre-eclampsias állapotot — 22 normális terhesség adataival összehasonlítva — csökkent T és B lymphocyta szám, csökkent mitogénés (a férj lymphocytáival szemben) csökkent MLC-válasz jellemezte. A

szülés idején ezek a különbségek eltűntek, a 3–5 hónap múlva megismételt vizsgálat pedig ismét csökkent B-sejt arányt mutatott. A lymphocytá subpopulációs arányokat vizsgálták a férj és a gyermek esetében is: a férjek átlagos B-sejt aránya szintén szignifikánsan csökkent, a gyermekeké pedig szignifikánsan emelkedett volt.

A pre-eclampsia kapcsán kialakuló elváltozásokat alkalmuk volt követni egy eleinte normális terhességként megfigyelt esetben. Abban az időpontban, amikor a terhes pre-eclampsias állapota nyilvánvalóvá vált, a kontroll esetek alsó tartományának megfelelő korábbi értékekhez képest drámai zuhanást észleltek a PHA-ra és az E. coli antigénre adott válaszbán. A PPD- és az MLC válasz végig alacsony volt.

Az előzetes közlemény adataiból igen figyelemre méltó az újszülöttek hyperreaktivitása — apai és anyai hyperreaktivitás mellett — akkor is, ha ez csupán a nem eclampsias anyák gyermekeihez viszonyított EAC rosetta túlsúlyra támaszkodik és csupán marginális szignifikanciával. A szerzők hangsúlyozzák a helyzet hasonlóságát a graft-versus-host reakcióhoz, megjegyezve, hogy ezt alátámasztja a szülés utáni gyógyulás ténye is.

Korábbi eredményeiket idézik a diszkusszióban: normális terhességek longitudinális vizsgálatával az anyai lymphocyták PPD-re és E. coli antigénre adott válaszában jelentős csökkenést észleltek a terhesség vége felé, legalacsonyabb értékekkel a szülés idején. Ez valóban csökkent B-sejt működésre utal, mely a jelen munkában észlelt EAC rosetta arány szerint a B sejtek számszerű csökkenésével magyarázható.

További érdekessége a munkának, hogy az EAC rosetta arányt az anyákhoz hasonlóan az apáknál is szignifikánsan csökkentnek találták. Arra, hogy a paternális faktornak is szerepe lehet a PE keletkezésében, eddig csak egyes gyakorlati megfigyelések utaltak, különböző apáktól való terhességek esetében. Ezt az összefüggést csupán megállapítják szerzők, a jelenleg magyarázatával nem kísérleteznek.

A magzat szerepére nézve már határozottabban foglalnak állást. Tartózkodnak követett esetük tanúsága szerint az anyai reaktivitásból észlelt jelentős változások a második trimeszter kezdetére esnek. Ez az időszak a magzat fejlődésének is jelentős szakasza: az idézett irodalom szerint a magzat T és B lymphocytákra jellemző membrán-terminánsai erre az időre alakulnak ki.

A szerzők a vizsgálatok folytatását és kibővítését ígéri, melyben a T suppressor sejtek aktivitását is értékelni fogják.

[Rövidítések: PE = pre-eclampsia, MLC = kevert lymphocytá kultúra,

PHA = phytohaemagglutinin, PPD = tisztított tuberkulin, EAC = erythrocyta-antitest-komplement (rosetta).]

Kaiser Gabriella dr.

A gestosis terápiájának jelenlegi állása. Lippert, T. H. (Univ. Frauenklinik Tübingen): Geburtsh. u. Frauenheilk. 1979, 39, 470.

A gestosis a teóriák betegsége, okát az intenzív kutatások ellenére máig sem sikerült pontosan tisztázni. Ennek következtében kezelése napjainkban is tüneti, a hypertonia, az oedema és az albuminuria csökkentése, ill. megszüntetése áll az előtérben.

A megelőzésnek a gestosisok esetében is nagy jelentőséget tulajdonítanak, és azt többnyire a kalória és sófelvétel korlátozásával, valamint a folyadékbevitel megszorításával igyekeztek eddig elérni. A legújabb nézetek szerint azonban ezek az intézkedések nemcsak hatástalanok, hanem kifejezetten károsak lehetnek. A szerző véleménye szerint a legfontosabb a terhes testi és lelki nyugalmának a biztosítása, a kiegyensúlyozott, fehérjében gazdag diéta, a só- és a folyadékfelvétel korlátozása szükségtelen.

Enyhe fokú gestosis esetén az ágyynyugalom, a mérsékelt sedálás, fehérjében és vitaminokban gazdag étrend a legtöbb esetben megfelelő eredménnyel jár. Az oedemák a fektetés hatására többnyire kiürülnek. A kezelés ambulanter is véggezhető.

A súlyos gestosis feltétlenül intézeti elhelyezést és intenzív észlelést igényel. Legfontosabb feladat a gőrcskészség csökkentése (MgSO₄, diazepam). Az oedemák kiürítését még ma is a legtöbb helyen vízhajtókkal igyekeznek elérni, tekintettel a praeeclampsias terhes hypovolaemiájára és haemoconcentrációjára, ez az eljárás kifejezetten káros, a diureticumok alkalmazása néhány kivételtől eltekintve gestosis esetén ellenjavallt. Plasmaexpanderek adásával a vizelet kiválasztása megfelelő szinten tartható. Amennyiben a beteg hypoproteinaemiás, human albumin adása célszerű. Tartózkodni kell a vérnyomás hirtelen és drasztikus csökkentésétől. A tensio-csökkentők hatására bekövetkező vérnyomásesés egyébként sem jelenti a gestosis javulását. Tekintettel a súlyos esetekben fennálló placenta insufficienciára, a szülés mielőbbi befejezésére kell törekedni. A tüdőérésének stimulálása kortikoszteroidokkal ellenjavallt.

A közlemény befejező részében a szerző az eclampsiaival foglalkozik. Hangsúlyozza, hogy az eclampsias állapot kialakulása a mai terhesség-gondozási rendszerben és terápiás lehetőségeink mellett orvosi ténykedésünk csődjét jelenti. Vagy azért, mert a tüneteket nem ismerték fel idejében, vagy pedig a kezelés volt elégtelen. A terápiás szempontok eclampsia esetében lényegé-

ben megegyeztek az előzőekben elmondottakkal. Előszörű feladat a méhür mielőbbi kiürítése, ezért a szülést a lehető leghamarabb be kell fejezni, vagy meg kell indítani, függetlenül a magzat érettségétől. Tekintve, hogy az eclampsias betegben általában jó fájástevelykenységre lehet számítani, kedvező feltételek esetén a hüvelyi szülés megkísérrelhető, ellenkező esetben császármetszés végzendő. Az intenzív észlelés és a masszív anticonvulsivus terápia a rohamok megszüntése után még legalább 48 óráig folytatandó.

Gardó Sándor dr.

A terhesség során átélt pszichoszociális stress és a koraszülés időpontja. Newton, R. W. és mtsai (St. Mary's Hosp., Whitworth Park, Manchester M13 0JH): Brit. med. J., 1979, 2, 411.

A szerzők 132 terhességet figyelemmel kísérve vizsgálták a pszichoszociális stress hatását a koraszülések gyakoriságára. A felmérésben nem vehettek részt olyan terhesek, akik koraszülését nőgyógyászati okok idézték elő, vagy akik szülését mesterségesen indították meg. A terhesség során átélt stress mértékének megítélésére a Cochrane—Robertson-féle kérdőív (Life Events Inventory) módosított változatát használták. A tesztlap 59 esemény leírását tartalmazza, melyek közül azokat, amelyek vele megtörténtek, a vizsgált személynek 1–100-ig kellett pontoznia aszerint, hogy életében mekkora törést, megrázkódtatást idéztek elő. A korábbi hitelesítő felmérések eredményei alapján egy eseményt 60 pont felett minősítettek jelentősnek.

A 132 anya közül 83 szült normális időben (a 37. héten, illetve később), 30 anya koraszülött (33–36 hétre született), 19 pedig nagymértékben koraszülött (33. hét előtt született) gyermeknek adott életet.

A 83 anya közül, akik terhessége normálisan zajlott, csupán 36 (43%) élt át valamilyen, az életvitelét jelentősen befolyásoló eseményt, míg a 30 koraszülött csecsemőt világra hozó anya közül 20 (67%), a 19 nagymértékben koraszülött csecsemőt szülő anya közül pedig 16 (84%). Ennek alapján úgy tűnik, hogy a koraszülés annál korábban következik be, minél erősebb pszichoszociális stress éri az anyát terhessége során. A normális időben szülő anyák és a koraszülött, illetve nagymértékben koraszülött csecsemőt világra hozó anyák adatainak eltérése szignifikáns volt. A két korán szülő csoportban az életvitelt jelentősen befolyásoló események gyakorisága nem különbözött szignifikánsan; a társadalmi-gazdasági helyzet rosszabbodásával az egy terhességre jutó események száma, bár szintén nem szignifikánsan, nőtt. A korán szülő csoportokban a szülést közvetlenül megelőző hétre eső események gya-

korisága sokkal nagyobb volt: a normális időben szülő anyák közül 3-nál, a korán szülőknél 30, illetve 19 közül 8–8-nál egy jelentős esemény szinte kiváltotta a szülést. Mindez összhangban áll bizonyos irodalmi adatokkal is, melyek szerint a normális időben történő szülés megindulásában is lényeges szerepet játszik a stressz, illetve a hétfégeken és munkaszüneti napokon a szülések száma csökken.

A szerzők hangsúlyozzák, hogy a feltárt tényezők figyelmen kívül hagyásával a koraszülések számának további csökkentése nem lehetséges, azonban gyökeres megoldást nem tudnak ajánlani. Mindenestre felvetik, hogy az egyén életét jelentősen befolyásoló eseményekből származó pszichoszociális stressz bizonyos esetekben erkölcsi vagy anyagi támogatással, továbbá a terhesgondozás szociális vonatkozásainak fejlesztésével csökkenthető.

Kusnyerik György dr.

Az ambuláns curettage előnyei. Szerkesztőségi közlemény: *Lancet*, 1979, 1, 1174.

A kórházi felvételek személyi és anyagi problémáival szemben a közlemény az ambuláns úton elvégzett méhkaparás előnyeit hangsúlyozza. 3 mm átmérőjű eszközzel tágitás és érzéstelenítés nélkül felhataltnak a méhürbe, és a kanülhöz csatlakoztatott vacuum pumpa segítségével az uterus faláról anyagot nyerne, ami szövettani értékelésre alkalmas. A legtöbb beteg azonnal elhagyja a műtőt és aznap, vagy a következő napon már munkaképes.

Pecsetelő vérzés előfordulhat a beavatkozást követő napokban és néhányan közepesfokú dysmenorrhoeás panaszokkal jelentkeztek.

Igen ritka az infectio, súlyos, uterinalis vérzés nem volt. A nagyméretű uterus és a terhességi gyanú kontraindikációt képez. Nagyobb polypus, vagy elégtelen mennyiségű anyag esetén abráziót javasolnak.

Fontos, hogy a konvencionális tágitásnál az uterusban a nyomás 30–100 Hgmm lehet, így az esetleges malignus sejtek a tubán keresztül a hasüregbe juthatnak.

Végül a kezelési költségek csökkenésére és a felszabaduló kórházi ágyakra hívják fel a figyelmet.

Hegedűs Tibor dr.

Fejlődési rendellenességek

A légzőszervek fejlődési rendellenességei és genetikai zavarai. Landing, B. H. és mtsa (Department of Pathology, Childrens Hospital of Los Angeles, and University of Southern California School of Medicine, Los Angeles, CA): *American Review of Respiratory Disease*, 1979, 120, 151.

A gége fejlődési rendellenességei között a leggyakoribb a laryngomalacia, amelyben a gége felett sipolás hallható. A laryngoceléhez gyakran társul gégerák. A gégeszűkületnek van hangrés feletti és hangrés alatti formája. A szerzett gégeszűkület gyakran intubálás következménye. A gégehiány egyéb fejlődési rendellenességgel jár. A veleszületett neuromuscularis gége-dysfunctiót Plott-szindrómának nevezik, az adductor bénulás következménye. A laryngo-tracheo-oesophageális hasadéknak 3 formája van: hátsó gégehasadék az esetek 50%-ában, a gége és a légcső felső részének a hasadéka 25%-ban és a gége és a légcső teljes hasadéka 25%-ban észlelhető. A gége neurofibromatosisa a gége súlyos működési zavarával jár. A laryngoptosisra a monoton hang jellemző.

A légcső normálisan 22 porcgyűrűből áll. Rövid nyak szindrómában ezek száma 13-ra is lecsökkenhet. Tracheomalacia esetén is sipolás hallható a légcső felett. A légcsőszűkület 30%-ban diffúz generalizált hypoplasia, 20%-ban tölcsezerű és 50%-ban segmentális lehet. Cyanosissal, nyelési nehézségekkel jár. Összenyomhatják a légcsövet a nagy csecsemőmirigy és a kórosan túlfellett erek is, aminek köhögés és tüdőgyulladás lehet a következménye. A tracheo-bronchomegalia vagy Mounier-Kuhn-szindróma tartós köhögéssel, hörgőhurut és pneumonitissal jár. Idős korban a légcső kitérülhet és lapos lehet. Tracheobronchopathia osteoplastica esetén a porcgyűrűk elcsontosodnak. A légcsőhiány a férfiakban kétszer gyakoribb, mint a nőkben. A légcsőben levő haemangioma vagy golyva viszont a nőkben háromszor gyakoribb, mint a férfiakban. A tracheo-oesophageális sipoly félrenyeléssel jár. A légcső diverticulum gyermekekben gyakoribb.

A hörgő izomer szindróma vagy Ivemark-aspleniás tünet járhat „kétoldali jobb oldalisággal”, lép-hiánnyal, a vékonybél elfordulásával és egyéb fejlődési rendellenességgel. Az M-anisoplenia csak férfiakban észlelhető, situs inversussal, veleszületett szívhibával jár. Polysplenia esetén több kis lép található. Az F-anisoplenia csak nőkben fordul elő. A rendellenes hörgő elágazás főleg a jobb tüdőben gyakori járulékos jobb felső lebeny, bronchus cardiacus és bronchus trachealis formájában. Hörgőhid esetén a légcső 2 ágra oszlik: az egyik ág a jobb felső és a középső lebenyt, a másik ág pedig a bal tüdőt és a jobb alsó lebenyt látja el. A bronchobiliális sipoly köhögéssel és epével kevert köpetürítéssel jár. A veleszületett hörgőszűkület atelectasiát vagy tüdőtágulatot okozhat. A hörgőágulás főleg a bal főhörgőt érinti. Hörgő-atresia főleg a bal és a jobb felső, valamint a középső lebenyben észlelhető. A veleszületett hörgőtágulat egy családon belül gyakori. Eddig több

mint 400 Kartagener-szindrómát ismertettek egy családon belül situs inversussal, hörgőtágulattal és sinusitissal. Williams-Campbell-tünet esetén generalizált hörgőtágulat kórimézhető hörgő-porchiánnyal. Az infantilis lebenytágulat oka hörgőszűkület. Rendszerint a tüdő valamelyik felső lebenye tágul túl és nyomja össze az ép tüdőt. Az esetek felében az újszülöttek életének az első hónapjában keletkezik. Sebészti eltávolítása csak hörgőciszta, kóros véredény vagy hörgő nyákdugó esetén indokolt.

A tüdő sérvet képezhet a nyaki szervekbe. Patkótüdőről beszélünk, ha a két tüdő a mellkas elülső és hátsó részén összenő. Kétoldali veleszületett tüdőhiány ritka, a féloldali agenesis vagy aplasia azonban gyakori. Egy tüdőlebeny hiányát is többen észlelték. A hörgő csökevényes fejlődése esetén tüdőhypoplasia keletkezik, az acinusok és az alveolusok száma is csökken. A méhen belül a magzatban térhiány okozza.

Potter-szindróma vagy olygohydrarnion tetrád esetén a kórosan fejlődött archoz, a rendellenesen elhelyezkedő kezekhez és lábakhoz tüdőhypoplasia is társul.

Az egyoldali világos tüdő vagy Swyer-James- és Macleod-szindróma keletkezhetik emelőtávolítás, a mellkas és a váll izomzatának a sorvadása után, kompenzáló vagy obstructív tüdőtágulat esetében lebenyhiánnyal vagy anélkül, a tüdő artériák csökkent áramlása, embolia vagy daganat okozta hörgőelzáródás és tüdődaganat besugárzása következtében.

Az idiopathiás tüdő microlithiasis rendszerint gyermekkorban kórimézik. A röntgenképen a tüdőben apró szemcsés beszűrődés, a szöveti képen pedig az alveolusokban kalciumkarbonát látható. Kóreredete ismeretlen. A tüdő lymphangiomyomatosis a nők betegsége, a tüdőben a simaizom proliferációja okozza. Szövődménye légmell, chylothorax, tüdővérzés és légszomj. A mellkas röntgenképén lépes tüdő rajzolata látható. A veleszületett tüdő lymphangiectasia újszülöttben és csecsemőben keletkezik a tüdővéna elzáródása következtében; gyakran halállal végződik. A tüdő-blastomák rossz-, a hüdő-hamartomák jóindulatúak.

Intra- és extrapulmonális sequestratio esetén a tüdőállomány nem közlekedik a légcsővel és a hörgőfával. Eddig több mint 300 esetet közöltek, amelyek többsége bal oldali volt. A sequestrált tüdő kapcsolatban lehet a gyomor-bél rendszerrel is. Műtéttel a legtöbb ször megoldható. Scimitar-szindróma esetén a jobb tüdő hypoplasia, a tüdő artériái normálisak, a tüdővéna azonban a vena cava inferiorba ömlenek és a szív jobbra helyeztet. Arteriohepatikus dysplasia esetén az arteria pulmonalis beszűkült, a máj működése zavart.

Az öröklődő tüdő arteriovenosus sipoly az esetek 60%-ában Rendu-

Osler—Weber betegséghez társul. A betegek háromnegyede része műtétet meggyógyítható. A veleszületett cisztás adenomatoid fejlődési rendellenesség 25%-ban halva született magzatban, 50%-a pedig koraszülött csecsemőkben észlelhető. A hasnyálmirigy cystikus fibrózis az Egyesült Államokban a legtöbb halált okozó genetikai betegség. Nyákos-kenyes hörghuruttal kezdődik, majd tüdőtágulat, középső lebenyszindróma és tüdőtályog alakul ki. Az alfa₁-antitrypsin hiány okozta tüdőtágulat a csecsemőben sárgasággal kezdődik, májsugorodás alakul ki és a gyermek májelégtelenségben hal meg. A panlobáris tüdőtágulat általában 30 éves korban kezdődik. A családi fibrocystás tüdő-dysplasia a Hamman—Rich-szindrómához hasonlóan a tüdőben simaizom proliferációval és cisztaképződéssel jár. Családi primer tüdő-hypertensiában Los Angelesben évente legalább egy gyermek hal meg. Örökletes családi tüdőbetegség még a spontán légmell, a lymphoedema, a mellhártyazsadmány, a tömlőszervi hörgőtágulat és a kóros tüdő-fissura is.

A rekesz és a mellkas fejlődési rendellenessége a rekeszsér, a járulékos rekeszizom és a pectus excavatum.

Pongor Ferenc dr.

Rubeola Izraelben. Rubeolával született gyerekek klinikai és szerológiai leletei. Isacson, M., Nismi, M. Swartz, T. A. (Share Zedek Hosp. Jerusalem, Izrael): Israel J. med. Sci. 1979, 15, 17.

A szerzők rubeola klinikai és szerológiai jeleivel született 48 gyermek sorsát követték 3 éven át. Kiterjedt rubeolás szindrómát, többszörös rendellenességeket és egyes hiányokat figyeltek meg a csoportban, és pedig rendszerint már az első év folyamán. A későbbiek során is fedeznek fel kóros elváltozásokat, akik egészségesnek látszottak, de magas ellenanyag titerrel rendelkeztek. 15 gyerek (kb. 1/3) olyan anyától született, akik terhességük idején klinikailag és szerológiai megállapított rubeolán estek át, 33 gyermek (kb. 2/3) anyja tünetmentesen fertőzösen esett át.

Az eredmények aláhúzzák a terhesség előtti védőoltás fontosságát.

Nikodemusz István dr.

A dohányzás szerepe az ajak- és szápadhasadék kialakulásában. Ericson, A. és mtsai (National Board of Health, Bureau of Statistics, Stockholm): Am. J. Obstet. Gynecol. 1979, 135, 348.

A dohányzás káros hatása a magzatra (alacsonyabb születési súly, magasabb perinatalis mortalitás) jól ismert. Újabban többen találtak összefüggést a terhes dohányzása és különböző magzati fej-

lődési rendellenességek kialakulása között.

A szerzők 66 ajak-szápadhasadék, ugyanennyi velőcsőzáródási rendellenességben szenvedő, valamint 261 illesztett kontroll újszülött anyjának dohányzási szokásait hasonlították össze. Megállapították, hogy az ajak-szápadhasadékos csoportban az anyák között szignifikánsan magasabb a dohányosok aránya, mint a kontroll csoportban. Ugyanakkor a velőcsőzáródási rendellenességek vonatkozásában nem találtak ilyen összefüggést. A dohányzók között egyébként magasabb a nyugtatókat és az alkoholt fogyasztók aránya, így elképzelhető, hogy a dohányzás mellett ezen két tényező is szerepet játszhat a rendellenesség kialakulásában.

Gardó Sándor dr.

Embryopathia alcoholica esetek ismertetése. Kalz, M., Müller, B., Rhode, W. (Neonat. Abt. und Kinderklinik des Städt. Krankenhauses im Friedrichshain Berlin und Kinderabt. Lutherstift Frankfurt/Oder): Dt. Gesundh.-Wesen. 1979, 34, 2357.

Az alkoholos embryopathiát először Lemoine és mtsai írták le 1968-ban 127 gyermekben, de azt akkor még nem követte a problémát méltán megillető figyelem. Míg a német szakirodalomban az alkoholos embryopathia kifejezést használják, addig az angol—amerikai szakirodalomban foetalis alkoholszindrómaként jelzik, de találkozhatunk embryofoetalis alkoholszindróma elnevezéssel is. Súlyosságában általában három fokozatot különböztetnek meg. A szerzők 3 esetüket ismertetik.

1. betegük egy 34 éves anya 3. gyermekeként annak 41. terhességi hetében spontán jött a világra 2250 g-os születési súllyal. A kórelőzmény alapján az anya alkoholizmusa már ismert volt. A másfél éves microcephal gyermeket test-súly-visszamaradással, cyanosissal és atóniás rosszullétekkel vették fel. Emellett facialis dysmorphismát, otromba „mancskezeket”, általános izomhypertóniát, statisztikailag és szellemileg pedig 6 hónapos elmaradást észleltek. Az embryopathia alcoholica diagnózisát az intrauterin hypoplasia, a craniofacialis dysmorphia, a hibás extracranialis csontvázfejlődés és agykárosodás, valamint az anya alkoholizmusa alapján állították fel.

2. betegük egy 25 éves anya 3. gyermekeként született és a szülés terhességi gestosis után a 38. héten spontán történt. A 2000 g-os újszülöttet asphyxiát követő reanimáció után vitték az újszülött osztályra. A hydrocephalnak tűnő koponyán dysmorphiás arcot láttak, mélyen ülő dysplasiás füleket, hypertelorizmussal, makroglossiával, valamint a 3—4. ujj összenövésével. Az intrauterin hypoplasia az észlelt tü-

netekkel, az apa és anya alkoholizmusa (utóbbi naponta 100 g-ot fogyasztott) megerősítette az embryopathia alcoholica diagnózisát.

3. betegük egy 27 éves anyának 36. terhességi hetén született 1. gyermeke volt, és hypoplastikus koraszülöttnak klasszifikálva enyhe légzési zavarokkal vitték a koraszülött osztályra. A rövidfejű koponyán mélyen ülő füleket, fejlődési rendellenességeként a belső szemzugot fedő bőrréddet (epicanthus), jobb oldali ptosist és a 2—3. lábujj összenövését látták. PEG-val hydrocephalus externus volt kimutatható jelentős agykérgi dysplasiával. Az intenzív gondozás ellenére is fél éves retardációt tudtak kimutatni. Az anya célzott kikérdezéséből megtudták, hogy 6 éve már naponta 70 g alkoholt ivott égetett szeszes ital formájában. Az intrauterin hypoplasiaival kapcsolatos craniofacialis dysmorphia, hibás extracranialis csontvázfejlődés, agykárosodás és anyai alkoholizmus alapján állították fel az alkoholos embryopathia körisméjét.

Az embryopathia alcoholica okának nem az idült alkohol intoxikációt tartjuk önmagában, hanem annak másodlagos következményeit, a májartalmat, anaemiát és vitamínhiányt. Ma az alkoholt és annak lebontó termékeit napi 60—80 g határdózissal vesszük teratogennek, függetlenül attól, hogy azt milyen szeszes ital formájában fogyasztják. Más szerzők már napi 30—60 g-os alkoholfogyasztást is teratogennek tartanak 100%-ban okozva károsodást, napi 60 g feletti alkoholfogyasztás 20%-os, idült alkoholizmus pedig 40%-os embryopathia alcoholica veszéllyel jár. Egyes szerzők ezt tartják a szellemi visszamaradás leggyakoribb okának.

Az elmondottakból a szükséges következtetések is logikusan adódnak. Bizonyos gyanújelek esetén az alkoholos embryopathiára mindig gondolni kell, az anya terhesség alatti szeszes ital fogyasztásáról mindig érdeklődni kell és ennek veszélyéről a lakosságot fel kell világosítani.

(Ref.: A referátum lezárásaként rögtön felmerül az emberben az a hír, amit nem túl régen az ország minden újságjában olvashattunk. Nevezetesen kiderítették, hogy terhesség alatti szeszes ital fogyasztással a megszületendő gyermek nem is meg lehet választani. Az orvosi tapasztalatok alapján viszont az lenne az üdvös, ha a „nil nocere” iratlan törvényét a napilapok szerkesztői is átvennék.)

Angeli István dr.

Felső végtag rendellenességek és vesebetegség. Siegler, R. L. és mtsai (Dept. Pediat. Univ., 50 North Medical Drive, Salt Lake City, Utah 84132, USA): Clin. Genet. 1980, 17, 117.

Két fiútestvérben kicsiny születési súly mellett a felső végtagok súlyos fejlődési rendellenességeit, különböző csontok hiányát, vagy hypoplasziáját észlelték. A további vizsgálatok mindkét gyermekben ectopiás veséket jeleztek kétoldali vesico-ureterális reflux-szal. Az idősebbikben ezen kívül egyéb fejlődési hibák is voltak, 8 hónapos korában meghalt. A második fiúgyermek felnőtt, 18 éves korában chronikus veseelégtelenségben szenved, hossza a 3-percetilis érték alatt maradt. A karyotypus normális, autosomális vagy nemhez kötött recesszív öröklődés lehetősége merült fel. Javasolják, hogy minden felső végtag rendellenesség esetén már az újszülöttkorban iv. pyelographia és mictiós cystographia készüljön.

Méhes Károly dr.

Csont anomáliák oesophagus atresiánál. Brereton, R. J. (Dept. Paediat. Surg., The Children's Hospital, Sheffield, England): Z. Kinderchir., 1979, 26, 258.

Régóta ismert az oesophagus atresiához társult visceralis anomáliák nagy száma és változékonysága, de csak az elmúlt 10 évben figyeltek fel a más természetű és jellegű társulásokra. Ezek közül leggyakrabban a vese-, csigolya- és végtag-anomáliák fordulnak elő.

A szerző szándéka az volt, hogy egy megközelítő incidentiát megállapítson, ezért két osztály, a liverpooli és a sheffieldi gyermeksebészetek anyagát elemezte 1965–1974 közötti időszakból. Ez összesen 329 beteget jelentett. Az anyagban nem szerepel a congenitalis oesophagus stenosis és a H-típusú oesophagus atresia.

Az utóvizsgálat számos nehézséggel járt, különösen a korai esetekben. Ennek okai: eleve hiányos radiológiai dokumentáció, elveszett rtg-felvételek, hiányos kórlap dokumentáció stb. Ezért, az objektivitás érdekében, csak az 1972–1978 között a liverpooli kórház gyermeksebészeti osztályára felvett 101 gyermek adatait ismerteti részletebben is.

Összességében nézve 47%-ban talált valamilyen anomáliát a csontrendszer részéről és a túlélők 28%-ában állt fenn a scoliosis veszélye. A különböző társulásokat több táblázatban ismerteti és részletezi, amelyekből jelentős prognosztikai következtetések vonhatók le. Így pl. ha az anomália a sacrumot és a fölőtte levő csigolyákat is érinti, a túlélés csak 33%-os. Hasonlóképpen nagyon rossz a prognózis 11, vagy ennél kevesebb bordapár esetén. 6 ilyen betegből egy sem maradt életben, mindegyikük a Waterston-féle „C” csoportba tartoztak.

Az egyedi hemivertebrá súlyosabb következményekkel jár, mint a többszörös, mert az többnyire ellenoldali és a görbületek ilyenkor

kiegyenlítik egymást. A sacrum-hemivertebrá esetek nagyon nagy részében alakult ki scoliosis.

A tanulmány nagyon részletes feldolgozásban hívja fel a figyelmet az alapos radiológiai vizsgálat fontosságára. Egy társuló anomália felfedezése egyrészt prognosztikai jelentőségű, másrészt a korai és folyamatos orthopaediai ellenőrzést és kezelést határozza meg.

Léb József dr.

Dysplasia encephalo-oculo-cutanea-hoz társult neurolipomatosis. Walbaum, R. és mtsai (Service de Clinique Pédiatrique, Centre Hospitalier Universitaire 59037 Lille): Pédiatrie, 1979, 34, 717.

A szerzők egy 12 napos újszülöttnél észlelt klinikai tünetekről számolnak be. Bőrtünetek: a koponya b. o. részén változó nagyságú, a bőr színéből enyhén kiemelkedő, puha, vörös színű, enyhén teleangiectasiás, alopeciás bőrelváltozások, amelyekhez hasonlókat észleltek az epigastriumban is. A bal arcfélen is különböző nagyságú, puha, hasonló tumoros képletet észleltek, főleg a külső szemzug és a fül előtti tájékon. Elemzik az elváltozások szövettani képét is. A szemelváltozások (csak a bal szem) conjunctivalis cysta, coloboma superior iris, dystrophiás és vascularizált cornea, többszörös colobomás, atrophias üregek a retinán.

A neurológiai vizsgálat újszülöttkorban normális volt, de a koponya rtg-képe már ekkor aszimmetriát mutatott; a bal szemüreg és a fossa temporális nagyobb volt a jobb oldalnál. Az EEG 12 napos korban a normálnál fokozottabb elektromos tevékenységet jelzett, valamint kóros tetha és delta hullámokat a bal frontális régióban.

Az 5 hónapos korban elvégzett cerebrális tomo-densitometria közepes nagyságú, bal oldali cranio-cerebrális hemiatrophiaát tárt fel, a kamrarendszer tágulatával. Nyolc hónapos korban a gyermek statisztikailag visszamaradt, a jobb felső végtag motorikája csökkent, az alsó végtagon az inreflexek fokozottak, a cervicalis gerinccsatorna nagymértékben tágult. A liquor disszociáció albumino-cytologicit mutatott. Pneumomyelographiát és jódt-ventriculographiát végeztek; ez utóbbin a C1 magasságában blokk volt kimutatható, míg a pneumomyelographia szerint ennek a tumornak alsó része a D₂ és D₃ magasságában helyezkedett el; ennél mélyebben két újabb növedék volt észlelhető. Ez utóbbiak nem okoztak liquorelfolyási akadályt. A cervicalis tumort, amely a gerincvelő egész hátsó részét elfoglalta, műtéttel eltávolították és az lipomának bizonyult. Bár az elülső és hátsó gyökök között lipomatózus részek maradtak visza, jelentős decompressiót sikerült elérni.

Részletesen elemzik a diagnosztikai problémákat. A számításba vehető kórképek: Goltz-szindróma, dysplasia oculo-auriculo-vertebralis, lipomatosis encephalo-cranio-cutanea, a Jadassohn-féle naevus sebaceus szindróma eltérő, vagy egyező tünetei.

A nosologia problémáinak elemzését azzal zárják le, hogy ez a komplex jellegű fejlődési rendellenesség, amely egy embriológiai kisiklás eredménye, a patogén folyamat helyében és időpontjában csak árnyalatban tér el a hasonló kórképektől. Úgy vélik, helyes lenne ezeket egy közös „dysplasia encephalo-oculo-cutaneával kísért neurolipomatosis” elnevezés alatt összefoglalni. A prognózis megítélésében tartózkodó álláspont a helyes.

Kövért Béla dr.

Primer pulmonalis hypoplasia újszülöttkorban. L. E. Swischuk és mtsai (Departments of Radiology and Pediatrics, Child Health Center, The University of Texas Medical Branch): J. Pediat. 1979, 95, 573.

Nyolc újszülött primer pulmonalis hypoplasia esetét mutatják be a szerzők. A prezentációs tünet a légzési elégtelenség volt, a diagnosztikában azonban csak később tudták felállítani. Betegeiknek nem volt más fejlődési rendellenessége, viszont gyakran kifejlődtek a perszisztáló foetalis keringés tünetei. Röntgenfelvételen kicsiny, világos tüdőmezők voltak feltűnőek és gyakran (8-ból 7 esetben) lépett fel pneumothorax. Betegeik közül 6 meghalt, közülük négyenél boncolás is történt. Szövettanilag az alveolusok számának csökkenése, valamint a perifériás bronchiolusok és arteriolák számának csökkenése volt megfigyelhető. Az arteriolák muscularis hypertrophiáját észlelték. Az életben maradtak tüdeje a kezelés során fokozatosan expandált.

Gagyí Dénes dr.

Allergológia

Késői típusú Staphylococcus aureus túlérzékenység egérben. In vivo válaszok izolált staphylococcus antigénekre. Bolen, J. B., Tribble, J. L. (Kansas State Univ., Div of Biology, Manhattan): Immunology, 1979, 38, 809.

A szerzők staphylococcus sejttal, sejtmembrán, protein A, lipoteichoinsav, teichoinsav v. lipidmentes membránfehérjék izolált antigénekként szenzibilizáltak egereket talppárná módszerrel, annak megállapítására, hogy mely antigének felelősek a staphylococcus késői típusú szenzibilizációért. Három injekció után a sejtmembrán protein antigéneivel szemben jelentkezett a szenzibilizáció. Hét injekció után

több baktérium komponens (sejtfal, protei A, membrán fehérjék) iránt is beállt az allergiás állapot. Ebből a szerzők arra következtettek, hogy a *Staphylococcus aureus* iránti késői típusú túlérzékenységben többféle antigén játszik szerepet.

Korossy Sándor dr.

Késői típusú *Staphylococcus aureus* túlérzékenység egérben. In vitro válasz izolált staphylococcus antigénekre. Tribble, J. L., Bolen, J. B. (Dept. of Biological Sci., Univ. of New Orleans): *Immunology*, 1979, 38, 819.

A szerzők *Staphylococcus aureus* 3 injekciójával szenzibilizált egerek lép lymphocytáinak makrophag-vándorlást gátló hatását észlelték, ha a lymphocytákat stimulálták *Staphylococcus aureus* ultrahanggal feltárt antigéneivel (SASA), sejtmembrán (CM)-, tisztított membránfehérje (PMP)-komponensekkel. Ha a vizsgálatot 7 injekció után végezték el, az előbb felsorolt antigének kivételével a sejtfal (CW) és a protein A (PA) is migráció gátlást okozott. A lymphocyta transzformációs teszt szintén kimutatta a membránfehérjék szerepét a reaktivitás korai szakában. A lép lymphocyták maximálisan stimulálhatók voltak SASA-, CM- és PMP-antigénekkel. Lipoteichoinsav (LTA), teichoinsav (TA) és CW lényegesen kisebb fokú hatást okoztak. A hét injekciót kapott egerek lymphocytái lényegében magasabb fokú választ adtak az izolált staphylococcus alkatrészekre. Csak a LTA nem volt mitogen hatású a lép B lymphocytáira. A mitogen hatás macrophagok jelenlététől függött. SASA, CM és PMP kevés lymphocytára is kifejtett mitogen hatást.

Korossy Sándor dr.

H1 és H2 receptor antagonisták hatása majombőrben i. c. histaminra, fordított típusú anaphylaxiára és passzív kután anaphylaxiára. Hutchcroft, B. J., Moore, E. G., Orange, R. P. (Dept. of Med., Univ. of Manchester): *J. Allergy clin. Immun.* 1979, 63, 376.

A szerzők majombőrben vizsgálták a H1 és H2 antagonisták hatását allergiás reakciókra. Az intrakután beadott histamin reakciót a H1 receptor antagonistá (chlorpheniramin) kifejezetten gátolta, míg a H2 receptor antagonistá (cimetidin) nem, mindkettőt szokásos terápiás adagban alkalmazva. Ennek ellenére, ha a kétféle antagonistát együttesen adták a gátlás nagyobb

volt, mint a chlorpheniraminból egyedül. A fordított típusú anaphylaxia kísérletben (szérumdonor: ragweed pollen iránt erősen allergiás egyén; anti-human IgE antitest) is a H1 antagonistá gátolta erősen a reakciót, míg a H2 hatásalan volt. A passzív kután anaphylaxiát a chlorpheniramin gátolta, a cimetidin nem. Ha a két antagonistát kombinálták, a válasz teljes gátlása következett be. A szerzők véleménye szerint a H2 receptor antagonistá fokozza a H1 receptor antagonistá blokkoló hatását.

Korossy Sándor dr.

Az allergiás bronchopulmonális aspergillosis kezelése. Wang, J. L. F. és mtsai (Section of Allergy-Pulmonology, Department of Medicine, Northwestern University Medical School, Chicago, Ill.): *American Review of Respiratory Disease*, 1979, 120, 87.

Az allergiás bronchopulmonális aspergillosis tünetei: asztmaszerű mellkas sipolás, bőrreakció aspergillus fumigatusra, múltó tüdőbeszűrődés és a vérsavóban hirtelen felcsökkenő IgE töménység. A betegség immunopathológiája ismeretlen. Lehetséges, hogy a betegség kóroktanában az IgE túlérzékenységi reakciónak szerepe van. A szerzők 25 allergiás bronchopulmonális aspergillosis betegről számolnak be, akiket 1–10 éven át átlag 2,6 évig figyeltek meg. A betegség gyógyításában már különböző gomba és parazita ellenes gyógyszerekkel kísérleteztek eredménytelenül. A szerzők kizárólag prednisonnal kezelték betegeiket. 4 beteg félbeszakította a kezelést, 8 betegben pedig a folyamat 12 alkalommal kiújult. Gyógyulás után az IgE szint minden betegben normális lett. A betegség kiújulását és a tüdőbeszűrődés megjelenését viszont tünetmentes állapotban is mindig megelőzte az IgE szint magasra emelkedése. Recidiva esetén újabb prednison kezelésre a klinikai tünetek ismét megszűntek és az IgE szint is normális lett. Néhány betegben az alapbetegség gyógyulása után asztmaszerű állapot maradt vissza, ami hörgőtágító szerekre jól reagált. Első kezelésként testsúlykilogrammonként 0,5 mg prednison adtak naponta egy adagban két hétig, majd másnaponként 3 hónapig. Ekkor a prednison adagját csökkentették és 3 hónap múlva a gyógyszer adását abba is hagyták. A tüdőbeszűrődés feltsírtulása után 2 évig 4 havonként, azután 2 évig 6 havonként ellenőrző mellkas fel-

vételt készítettek. IgE szint meghatározást havonta végeztek. Az IgE töménység csökkenése a kezelés elkezdése után 1–2 hónap múlva megindult, 6 hónap múlva pedig normális lett. Az IgE szint kiugrása mindig előre jelezte a betegség kiújulását. A betegség gyógyulása után az IgE szintet 2 havonként vizsgálták, a tüdőfunkciót évenként ellenőrizték. A folyamat kiújulása esetén a betegséget ugyanúgy kezelték mint első ízben. 4 allergiás bronchopulmonális aspergillosis beteget megkíséreltek napi 500 µg beclamethason inhalációval kezelni, ami az asztma tüneteit csökkentette, az alapbetegségre azonban hatástalan volt.

Pongor Ferenc dr.

Lymphocyta transzformációs vizsgálatok gyógyszerallergiában. Warington, R. J., Tse, K. S. (Dept. of Immun., Faculty of Med., Univ. of Manitoba, Winnipeg): *CMA Journal* 1979, 120, 1089.

A szerzők klinikailag gyógyszerallergiás esetekben in vitro lymphocyta transzformációs próbát végeztek. 15 biztosan penicillin által kiváltott, azonnali vagy akcelerált allergiás tünetekkel járó esetben a próba pozitív volt. Ugyanezen betegeken a bőrpróba major antigénnel (benzylpenicilloyl-poly-L-lysin) vagy minor antigénnel (benzylpenicillin determinánsok keveréke) vagy mindkettővel azonnali típusú pozitív reakciót adott. Penicillin által okozott 12 maculopapulosus kiütés esetében a transzformáció csupán 3-nál volt pozitív. A transzformáció mértéke a kontrollhoz viszonyítva ötször volt nagyobb penicillin erythrodermában, Stevens-Johnson-szindrómában, szérumbetegség típusú kiütésben és methicillin által okozott interstitialis nephritisben. Mindezen esetekben a bőrpróba negatív volt. 8 feltételezhetően penicillin-allergiás esetben, negatív bőrpróba mellett a transzformáció kis fokban következett be. 11 isoniazid által okozott hepatitisben, ill. maculopapulosus kiütésekkel járó esetekben 9 beteg lymphocytái transzformálódtak. 31 különböző gyógyszerallergiás eset (phenytoin, chinidin, acetilsalicilsav, melphalan, trimethoprim-sulfamethoxazol) közül csupán 8 adott pozitív eredményt.

A szerzők következtetése: a lymphocyta transzformációs próba hasznos diagnosztikus segítséget ad penicillin- és isoniazid-allergiában, de a próba más gyógyszerek esetében korlátozott értékű.

Korossy Sándor dr.



Adat a schizofrenia dopamin elméletéhez: Csökkent szérumszintű dopamin-hidroxylas aktivitás paranoid schizofreniában.

T. Szerkesztőség! Örömmel olvastuk *Lipcsy Attila dr.* hiánypótló cikkét a schizofrenia biokémiájáról (Orv. Hetil. 1980, 121, 2863.). Az elmúlt 25 év alatt, a psychopharmacológia és biológiai pszichiátia egymást kölcsönösen serkentő, rohamos fejlődésének eredményeként olyan hatalmas ismeretanyag gyűlt össze, amiben eligazodni csak alapos biokémiai szakképzettségű szakember segítségével lehet. A schizofrenia dopamin elmélete azonban egyre szilárdabb alapokon nyugszik, egyre inkább konvergálnak az adatok, és ami a legfontosabb, 25 év klinikai eredményei látszanak bizonyítani, hogy az „elmélet” gyakorlati érték. A dopaminerg aktivitást gátló psychopharmacológiai jelentős mértékben hozzájárultak ahhoz, hogy megváltozott a schizofrenia prognózisa, az elmebetegségek köré és a társadalom viszonyulása az elmebetegekhez és az elmebetegségekhez. A schizofrenia dopamin elmélete lényegében két alapvető pillérre épül:

1. A dopaminerg aktivitást fokozó pharmacológiai beavatkozások schizofrenia psychosist, illetve a schizofrenia exacerbációját provokálhatják.
2. A dopaminerg aktivitást gátló beavatkozások terápiás hatásúak.

Mi nem választanánk szét ezt a két „elméletet”, mert szorosan összefüggő, egymást kiegészítő és erősítő, bizonyított adatoknak tartjuk. Látszólag távolos kutatási szálak is idevezetnek, ahogy ezt *Lipcsy dr.* az amphetamin psychosis, vagy a rézanyagcserevel kapcsolatos adatok ismertetése során kifejtette. A schizofreniák jelentős hányadában a dopaminerg hiperaktivitás szerepet játszik a pathomechanizmusban. [Helyesebbnek tartjuk, ha schizofreniákról beszélünk — a schizofrenia gyűjtőfogalommal jelölt psychosisek, amelyek klinikailag is sokféle, biztosan heterogén pathokémiájú betegségek (8, 9).] Egyre több adat szól amellett, hogy a paranoid schizofrenia, ami viszonylag jól körülírható klinikailag, ebbe a csoportba tartozik (3, 7). Saját vizsgálataink is a dopaminerg túlsúly szerepére utalnak a paranoid schizofrenia pathomechanizmusában.

79 krónikus, többször hospitalizált, egyértelműen paranoid schizofreniának jelölt (WHO ICD 9 — 295,3) beteg esetében határoztuk meg a szérumszintű dopamin- β -hidroxylas (DBH) aktivitását. A DBH a do-

pamin-noradrenalin átalakulását katalizáló enzim, aktivitása genetikusan meghatározott. A szérumszintű DBH aktivitást korábban a szimpatikus idegrendszeri aktivitás mutatójának tartották. Ez a szerepe erősen kérdésessé vált az újabb kutatási eredmények ismeretében (11). Egyre több adat mutat a szérumszintű DBH és a centrális dopaminerg aktivitás kapcsolatára (2). 50 egészséges kontroll személyhez viszonyítva szignifikánsan csökkent szérumszintű DBH aktivitást észleltünk a paranoid schizofreniák csoportjában ($n = 79$) [$37,21 \pm 20,23$ (SD) vs. $24,85 \pm 13,72$ U, $p < 0,001$]. A csökkent DBH aktivitás dopamin túlsúlyt eredményezhet. A DBH gátlása disulfirammal, kísérleti körülmények között bizonyítottan, psychosist provokálhat (6), de jól ismert a klinikumból az Antaethyl-(disulfiram) psychosis jelensége. A DBH részt vesz a normálisan is kis mennyiségben képződő psychotomimetikus hatású methylált transzmitter származékok hatástalanításában is, így csökkent aktivitás ezek felszaporodásához vezethet (5). *Wise és Stein* 1973-ban (10) post-mortem vizsgálatok során mutatták ki, hogy schizofreniák agyában csökkent a DBH aktivitás. A szérumszintű vizsgálatok az ezt követő években ellentmondásos eredményeket hoztak. Ezek többsége kisszámú és vegyes schizofrenia beteg vizsgálatáról számolt be. 1978-ban *Fujita és mtsai* (5) a *Schneider*-féle kritériumok alapján diagnosztizáltak (ami a mi paranoid megjelenésünknek felel meg) 149 schizofrenia beteg esetében észlelt szignifikánsan csökkent szérumszintű DBH aktivitást. A genetikusan meghatározott, csökkent szérumszintű DBH aktivitás nem tekinthető gyógyszerhatás eredményének (2, 5).

Ha betegeinket aszerint osztályoztuk, hogy tardív dyskinesia biztosan kizárható, illetve kifejezett tünetei észlelhetők, a következő érdekes adatra bukkantunk. A tardív dyskinesia betegek szignifikánsan magasabb DBH szintet mutattak, mint a nem TD-s schizofrenia csoport, azzal együtt, hogy mindkét csoport szignifikánsan csökkent DBH aktivitású az egészséges kontrollokhoz képest (1). Ez az adat, összhangban a (paranoid) schizofrenia dopamin elméletével, a következőképpen magyarázható. A genetikusan meghatározott, alacsony DBH aktivitás, ami a paranoid schizofreniákban statisztikusan szignifikánsan kimutatható, dopamin hiperaktivitást eredményezhet. Minél alacsonyabb a DBH, annál aktívabb lehet a dopaminerg rendszer, azaz annál inkább várható terápiás hatás a dopaminerg aktivitást gátló gyógyszerektől, és annál kevésbé vannak kitéve a betegek a korai és

a késői extrapyramidalis mellékhatások veszélyének. Magyarázatunk természetesen merész hypothesisnek tekinthető jelen pillanatban, de mi perspektivikusnak, további kutatásra érdemesnek tartjuk.

Arató Mihály dr.
Bagdy György dr.
Perényi András dr.

IRODALOM: 1. Arató M. és mtsai: XIth International Congress of Psychoneuroendocrinology, Firenze 1980. — 2. Bagdy Gy.: Gyógyszerész doktori értekezés. 1980. — 3. Crow, T. J.: Brit. Med. J. 1980, 280, 66. — 4. Evans, B. D., Wolfgang, H. V.: Biol. Psychiat. 1977, 12, 583. — 5. Fujita, K. és mtsai: J. Neurochem. 1978, 30, 1569. — 6. Hartmann, E., Keller-Teschke, M.: Biol. Psychiat. 1979, 14, 455. — 7. Potkin, S. G.: New Eng. J. Med. 1978, 298, 61. — 8. Smythies, J. R.: Lancet, 1976, ii, 136. — 9. Snyder, S. H.: Am. J. Psychiat. 1976, 133, 197. — 10. Wise, C. D., Stein, L.: Science, 1973, 181, 344. — 11. Weinshilboum, R. M.: Pharmacol. Rev. 1979, 30, 133.

T. Szerkesztőség! Arató Mihály dr., Bagdy György dr. és Perényi András dr. hozzászólását nagyon köszönöm. Örülök, hogy a schizofrenia oly fontos dopaminerg elmélete ilyen módon külön hangsúlyozást is kapott. Hozzászólók hasznos közlése is aláhúzza ennek fontosságát.

Lipcsy Attila dr.

Ismerjük meg a hazai szakirodalmat.

T. Szerkesztőség! A Hetilap sokszor hangoztatott „Ismerjük meg a hazai szakirodalmat” törekvése jegyében tűzők megjegyzést *Fazekas Péter dr., Csaba István dr. és Kander Zoltán dr.:* „A jobb oldali vena ovarica szindrómáról” c. munkájához. (Orv. Hetil. 1980, 121. évfolyam, 49. sz. 3012. old.) A szerzők azt írják, hogy a hazai irodalomban hasonló esetismertetéssel nem találkozott. A való helyzet azonban az, hogy *Kovács László dr.* munkája a Magyar Nőorvosok Lapjában (1972, 35, 93.) valamint *Scultéty Sándor dr. és Varga Béla dr.* tanulmánya az Orvosképzésben (1975, 50, 441.) is ezt a szindrómát tárgyalja, illetőleg ilyen eseteket mutat be. A közlésnek tehát vannak hazai előzményei, melyeknek megismerése is ismertetése hozzátartoznak a hivatkozások teljességéhez.

Scultéty Sándor dr.

T. Szerkesztőség! Hálásan köszönjük *Scultéty dr.* dolgozatunkkal kapcsolatos észrevételét. A levélírónk igaza van, elkerülte figyelmünket a levelében idézett két közlemény. Az sem lehet meglepetésünk, hogy *Scultéty dr.* nevét megemlégtettük munkánkban. Az Orvos-

képzésben megjelent értékes dolgozatát nagy élvezettel olvasva csak őszintén sajnálni tudjuk, hogy az cikkünk írásakor elkerülte figyelmünket. Kovács dr. érdeme, hogy — bár munkájában nem egyértelműen igazolt eseteket közül — a terhességi pyelonephritisek okaként hazánkban elsőként gondolt jobboldali vena ovarica szindróma lehetőségére. A betegség jelentősége, gyakorisága, a még tisztázatlan kérdések — úgy gondoljuk — nőgyógyászok, urológusok és röntgenesek további közös munkálkodását igénylik.

Fazekas Péter dr.

nosztikus eljárások számunkra is, Szerzők számára is elérhetőek lennének, bizonyára magasabb lenne a kórismézett trombózisok száma nálunk is, a közleményben is." Félek ugyanis attól, hogy a diagnosztikus lehetőségek hiányosságai miatt kórismézett trombózisok kis száma „látszólag jogosan” háttérbe szorítja (sok helyen már szorította) a rendkívül nagy jelentőségű megelőzés kérdését. Ez volt mondanivalóm lényege. Sajnálom, hogy talán nem szabatos fogalmazásom ilyen, tőlem távol álló következtetésekhez vezethetett.

Vecsey Dénes dr.

Egy félreértés helyesbítése.

T. Szerkesztőség! Mohácsi László dr. és Kerényi Viktor dr. közleménye (Orv. Hetil. 1980, 35, 2141.), továbbá a válasz, melyet Szerkesztőségnek írt levelemre adtak (1981, I, 60.), úgy érzem nemcsak az urológusok számára volt hasznos és tanulságos. Véleményünk néhány kérdéssel kapcsolatban továbbra sem azonos, több szempontból mégis közelebb kerültünk egymáshoz. Egy sajnálatos félreértésre az Orv. Hetil. kialakult szokásaitól eltérően reflektálni szeretnék.

A Szerzők válaszukban ezt írják:

»A „túlságosan szépnek” tartott adat vagy eredmény orvosi tárgyú közlésben etikai problémákat vet fel stb.«. Le szeretném szögezni azt, hogy a túlságosan szép trombózis statisztikát (idézőjel nélkül!) nem tartottam manipulált eredménynek és nem ilyen értelemben említettem. „Ha finomabb diag-

Az orvostörténelemtől Földi János kapcsán.

T. Szerkesztőség! Érdeklődéssel olvastam Szentgyörgyvölgyi Gábor dr. levelét (Orv. Hetil. 1980, 121, 3163.) és értékes hozzászólásához két vonatkozásban válaszolhatok. Az egyik Földi János életműve. Amint Nagy Sándor dr. észrevételéből is kitűnt, Földi János életművét és sokoldalú munkásságát nem könnyű feladat egy adott terjedelmű írásban összefoglalni, nehézség a szerzőnek választani, vajon az irodalomtörténeti vagy az orvostörténeti vonatkozásoknak szenteljen nagyobb teret. Így mindig értékes a hozzászólás, amely újabb adatokra hívja fel a figyelmet vagy az adatokat más szemszögből közelíti meg. Ezzel kapcsolatban nincs helye a sértődésnek és nem jelenthet „elpocsékolott energiát.” A magam részéről csak örvendek Nagy Sándor dr. észrevételeinek, hiszen Földi gazdag életútját bővítette

adatokkal és távol áll tőlem ezért a sértődés.

A másik vonatkozás, amire válaszolni szeretnék, a „koordináló szer” „intézmény” hiányolása. Kevés olyan szakterület van hazánkban, amelynek módja lenne „az ország területén fellelhető információkat — legyen az sajtótermék vagy magánközlemény — és hivatalból évente egyszer tagsága tudomására hozná információgyűjtését akár kis olcsó füzet, vagy tartalomjegyzék formájában”. Ez sem az orvostörténelemnek, amely lényegesen mostohább körülmények között működik más szakterületekhez képest, de szélesebb tudományos diszciplinának sem áll módjában. Természetesen, ami megjelenik nyomtatásban és szerepel a hazai bibliográfiákban, részben ismertetésre kerül a szaklapokban. De általában az „információkat és magánközleményeket” nem áll módjában a Semmelweis Orvostörténeti Múzeum, Könyvtár és Levéltárnak vagy a Magyar Orvostörténelmi Társaságnak felderíteni. Annak viszont van lehetősége, hogy szerzők vagy kutatók meg nem jelent kézírataikat elhelyezzék a Semmelweis Orvostörténeti Múzeum adattárában. Továbbá a Magyar Orvostörténelmi Társaság többször intézett már kérdőíveket tagjaihoz kutatási témáik tárgyában, így azok az aktív tagok, akik rendszeresen részt vesznek a Társaság munkájában, szakosztályi tevékenységében, tudnak egymásról és egymás kutatási területeiről.

Kapronczay Károly dr.

a Magyar Orvostörténelmi Társaság titkára

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.



KÖNYVISMERTETÉS

**Paul U. Fechner Intraocularlin-
sen.** (Grundlagen und Operations-
lehre) Bücherei des Augenarztes
Heft 82. F. Enke, Stuttgart 1980. 156
oldal, 161 ábra, 14 táblázat. Ára:
59,— DM.

A szerző 22 fejezetben ismerteti
a hályogműtét utáni intraocularis
lencsebeültetés (IOL) történetét, el-
méleti alapjait, a műtét technikát,
az eredményeket, a szövödménye-
ket, a beteg műtét előtti felvilágo-
sítását, sőt az orvosnak is tanácsal
szolgál arra az esetre, ha sikerte-
lenség esetén a beteg beperelné.

Az első IOL műtétet Harold Rid-
ley londoni szemorvos végezte
1949-ben. Tíz év alatt 750 műtétet
végzett, de a sok szövödmény miatt
abbahagyta. A második generációs
lencsék, melyek a csarnokzugban
támaszkodnak, már jobb ered-
ményt adtak, de 5 év múlva
(Strampelli) az esetek 2/3-ában
bullosus keratophiát talált. Barra-
quer 493 szemet operált és 250 eset-
ben kényszerült a lencsét később
eltávolítani. A lencsék harmadik
generációjának megalkotása Bink-
horst (1958) nevéhez fűződik. En-
nek módosítása a Fjedorov- (1963)
féle ún. iris-clip lencse. Binkhorst
iris-clip lencséi azonban 11,5%-ban
diszlocálódtak, ezért egy újabb típu-
sú lencsét, az iridocapsularis len-
csét fejlesztette ki, de ezek fixációj-
a nem volt megfelelő, ezért 1979-
ben visszatért az eredeti modell
beültetésére. Ez utóbbi dátum jel-
zi, hogy a történet még nincs le-
zárva. Hasonló a helyzet a lencse
sterilizációjáról is. Sugársteri-
lizálás esetén toxikus bomlástermé-
kek, aethylenoxidos sterilizáláskor
gázmaradványok károsítják a szem-
et. E kérdéseket, valamint a mű-
anyagok öregedését, a törékennyé
válását, de mindenekelőtt a poly-
amidnak a szem belsejében bekö-
vetkező hidrolizálódását tárgyalja
a műanyag kémiaiával foglalkozó fe-
jezet.

A 8. fejezet a minőségi kontrollal
foglalkozik, amely nagyon szigorú
kell hogy legyen. Így is előfordult
azonban, hogy az egyik gyár 6 szé-
ria lencsét visszahívta, mert a
műtét után steril hypopyon ke-
letkezett, a másik gyár közölte,
hogy a lencse-hurok fixációja nem
megfelelő, a harmadik gyár pedig
utólag közölte, hogy a lencsék törö-
ereje eltér a megadottól.

A 9. fejezet a szem biometriáját
tárgyalja, melynek leglényegesebb
pontja az ultrahanggal történő
mérés. Ennek alapján kiszámítható,
hogy hány dioptriás lencsét kell
beültetni.

A 10. fejezet a cornea endothel-
jével és annak vizsgálatával fog-
lalkozik, mert IOL után az endo-
thel károsodás lényegesen nagyobb.

A 12. fejezet a cystoid maculaoe-
demát tárgyalja, mely talán ritkáb-
ban fordul elő IOL után. A 13. fe-
jezet a postoperatív szövödmények-
kel, az endophtalmitissal foglalko-
zik és ismerteti egy új betegséget,
mely csakis IOL után keletkezik,
az Ellington-syndromát vagy UGH.
(uveitis-glaucoma-hyphäma) beteg-
séget.

A 14. fejezet az indicatiókat és
contraindicatiókat ismerteti majd a
15—20. fejezet a különböző műtét
technikákat.

Az utolsó előtti fejezet a beteg
műtét előtti felvilágosításával fog-
lalkozik tiszteletre méltó objektivi-
tással.

Nem hallgatja el a szövödménye-
ket, sőt azt is közli a beteggel,
hogy az IOL következtében a meg-
vakulás valószínűsége kevesebb
mint 0,5%.

A utolsó fejezet tréfás rajzokkal
mutatja be az IOL előnyeit a há-
lyogtüveggel és kontaktlencsével
szemben.

(A referáló megjegyzése: Harold
Ridley 1964-ben azt mondta: Hi-
szem, hogy eljön a nap, mikor a
betegnek már nem azt mondjuk,
hogy önnek szürkehályogja van és
azt el kell távolítani, hanem azt,
hogy önnek egy új lencsére van
szüksége és azt mi be tudjuk he-
lyezni.

Lehet, hogy ez a nap egyszer va-
lóban elérkezik, hiszen már ma is
százazrek látnak intraocularis len-
csével, de tízezrek váltak miatta
beteggé és ezek vakultak meg. A
szem funkciója a látás, kontakt
üveggel és közönséges szemüveggel
is tökéletesen helyreállítható. A
kontakt üvegről évtizedes, a szem-
üvegről pedig évszázados tapasztal-
atok alapján tudjuk, hogy ennek
viselése következtében még senki
nem vakult meg.)

Alberth Béla dr.

**Sterilisation und Schwanger-
schaftsabbruch** (Sterilizáció és ter-
hességmegszakítás). Szerkesztette
Albin Eser és Hans A. Hirsch,
Hans-Georg-Koch közreműködésé-
vel. Ferdinand Enke Verlag Stutt-
gart 1980. 317. old., 21 táblázat, 14
ábra. Ára: 58,— DM. A szerzők
száma 16, jórészt a Tübingeni
Egyetem professzorai, orvosok,
pszichológusok, szociológusok, jogá-
szok és bíró is.

A sterilizáció és a terhességmeg-
szakítás ma is világnézeti és poli-
tikai probléma: egyrészt a libe-
ralitást és emancipációt, másrészt
az immoralitást és destrukciót
hangoztatják. A következmények:
kétkedés és bizonytalanság nőknél
és férfiaknál egyaránt, de orvosok-
nál is, akik a beavatkozást elvég-

zik. A döntés egyes esetekben nem
független az individuáletikai felfo-
gástól és azt törvények és rende-
letek szabályozzák. Orvosi és psi-
chológiai kihatásai is vannak.

Részletesen foglalkozik a könyv
a családtervezéssel, a születéssza-
bályozással, kiterjedten tárgyalja
a sterilizáció módszereit nőknél és
férfiaknál, a fogamzásgátló szereket
és eszközöket, táblázatokban de-
monstrálja megbízhatóságukat, hát-
rányaikat és hibaszázalékukat, va-
lamint a pszichés következményei-
ket is. Kitér a sterilizáció és a ter-
hességmegszakítás demográfiai és
népességszociális szempontjaira
mind a tőkés, mind a szocialista
államokban, így a magyarországi
adatokra is. Felsorolja a vonatkozó
nyugatnémet jogi és törvénykönyvi
paragrafusokat.

Bővebben tárgyalja a posztkoitá-
lis kontracepciót szolgáló szereket.
A gestagének preovulatorikus, az
östrogén posztovuláció és prei-
plantáció közötti („intercepció”) idő-
szakban hatásosak. Hatásmecha-
nizmusukat, hibaszázalékukat meg-
említi.

A terhességmegszakítás módsze-
reinek leírása után közli azok
komplikációit, letalitását, pszichikus
utóhatásait és külön 16 oldalon a
vonatkozó jogszabályokat és törvé-
nyes rendelkezéseket. A Német
Szövetségi Köztársaság törvény-
könyve kötelezi a nőket, hogy a
terhességmegszakítás előtt kettős
— orvosi és szociális — tanácsadá-
son jelenjenek meg. Célja: az elsie-
tett terhességmegszakítások számá-
nak csökkentése, segítségnyújtás a
terhesség kiviselésére, végül — or-
vosi és eugenetikai indikációk ese-
tén — előzetes kioktatás megfelelő
fogamzásgátlásra. A kérelmező írá-
sos igazolást kap, melyet a műtétet
végző orvosnak átad. Igazolás hiá-
nyában a műtétet végző orvos bünt-
etőjogilag felelős.

Felsorolja és elemzi a terhesség-
megszakítás orvosi, kriminológiai
és egyes szociális indikációit. Külön
fejezetet szentel a különböző nyu-
gatnémet tartományokban érvényes
rendelkezéseknek. Ha a terhes va-
lamilyen okból külföldön szakít-
tatja meg a terhességét akár enge-
déllyel, akár anélkül, Németország-
ba való hazatérésekor büntetőjogi-
lag felelősségre vonható és az is, aki
a külföldi címet megadta, vagy a
terhességmegszakítás költségeit fe-
dezte.

A sterilizációra és terhességmeg-
szakításra vonatkozó jogi és törvé-
nyes rendelkezések külön összesít-
ve 130 oldalt tesznek ki.

A könyv minden egyes fejezete
(szám szerint 14) után igen bőséges
és egzaktt irodalmi összeállítást ta-
lálunk, különösen az utolsó évti-
zedben megjelent tudományos
munkákról. Az utolsó 4 oldalon
részletes tárgymutató szolgálja az
olvasókat.

A kitűnően szerkesztett, alaposan
és nagy szakszerűséggel kidolgo-
zott, igen értékes könyv jelentős
segítséget nyújt orvosi, pszicholó-

giai és jogi kérdésekben és egyaránt tanulságos orvosoknak, nem szakembereknek és mindazoknak, akiket a sterilizáció és a terhességmegszakítás problémái érintenek és érdekelnek.

Lóránd Sándor dr.

Szöke Béla dr. és Kiss Dezső dr.: A kismedence és a has ultrahangvizsgálata. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1980. 124 oldal, 120 ábra. Ár: 51,— Ft.

Kétségtelenül hiányt pótló szakkönyvvel lepte meg a Medicina Könyvkiadó az orvostudomány modern módszerei iránt érdeklődő olvasóit. Szöke Béla dr. és Kiss Dezső dr. könyve olyan diagnosztikai eljárással ismerteti meg, amely — bár már az ötvenes években elindult világhódító útjára — hazánkban most kezd szélesebb körben elterjedni.

Bevezetőben a szerzők röviden foglalkoznak az ultrahang orvosi alkalmazásának történetével, majd vázlatosan, de a gyakorló orvos számára is közzétehetően áttekintik a módszer lényegének megértéséhez feltétlenül szükséges fizikai alapfogalmakat. Ismertetik a különböző készüléktípusokat és a vizsgálati technikát.

Az első részben a kismedence ultrahangvizsgálatáról írnak. Ésszerű és jól áttekinthető felosztásuk, mely szerint előbb a szülészeti alkalmazást taglalják (külön csoportosítva a terhesség első és második felének vizsgálati indikációit), majd áttekintik a nőgyógyászati alkalmazás javallataira.

A graviditas első felidejének vizsgálatairól írva a magzati szívűködés, a magzatmozgások, a petezsák és az embrio méretének meghatározása, stb. mellett részletesen foglalkoznak olyan fontos kórképekkel, mint a mola hydatidosa, az intrauterin elhalás és a méhen kívüli terhesség. Külön érdemük, hogy a egyszerű módszerű bővelében sem feledkeznek meg a tárgyalásokról és felhívják a figyelmet az ultrahangvizsgálat differenciáldiagnosztikai nehézségeire is. A terhesség második felének vizsgálatait tárgyalva nagy súlyt helyeznek a magzati biometriára és súlybecslésre, az ikerterhesség kimutatására, a magzat méhen belüli helyzetének megítélésére és a különböző fejlődési rendellenességek kimutathatóságának ismertetésére. Rendkívüli fontosságának megfelelő súlyt kap az echo-placentográfia, mely az irodalmi adatok szerint 93—98%-ban ad pontos eredményt.

A nőgyógyászati alkalmazás ismertetéséből kitűnik, hogy a téren az ultrasonográfiának elsősorban onkológiai jelentősége van.

A monográfia második részében a hasi szervek ultrahangvizsgálatával foglalkoznak. Jelentőségének megfelelően legrészletesebben a máj és epehólyag, a hasnyálmirigy és a vese különböző megbetegedéseinek

kimutatását részletezik. Foglalkoznak továbbá a lép, a húgyhólyag és prostata vizsgálatával, valamint a hasúri folyadékgyülemek kimutatásának problémájával. A mű a második részének hiányossága, hogy a szerzők csak igen bártortalan kísérletet tesznek arra, hogy módszerüket beilleszték az egyéb képalkotó metódusok (röntgenvizsgálatok, CT, izotópvizsgálatok stb.) és más diagnosztikus eljárások sorába.

A közölt bőséges irodalomjegyzék a téma iránt érdeklődők tájékozódását nagymértékben elősegíti.

A szerzők 120 ábrája szinte kivétel nélkül jó minőségű, meggyőző és az érthetően megfogalmazott magyarázószövegekkel még a nem ultrahangos szakember számára is világos. Mindez az írók mellett természetesen a Medicina Könyvkiadó lelkiismeretes, igényes munkájának is köszönhető.

Fentieket összegezve megállapíthatjuk, hogy a bistabil ultrahangkészülékkel nyert tapasztalatokon alapuló könyv hűzágptól a magyar szakirodalomban és mint az előszóban írja Tigyi József akadémikus: „... eredményesen szolgálja az új módszer propagálását, a módszer iránt érdeklődő szakemberek képzését, továbbképzését és ezzel a magyar orvostudomány fejlődését”. Reméljük, hogy a nagyobb feloldóképességű gray-scale készülékkel végzett vizsgálatok hasonló hazai összefoglalása sem várat sokáig magára.

Bohár László dr.

Christa Ulrich, L. Metz, J. Wai-gand, F. F. Ziegler: Klinik und Praxis der Ophthalmodynamometrie, Ophthalmodynamographie, Temporalisdynamographie. VEB G. Thieme, Leipzig, 1980. 259 oldal. 72,— M.

A könyv (a szerzőnő férje) Wulff D. Ulrich: „Grundlagen und Methodik der Ophthalmodynamometrie, Ophthalmodynamographie, Temporalisdynamographie” című monográfiájának folytatása, mely az ismertetett vizsgálati módszerek diagnosztikai és differenciáldiagnosztikai alkalmazásával foglalkozik az agyat, a szemgödört, és a szemgolyót ellátó érrendszer kórfolyamataiban.

A munkában szereplő klinikai vizsgálatok részben a Humboldt Egyetem (Charité) Szemklinikájának kitűnően felszerelt Elektrodiaosztikai Laboratóriumában, részben a társszerzők munkahelyén, a Berlin-Friedrichshain Kórház Érsebészeti és Kardiavasculáris Diagnosztikai Osztályán készültek. Az angiogramok kitűnő minőségűek, a magyarázó rajzos ábrák segítségével könnyen érthetőek a témában kevésbé járatos olvasó számára is. Az alkalmazott elektrodiaosztikai eljárások eredményeinek megismertetését a pathomechanizmus rövid tárgyalá-

sa, a postoperatív változások értékelése követi.

A szerzők tömören, didaktikusan és logikusan építették fel a könyv anyagát. A munka nemcsak a vizsgálati módszerek legkorszerűbb formájának megismertetését — az indikációt és a felhasználhatóság határait is beleértve — szolgálja, hanem az egyes kórképekre vonatkozó ismeretek felfrissítésére is kitűnően használható. A pontos irodalomjegyzék a témában elmélyedni kívánó kutatók számára is jól használható támpontot ad.

Az érrendszeri megbetegedések egyre súlyosabb problémát jelentenek napjainkban s a betegség egyre fiatalabb korosztályokat érint. Sok a fel nem ismert, a kompenzatorikus keringés által „elfedett” elzáródásos kórkép az agyi és a szemfenéki keringést ellátó érterületen egyaránt. Ezért is ajánlható a könyv a neurologia és neuroophthalmologia keringési vonatkozásai iránt érdeklődőkön kívül minden szem- és ideg orvos, de a gyakorló orvosok számára is.

Brooser Gábor dr.

Fehér György dr.: A háziállatok funkcionális anatómiája. I—III. kötet. Mezőgazdasági Kiadó, Budapest, 1980. 910 oldal, 510 ábra, 43 táblázat, műbőr kötés. Ár: 328,— Ft.

Szép háromkötetes könyvvel gazdagodott morfológiai szakirodalomunk. A háziállatok funkcionális anatómiája a patások (ló, szamár), a kérődzők (szarvasmarha, bivaly, juh, kecske), a sertés, és a húsevők (kutya, macska) összehasonlító anatómiáját foglalja össze. Külön fejezetekben tárgyalja a házimadarakat (tyúk, gyöngytyúk, pulyka, lúd, kacska, házilamb) funkcionális anatómiáját is.

A legújabb eredményeket is értékelő és összefoglaló didaktikailag korszerű rendszerezésű új állatorvosi anatómiai tankönyv adatai az orvoskollégáink érdeklődésére is számot tartanak. Leírásában, szerkesztésében, rendszerezésében jól elkülönül egymástól az állatorvosképzést szolgáló tananyag és a szakemberek számára jól használható morfológiai adat.

Az I. kötet a mozgás szerveit (csont-, ízület-, izomtan) tárgyalja. Funkcionális szemléletű ismertetését a mozgástan (statika és dinamika) fejezetei egészítik ki, ami az eddigi tankönyvekhez képest hiányt pótló. Figyelemre méltó a „Hús” c. fejezet, amely a húspari szakkifejezéseket is tartalmazza és a közegészségügyi szolgálat számára is hasznos adatokat nyújt.

A „Zsigertan”-t és „Értan”-t tárgyaló II. kötet a zsigerek topográfiájának ismertetésével kutatóorvos kollégáink munkáját segítheti. Korszerű az immunszervek funkcionális morfológiája, amely immunológusok számára nyújthat segítséget.

A III. kötetben „Szabályozókészülék” címen foglalja össze az idegrendszer, az érzékszervek és a belső elválasztású mirigyek morfológiáját, kitérve a kutatás legújabb eredményeire is. Az autonóm idegrendszer felosztása, rendszere az eddig megjelent szakkönyvekhez és tankönyvekhez képest új.

Az egyes szervek, szervrendszerek topográfiai leírása sok hasznos adatot nyújt az érdeklődő szakorvosok és főként a kutató és állatkísérleteket is végző orvostudósok számára. Ugyanakkor elő kívánja segíteni az anatómiai és a vele rokon tárgyak tananyaga közötti összefüggések megértését és késztet az önálló szakmai alkotótevékenység fejlesztésére is.

Az egyes fejezetek a korszerű didaktika elvei szerint a tanulás könnyítését segítően taglaltak. A könyvben áttekinthetőséget biztosítja a kéthasábos szedés, a félkövér betűtípus célszerű használata és a leíráshoz jól illesztett nem kevés kép, amelynek jelölési módja is áttekinthetőbb az eddig megjelent könyvekénél.

Az új nomenklatura (Nomina Anatomica Veterinaria, Nomina Anatomica Avium) szakszavait kritikusán értékelve használja. Külön figyelmet érdemel a latin terminus technicusoknak megfelelő magyar kifejezések szabatos használata.

A könyv az előző anatómiai tankönyvek értékeit továbbfejleszti, gazdagon, színvonalasan és közérthetően tárgyalja az adatokkal bővelkedő tananyagot. Didaktikailag jól rendszerez, stílusa rövid és világos.

Dicséret illeti Csavlek Andrást művészi, ugyanakkor anatómiailag pontos, a részleteket mellőző, didaktikailag jól szerkesztett rajzaiért.

A Mezőgazdasági Könyvkiadó Vállalat legszebb könyveinek egyike. A könyv esztétikus kiállítású a szép előzők, a műbörkötés, a szerkesztés és a szedés a Franklin Nyomda, ill. annak dolgozói lelkiismeretes, gondos és szép munkáját dicséri.

Szent-Iványi Miklós dr.

Ring, J.: Anaphylaktoide Reaktionen nach Infusion natürlicher und künstlicher Kolloide. (Anafilaktoid reakciók természetes és mesterséges kolloidok infúziója után.) Anaesthesiologie und Intensivmedizin Band 111, Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 1978. 202 oldal, 66 ábra. Ára: 54,— DM.

A modern sebészet eredményei nemcsak a sebészeti és anaesthesiológiai technika fejlődésének, hanem a műtét előtti és utáni célzott infúziós terápiának is köszönhetőek. Az adekvát vérvolumen fenntartá-

sa — amint ezt 2—3 évtizedes klinikai tapasztalatok is bizonyították — bizonyos határokon belül mesterséges kolloid-oldatokkal még a teljes vértranszfúzióval is jobban biztosítható. Alkalmazásukkal kiküszöbölhetők a vérátömlesztés veszélyei, és a konzervvér a masszív vérvesztéshez szenvedő betegek számára tartható fenn. Amerikában inkább a természetes kolloid-oldatokat használják (plazmaprotein, humánalbumin), Európában főleg a mesterséges kolloidokat (dextrán, zselatin, keményítő). A kolloid-oldatok közös előnyös tulajdonságai mellett hasonlóak a mellékhatásai is: az utóbbi években, nem teljesen tisztázott okokból gyakoribbá vált, különböző súlyosságú — ritkán akár halálos — anafilaktoid reakciók.

A szerző 31 dél-bajorországi kórház részvételével kiterjedt prospektív, kontrollált vizsgálatban keresett adatokat az anafilaktoid reakciók gyakoriságára, állatkísérletes és klinikai vizsgálatai alapján pedig ezek pathomechanizmusát elemzi. Az „anafilaktoid reakció” gyűjtőfogalma sokféle, komplex mechanizmusú klinikai jelenséget összegez, ezeket és a vizsgálatokra alkalmas immunológiai módszereket jól rendszerezve tekinthetjük át a könyvben. A vizsgált természetes kolloidok között humán gammaglobulin, plazmaprotein és albumin készítmények, az idegen fehérjék közül a lóban termelt antilymphocytoglobulin, a mesterséges kolloid-oldatok között különböző gyárak dextrán, zselatin és keményítő oldatai szerepelnek.

Klinikai szempontból legfontosabb a kolloid-infúzióra különböző súlyosságú anafilaktoid reakcióval — urticariától szív- vagy légzés-megállásig — reagáló 124 beteg részletes immunológiai vizsgálata és másik 124 hasonló beteg klinikai és anamnestikus adatainak kérdőíves felméréssel történt értékelése. Öt-száznál több kontroll beteg — akik szövödmény nélkül kaptak kolloid-infúziót — és 60 kísérleti személy immunológiai adatainak összevetése a kórosan reagálókéval sok új eredménnyel szolgál ezen az eddig kevésbé vizsgált területen.

Mindegyik ma használatos kolloidális volumenpótló oldat okozhat különböző, többé-kevésbé súlyos anafilaktoid reakciót. Ezek gyakoriságát vizsgálva a szerző egy év alatt, 200 000 palack infúziója során 0,033%-nak találta. Az életveszélyes szövödmények aránya így alakult: zselatin 0,038%, dextrán 0,008%, keményítő 0,006%, plazmaprotein 0,003%. A preformált anti-dextrán antitesteknek, melyek előzetes dextrán-adás nélkül is előfordulnak a szervezetben, úgy látszik, a súlyos anafilaktoid reakciókban

van szerepe, viszont a dextrán-infúziót szövödmény nélkül kapott betegek 70%-ában is kimutathatók, igaz, alacsonyabb titerben. Még kevésbé tisztázott a helyzet a zselatin és keményítő ellenes antitestekkel kapcsolatban.

A humánalbumin infúzióra anafilaktoid reakcióval reagáló betegek 90%-ának allergiás, vagy autoimmun betegsége pozitív az anamnézise: ez a pontos, részletes kórelőzmény jelentőségére mutat rá. Humánalbumin okozhat késői, napok múlva jelentkező reakciót is, mesterséges kolloidok adásakor ilyen nem fordul elő, az utóbbiak okozta káros jelenségek percekben belül lépnek fel.

A kolloid-infúzió okozta anafilaktoid reakciók megelőzésére jelenlegi lehetőségeink: az alkalmazott oldatok minél nagyobb fokú tisztítása, idegen anyagok nyomainak eltávolítása; az előzetes szenzibilizálódás elkerülése, idegen fehérjék alkalmazásának kerülése; immunológiai areaktivitási létrehozása: ALG előtt normál I₀-IgG, dextrán-infúzió előtt 10—20 ml igen kicsiny kb. 1000 molekulásúlyú dextrán, mely blokkolja a dextrán-ellenes antitesteket, így megakadályozza az immunkomplex képződést és kivédi az anafilaktoid reakciót. Ez a legújabb, sokat ígérő lehetőség; az első ilyen készítmények mostanában kerültek forgalomba, és a klinikai tapasztalatgyűjtés folyik. Néhány tízezer esetben került ez a haptén-gátló dextrán eddig alkalmazásra, valódi értékének megállapításához sok százezer esetre van szükség.

A **terápia** a legsúlyosabb — keringésmegállást okozó — anafilaktoid reakció esetén a legfontosabb és a legsürgősebb: azonnal kell cselekedni, mert az események másodpercek alatt zajlanak le. A szabályok részben az **újraélesztési ABC**-ből ismertek: Átjáráható légutak — Befújásos lélegeztetés — Compressiók szívmasszázs. Ehhez jön az **ACC-szabály**: Antigént eltávolítani (infúziót sóoldatra cserélni) — Adrenalin (0,5 mg lassan iv.) — Cortison (egy-két gramm (!) glukokortikoid iv.). A kolloid-oldatok infundálásakor a transzfúzió adásakor kötelező szabályok érvényesek: biológiai próba és szoros betegellenőrzés.

A könyv részletes irodalomjegyzéke 400 tételt tartalmaz, túlnyomórészt a 70-es években megjelent publikációkat.

Egészében hasznos olvasmány a kötet klinikusnak és laboratóriumi szakembernek egyaránt: egy fontos gyógyító lehetőségünk, a kolloid-oldat infúzió ritka, de veszélyes szövödményeinek jobb megértésével terápiánk válik biztonságosabbá.

Giacinto Miklós dr.

ELŐÁLLÍTÓ:
BIOGAL GYÓGYSZERGYÁR · DEBRECEN
ZYMA AG · SVÁJC · LICENCIA ALAPJÁN

MEGJEGYZÉS:

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

CSOMAGOLÁS:

30 g-os tubus

térítési díja: 8,50 Ft



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.





A Magyar Orvostörténelmi Társaság és a Korányi Frigyes TBC és Tüdőgyógyász Társaság 1981. március 6-án 1/26 órakor, Budapesten, a Semmelweis Orvostörténelmi Könyvtárban (II., Török u. 12.) „Laennec—Skoda” emlékülést rendez.

Kenéz János dr.: A stetoszkóp szerepe az orvostudomány fejlődésében.

Birtalan Győző dr.: Laennec és Skoda.

A TMB Elméleti Orvosi Szakbizottsága 1981. február 27-én, du. 14 órára tüzte ki Ligeti Erzsébet dr.: „Kation-transzport, proton-pumpa és membrán állapotváltozások izolált mitochondriumokban” című kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA Nagytermében. Az értekezés opponensei: Szász Ilma dr., a biológiai tudományok kandidátusa, Szabados György dr., az orvostudományok kandidátusa.

A Szolnok megyei Hetényi Géza Kórház-Rendelőintézet Tudományos Bizottsága 1981. február 25-én (szerdán) délután 15.00 órakor, a Kórház klubtermében tudományos ülést rendez.

1. Jakab Tamás: A parotis régióban elhelyezkedő resistentiák műtéteiről.

2. Szücs István, Kárpáti Ferenc, Márty József: Urológiai fejlődési rendellenességek a járszági szakrendelés beteganyagából.

3. Sulyok László, Nemes József, Szücs Eszter: Végbél- és sigmoidpókok eltávolítása merev rectoscopy és Olympus polypectom segítségével.

4. Bényei Magdolna, Besze Judit: Granulomatosis hepatitis.

5. Dénes Lenke, Büttner Károly, Udvardy László: Scintigraphiás és keringési radioizotóp vizsgálatok tüdőcarcinomában.

6. Pintér Sándor, Besenyei Mária, Szücs Sándor, Tóth Tibor: Herpes nephropathia.

A Magyar Szemorvostársaság 1981. február 27-én (péntek) délután 15 órakor, a Semmelweis OTE I. Szemklinika tantermében (VIII., Tömő u. 25—29.) tudományos ülést rendez.

Kuhn Ferenc (Pécs): Keratomalacia perforans és alfa₁-antitrypsin hiány esete (bemutatás).

Gábris István, Oláh Miklós, Lukács Olga (Budapest, Kecskemét): A retinoblastoma diagnosztikai nehézségei.

Follmann Piroska (Budapest): A fekvő ophthalmobrachialis viszony ophthalmodynamometriánál.

PÁLYÁZATI FELHÍVÁS

A Gartner Pál dr. alapítvány szerint ez évben 12 000 forint fordítható szakmai jutalmazásra. Pályázhatnak mindazok, akiknek ideg- vagy elmeorvosi szakképesítésük van, pszichoterápiás kiképzésben részesültek és dinamikus pszichoterápiás gyógyító gyakorlatot folytatnak.

Pályázni lehet 1979—1980-ban megjelent vagy előadott pszichoterápiai dolgozattal. Benyújtási határidő: 1981. május 31. Cím: Egészségügyi Dolgozók Szakszervezete titkársága Budapest V., Münnich F. u. 32. 1363.

Eredményhirdetés 1981 augusztusban.

Szilvássy Ildikó, Gács Gyula (Pécs): Arteria centralis retinae elzáródás occlusiv carotis betegségeiben.

A Magyar Belgyógyász Társaság Dunántúli Sectiója 1981. június 3—4—5-én Kaposváron vándorgyűlést rendez.

Előadások címének bejelentési határideje (egy gépelt oldalnyi kivonat egyidejű csatolásával): 1981. március 15. Cím: Réthly Endre dr. sectio titkár, Sopron, Mátyás kir. u. 17. 9400.

A Szabolcs-Szatmár megyei „Jósa András” Kórház-Rendelőintézet Tudományos Bizottsága 1981. február 26-án, csütörtökön, 15.00 órakor Nyíregyházán, az orvosszállóban tudományos ülést tart.

Tárgya:

1980-ik évi „Jósa András” pályázatra érkezett dolgozatok bírálata, valamint a díjak kiosztása.

Szabó Péter dr., Kovács Tünde dr.: A DMSO permeabilitást fokozó hatásának vizsgálata állatokon, valamint klinikai alkalmazása.

Szabó Péter dr.: Az optimális dózis — időarány vizsgálata szövetnyésztési technikával és hisztológiai eljárással, valamint az ezzel kapcsolatos klinikai megfigyelések, röntgensugárral kezelt bőrtumoros betegekben.

Noviczki Miklós dr.: A bokatörések kezelési taktikájának szerepe a szeptikus szövödmények megelőzésében.

Noviczki Miklós dr., Farkas Benjamin dr.: Gyermekkori izolált, fedett, traumás rekeszruptura.

Loós Tibor dr., Nagy Olga dr., Gaál István dr., Kiss János dr., Szabó Béla dr.: Velezületett rekeszsérv diagnosztikai tanulságai.

Hubert Éva dr.: A HDL-cholesterin meghatározás diagnosztikus jelentősége.

A Magyar Gyermekorvosok és Nőorvosok Társasága Perinatalis Sectioja 1981. február 27—28-án Pécsen, a Gyermekklinika tantermében tudományos konferenciát tart

1981. febr. 27., 8.30 óra

Prof. Gáti István: Elnöki megnyitó.

Öry Imre dr.: Magyarország perinatalis halálozásának alakulása az elmúlt évtizedben.

Schuler Dezső dr., Klinger András dr., Kis Éva dr.: A hazai csecsemőhalálozás néhány aktuális problémája, különös tekintettel az egyes területek eltérő halálozására és a dysmaturitásra.

Vita

Karmazsin L. (Debrecen): Hyperoxia elleni védekezés biológiai rendszerekben.

Lakatos L., Hatvani I., Karmazsin L. (Debrecen): A retrolentális fibroplastica prevenciója D-penicillammal.

Oroszlán Gy., Lakatos L. (Debrecen): Kísérletes adatok a D-Penicillamin antioxidáns hatásaihoz.

Schmidt Zs., Csapody I., Büky B. (Bpest.): A retrolentális fibroplasia kockázati tényezőinek elemzése 3 év koraszülött anyagában.

Winkler Zs., Dobos A., Istók M. (Bpest.): A szülésszobai ellátás szerepe az immaturusok morbiditásának és mortalitásának alakulásában.

Szűts Á., Papp J. (Miskolc): Az igen kissúlyú koraszülöttek életben tartásának problémái megyénkben.

Dévai G., Sarlai K., Büky B. (Bpest.): Éretlen koraszülöttek „Respirációs” kezelése.

Vita

Boda D., Németh I., Hencz P., Dénes K. (Szeged): Urát anyagforgalom és annak gyógyszeres befolyásolása koraszülöttek extrauterin életéhez való adaptációs zavarai-ban.

Bókay J., Büky B. (Bpest.): Foetalis típusú haemoglobin bomlásának szerepe a koraszülött energia ellátásában.

Simon Gy., Horváth I. (Győr): CPK, LDH, HBDH enzimértékek az újszülöttkori hypoxiás állapotokban.

Hervei S., Gács G. (Bpest.): Vércukor és serum inzulin szintek alakulása a vércsere transfúzió kapcsán.

Tulassay T., Semberi K., Cornides A., Kiszél J. (Bpest.): Furosemid hatása pathológiás koraszülöttek veseműködésére.

M. Tóth A., Réthy I. (Veszprém): Adatok az újszülöttek heparin-kinetikájához.

Vita — Szünet

1981. febr. 27., 14.00 óra

Kerekasztal-konferencia:
Koraszülések szülészeti
vonatkozásai

Moderátor: prof. Csaba Imre.

Seri I., Walcz E., Zoltán E. (Bpest.): Lymphocita subpopulációk sejtfelszíni markereinek összehasonlító vizsgálata az életkor függvényében.

Balla Gy., Mándi B., Makay A., Karmazsin L. (Debrecen): Thymosin hatása a perifériás T sejtek receptoraira.

Rákóczi I., Dobos A., Gerő Gy., Gimes M. (Bpest.): Phototerapia hatása a thrombocita rendszerre a neonatális időszakban.

Bors Zs., Schmidt M., Kiss E. (Bpest.): Rutin és célzott bakteriológiai vizsgálatok eredménye és alakulása az 1980. évben felvett betegeinknél.

Salgó L., Moholi K., Toldi Z., Deák Gy., Bódis L. (Szeged): Bacteriológiai szűrővizsgálatokkal pozitívnak talált esetek elemzése.

Gács M., Réthy I., Schunck R. (Veszprém): B csoportú Streptococcus hardozás gyakorisága anyák és újszülöttek között.

Patkós P., Machay T., Kiszél J., Csömör S., Mártha I. (Bpest.): Terhespathológiai előzmények intrauterin pneumoniák során.

Pataki M., Salgó L., Boda D. (Szeged): Fertőtlenítő kézmosás hatékonyságának rendszeres ellenőrzése koraszülött és csecsemő osztályon.

Vita

1981. febr. 8.30 óra

Szabados P., Katona F., Berényi M., Balázs M. (Bpest.): Új szempontok a perinatális intracranialis vérzések korai felismeréséhez és műszeres ellátásához.

Balázs L., Németh Á. (Pécs): Gliosis és központi idegrendszeri károsodás kapcsolata újszülöttkorban.

Sarlai K., Dévai G., Várady E., Büky B., Zsolnai B. (Bpest.): Az agyállomány, az agykamrák rendszerének ultrahangos vizsgálata koraszülöttekben és érett újszülöttekben.

Dobos A., Gimes M., Mészáros J. (Bpest.): Apgar értékkel született újszülöttek kóros idegrendszeri tüneteinek prognosztikus értéke.

Kiszél J., Beke A., Lipták M., Machay T., Fehér B.-né (Bpest.): Tartós respirációs kezelésben részesült újszülöttek és koraszülöttek utánvizsgálata.

Vekerdy Zs., Kecskés J., Princzkel E., Kazimir A. (Debrecen): Kisültyű koraszülöttek utánvizsgálata.

Katona F., Berényi M., Szabados P., Balázs M., Nagy Gy. (Bpest.): A korai postnatális táplálkozási defectus neurogén eredetének diagnosztikája és korai terapiája.

Vita

Rex-Kiss B., Szabó R. (Ráckeve): Az anyai életkor szerepe az újszülöttek nemi arányának (sex ratio) alakulásában.

Terpítókó M., Szőnyi L., Marosvári I. (Bpest.): Az utóbbi öt év mortalitásának alakulása a Fővárosi János Kórház koraszülött osztályán, különös tekintettel az IRDS előfordulására.

Ábrahám L., Nagy L., Hencz P. (Szeged): Egyszerű, házilag előállítható CPAP készülék.

Várady E., Bártfai K., Sarlai K., Büky B. (Bpest.): Az újszülöttkori keringés functionális és organikus elváltozásainak klinikai és radiographiás vizsgálatával szerzett tapasztalataink.

Machay T., Kiszél J., Mártha I., Hajdu J., Tulassay T. (Bpest.): Az oxikardiorespirográfia jelentősége a meconium aspirációs syndrome kezelésében.

Hencz P., Kertész E., Beviz J., Kovács G., Boros M., Szeleczki T., Szekeres Zs. (Szeged): Ductus arteriosus persistens intenzív kezeléssel szerzett tapasztalataink koraszülötteken.

Szolnoki J., Békefi D., Jellinek K., Bod M. (Bpest.): Intenzív ellátást — nem IRDS miatt — igénylő újszülöttek. 5 éves tapasztalataink alapján.

Scherer E., Gagyai D. (Szombathely): Artériás vérnyomás koraszülöttekben. Ultrahangos vérnyommásmérővel szerzett tapasztalataink.

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. fagydagánat).

ELLENJAVALLATOK:

Jelenleg nem ismereteseek.

ALKALMAZÁS:

Reggel és este a kezelendő felületre felkenjük, egyenletes enyhe masszírozással a bőrbe bedörzsöljük. Szükség esetén borogatást (este) vagy kompressziós kötést (reggel) helyezünk fel.

MEGJEGYZÉS:

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

CSOMAGOLÁS:

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

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

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

(698/b)

Alsózsolca Nagyközségi Tanács elnöke (Alsózsolca 3571, Miskolctól 6 km-re) pályázatot hirdet megüresedett **körzeti orvosi állás** betöltésére.

Az állás 1981. január 1-től elfoglalható. Illetmény a 3/1977. (XIII. 19.) EÜM-MÜM sz. együttes rendelet szerint. Összevont ügyelet van. Üzemorvosi rendelés mellékfoglalkozásban vállalható.

Az álláshoz összkomfortos 81 m² alapterületű lakás biztosított. Pályázók közül előnyben részesülnek az orvosházaspárok, amennyiben az egyik fél gyermekgyógyász.

Pályázatokat a nagyközségi tanács elnökének kell benyújtani Alsózsolca, Kossuth Lajos út 128. 3571.

Sugár Ágnes dr.
járási főorvos

(113/a)

A Pest megyei KÖJÁL igazgató főorvosa (Budapest VIII., Stáhlly u. 7. 1428) pályázatot hirdet egy **fő laboratóriumi orvosi állásra** mikrobiológiai munkakörben.

Bérezés a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM-MÜM sz. együttes rendelet értelmében. A Pest megyei KÖJÁL igazgató főorvosa (Budapest VIII., Stáhlly u. 7. 1428) pályázatot hirdet egy **fő laboratóriumi asszisztens állásra** mikrobiológiai munkakörben.

Bérezés a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM-MÜM sz. együttes rendelet értelmében.

Madár János dr.
igazgató főorvos

(125)

A Debreceni Orvostudományi Egyetem rektora pályázatot hirdet az I. sz. Belgyógyászati Klinika 3224 kulcsszámú **tanársegédi állásra**.

Pályázóknak legalább hároméves orvosi diplomával kell rendelkeznie, továbbá meg kell felelnie az egyetem oktatóival szemben támasztott követelményrendszerben foglaltaknak.

Több éves gyakorlatlallal rendelkezők előnyben részesülnek.

Feladatokrét a Klinika igazgatója határozza meg, részt kell vennie a klinika gyógyítási, oktatási és kutatási feladataiban.

A pályázathoz mellékelni kell:

- diploma másolat,
- személyi adatlap,
- önéletrajz,
- minősítések,
- rövid összefoglaló eddigi tevékenységéről,
- szakorvosi bizonyítvány.

A megfelelően felszerelt pályázatokat a szolgálati út betartásával, a megjelenést követően 2 héten belül kell benyújtani a DOTE Személyzeti Osztályára (Debrecen, Nagyerdei krt. 98. sz. Pf. 39. 4012).

Karmazsin László dr.
egyetemi tanár
rektor

(126)

Budapest Fővárosi Tanács V. B. Egészségügyi Főosztály vezetője (Budapest V., Városház u. 9/11. 1840) pályázatot hirdet a Fővárosi László Kórház Sebészeti Osztályán nyugdíjazás folytán — 1981. július 1-vel megüresedett — **osztályvezető főorvosi állásra**.

Képesítés és bérezés a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM-MÜM sz. együttes utasításban, valamint a 13/1975. (XII. 6.) EÜM sz. rendeletben foglaltak szerint. A pályázati kérelmet a 19/1978. EÜ. K. 15. (EÜM sz. utasításban meghatározott feltételekkel) kérjük benyújtani.

A kinevezendő főorvos orvosi magán-gyakorlatot nem folytathat.

Varga Árpád dr.
fővárosi vezető főorvos

(127)

A Fővárosi János Kórház-Rendelőintézet (Budapest XII. ker., Diósárok u. 1. 1125) főigazgató főorvosa pályázatot hirdet a kórház **sebészeti osztályán megüresedett orvosi állásra**, változó munkahelyen.

Pályázhatnak szakvizsga előtt álló fiatal orvosok.

Tudományos jártassággal és nyelvismerettel rendelkezők előnyben részesülnek.

Bérezés a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM-MÜM sz. együttes rendelet szerint.

Sinkovics Máltyás dr.
főigazgató főorvos

(128)

Régi gyártmányú réz **mikroszkópot** keresek 838-320.

(129)

Normál **vizsgálóasztal** eladó. Telefon: reggel 7-8-ig 376-104.

(130)

Fővárosi Tanács V. B. Újpesti Kórház-Rendelőintézet (Budapest, Nyár u. 103. 1045) főigazgató főorvosa pályázatot hirdet a II. sz. Járóbeteg-ellátó Intézetben 2104-es kulcsszámba **kardiológiai gondozói munkakörre**, belgyógyászati és kardiológiai szakvizsgával rendelkező orvos részére.

Bálint Sándor dr.
mb. főigazgató főorvos

(131)

Fővárosi Tanács V. B. Újpesti Kórház-Rendelőintézet (Budapest, Nyár u. 103. 1045) főigazgató főorvosa pályázatot hirdet a XV. ker.-i Gyermek-alapellátásban 1 fő **csoportvezető főorvosi állásra**, csecsemő- és gyermekgyógyász szakorvos részére.

Bálint Sándor dr.
mb. főigazgató főorvos

(132)

A Fővárosi Tanács István Kórház-Rendelőintézet főigazgató főorvosa (Budapest, Nagyvárad tér 1. 1096) pályázatot hirdet — változó munkahelyen —:

- 1 fő szemész szakorvos,
- 1 fő laboratóriumi szakorvos,
- 1 fő fogszakorvosi (PEGYVERGYÁR),
- 1 fő börtöngyógyász szakorvos,
- 2 fő üzemorvosi állásra.

A meghirdetett állásokra szakvizsgával nem rendelkező, de több éves gyakorlatlallal rendelkezők is pályázhatnak. Az alkalmazás és bérezés feltételeit a fennálló rendelkezések határozzák meg. Az állások azonnal betölthetők.

Balázs Tamás dr.
főigazgató főorvos

(133)

Erd városi Rendelőintézet igazgató főorvosa pályázatot hirdet napi 6 óras főfoglalkozású **nőgyógyász szakorvosi állásra**.

Az állás azonnal betölthető. Illetmény kulcsszám szerint.

Az állás Budapestről kijárással ellátható, de szükség esetén a városi tanács lakást biztosít.

Erd városi Rendelőintézet igazgató főorvosa pályázatot hirdet nyugdíjazás folytán megüresedett főfoglalkozású **sebész szakorvosi állásra**.

Illetmény kulcsszám szerint. Az állás azonnal betölthető.

Letelepedő orvos részére a városi tanács lakást biztosít.

Lengyel Eleonóra dr.
rend. int. ig. főorvos

(134)

Erd városi Rendelőintézet igazgató főorvosa pályázatot hirdet **körzeti gyermekorvosi állásra** Erd területére.

Illetmény kulcsszám szerint. Az állás Budapestről kijárással ellátható. Letelepedő orvos részére a városi tanács lakást biztosít.

Lengyel Eleonóra dr.
rend. int. ig. főorvos

(135)

Esztergom városi Tanács Egyesített Kórházai (Esztergom, Petőfi u. 26-28.) igazgató főorvosa pályázatot hirdet a nyergesújfalu II. sz. körzeti **gyermekgyógyász szakorvosi állásra**. Mellékál-

lás vállalására a bölcsődében lehetőség van.

Evenként 10 000,- Ft-ig terjedő iparvidéki jutalom.

A nagyközségi tanács az álláshoz 2 szobás összkomfortos lakást biztosít.

Kiss Gyula dr.
mb. kórházigazgató főorvos

(136)

A Borsod-Abaúj-Zemplén megyei Tanács V. B. Egyesített Tüdőkórház-Gondozóintézet főigazgató főorvosa (Miskolc, Csabai kapu 42. sz. 3501) pályázatot hirdet a II. számú Intézményben (Edelény) elhalálozás folytán megüresedett **laboratóriumi osztályvezető főorvosi állásra**.

Az állást elnyerőnek külön díjazás mellett a Rendelőintézet laboratóriumi teendőit is el kell látnia.

Orvosházaspár jelentkezése esetén tüdőgyógyászati, ill. Rendelőintézeti elhelyezkedésre lehetőség van.

Lakás megbeszélés tárgyát képezi, de az állás Miskolcra történő kijárással is ellátható.

Sárády Kornél dr.
főigazgató főorvos

(137)

Karcag városi Tanács Kórház-Rendelőintézet igazgató főorvosa (Karcag, Lenin u. 48.) pályázatot hirdet az alábbi állások betöltésére:

- 2 körzeti orvosi állás,
- 1 elme szakorvos,
- 1 fertőző segédorvos,
- 1 röntgen segédorvos,
- 1 börtöngyógyász szakorvos.

Lakás megbeszélés tárgyát képezi. Fizetés munkaidőtől függően a kulcszámnak megfelelő bértétel szerint.

Zsembeli József dr.
igazgató főorvos

(138)

A Dunaújvárosi Kórház-Rendelőintézet igazgató főorvosa (Dunaújváros, Korányi S. u. 4-6.) pályázatot hirdet 1 fő **laboratóriumi orvosi állásra**. Az állás pályakezdeőkkel nem tölthető be.

Illetmény a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM-MÜM sz. együttes utasítása alapján.

Csák Endre dr.
kórház-rendelőintézet
igazgató főorvos

(139)

A Debreceni Orvostudományi Egyetem rektora pályázatot hirdet az Ideg-és Elmegyógyászati Klinika 3224 kulcsszámú **tanársegédi állásra**.

Pályázóknak legalább hároméves orvosi diplomával kell rendelkeznie, továbbá meg kell felelnie az egyetem oktatóival szemben támasztott követelményrendszerben foglaltaknak. Pályázhatnak elme- és gyermekgyógyász szakképesítéssel és gyakorlatlallal rendelkezők, akik részt vesznek az elme- és gyermekgyógyászat és pszichológia oktatásában is.

- A pályázathoz mellékelni kell:
- diploma másolat,
- személyi adatlap,
- önéletrajz,
- minősítések,
- szakorvosi bizonyítvány,
- rövid összefoglaló eddigi tevékenységéről.

A megfelelően felszerelt pályázatokat a szolgálati út betartásával, a megjelenést követően 2 héten belül kell benyújtani a DOTE Személyzeti Osztályára (Debrecen, Nagyerdei krt. 98. szám Pf. 39. 4012).

Karmazsin László dr.
egyetemi tanár
rektor

(140)

A Békés megyei Tanács Kórház-Rendelőintézetének főigazgató főorvosa (Gyula, Semmelweis u. 1. 5701) pályázatot hirdet a szülészeti-nőgyógyászati osztályán újonnan szervezett **neonatólógusi állásra**.

A meghirdetett állásra gyermekgyógyász szakképesítéssel rendelkező orvosok pályázati kérelmét várják.

Az álláshoz — mely azonnal elfoglalható — férőhelyes elhelyezést biztosít az intézet.

Sarnyai Ferenc dr.
főigazgató főorvos



MEGJELENT

SZEMESZET

1980. 4. szám

Süveges Ildikó: Endothelsejtek változása akut keratoconusban.
 Antal Magda, Mucsi Gabriella, Gulyás József: Fluintrazepam hatása az intraoculáris nyomásra és a csarnokvíz keringésére.
 Polgár József, Hajas Katalin, Kiss Katalin, Simon István, Horváth Lajos: A cornea endothel regenerációjának gyógyszeres befolyása.
 Hammer Helga, Tóth Eszter: A prednisolon hatása a szubconjunktiválisan adott antibiotikumok csarnokvízbe történő felszívódására.
 Vörösmarthy Dániel, Bencze József: Az érintésmentes tonometria elmélete.
 Kálmán Zsuzsa: Látóélesség és mélységlátás.
 Opauszki Anna, Bencsik Rózsa, Jablonszky Eva: Velezületett szűrkehályog miatt végzett műtétek késői eredményei.
 Hatvani István, Boján Márta, Balázs Edit: A corneális transzplantátum epitheliomában előforduló bacterialis fertőzöttségről.
 Tari Emese, Janáky Márta, Benedek György: Látókérgi kiváltott potenciálok okulása amblyop gyermekek kezelése során.
 Tóth Ferenc: Papilloma conjunctivae esete.
 Török Irén: Fistula cardio decavernosa spontanea esete.
 Fugulyán Gergely: Id. Imre József kolozsvári működéséről.

MAGYAR NŐORVOSOK LAPJA

1980. 5. szám

Boda Domokos dr., Farkas Márton dr. és Eck Erna dr.: A fehérjementes amniális folyadék ultraibolya spektruma optikai denzitásának vizsgálata az intrauterin hypoxiás anyagcserezavar indikálására.
 Nagy Gyula dr.: és Lampé László dr.: A méhtevékenység paramétereinek változása oxitocinnal és prosztaglandin FJ₂₇-val (Enzaprost F) megindított szüléseknél.
 Cseh Imre dr., Sebők János dr., Doszpod József dr., Csákány M. György dr. és Gáti István dr.: Morfometriai vizsgálatok késői szövődményeiről — tapasztalataink.
 Morvay József dr. és Sas Mihály dr.: SI-mértékegységrendszer a szülészeti és nőgyógyászati endokrinológiában.
 Hernádi Zoltán dr., Lampé László dr. és Pohánka Ödön dr.: A WHO prospektív tanulmánya a terhességmegszakítások késői szövődményeiről — tapasztalataink.
 Surányi Sándor dr., Szomolya Mihály dr., Nagy Péter dr. és Endrődi Imre dr.: Az ún. dokumentált önmegfigyelés az idő előtti méhtevékenység előjelzésére.
 Óó Mária dr. és Lukács Edit dr.: Bromocriptin hatása galactorrhoeában és a női gonádműködés zavarai.
 Ifj. Bak Mihály dr., Haraszti Károly dr. és Tóttósy Béla dr.: Az uterus sarcomá klinikopatológiája.
 Németh György dr., Kovács György dr. és Polgár István dr.: Kismencedei nyirokcsomó metasztázisok komplex kimutatása méhnyaktumoroknál.

Tarró Sándor dr. és Kazy Zoltán dr.: A magzatvíz mennyiségének meghatározása ultrahanggal.
 Pejtsik Béla dr., Bajtai Gábor dr., Kosztolányi György dr., Balogh Tibor dr., Sápisky Vilmos dr. és Páli Kálmán dr.: Korai amniocentézissel szerzett tapasztalataink a magzati fejlődési rendellenességek megelőzésében.
 Krasznai Péter dr., Forgács József dr. és Jakab Tivadar dr.: A szülészeti epidurális anaesthesia szervezési kérdései.
 Csapó Zoltán dr., Papp László dr., Kiszél János dr., Csordás Teréz dr. és Paulin Ferenc dr.: Módosított Sonicaid Fetal Puls Monitor a magzat méhen belüli állapotának vizsgálatára.
 Tatai Anna dr., Vámos Klára dr., Fias István dr. és Vajda Attila dr.: Vérgázanalízis újszülöttekben medencevégű szülés után.
 Veszelyovszky István dr. és Nagy Zoltán dr.: Az Oradexon hatása az intrauterin állapotot jelző laboratóriumi paraméterekre.
 Szabó Rafael dr.: A nemi arány (sex ratio) a perinatalis halálozásban.
 Kovács Lajos dr.: A Rigevidon, mint új lehetőség az orális koncepcióra.
 Tóth Zoltán dr. és Nagy Gyula dr.: A magzati biparietális átmérő és a lecitin-szfingomielin arány összefüggése a magzat érettségének megítélésében.
 Hamvas Ferenc dr., Zámbo Zoltán dr. és Csömör Sándor dr.: Hormonális antikonceptív tartós szedése során fellépő mycosisok kezeléséről.
 Bártfai György dr. és Dara József dr.: Mola hydatidosa az 50. életév közelében.

ELŐADÁSOK—ÜLÉSEK

Dátum	Helye	Időpont	Rendező	Tárgy
1981. február 25. szerda	Orsz. Reuma és Fizioterápiás Intézet klubterme, II. Frankel L. u. 25	délelőtt 7,30 óra	Orsz. Reuma és Fizioterápiás Intézet Orthopaed-Sebészeti	Prof. Riskó Tibor, Csákányi Miklós: Harrington műtét filmbemutatása
1981. febr. 27. péntek	Szájsebészeti Klinika VIII., Mária u. 52.	délelőtt 8,30 óra	Magyar Fogorvosok Egyesülete	A Szájsebészeti Sectio előadásai: 1. Prof. Orsós Sándor: A szájsebészeti ellátás perspektívái. 2. Szabó György, Kovács Ádám (Szeged): A maxillo-faciális sebészeti helyzete hazánkban. 3. Vajda Lajos, Olasz Lajos, Modla Zoltán, Herczeg P. (Pécs): A malignus szájüregi daganatok kezelésének helyzete, problémái a Pécsi Stomatológiai Klinikán. 4. Borbély László (Debrecen): A szájsebészeti osztály működése a Debreceni Stomatológiai Klinikán
1981. febr. 27. péntek	Orsz. Idegsebészeti Tudományos Intézet könyvtára, XIV., Amerikai út 57.	délután 13,00 óra	Orsz. Idegsebészeti Tudományos Intézet	1. Parócz Ervin: A gyermekkori hydrocephalusok radiológiai vizsgálatáról. 2. Nagy István: A gyermekkori hydrocephalus röntgen differenciáldiagnosztikájának lehetőségei
1981. márc. 5. csütörtök	Közp. Állami Kórház, XII., Kútvölgyi út 4.	délután 14,00 óra	Közp. Állami Kórház Tudományos Bizottsága	1. Kodaj Imre: UH vizsgálat lehetőségei a szülészeti-nőgyógyászatban. 2. Sándor Gyula: Korai amniocentézis; praenatalis diagnosztika a korszerű terhesgondozásban. 3. Kovács Kálmán: A magzat intrauterin veszélyeztetettségének felismerése. 4. Paulovics Lajos: A tubán végzett plasztikai műtétek. Tubaplasztikai műtét utáni sikeres terhesség. 5. Hegedűs Tibor: Molaterhesség után kialakult metastatizáló choriocarcinoma kezelése nagy dózisú Metotrexattal.

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: 327-530/13F

Előfizetési díj egy évre 600,— Ft, negyedévre 150,— Ft, egyes szám ára 12,— Ft



81.0289 Tipografika Athenaeum Nyomda, Budapest — Íves magasnyomás — Felelős vezető: Soproni Béla vezérigazgató

ISSN 0030—6002

INDEX: 25 674

TENDOR®

Antihipertensivum

tabletta

ÖSSZETÉTEL

20 mg debrisoquinum sulfuricum tabl.-ként.

JAVALLAT

Súlyosabb hipertónia, beleértve a malignus szakot is (rendszerint kombinált kezelés formájában), ha más, enyhébb antihipertenzív szerrel, vagy azok kombinációjával kielégítő hatást nem sikerült elérni.

ELLENJAVALLAT

Phaeochromocytoma.

ADAGOLÁS

Egyéni megítélést igényel. Az adagolás beállítása lehetőleg intézetben történjék.

Felnőtt fekvő beteg átlagos kezdeti adagja naponta 2-szer 1 tabl. A beteg tűrőképességének figyelembevételével ez az adag 3 napi időközökkel napi 2-szer $\frac{1}{2}$ tabl.-val növelhető az optimális hatás eléréséig. **Felnőtt járó beteg** átlagos kezdeti adagja naponta legfeljebb 2-szer $\frac{1}{2}$ tabl., majd 3 napi időközökkel ez az adag napi 2-szer $\frac{1}{2}$ tablettával – reggel, délben – növelhető az optimális hatás eléréséig.

A napi maximális adag $7\frac{1}{2}$ tabl. (150 mg).

A fenntartó adag naponta 2–3-szor $\frac{1}{2}$ tabl. A hatás lassan, fokozatosan alakul ki és a szer elhagyás után 10–14 napig még fennállhat.

MELLÉKHATÁSOK

Leggyakrabban ortosztatikus reakció, illetőleg kollapszus; továbbá szédülés, fejfájás, fáradtság, gyengeség, hasmenés, szájszárazság, látászavar, folyadékretenció, depresszió, ejakulációs zavar, esetleg gyakori vizelés, ill. nycturia. Az adagok csökkentésével a mellékhatások többnyire mérsékelhetők.

GYÓGYSZERKÖLCSONHATÁSOK

Tilos együtt adni: MAO-inhibitorokkal (hipertóniás krízis veszélye).

Óvatosan adható:

- triciklikus antidepresszánsokkal (hipotenzív hatás csökkenése, arrhythmia veszélye);
- szimpatikomimetikumokkal, major trankvillánsokkal, orális antikonceptívekkkel (hipotenzív hatás csökkenése);
- L-dopával (hipotenzív hatás fokozódása);
- orális antidiabetikumokkal és inzulinnal (hypoglykaemia veszélye);
- gáz és iv. narkotikumokkal (hipotenzív hatás fokozódása).

FIGYELMEZTETÉS

Veseelégtelenség, koszorúsér vagy cerebrális elégtelenség esetén csak fokozott óvatossággal adagolható. Meleg időben a készítmény hatása fokozottabb, ezért az adagot megfelelően csökkenteni kell. Meleg fürdő fokozza az ortosztatikus reakció veszélyét. Műtét esetén figyelembe kell venni, hogy a beteg Tendor kezelés alatt áll.

Alkalmazása fokozott elővigyázatosságot igényel, ezért főleg járművezetők, magasban vagy veszélyes gépen dolgozók csak végső esetben, az orvos által – az egyéni érzékenységgel megfelelően – előírt adagban szedhetik. Szédése alatt szeszes italt fogyasztani tilos.

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

CSOMAGOLÁS: 50 tabl. 2,60 Ft.



CHINOIN BUDAPEST

E
GY
TE
GY
TE
GY
TE
GY
T

SANEGYT[®] *tabletta injekció* (antihypertensivum)

A guanethidինhez (Sanotensinhez) hasonló, de annál jobban felszívódó új, adrenérg neuronblokkoló, közepsúlyos és súlyos hypertensio kezelésére.

ABSZOLÚT ELLENJAVALLT phaeochromocytoma esetén, egyéni túlérzékenység előfordulásakor.

Óvatosság ajánlatos cardiovascularis megbetegedés (különösen cerebrális és végtagerek sclerotikus elváltozása) esetén és csökkent glomerulus-filtrációval járó állapotokban. Műtét előtt álló betegek Sanegyt-kezelését félbe kell szakítani, ha lehetséges már 2 héttel a sebészeti beavatkozás előtt.

MAO-gátlókkal (pl. Nuredallal) együtt nem adható, mert hypertoniás krízist okozhat. A MAO-inhibitor adagolását minimum 1 héttel a Sanegyt-kezelés elkezdése előtt kell abbahagyni.

A guanethidin-antagonizmust mutató triciklikus antidepresszánsok és major tranquillánsok a Sanegyt-kezelés eredményességét is rontják, ezért együttadagolásuk (pl. Melipraminnal, Teperinnel, Hibernallal, Sapienttel) kerülendő.

ADAGOLÁSA egyéni megítélést igényel.

Az első napokban a napi adag 10–20 mg, esetleg 2 részletben, melyet a hatás eléréséig fokozatosan és óvatosan kell növelni. A vérnyomás csökkenése általában a kezelés 5–6. napján, esetleg előbb jelentkeznek; stabilizálódása az esetek többségében 10–15 nap.

Általában napi 30–40 mg dózis kielégítő, legfeljebb azonban napi 50–75 mg adható. A készítmény salureticumokkal, más hypotensivumokkal, beta-receptor-blokkolókkal, spasmolyticumokkal kombinálható, de ebben az esetben a vérnyomás alakulásának megfelelően csökkenteni kell a dózist. Digitaloidokkal együtt adható.

A tablettákat szétrágva, kevés vízzel kell bevenni.

Az injekció intravénás befecskendezése lassan (1–2 perc alatt) történjék; az ampullák tartalmát fiziológiás sóoldattal kell hígítani.

Angina pectoris jelentkezése esetén az injekció befecskendezését azonnal abba kell hagyni. A vérnyomás csökkenése iv. adagolás esetén semiorthostatikus helyzetben gyorsabb és kifejezettebb. Szükség esetén az injekció 2 óra múlva megismételhető, illetve a kezelés tablettával folytatható.

Az adagolás beállítása (különösen az injekció alkalmazása) lehetőleg intézetben, a további kezelés orvosi ellenőrzése mellett történjék.

A guanethidin-készítmények **MELLÉKHATÁSAKENT** tapasztalható orthostatikus vérnyomáscsökkenés, amely collapsushoz is vezethet, Sanegyt adagolásakor is előfordulhat. Ezek a panaszok a guanethidin-származékokra általánosan érvényes utasítások betartása esetén kevésbé kifejezettek, mint guanethidin adagolásakor. Enyhébb esetben az orthostatikus tensio-csökkenés terápiásan is jól kihasználható, súlyosabb orthostatikus hypotóniánál Trendelenburg-helyzet alkalmazása javasolt. Az orthostatikus tensio-esés mértéke a kezelés folyamán csökken. Iv. alkalmazásakor átmeneti, percekig tartó vérnyomás-emelkedés, meleg és ún. gyógyszeriz érzése, továbbá bradycardia orális alkalmazás esetén is előfordulhat.

Elsősorban nagyobb dózisok adásakor hasmenés, ritkábban potenciálcsökkenés jelentkezhet, melyek a kezelés félbeszakítása után megszűnnek. Előfordulhat még gyengeség, szájszárazság, valamint az esetleges egyéni gyógyszer-túlérzékenységből adódó allergiás tünetek.

A gyógyszer alkalmazása esetén **kerülni kell** a fekvő helyzetből történő hirtelen felállást. Terhességben, különösen az első 3 hónapban adagolása nem ajánlatos. A gyógyszer hatása alatt fokozott elővigyázatosság szükséges.

Sanegyt alkalmazása után 8–10 órán belül, vagy folyamatos kezelés esetén a kúra időtartama alatt járművet vezetni, magasban vagy veszélyes gépen dolgozni, szeszes italt fogyasztani nem szabad. A Sanegyt-kezelés alatt álló betegeken az inzulin-érzékenység némi fokozódását figyelték meg. A kúra alatt ajánlatos a diabeteses betegek inzulin-igényét ellenőrizni.

MEGJEGYZÉS: ❖❖❖

A Sanegyt tablettát 10 mg-os és 25 mg-os, továbbá a Sanegyt injekció csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

A Sanegyt injekciót az a szakrendelés (gondozó) szakorvosa rendelheti, aki a gyógyszer javallatát szerinti betegség esetén a beteg gyógykezelésére területileg és szakmailag illetékes.

CSOMAGOLÁS:

40 tabl. (a 10 mg guanazodinium) térítési díja 2,90 Ft.
20 tabl. (a 25 mg guanazodinium) térítési díja 3,50 Ft.
10x1 amp. (a 10 mg guanazodinium) térítési díja 2,80 Ft.

Égyt GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST

E
GY
TE
GY
TE
GY
TE
GY
T